

Kommunala skillnader i sjukskrivningar

– en konsekvens av den kommunala
arbetslösheten?

Författare:
Emma Ölmebäck
Malin Lohela

Abstract

Sedan 1997 har sjukfrånvaron i Sverige fördubblats och kostnaden uppgick år 2003 till närmare 40 miljarder kronor. De demografiska förändringarna och minskade skatteintäkter i kombination med ökade offentliga utgifter är stora utmaningar för framtidens välfärdsfinansiering. Med hjälp av regressionsanalys vill vi undersöka om de kommunala skillnaderna i sjukskrivningar kan förklaras av den kommunala arbetslösheten år 2003. Vi vill även ta reda på om det finns förklaringar till varför en del kommuner har högre sjukfrånvaro än andra. Resultaten analyseras utifrån teorier om nyttomaximering och *Moral Hazard*. Vårt resultat visar på fem signifikanta variabler på fem procents nivå. Dessa är arbetslöshet, förtidspensionärer, andelen 45-64 år, glesbygdskommuner och varuproducerande kommuner. Vår slutsats är att de geografiska skillnaderna i sjukfrånvaron inte enbart förklaras av den kommunala arbetslösheten. Trots ett signifikant samband är förklaringsgraden låg. Det som förklarar de kommunala skillnaderna är till störst del de demografiska faktorerna. Vid sidan av demografin påverkar även kommunkaraktär och den sociala interaktionen sjukfrånvaron.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION.....	1
1.1 INLEDNING.....	1
1.2 PROBLEMFÖRMULERING.....	2
1.3 SYFTE.....	2
1.4 METOD.....	3
1.5 AVGRÄNSNING.....	3
1.6 DISPOSITION.....	4
1.7 DEFINITION AV CENTRALA BEGREPP.....	4
2. TEORI.....	5
2.1 NYTTOMAXIMERING.....	5
2.2 ASSYMETRISK INFORMATION.....	7
2.3 TIDIGARE FORSKNING.....	8
2.3.1 Sambandet sjukfrånvaro- arbetslöshet.....	8
2.3.2 Förklarande faktorer.....	9
2.3.3 Ersättningsnivåer.....	11
2.3.4 Sociala interaktionen.....	12
3. DATA.....	13
3.1 BESKRIVNING AV DATA.....	13
3.2 PRESENTATION AV DATA.....	14
4. EMPIRISK UNDERSÖKNING.....	15
4.1 REGRESSIONSMODELL.....	15
4.2 BEROENDE VARIABEL.....	16
4.3 ÖBEROENDE VARIABLER.....	16
5. RESULTAT.....	18
5.1 DEMOGRAFISKA VARIABLER.....	20
5.2 GEOGRAFISKA VARIABLER.....	20
5.3 SOCIOEKONOMISKA VARIABLER.....	20
5.4 SAMMANFATTNING RESULTAT.....	21
6. DISKUSSION.....	21
6.1 SAMMANFATTNING DISKUSSION.....	25
6.2 FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING.....	25
6.3 KÄLLKRITIK.....	25
7. KÄLLFÖRTECKNING.....	27

Bilaga 1 Kommundefinitioner

Bilaga 2 Kommunindelning

1. Introduktion

1.1 Inledning

Sedan efterkrigstiden har Sverige byggt upp en av de mest generösa välfärdsstaterna. Välfärdssystemet kan i allmänna termer beskrivas som ett omfördelnings- och riskreduceringssystem. Tanken är att staten, med hjälp av olika trygghetssystem, kompenserar för olika former av risker och utsatthet, som inte marknaden eller det civila samhällets institutioner med självklarhet kan förväntas ta ansvar för. Välfärdsstaten utgör ett sammanhängande system av transfereringar och tjänster som syftar till att ge alla medborgare en grundläggande ekonomisk och social trygghet¹.

Uppbyggnaden av välfärdsstaten ägde rum i en tid med andra förutsättningar. Idag har vi betydligt lägre tillväxt än t ex under 50- och 60-talet, en åldrande befolkning och många sjukskrivningar. Pensionärerna ökar i antal och människors inträde på arbetsmarknaden kommer allt senare i livet. Bieffekterna av sjukskrivningarna får både individuella och samhällsekonomiska konsekvenser. De demografiska förändringarna och minskade skatteintäkter i kombination med ökade offentliga utgifter är stora utmaningar för framtidens välfärdsfinansiering.²

Sedan 1997 har sjukfrånvaron i Sverige fördubblats och kostnaden uppgick år 2003 till närmare 40 miljarder kronor³. Om detta beror på arbetsmiljö, ökad stress eller ändrad attityd råder det delade meningar om. Balansen mellan att skapa ett samhälle med trygga individer utan att skapa passiva individer är en ständigt aktuell debatt både mellan ekonomer och mellan politiker.

I en internationell jämförelse är Sveriges situation ett avvikande fall. Det finns skillnader i både sjukfrånvarons utveckling och nivå i Sverige jämfört med de flesta andra Europeiska länderna⁴. De senaste åren har rapporterna med tänkbara förklaringar till den drastiskt ökade ohälsan avlöst varandra. De bakomliggande faktorerna är inte lättidentifierade men ohälsan

¹ Bäck & Möller, 2001 s. 23

² Andersen & Molander, 2002 s. 223

³ www.forsakringskassan.se

⁴ Ds 2002:49 s. 19

visar ett tydligt geografiskt mönster. Norrlandskommunerna har generellt sett både högt arbetsmarknadsstöd och hög sjukpenning per invånare⁵.

Forskning från IFAU⁶ visar att både ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemen och omgivningens sociala situation påverkar individens sannolikhet att bli sjukskriven.⁷

Sjukförsäkringen är endast en del av ett komplext socialförsäkringssystem med flera integrerade system. De olika försäkringarna påverkar varandra och kräver därför ofta analys av vilka incitament de olika försäkringarna skapar mellan varandra. Utifrån nyttomaximeringsteorin väljer individen alternativ utifrån dess preferenser. För att politiska satsningar ska ge resultat krävs att människor verkligen tar del av den hjälp som är riktad för deras problem. Om individer genom ökade preferenser tar del av system som inte svarar mot deras behov är det svårt att lösa problemen.

Arbetslöshetsförsäkringen är ett system som är nära kopplat till sjukförsäkringen. På samma sätt som arbetslösheten, följer sjukskrivningarna konjunkturen. Skillnader mellan sjukförsäkringen och a-kassan är dock betydande både i avseende på ersättningsnivåer och på motprestationskrav för kvalifikation för ersättning. Frågan är i vilket omfattning den kommunala arbetslösheten påverkar sjukfrånvaron? Väljer individer i kommuner med hög arbetslöshet att ta del av sjukförsäkringen istället för att gå på a-kassa i kommuner där chanserna till anställning är låga?

1.2 Problemformulering

Kan de kommunala skillnaderna i sjukskrivningar förklaras av den kommunala arbetslösheten år 2003?

1.3 Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka om den kommunala arbetslösheten påverkar sjukskrivningarna. Vi vill även ta reda på om det finns andra förklaringar till varför en del kommuner har högre sjukfrånvaro än andra, såsom demografiska, socioekonomiska, geografiska eller kulturella skillnader.

⁵ Prop. 2003/04:100, s. 17

⁶ Institutet för Arbetsmarknadspolitisk Utvärdering

⁷ IFAU 2003:11, s. 12

1.4 Metod

Vår undersökningsstrategi i uppsatsen är en surveyundersökning. Vi har byggt vår analys på bred och omfattande registerdata för att få en omfattande täckning av problemområdet.

Fördelen med just surveyundersökningar är representativiteten och möjligheten att generalisera. Vår undersökningsmetod är regressionsanalys, där vi är i behov av stora mängder kvantitativ data. För att se vilka faktorer som påverkar sjukfrånvaron, passar denna strategi bra. När tiden är begränsad är tillgängligheten till nödvändig data en stor fördel.

Våra variabler är motiverade utifrån teorier och tidigare forskning vilket ger uppsatsen teoretisk förankring. Undersökning tar form av en teoritillämpande uppsats genom motivering av variablerna och utförs därefter som en kvantitativ analys. Genom signifikanstester visas också hur tillförlitliga resultaten är och vilka variabler som är signifikanta.

Vi väljer att basera undersökningen på tvärsnittsdata från 2003, då de senaste tillgängliga data är från det året. Detta då vårt syfte inte är att prognostisera vårt resultat till en längre tidsperiod.

De variabler vi använder oss av är sjukskrivningsfrekvens, arbetslöshetsfrekvens, förtidspensioneringsfrekvens, medelinkomst, andelen med gymnasial utbildning, andelen med eftergymnasial utbildning, andelen invånare mellan 45-64 år, andelen kvinnor, geografiska variabler i form av dummyvariabler för de nio kategorier som Sveriges kommuner och Landsting har delat in alla kommuner i⁸. Alla variabler är beräknade per kommun.

Vi har använt oss av sekundärdata. Data för sjukskrivningar och förtidspensioneringar har tagits från Försäkringskassans databas STORE och har därefter bearbetats upp från individnivå till kommunal nivå av tjänstemän. Andra variabler har skapats med sekundärdata från SCB, Statens hälsoinstitut och AMS.

1.5 Avgränsning

För att avgränsa arbetets har vi valt att endast beakta de socioekonomiska, demografiska och geografiska skillnaderna som förklarande faktorer till sjukfrånvaron i de olika kommunerna i

⁸ Se bilaga 2 för kommunindelning

Sverige under 2003. Vi väljer således att inte beakta näringslivet i kommunerna och inte heller de skador som kan uppkomma i arbetet

1.6 Disposition

Efter denna inledning och genomgång av metodstrategi för arbetet, har vi nu lagt grunden för uppsatsens fortsatta undersökning av sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. I följande avsnitt kommer teorier som ligger till grund för arbetet att presenteras. I samma avsnitt kommer även den tidigare forskning att belysas som ligger till grund för vårt arbete. Där lyfts mer generell forskning om det svenska sambandet och mer djupgående forskning om förklarande faktorer fram. Den data som vi har använt oss av i studien och varifrån informationen är tagen förklaras i avsnitt tre. I avsnitt fyra ges en mer ingående förklaring av både den beroende samt de oberoende variabler som har analyserats, samt de resultat som de har gett. Avslutningsvis förs en diskussion runt de resultat vi erhållit och hur de kan tolkas utifrån ett teoretiskt perspektiv.

1.7 Definition av centrala begrepp

I uppsatsen används tre begrepp som vi anser extra viktiga att definiera. Dessa är *sjukskrivna*, *arbetslösa* och *förtidspensionärer*.

Sjukskrivningarna beräknas på antalet utbetalda ersättningar från sjukförsäkringen, d.v.s. de som har en sjukperiod som överstiger 14 dagar innan 1 juli 2003 och efter 21 dagar efter 1 juli. Därmed innefattar vår data inte sjukfall under sjuklöneperioden

I statistiken klassas alla som är öppet arbetslösa samt personer som tar del av arbetsmarknadspolitiska åtgärdsprogram som arbetslösa i åldern 16-64 år. Därmed väljer vi att använda oss av samma definition i vår uppsats.

2003 infördes begreppen sjuk- och aktivitetsersättning som skulle ersätta det som tidigare kallades för förtidspension och sjukbidrag. Det tidigare begreppet förtidspension förväxlades ofta med valet att gå i förtidspension som finns avtalat i en del kollektivavtal. Konstruktionen av det nya systemet skiljer sig från det gamla. Sjukersättningen är idag kopplad till sjukpenningsystemet och inte som tidigare till pensionssystemet. Detta motsvarar det som

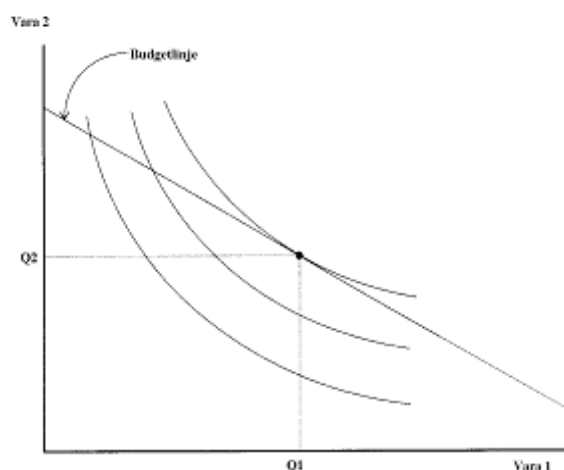
tidigare kallades förtidspension.. Aktivitetsersättning är en form av sjukpenning för de mellan 19 och 29 år som omprövas vart tredje år.⁹ För enkelhetens skull använder vi begreppet förtidspensionärer i texten. Med detta menar vi endast de som får ersättning för utebliven inkomst vid arbetsförmåga.

2. Teori

2.1 Nyttomaximering

Ett dominerande antagande inom mikroteori är den nyttomaximerande människan ”economic man”. John Hicks och R G D Allen formulerade 1934 en artikel som beskrev en nyttoteori som utgick från individens preferenser enligt en konstruerad indifferenskurva.¹⁰ Med hjälp av indifferenskurvan som komplement till individens budget visas att konsumenten köper den varukorg som är högst i preferensordningen (se figur 1). Detta tillämpas också gällande människors beteende och relationer även utanför marknaden. Utgångspunkten är densamma: individer är rationella i den bemärkelsen att de alltid försöker maximera sina nyttor eller preferenser.¹¹

Figur 1. Individens optimering



Källa: Björklund 2000, s. 22 med egen bearbetning.

⁹ Ståhlberg 2004, s. 60-61

¹⁰ Syll Pålsson 1999, s. 225

¹¹ Syll Pålsson 1999, s. 261

Detta sätt att analysera människors beteende har kritiserats från många håll. Att människor i alla lägen skulle vara kalkylerande, informerade och agera rationellt är inte realistiskt. Att hypotesen har överlevt beror på svårigheterna att utföra kontrollerande experiment i nationalekonomi. Modeller med förenklade antaganden är därför nödvändigt i det samhällsekonomiska analysarbetet.¹²

Statens roll kan också analyseras med hjälp av mikroekonomisk nyttoteori. I heterogena komplexa samhällen blir individuell byteshandel ineffektiv och kraven på centraliserade institutioner ökar. För ett samhälle med trygga individer krävs bland annat utbildning, polis och rättsväsende, men också någon form av trygghetssystem. Alla kan råka ut för inkomstbortfall i samband med sjukskrivning eller arbetslöshet och de allra flestas önskar skydda sig emot dessa risker¹³. Ett sådant system är socialförsäkringssystemet. Eftersom försäkringarna är skattefinansierade och kopplade till förvärvsinkomsten har systemet en omfördelningseffekt.

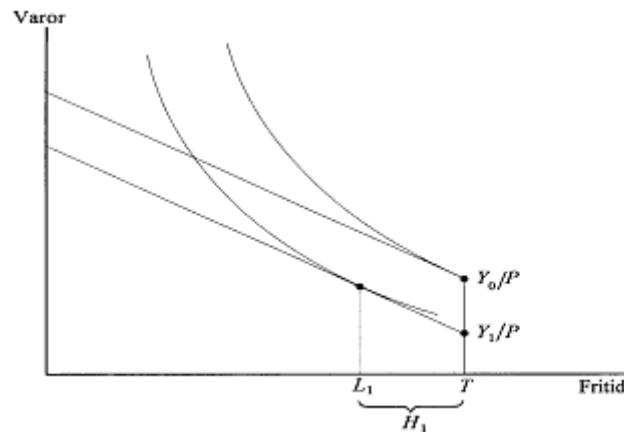
I modellen nedan (figur 2), kan *varor* stå för möjlig konsumtion medan *fritid* står för antal lediga timmar. Genom socialförsäkringssystemen kommer även den person som inte jobbar några timmar alls att kunna konsumera. Den arbetsfria inkomsten påverkar benägenheten att förvärvsarbeta. Om den arbetsfria inkomsten är Y_0/P så väljer individen att avstå från arbete. Sänks den arbetsfria ersättningen till Y_1/P kommer individen att välja att arbeta H_1 timmar för att bibehålla samma konsumtionsnivå.¹⁴

¹² Eklund 1999, s. 41

¹³ Ståhlberg 2004, s. 9

¹⁴ Björklund 2000, s. 29

Figur 2. Arbetskraftsdeltagande och arbetsfri inkomst



Källa: Björklund, s. 30

För en effektiv resursallokering krävs att socialförsäkringarna är utformade på ett sätt som inte främjar "free-riders", dvs minimera individers incitament att avstå arbete. Enligt mikroteorin skall nyttan av den sist konsumerade enheten av varan eller enheten motsvara den sociala marginalkostnaden av att producera och tillhandahålla densamma¹⁵. Eftersom marginalkostnaden för individen är mycket låg då försäkringen bekostas med skattemedel blir efterfrågan enligt den ekonomiska teorin hög.¹⁶

2.2 Assymetrisk information

Trots ovannämnda problem är en privat marknadslösning inte ett optimalt alternativ. Orsaken är att försäkringsbolagets konsumenter endast kommer bestå av högriskgrupper som tror sig tjäna på försäkringen. Problemet kallas *Adverse selection* och resulterar i att obligatoriska offentliga försäkringar är ett mer effektivt alternativ. Med obligatoriska försäkringar balanseras högriskgrupper av försäkringstagarna upp av lågriskgrupper.¹⁷

En annan teoretisk problemställning gällande försäkringars inverkan på individer är *Moral Hazard*. Problemet karaktäriseras av att individer ändrar deras beteende och blir mer oförsiktiga när de vet att de är försäkrade. Gällande sjukförsäkringen skulle människor vara mindre benägna att leva ett sunt liv genom vetskapen om sjukförsäkringen.¹⁸

¹⁵ Varian 1999, s. 628

¹⁶ Rosen 2005, s. 217

¹⁷ Varian 1999, s. 646

¹⁸ Varian 1999, s. 647-648

Resultatet blir en ökad efterfrågan på offentliga tjänster och kostnaden för samhället ökar. Lösningar på problemet är endera ökad kontroll eller minskade ersättningsnivåer. Billigaste alternativet mellan dessa två är det senare då ökad kontroll innebär mer resurser för bland annat personal¹⁹. Ena sidan av marknadens oförmåga att kontrollera den andra sidans aktioner är just grunden till problemet med *Moral Hazard*²⁰. Eftersom andelen sjukskrivna med psykiska besvär är den grupp som ökat mest förvärras problemen med kontroll då psykiska åkommor inte går att observera på samma sätt som fysiska. För att minska incitamenten till *Moral Hazard* är systemet utformat med olika självrisker som karensdag och ej full ersättningsnivå.

2.3 Tidigare forskning

1997 började sjukfrånvaron och antalet förtidspensionerade att stiga kraftigt i Sverige. I internationella jämförelser är Sverige ett särfall. Att förstå orsakerna blev angeläget då den offentliga ekonomin ansträngdes, som följd har omfattande forskning bedrivits på området. En del i detta arbete har varit att se just arbetslöshetens samband med sjukskrivningarna. Utöver arbetslösheten har också andra förklarande faktorer kartlagts och analyserats. Ersättningsnivåerna i socialförsäkringssystemen samt hur individen påverkas av de sociala normer och värderingar som präglar hemregionen, har visat sig ha samband.

2.3.1 Sambandet sjukfrånvaro- arbetslöshet

Sedan i slutet på 1980-talet har Sverige, Norge och Nederländerna haft högre sjukfrånvaro bland anställda jämfört med Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland.²¹ Detta visas i rapporten *Den svenska sjukan* från Finansdepartementet, där man i samtliga tre länder kan se ett tydligt mönster när det gäller utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslösheten under en längre tidsperiod. Att det finns ett samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet på ett nationellt plan i Sverige är känt sedan tidigare. Hur sambandet ser ut skiljer sig dock beroende på vad som karakteriserar arbetslösheten. Studier har visat att sjukfrånvaron ökar vid en strukturell arbetslöshet och minskar vid konjunkturell

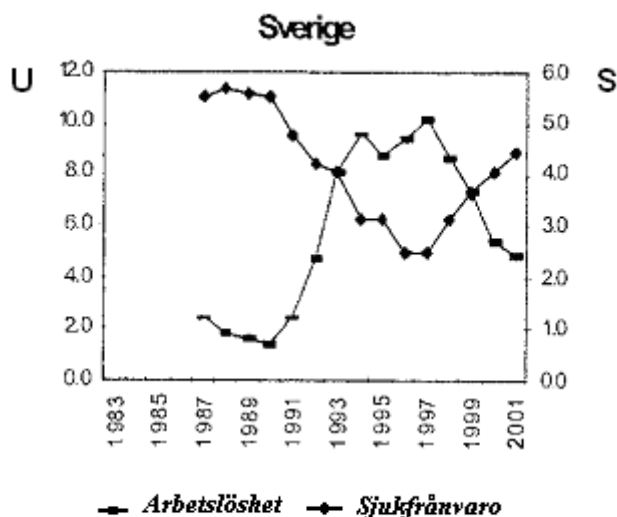
¹⁹ IFAU 2004:8, s.11

²⁰ Varian 1999, s. 661

²¹ DS 2002:49, s.19

arbetslöshet²². Den strukturella arbetslösheten uppstår då bristen på arbeten är av en permanent natur och den konjunkturella arbetslösheten orsakas av en nedgång i den ekonomiska aktiviteten över tid.

Figur 3. Sjukfrånvaro och arbetslöshet i procent, åldern 20-64 år, 1983- 2001. U = Arbetslöshet, S = Sjukfrånvaro



Källa: Ds 2002:49, s.78

2.3.2 Förklarande faktorer

Det finns ett 30-tal kommuner som särskiljer sig med betydligt högre sjukfrekvens än övriga kommuner enligt Riksförsäkringsverkets rapport *Sjuka kommuner? Allra högst sjukfrånvaro har kommuner i nordlig glesbygd*²³. Invånarna i dessa kommuner har en lägre genomsnittlig inkomst, lägre genomsnittlig förmögenhet och kortare utbildning än övriga kommuner i landet. Dessa faktorer sammanfaller med både låg ekonomisk och social välfärd som i sin tur rimligtvis sammanfaller med mindre hälsofrämjande arbetsmiljö och levnadsvanor i övrigt.²⁴ Det generella mönstret i norrlandskommunerna är högt arbetsmarknadsstöd och hög sjukpenning per invånare.²⁵ I storstadsregioner är det i kommuner med relativt låg välfärd

²² RFV 2003:17, s.10-11

²³ Till begreppet nordliga kommuner räknas kommuner i Norrland samt Dalarna

²⁴ RFV 2003:17, s. 10

²⁵ Prop. 2003/04:100, s. 17

vanligare med sjukskrivningar.²⁶ Mönstret i storstadsregionerna är lågt arbetsmarknadsstöd men hög sjukpenning per invånare.²⁷

Utöver de socioekonomiska skillnaderna kan sjukfrånvaron förklaras av demografi. Generellt sjukskrivs män i mindre omfattning än kvinnor. År 2000 stod kvinnorna för ca 62 procent av alla sjukfall i Sverige²⁸. Däremot är det inte alltid i samma kommuner som män och kvinnor har hög sjukfrånvaro. Män har en tendens att sjukskriva sig i större utsträckning i kommuner med låg förvärvsfrekvens. Sambandet mellan mäns sjukfrånvaro och förtidspensionering har ett starkare samband med förvärvsgraden i kommunen än när det gäller kvinnors benägenhet att sjukskriva sig²⁹. Även åldersfördelningen i kommunerna påverkar kommunens sjukfrånvaro. Kommuner med hög andel äldre har ofta en högre andel sjukskrivna vilket kan bero på att äldre ofta har sämre hälsa än de yngre. Vid en åldersfördelning på män och kvinnor i Sverige så har båda könen högst andel sjukskrivna i åldern 45-55 år. Att gruppen 55-64 år har lägre sjukfrånvaro än gruppen 45-55 år kan förklaras av att många av dessa har förtidspensionerats eller av andra anledningar redan lämnat arbetskraften.³⁰

Tidigare undersökningar visar att sjukfrånvaron är högst bland kommunalanställda. En liten arbetsmarknad genererar i få anställda i privat sektor. Detta i sig kan påverka att sjukfrånvaron i dessa kommuner är högre.³¹ Att kommunalanställda är sjukare i högre omfattning bestrids av Sveriges Kommuner och Landsting (nedan kallad SKL). Arbetsgivare i kommuner och landsting har kritiserats för bristande kapacitet när det gäller att hålla sjukfrånvaron nere. Att sjukfrånvaron beror på bristande ledarkunskaper eller arbetsmiljöförbättringar dementeras i en rapport som presenterades av SKL i oktober 2003. Resultaten visar att sjukfrånvaron i den kommunala sektorn kan förklaras av andra orsaker såsom demografiska skillnader. Skillnaderna i ålder och kön påverkar statistiken mest enligt rapporten. I den kommunala sektorn arbetar i högre grad kvinnor och äldre människor. Detta är den grupp i samhället som står för den största delen av ohälsan generellt.³²

²⁶ RFV 2003:17, s. 11

²⁷ Prop. 2003/04:100, s 17

²⁸ RFV 2003:17, s. 20

²⁹ RFV 2003:17, s. 12

³⁰ RFV 2003:17, s. 50

³¹ RFV 2003:17, s. 30

³² SKL 2003, s. 7

2.3.3 Ersättningsnivåer

Som en ytterligare förklarande faktor till sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshetsnivån har även ersättningsnivåerna i de olika socialförsäkringssystemen lyfts fram. Fram till och med första juli 2003 baserades sjukpenningen på den ersättning man hade som arbetsverksam oavsett om man var anställd eller arbetslös. Detta innebar att de som var arbetslösa fick en ersättning som baserades på deras tidigare lön och inte deras a-kassa. De krav som ställs på de sjukskrivna för rätt till ersättning är att de inom sju dagar måste träffa en läkare. Efter fyra veckor ska ett återbesök göras där ett läkarintyg krävs för fortsatt sjukskrivning. Kraven för a-kassa är annorlunda. Där ska man vara tillgänglig för arbetsmarknaden. Detta innebär att man ska vara inskriven på arbetsförmedlingen och vara öppen för att ta ett arbete. Dessutom måste man varit medlem i a-kassan i minst 12 månader och arbetat minst 6 månader av dessa för att ha rätt till ersättning. A-kassans ersättning är begränsad till 300 dagar. Dessa kan förlängas beroende på situationen för den arbetssökande. Ersättningen grundas på 80 procent av den tidigare lönen där den lägsta ersättningsnivån är 7400 kr och den högsta ersättningen baseras på en månadslön på 20 075 kr. Efter 100 dagar sjunker den högsta lönenivån från 20 075 kr till 18 700 kr.³³ Systemet förändrades i juli 2003 då möjligheten att få högre ersättning genom att gå från a-kassa till sjukpenning avskaffades.³⁴ Däremot sjunker inte takbeloppet för ersättningen i sjukpenningen efter 100 dagar på samma sätt som i a-kassan. Individer med en inkomst över 20 075 kr ges därmed fortfarande incitament att ta del av sjukförsäkringssystemet istället för a-kassa.

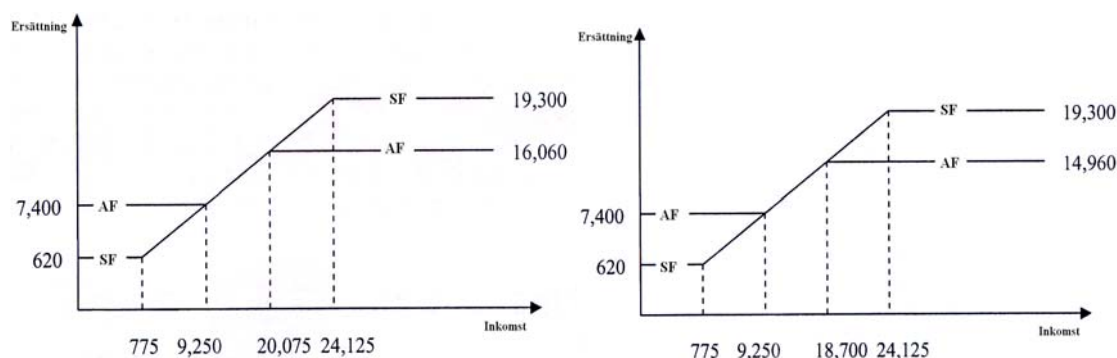
I Institutet för Arbetsmarknadspolitisk Utvärderings (vidare kallad IFAU) studie *Harmonizing unemployment and sickness insurance: Why (not)?* görs en jämförelse mellan de olika ersättningsnivåerna och de krav som ställs för rätt till ersättning. Ersättningsnivån för en sjukskriven är högre för personer med en inkomst över 20 075 kr. Denna nivåskillnad ökar efter de 100 dagarna som arbetslös då a-kassans ersättning sjunker med drygt 1000 kr medan ersättningen som sjukskriven ligger fast. Detta skulle innebära att det är mer ”lönsamt” att vara sjukskriven än arbetssökande (se figur 4).³⁵

³³ IFAU 2004:8, s. 7

³⁴ RFV 2003 :17, s. 47

³⁵ RFV 2003 :17, s. 9-10

Figur 4. Ersättningsnivå vid arbetslöshet, 6-100 dagar Figur 5. Ersättningsnivå vid arbetslöshet, dag 101-300



AF = Arbetslöshetsförsäkring
SF = Sjukförsäkring

Källa: IFAU 2004:8, s .9

IFAU:s studie visar även att sannolikheten att man blir sjukskriven som arbetslös ökar ju närmare man kommer slutet på sin a-kasse period. Sannolikheten att man blir sjukskriven som arbetslös är ca fyra gånger högre i jämförelse med sannolikheten att bli sjukskriven bland alla som är berättigade till ersättning.³⁶ Moral hazard lyfts fram som ett problem där generositeten i socialförsäkringssystemen leder till överutnyttjande och passivitet. En sänkning av ersättningsnivån eller en ökad kontroll skulle således reducera effekten av *Moral Hazard*.³⁷

2.3.4 Sociala interaktionen

I en undersökningen *Social interaktion och arbetslöshet* gjord av IFAU visade det sig att individers sannolikhet att bli arbetslösa beror på den sociala interaktionen. Hypotesen som testades var att en individ kan "smittas" av arbetslöshet om omgivningen består av många arbetslösa. Med social interaktion menas att arbetslöshetsnivåerna varierar mer mellan olika grannskap mer än vad som är motiverat utifrån egenskaper. Empirin visade att individen kraftigt förlänger arbetslösheten om omgivningen består av många arbetslösa.

Undersökningen bygger på datamaterial om alla 20- till 24-åringar som bodde i Stor-Stockholmområdet under perioden 1992-1999³⁸.

³⁶ RFV 2003:17, s. 16

³⁷ RFV 2003:17, s. 11

³⁸ IFAU 2003:11, s. 6-12

Frågan är då om det allmänna försäkringssystemet ligger i händerna på lokala kulturer? Försäkringskassan har i studien "Att leva på kassan" utrett attityder till sjukskrivningar i kommunerna Gislaved och Strömsund. Sjukskrivningar sker inte bara i individens relation till läkare och försäkringskassan utan även hushållet och den lokala moralen spelar en avgörande roll³⁹.

3. Data

3.1 Beskrivning av data

Den data vi har använt oss av för att lösa vår problemställning är bland annat tagen från Riksförsäkringsverkets datalager STORE. Därifrån har vi fått sekundärdata över sjukskrivningar samt förtidspensionärer. Den är uppdelad per kommun under året 2003. Personer som är sjukskrivna räknas till den kommun som personen är folkbokförd i. Likaså gäller övrig data.

Uppgifter om befolkningens mängd är tagna från statistiska centralbyrån och avser förhållanden den 31 december 2003. Dessa redovisas som total befolkning och ej kvinnor och män separat. Andelen kvinnor i varje kommun är en egen variabel och är beräknat på samtliga åldrar. Även uppgifter om utbildningsnivå är tagen från SCB. De påpekar att utbildningsregistret kan sakna uppgifter om utbildningar för vissa personer vilket kan höja en persons lägsta utbildningsnivå. Detta kan gälla utländska utbildningar, interna utbildningar på företag, utbildningar som sker i privat regi samt äldre utbildningar⁴⁰.

All ursprunglig data har delats på endera befolkningens mängd eller den arbetsföra befolkningen i varje kommun. Frekvensmättet eliminerar skillnader i befolkningsstrukturen som annars skulle präglade resultaten. All data är presenterad på kommunal nivå med 290 observationer, vilket innefattar alla Sveriges kommuner 2003

Varje kommun har en kommungruppsindelning genom Sveriges kommuner och landsting där de är placerade utefter karaktär. Denna indelning använder vi oss av för att se om det finns

³⁹ Försäkringskassan analyserar 2005:4, s. 8-10

något samband mellan de olika kommungrupperna gällande sjukfrånvaron. För utförligare information om vilka grupper som de olika kommunerna tillhör se *bilaga 2*.

3.2 Presentation av data

I nedanstående tabell presenteras varje variabls medelvärde samt lägsta och högsta värdet. De kommuner som anges inom parantes representerar det högsta respektive lägsta värdet för varje variabel. Vid de fall där ingen kommun anges finns det flera med samma värden.

Tabell 1. Variabelbeskrivning

Variabel	Beskrivning	Medelvärde	Min	Max
Sjukfrånvaro	Andel pågående sjukfall i genomsnitt	0,055	0,03	0,09
Arbetslöshet	Andel arbetslösa	0,056	0,02	0,19 (Övertorneå)
<i>Demografiska variabler</i>				
Förtidspensionärer	Andel förtidspensionerade	0,096	0,04 (Danderyd)	0,21 (Haparanda)
Demografi	Andel arbetsför befolkning 45-64 år	0,27	0,23	0,32
Könsfördelning	Antal kvinnor	0,498	0,48	0,52
<i>Socioekonomiska variabler</i>				
Gymnasial utbildning	Andel med 3årigt gymnasium	0,127	0,09 (Bjurholm)	0,16
Eftergymnasial utbildning	Andel med eftergymnasial utbildning	0,142	0,08	0,37 (Danderyd)
Inkomst	Genomsnittlig inkomst i tkr	189,50	161,6 (Högsby)	348 (Danderyd)
<i>Geografiska variabler</i>				
Referensgrupp	Storstäder med förortskommuner			
D1	1 för större städer	0,093	0	1
D2	1 för pendlingskommuner	0,141	0	1
D3	1 för glesbygdskommuner	0,134	0	1
D4	1 för varuproducerande kommuner	0,138	0	1
D5	1 för övriga kommuner, mer än 25 000 inv.	0,117	0	1
D6	1 för övriga kommuner, 12 500-25 000 inv.	0,128	0	1
D7	1 för övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.	0,107	0	1

⁴⁰ www.scb.se/databaser/makro/visavar.asp

4. Empirisk undersökning

4.1 Regressionsmodell

Vi avser att använda oss av två linjära regressioner där den ena speglar vår grundregression med endast arbetslösheten som den oberoende variabeln. Den andra regressionen inkluderar fler variabler för att se hur mycket arbetslösheten påverkar sjukfrånvaron när andra förklarande faktorer läggs till. Slumftermen, ε , fångar upp eventuella mätfel och effekter av utelämnade variabler. Datan kommer att estimeras med hjälp av minsta kvadrat metoden där vi använder oss av en linjär modell.

Regression 1:

$$Y = \beta_1 + \beta_2 U + \varepsilon$$

Regression 2:

$$Y = \beta_1 + \beta_2 U + \beta_3 F + \beta_4 K + \beta_5 I + \beta_6 \text{Å} + \beta_7 G + \beta_8 E + \beta_9 D1 + \beta_9 D2 + \beta_9 D3 + \beta_9 D4 + \beta_9 D5 + \beta_9 D6 + \beta_9 D7 + \varepsilon$$

Y = frekvens sjukskrivna

U = frekvens arbetslösa

F = frekvens förtidspensionerade per kommun

K = andelen kvinnor i kommunen

I = genomsnittliga inkomsten per kommun

Å = andelen av befolkningen mellan 45-64 år

G = frekvensen invånare med gymnasieutbildning

E = frekvensen invånare med eftergymnasial utbildning

D1 = 1 om större städer

D2 = 1 om pendlingskommuner

D3 = 1 om glesbygd

D4 = 1 om varuproducerande kommuner

D5 = 1 om övriga kommuner, mer än 25 000 inv.

D6 = 1 om övriga kommuner, 12 500 – 25 000 inv.

D7 = 1 om övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.

ε = slumfterm

4.2 Beroende variabel

Den beroende variabeln i regressionsanalysen är *frekvensen sjukskriva per kommun, Y*. Antalet sjukfall speglar de som har fått utbetald ersättning från socialförsäkringen under 2003 och är ett genomsnitt beräknat på antal pågående sjukfall varje månad dividerat med årets tolv månader. Sjukfall i detta fall innebär en sjukperiod som är längre än sjuklöneperioden. För att eliminera risken att resultatet präglas av olikheter i kommunsammansättning använder vi oss av frekvenstal. För att få fram frekvensen har vi delat antalet sjukskrivna med antalet individer som tillhör den arbetsföra befolkningen i varje kommun. Den arbetsföra befolkningen har i sin tur tagits fram genom antalet invånare i åldern 16-64 år.

4.3 Oberoende variabler

Den första oberoende variabeln är *arbetslöshetsfrekvensen per kommun, U*. Frekvensen är beräknad på uppgifter om arbetslöshet från Arbetsmarknadsverket. Arbetslösheten är precis som den beroende variabeln ett frekvenstal dvs. arbetslösheten är delad med den arbetsföra befolkningen, 16-64 år. Antalet arbetslösa är i detta fall en sammanslagning av både de som befinner sig i arbetsmarknadspolitiska åtgärdsprogram och är öppet arbetslösa. Talen är ett medeltal på 2003 års arbetslöshet för varje kommun. Den tidigare forskning som har gjorts visar att kommuner med få arbetstillfällen har hög sjukfrånvaro.

Den andra oberoende variabeln är *förtidspensionsfrekvensen per kommun, F*. Liksom tidigare variabler är förtidspensioneringarna beräknad på ett genomsnitt av årets tolv månader. Förtidspensioneringarna har visat samma trend som sjukskrivningar med kraftig ökning sedan 1997⁴¹. Hittills har antalet förtidspensionärer överstigit ca en halv miljon människor⁴². Om man som förtidspensionerad har en partner som är sjukskriven tenderar sjukskrivningsperioden att förlängas⁴³. Om en kommun har en relativt låg sjukfrånvaro kan det kompenseras upp av att antalet förtidspensionärer är högt, vilket gör att den totala ohälsan är fortsatt hög. Måttet är liksom andra variabler delat på den arbetsföra befolkningen, 16-64år.

Som tredje variabel i regressionsanalysen vill vi se de demografiska skillnaderna i kommunsammansättning genom variabeln *demografi, Å*. Variabeln för demografi har tagits fram med hjälp av den arbetsföra befolkningen som är 45-64 år delat med den totala

⁴¹ RFV 2003:17, s 13

⁴² RFV, Pressmeddelande 44/03

⁴³ RFV 2008:18, s.37

befolkningen. Kommuner med hög andel människor i högre åldrar har högre sjukfrånvaro⁴⁴. Åldersintervallet är delat på den totala befolkningen för att få fram frekvensen.

En ytterligare variabel som beskriver befolkningssammansättningen är *könsfördelningen, K*. Variabeln har skapats genom att dela antalet kvinnor i varje kommun med den totala befolkningen. Det har visat sig att kvinnor i större utsträckning är sjukskrivna än män. Finns det en hög andel kvinnor i kommunen så kan detta påverka sjukfrånvaron.

För att få fram ett mått på socioekonomiskt förhållande i kommunen har vi tagit med *den genomsnittliga inkomsten i varje kommun, I*. Den presenteras i tkr. Det är en sammanräknad förvärvsinkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet som är beräknad på samtliga invånare i kommunen. Det innebär att även de som har 0 kr i inkomst är inkluderade. I kommuner med låg genomsnittlig inkomst är andelen invånare med kort utbildning högre än i kommuner med högre välfärd.⁴⁵ Vi tror att den genomsnittliga inkomsten påverkar individers levnadsförhållanden och därmed även allmänhälsan. Variabeln är inte ett frekvensmått utan ett genomsnitt på den totala inkomsten.

De sista variablerna tar upp två olika utbildningsnivåer, *gymnasial utbildning, G* och *eftergymnasial utbildning, E*. Dessa siffror är tagna från statistiska centralbyråns utbildningsregister. Människor med högre utbildning arbetar ofta i friare former där man har större möjlighet att själv påverka sin arbetssituation. Andelen med gymnasial och eftergymnasial utbildning har delats med den totala befolkningen. Vi vill inte se antalet med högre utbildning i förhållande till den arbetsföra befolkningen då de demografiska skillnaderna kan ge ett missvisande resultat.

Varje kommun är uppdelad i mindre grupper beroende på vad som karaktäriserar kommunen. Denna indelning är gjord av Sveriges kommuner och landsting och innefattar ursprungligen nio grupper (se bilaga 1). Dessa är storstäder, förortskommuner, större städer, pendlingskommuner, glesbygdskommuner, varuproducerande kommuner, övriga kommuner med mer än 25 000 invånare, övriga kommuner med 12 500 – 25 000 invånare och övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare. Dessa är representerade av s.k. ”dummies” där storstäder och förortskommuner tillsammans utgör referensgruppen.

⁴⁴ RFV 2003:17, s.53

⁴⁵ RFV 2003:17, s. 55

5. Resultat

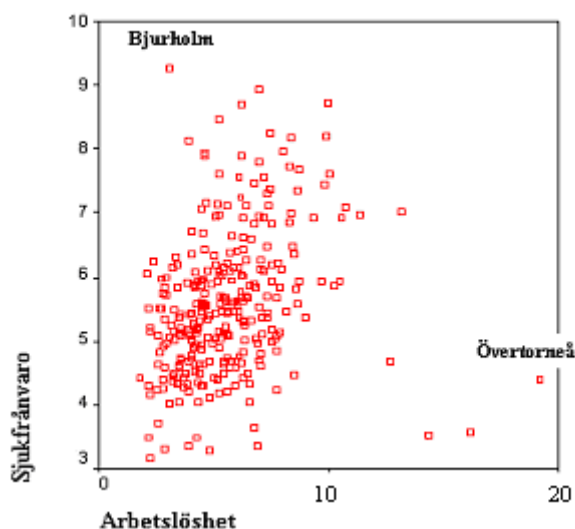
Utan att ta hänsyn till andra förklarande faktorer än arbetslöshet visar regressionen att det finns ett signifikant positivt samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. Modellen visar att om arbetslösheten stiger med 1 procent så stiger sjukfrånvaron med 0,13 procent. Dock är förklaringsgraden väldigt låg vilket betyder att arbetslösheten inte ensam förklarar den sjukfrånvaro som finns i kommunen.

Tabell 2. Modell med endast arbetslöshet som förklarande variabel.

Variabler	β -estimat	Standardfel	t-värde	p-värde
Konstant	0,048	0,002	28,869	0,000
Arbetslöshet	0,134	0,028	4,837	0,000
R^2	0,075			
F-värde	23,394			

Figuren nedan visar grafiskt ett linjärt samband mellan sjukfrånvaron och arbetslösheten i Sveriges kommuner. De plottade diagrammet visar alla de 290 observationernas förhållanden. Majoriteten av kommunerna befinner sig kring medelvärdet för sjukfrånvaron på 5,5 procent och arbetslöshetens medelvärde på 5,6 procent. Dock särskiljer sig några av kommunerna från övriga. Högst sjukfrånvaro har Bjurholm med ca 9 procent och högst arbetslöshet återfinns i Övertorneå där ca 19 procent gick utan arbete år 2003.

Figur 5. Figuren visar sambandet mellan sjukfrånvaron och arbetslösheten i procent i Sveriges kommuner 2003.



I *Tabell 2* visar arbetslösheten ett positivt samband med sjukfrånvaron för år 2003. Utifrån våra resultat ger inte arbetslösheten en direkt effekt på sjukfrånvaron. Det positiva sambandet i *Tabell 2* är ett skensamband som uppstår då arbetslösheten fångar upp andra förklarande faktorer. Vid kontroll för andra förklarande variabler försvinner detta samband. Det verkliga sambandet visar att arbetslösheten har en indirekt effekt på sjukfrånvaron. Effekten tas alltså upp av andra faktorer och arbetslösheten får en negativ effekt på sjukfrånvaron där sjukfrånvaron minskar med 0,095 procent vid en ökning av arbetslösheten med 1 procent. Detta samband är likt det som visas på aggregerad nivå under en längre tidsperiod dvs. när arbetslösheten stiger sjunker antalet sjukskrivna.

Tabell 3. Huvudmodell med demografiska, socioekonomiska och geografiska variabler.

Variabler	β-estimat	Standardfel	t-värde	p-värde
Konstant	0,015	0,053	0,287	0,774
Arbetslöshet	-0,094	0,033	-2,860	0,005**
Förtidspensionärer	0,170	0,037	4,632	0,000**
Ålder 45-64	0,104	0,048	2,171	0,031*
Kvinnor	0,050	0,113	0,494	0,621
Gymnasieutbildning	-0,080	0,057	-1,407	0,161
Eftergymnasial utb	-0,023	0,026	-0,881	0,379
Inkomst	-0,00005423	0,000	-1,048	0,185
D1	0,001	0,003	0,470	0,638
D2	-0,000000589	0,003	0,000	1,000
D3	0,007	0,003	2,225	0,027*
D4	-0,008	0,003	-2,737	0,007**
D5	0,001	0,003	0,537	0,591
D6	-0,002	0,003	-0,614	0,540
D7	-0,003	0,003	-0,814	0,416
R ²	0,397			
Adj R ²	0,366			
F-värde	12,928			
N	290			

** Koefficienten signifikant på 1 procents nivå.

* Koefficienten signifikant på 5 procents nivå.

5.1 Demografiska variabler

Antalet förtidspensionärer har ökat under de senaste åren och visar sig ha en signifikant betydelse för sjukfrånvaron. Enligt vår regression ökar sjukfrånvaron med 0,17 procent när antalet förtidspensionerade stiger med 1 procent. Det visar sig även att andelen av befolkningen mellan 45-64 år har en signifikant påverkan med 0,10 procent på sjukfrånvaron. Tidigare forskning har visat att människor i den åldern är sjukskrivna i större utsträckning än resterande delen av befolkningen vilket även visar sig i vår undersökning. En ökning av förtidspensioneringen kan ha en viss inverkan på variabeln ålder 45-64 år då de flesta som förtidspensioneras befinner sig i den åldern. Effekten av koefficienten för variabeln 45-64 år avtar då förtidspensionärer inte inkluderas i de som är sjukskrivna.

Trots att kvinnor är sjukskrivna i högre utsträckning än män visar inte vår regression att kön har ett samband med sjukfrånvaron. Detta kan eventuellt förklaras av att kvinnor förtidspensioneras i större utsträckning än män eller av ändrad befolkningssammansättning i förhållande till tidigare år. Vår studie bekräftar därmed ej de resultat vi har tagit del av från tidigare forskning.

5.2 Geografiska variabler

Även geografiska skillnader i landet förklarar skillnaderna i kommuners sjukfrånvaro. Bland de kommuner som klassas som glesbygdskommuner är sjukfrånvaron högre än bland storstäder och dess förortskommuner (referensgruppen) även om det just detta året endast är en marginell skillnad på 0,007 procent. I varuproducerande kommuner⁴⁶ kan man se motsatsen till trenden i glesbygdskommuner. Här är sjukfrånvaron 0,008 procent lägre än i referensgruppen. Med hänsyn till att vi baserar vår undersökning på tvärsnittsdata kan dessa förhållanden ändras över tiden. Att sjukfrånvaron i glesbygdskommuner är högre än i andra kommuner har uppmärksammats tidigare.

5.3 Socioekonomiska variabler

Att ingen av de socioekonomiska faktorerna ger någon signifikant inverkan på sjukfrånvaron kan verka konstigt. Utbildningsnivån borde visa på skillnader i sjukfrånvaro då tidigare

⁴⁶ För definition se bilaga 1.

forskning visar att låg utbildningsnivå leder till lägre inkomst och sämre hälsa⁴⁷. Att ingen av de socioekonomiska variablerna är signifikanta kan förklaras av att andra variabler fångar upp de effekter som dessa variabler egentligen skulle ha. I en regression med endast socioekonomiska och geografiska variabler påverkar både gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning sjukfrånvaron. När den gymnasiala utbildningen ökar med en procent minskar sjukfrånvaron med 0,125 procent. Likaså visar eftergymnasial utbildning ett negativt samband. När den eftergymnasiala utbildningen ökar med en procent minskar sjukfrånvaron med 0,068 procent. Variabeln inkomst är däremot inte signifikant i en sådan regression. Detta beror troligtvis på att hög utbildning leder till högre inkomst och att effekten därmed fångas upp av variablerna för utbildning. Då utbildningsnivån i den utbyggda modellen inte har någon påverkan på sjukfrånvaron visar vårt resultat att sjukfrånvaron i kommunerna till största del förklaras av demografiska variationer.

5.4 Sammanfattning resultat

Sammanfattningsvis visar vårt resultat fem signifikanta variabler på fem procents nivån. Dessa är arbetslöshet, förtidspensionärer, andelen 45-64 år, glesbygdskommuner och varuproducerande kommuner. Dessa variabler har ett justerat förklaringsvärde på sjukfrånvaron på 0,366 vilket betyder att de förklarar den beroende variabeln till 36,6 procent.

6. Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om skillnaderna i kommuners sjukskrivningar kan förklaras av den kommunala arbetslösheten. Vårt resultat visar ett negativt signifikant samband vilket innebär att de kommuner som har hög arbetslöshet har färre sjukskrivna. Detta ger stöd för teorin att individer vid hög arbetslöshet sjukskriver sig i mindre omfattning då de är rädda om jobbet. En annan förklaring till vårt resultat är att arbetslösheten endast har en indirekt inverkan på sjukfrånvaron då det inte är arbetslösheten i sig som förklarar de kommunala skillnaderna i sjukfrånvaron. Arbetslösheten samvarierar med andra variabler som istället direkt påverkar sjukskrivningarna.

Enligt tidigare forskning tyder vårt resultat på att Sverige under 2003 hade konjunkturell arbetslöshet. Det skulle innebära att vi detta år befann oss i en lågkonjunktur. Under 2003

⁴⁷ RFV 2003:17 s. 42

ökade den ekonomiska aktiviteten i Sverige⁴⁸. Trots detta pressades inte arbetslösheten tillbaka. En förklaring till att arbetslösheten inte minskade detta år kan bero på den internationella lågkonjunkturen som lett till en pessimistisk inställning till anställningar hos företagen. Vi tror att arbetslösheten i de kommuner som har högre sjukfallsfrekvens, de som klassas som glesbygdskommuner, till stor del lider av strukturell arbetslöshet. Arbetsmarknaden i dessa kommuner har liten privat sektor som inte nämnvärt påverkas av konjunkturen.

Att kommuner med stor offentlig sektor skulle ha fler sjukskrivna talar mot vårt resultat. Precis som i SKL rapporten förklaras sjukskrivningarna till största delen av de demografiska skillnaderna. Andelen kvinnor visar inget signifikant resultat vilket motsäger alla tidigare studier vi tagit del av. Utfallet skulle kunna vara annorlunda vid ett annat sätt att mäta variabeln. Vi har tagit hänsyn till andelen kvinnor av den totala befolkningen vilket endast marginellt skiljde mellan kommunerna. Andelen kvinnor av den arbetsföra befolkningen kan eventuellt ge ett annat resultat.

Antalet förtidspensionärer kan förväntas ha ett negativt samband med sjukskrivningar då en del av de som är sjukskrivna blir förtidspensionerade. Att våra resultat visar på ett motsatt samband kan förklaras av att vi gör en tvärsnittsundersökning. I en tidsserieundersökning kan hänsyn tas till förgående års förtidspensioneringars påverkan på årets sjukskrivningar, vilket troligen visat ett annat resultat. I stället tror vi att vårt resultat kan förklaras av teorier om social interaktion. I kommuner där många är förtidspensionerade skulle normer och lokala moralen kunna bidra till en hög benägenhet att sjukskriva sig alternativt bidra till en längre sjukperiod. Tiden borta från förvärvsarbete kan enligt IFAUs rapport 2003:11 kraftigt förlängas om omgivningen består av många utanför arbetskraften. Till och med makens/makans hälsotillstånd har visat sig påverka individens sannolikhet att bli sjukskriven en längre period.

Trots att förtidspensioneringarna har ökat markant under senare år visar våra resultat att individer i åldern 45-64 år är överrepresenterade bland de sjukskrivna. Att äldre grupper inom arbetskraften är sjukskrivna i större utsträckning är dock naturligt med tanke på eventuella

⁴⁸ www.konjunkturinstitutet.se , konjunkturbarometern dec 2003

förslitningsskador och sämre allmänhälsa. En lägre utbildningsnivå i denna ålderskategori kan bidra till andra typer av jobb som i större utsträckning inkluderar fysisk påfrestning.

Vår studie verifierar tidigare forskning som visar högre sjukfrånvaro i glesbygdskommuner. Vid sidan av det faktum att medelåldern är högre i glesbygdskommuner än landet i genomsnitt, vilket bidrar till högre sjukfrånvaro i sig, kan resultatet förklaras av kommunala normer och kulturer. I rapporten "Att leva på kassan" skildras sambandet mellan inställning till förvärvsarbete och bidragstagande med de kommunerna med högst respektive lägst sjukfrånvaro i landet. Rapporten jämför glesbygdskommunen Strömsund, där sjukfrånvaron är hög, med varuproducerande kommunen Gislaved, där sjukfrånvaron är låg. Våra resultat visar på ett positivt samband mellan sjukfrånvaron och glesbygdskommuner samt ett negativt samband mellan varuproducerande kommuner och sjukfrånvaron. Båda kommungrupperna har högre medelålder än vad som är genomsnitt för landet. Det som skiljer sig är att andelen i åldern 45-64 år är högre i glesbygdskommuner än i varuproducerande kommuner, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan kommunerna i sjukfrånvaron. Däremot tror vi, likt författarna till "Att leva på kassan", att en betydande del av förklaringen till skillnaden i sjukfrånvaro i dessa kommuner handlar om den lokala kulturen. I varuproducerande kommuner är troligen medvetenheten väldigt hög om företagets betydelse för kommunen och man känner stolthet över sitt arbete. I dessa kommuner är den individuella statusen och identiteten ofta kopplad till arbetet vilket inte är självklart i glesbygdskommuner. I glesbygdskommuner är sjukskrivning och arbetslöshet mer socialt accepterat. En ytterligare aspekt på skillnaderna mellan kommunkategorierna är graden av problem med *Moral Hazard*. Individer i kommuner som Strömsund skulle eventuellt leva ett mer osunt liv i vetskap om att det finns en försäkring som dessutom är socialt accepterat att utnyttja.

Fram till mitten av 2003 fanns det ekonomiska incitament att välja sjukskrivning istället för a-kassa. Problemet är att det var den psykiska ohälsan som ökade mest vilket är svårare att kontrollera än fysiska skador. Individen har därmed ett informationsövertag gentemot läkare och försäkringskassan. Dessa *Moral Hazard* problem tillsammans med teorin om nyttomaximering är troligen anledningen till harmonisering av sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Tvärsnittsdata för 2003 visar ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukskrivningar vilket tyder på att individer inte nyttomaximerar mellan systemen. Ett positivt samband skulle kunna innebära att individer sjukskriver sig i större omfattning då arbetslösheten är hög för att erhålla högre ersättning. Även efter juli 2003 ser vi

fördelar med sjukförsäkringen i form av lägre individuella krav på aktivitet. Eftersom våra regressioner endast förklarar 36 procent av sjukskrivningarna är nyttomaximering tillsammans med lokal moral andra viktiga faktorer. I kommuner där stor del av befolkningen inte drar så stor ekonomisk fördel av att förvärvsarbete kan de välja att substituera inkomst mot fritid. Dessa kommuner skulle kunna karaktäriseras av låg medelinkomst, låga levnadskostnader och många som står utanför arbetsmarknaden.

6.1 Sammanfattning diskussion

I vår studie kan inte de geografiska skillnaderna i sjukfrånvaron enbart förklaras av den kommunala arbetslösheten. Trots ett signifikant samband är förklaringsgraden låg. Det som förklarar de kommunala skillnaderna är till störst del de demografiska faktorerna. Vid sidan av demografin påverkar även kommunkaraktär⁴⁹ och den sociala interaktionen sjukfrånvaron.

6.2 Förslag på fortsatt forskning

Ett uppslag för vidare studier är hur individers beteende förändras efter reformer i socialförsäkringssystemet. Framförallt vore det intressant att se hur en sänkning av takbeloppet för arbetslösa som blir sjukskrivna har påverkat benägenheten att sjukskriva sig. För forskning på längre sikt skulle en studie över hur en centralisering av Försäkringskassan har påverkat de regionala skillnaderna i sjukskrivningarna vara intressant.

6.3 Källkritik

Reliabilitet kan förklaras som mätdatans precision, hur pålitliga mätningarna är⁵⁰. Om vi skulle göra om våra mätningar gång på gång så skulle utfallet bli detsamma vilket medför hög reliabilitet. Eftersom vi gjort en totalundersökning där varje individ finns representerad kan inte urvalet kritiseras ur generaliseringssynpunkt. Vi generaliserar bara tillbaka till de individer som varit med i statistiken. Det som däremot bör nämnas är att vi använder oss av tvärsnittsdata för år 2003. Att generalisera våra resultat till en annan period kan vara problematiskt.

Att Försäkringskassan i olika regioner eventuellt bedömer individer olika är inte något som vi kan utesluta. Det finns en möjlighet att rutiner på både arbetsförmedlingen och försäkringskassan påverkas av regionala skillnader. I vår uppsats kan kommuner som har många förtidspensionerade men få sjukskrivna falla inom denna kategori. Eftersom vi endast undersöker de individer som tar del av socialförsäkringssystemen tar vi ingen hänsyn till vilka kommuner som är ”sjukast”, alltså innehar de svåraste sjukfallen. Eventuella individer som är sjuka utan att ta del av sjukpenningen inkluderas alltså inte i vår studie. Att sjuklöneperioden ökade från 14 till 21 dagar 1 juli 2003 kan bidra till missvisande statistik. Individer som under

⁴⁹ se kommunkategorier bilaga 1

⁵⁰ Halvorsen 1992, s. 42

de första sex månaderna var sjukskrivna mellan två och tre veckor är inkluderade i statistiken vilket de inte är efter reformen. Då vår undersökning bygger på den genomsnittliga sjukskrivningsfrekvensen för 2003 tror vi inte att det kommer leda till missvisande resultat.

Validitet mäter vilken relevans eller giltighet det som mäts har i förhållande till syftet⁵¹.

Ett problem med statistiska undersökningar som denna är att variablerna samvarierar med varandra, så kallat multikollinearitetsproblem. Utbildningsnivå och inkomst kan vara ett mått på samma sak då högutbildade ofta genererar högre inkomst. Det kan alltså finnas variabler som påverkar sjukskrivningarna men inte ger utfall i de estimerade parametrarna då effekten är fördelad på flera liknande variabler. Vi har i analysarbetet tagit hänsyn till detta och ser det därför inte som ett problem.

⁵¹ Halvorsen 1992, s. 41

7. Källförteckning

Böcker

Andersen Torben M & Molander Per 2002, *Alternativ i välfärdspolitiken*, SNS Förlag

Björklund Anders m.fl. 2000, *Arbetsmarknaden* 2:a uppl., SNS Förlag

Bäck Mats & Möller Tommy 2003, *Partier och Organisationer*, Nordstedts Juridik

Denscombe Martyn 2000, *Forskningshandboken*, Studentlitteratur

Eklund Klas 1999, *Vår ekonomi* 9:e uppl., Bokförlaget Prisma

Gujarati Damodar N 2003, *Basic Econometrics* 4:e uppl., McGraw Hill Education

Halvorsen Knut 1992, *Samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur

Lindblad Inga-Britt 1998, *Uppsatsarbete – En kreativ process*, Studentlitteratur

Rosen S. Harvey 2005, *Public Finance* 7:e uppl., McGraw Hill Education

Ståhlberg Ann-Charlotte 2004, *Socialförsäkringarna i Sverige*, SNS Förlag

Syll Pålsson Lars 1999, *De ekonomiska teoriernas historia*, Studentlitteratur

Varian R. Hal 1999, *Intermediate Microeconomics*, Norton & Company

Rapporter

Ds 2002:49, *Den svenska sjukan- sjukfrånvaron i åtta länder*, Finansdepartementet

Försäkringskassan analyserar 2005:4, *Att leva på kassan*, Frykman Jonas & Hansen Kjell

Hedström Peter, Kolm Ann-Sofie & Åberg Yvonne 2003, *Social interaktion och arbetslöshet*, IFAU Working Paper 2003:11

Larsson Laura, *Harmonizing unemployment and sickness insurance: Why not?*, IFAU Working Paper 2004:8

Olsson Hans 2003, *Hög kommunal sjukfrånvaro - en statistik synvilla?*, Svenska kommunförbundet

Prop. 2003/04:100 bilaga 3, *2004 års ekonomiska vårproposition*

Riksförsäkringsverket analyserar 2003:4, *Regionala skillnader i sjukskrivningar*

Riksförsäkringsverket analyserar 2003:17, *Sjuka kommuner?*

Riksförsäkringsverket analyserar 2004:12, *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension*

Riksförsäkringsverket analyserar 2004:18, *Sjukskrivning ett år eller längre - riskfaktorer*

Internet

Arbetslöshet 2003: <http://www.ams.se/admin/Documents/ams/arbdata/arblos/kom9204h.xls>

SCB statistikdatabasen:

Medelinkomst 2003: <http://www.ssd.scb.se/>

Utbildningsnivå 2003: <http://www.ssd.scb.se/>

Övrigt

Konjunkturbarometern december 2003, www.konjunkturinstitutet.se

Riksförsäkringsverket pressmeddelande 44/03, www.forsakringskassan.se

www.svensktnaringsliv.se

Bilaga 1.

Kommungruppsindelning, Sveriges Kommuner och Landsting

1. **Storstäder** (3 kommuner)
Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
2. **Förortskommuner** (38 kommuner) Kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet skall vara någon av storstäderna.
3. **Större städer** (27 kommuner)
Kommun med 50 000– 200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.
4. **Pendlingskommuner** (41 kommuner)
Kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun.
5. **Glesbygdskommuner** (39 kommuner)
Kommun med mindre än 7 invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare.
6. **Varuproducerande kommuner** (40 kommuner)
Kommun med mer än 40 procent av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år, anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet. (SNI92)
7. **Övriga kommuner, över 25 000 inv.** (34 kommuner)
Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mer än 25 000 invånare.
8. **Övriga kommuner, 12 500-25 000 inv.** (37 kommuner)
Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har 12 500-25 000 invånare.
9. **Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.** (31 kommuner)
Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mindre än 12 500 invånare.

Bilaga 2.

Kommungruppsindelning Sveriges kommuner och Landsting

Storstäder	Större städer	Kil	Norsjö	Nässjö	Mark	Sollefteå
Göteborg	Borås	Knivsta	Ockelbo	Olofström	Mjölby	Sunne
Malmö	Eskilstuna	Krokom	Orsa	Osby	Motala	Säffle
Stockholm	Falun	Kumla	Ovanåker	Oskarshamn	Norrtälje	Sölvesborg
Förortskommuner	Gävle	Kungsör	Pajala	Oxelösund	Nyköping	Tidaholm
Ale	Halmstad	Kävlinge	Ragunda	Perstorp	Piteå	Tierp
Bollebygd	Helsingborg	Lekeberg	Robertsfors	Sotenäs	Ronneby	Tingsryd
Botkyrka	Jönköping	Mullsjö	Rättvik	Surahammar	Sandviken	Tomelilla
Burlöv	Kalmar	Munkedal	Sorsele	Svenljunga	Skövde	Vimmerby
Danderyd	Karlskrona	Mörbylånga	Storuman	Sävsjö	Strängnäs	Åmål
Ekerö	Karlstad	Norberg	Strömsund	Tibro	Söderhamn	Östhammar
Haninge	Kristianstad	Nykvarn	Torsby	Tranemo	Trelleborg	Övriga kommuner,
Huddinge	Linköping	Nynäshamn	Vansbro	Tranås	Uddevalla	mindre än 12 500 inv.
Håbo	Luleå	Orust	Vilhelmina	Ulricehamn	Västervik	Aneby
Härbyda	Lund	Sigtuna	Vindeln	Uppvidinge	Ystad	Askersund
Järfälla	Norrköping	Sjöbo	Ydre	Vaggeryd	Ängelholm	Bengtstors
Kungsbacka	Skellefteå	Stenungsund	Ånge	Vara	Övriga kommuner,	Borgholm
Kungälv	Sundsvall	Storfors	Åre	Vetlanda	12 500-25 000 inv.	Degerfors
Lerum	Södertälje	Svalöv	Årjäng	Vårgårda	Arboga	Eda
Lidingö	Trollhättan	Säter	Åsele	Värnamo	Avesta	Filipstad
Lilla Edet	Umeå	Söderköping	Älvdalen	Älmhult	Båstad	Färgelanda
Lomma	Uppsala	Timrå	Älvsbyn	Örkelljunga	Eksjö	Gullspång
Mölndal	Varberg	Trosa	Överkalix	Östra Göinge	Flen	Haparanda
Nacka	Västerås	Vänersborg	Övertorneå	Övriga kommuner,	Hagfors	Hjo
Partille	Växjö	Vännäs	Varuproducerande	mer än 25 000 inv.	Hallsberg	Hällefors
Salem	Örebro	Åstorp	kommuner	Alingsås	Hallstahammar	Högsby
Skurup	Örnköldsvik	Älvkarleby	Alvesta	Arvika	Heby	Karlsborg
Sollentuna	Östersund	Glesbygdskommuner	Emmaboda	Boden	Hedemora	Kinda
Solna	Pendlingskommuner	Arjeplog	Fagersta	Bollnäs	Hultsfred	Ljusnarsberg
Staffanstorps	Bjuv	Arvidsjaur	Finspång	Borlänge	Kalix	Mellerud
Sundbyberg	Boxholm	Berg	Gislaved	Enköping	Kiruna	Munkfors
Svedala	Bromölla	Bjurholm	Gnosjö	Falkenberg	Klippan	Nora
Tjörn	Eslöv	Bräcke	Grums	Falköping	Kramfors	Nordanstig
Tyresö	Essunga	Dals-Ed	Götene	Gotland	Kristinehamn	Skinnskatteberg
Täby	Forshaga	Dorotea	Herrljunga	Hudiksvall	Köping	Smedjebacken
Upplands Väsby	Gagnef	Gällivare	Hofors	Härnösand	Laholm	Strömstad
Upplands-Bro	Gnesta	Härjedalen	Hylte	Hässleholm	Leksand	Tanum
Vallentuna	Grästorps	Jokkmokk	Laxå	Karlshamn	Lindesberg	Torsås
Vaxholm	Habo	Ljusdal	Lessebo	Karlskoga	Lysekil	Töreboda
Vellinge	Hammarö	Lycksele	Ljungby	Katrineholm	Mariestad	Vadstena
Värmdö	Höganäs	Malung	Markaryd	Landskrona	Mora	Valdemarsvik
Öckerö	Hörby	Malå	Mönsterås	Lidköping	Sala	Vingåker
Österåker	Höör	Nordmaling	Nybro	Ludvika	Simrishamn	Åtvidaberg
					Skara	Ödeshög