

Sjukskrivning som ett socialt fenomen

**ASSAR LIND-
BECK, MÅRTEN
PALME OCH
MATS PERSSON**

Assar Lindbeck är professor vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet och forskare vid IUI. assar.lindbeck@iies.su.se

Mårten Palme är docent i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet, och professor i nationalekonomi vid Växjö universitet. marten.palme@ne.su.se

Mats Persson är professor i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet. mats.persson@iies.su.se

Författarnas huvudsakliga forskningsområde är socialförsäkringar och välfärdsstatens ekonomi.

Vi vill rikta ett varmt tack till Freja Lundgren på Statistiska Centralbyrån och Ylva Johansson på Riksförsäkringsverket för hjälp med databearbetningen.

I denna artikel studeras om de senaste årens höga sjuktal har inslag av lokala attityder och social normbildning. Empiriska data tyder på detta: individers sjukskrivningsbeteende påverkas av om deras grannar eller arbetskamrater är sjukskrivna. Detta kan ha viktiga konsekvenser för möjligheterna att snabbt få ner sjuktalen.

Från 1998 till 2003 ökade sjuktalen (antalet ersatta dagar per sjukpenningförsäkrad) från 11,2 till 20,4 – dvs med 82 procent. Enbart ökningen mellan dessa två år motsvarar ett bortfall av arbetskraft på 4,1 procent (om man räknar med en normalarbetstid på 223 dagar per år).¹ Denna exceptionella ökning har diskuterats intensivt i den allmänna debatten, utan att någon enskild förklaringshypotes har vunnit trovärdighet. Att hela ökningen skulle motsvaras av försämrad folkhälsa förefaller orimligt. Inte heller är det troligt att en så stor ökning skulle vara resultatet av den trots allt blygsamma höjning av sjukpenningen som genomfördes 1998 (se Henrekson och Persson 2004 samt Johansson och Palme 2002).

En ytterligare förklaring som framförts är att samhällets normer och attityder till sjukskrivning har ändrats. Tanken är att det skulle vara mer socialt acceptabelt att vara sjukskriven, utan att vara direkt arbetsoförmögen, om fler människor i ens omgivning också är sjukskrivna. Detta skulle i så fall kunna ge upphov till speciella ”sjukskrivningskulturer”, antingen inom vissa bostadsområden eller på vissa arbetsplatser.

Om normer och attityder har betydelse för sjukskrivningsbeteendet kan detta få allvarliga konsekvenser. Om de sociala normerna och attityderna till sjukskrivning ändras endast med betydande tidseftersläpning, skulle de fulla effekterna av en regeländring i försäkringssystemet (t ex en ändring av sjukpenningen) bli synliga först efter flera år. Om man därför snabbt genomskärpta regler i sjukförsäkringen skulle vilja få ner sjuktalen, när nivåerna under under flera år tillåtit växa sig höga, skulle det kunna bli nödvändigt med mycket kraftiga och smärtsamma åtgärder.

Men medan det lätt låter sig sägas att normerna ändrats, är det svårt att empiriskt belägga detta. Inom nationalekonomin har dessa problem, och den potentiella betydelse som normbildningen har för samhällets funktionssätt, gett upphov till en växande litteratur under senare år.² Kan den

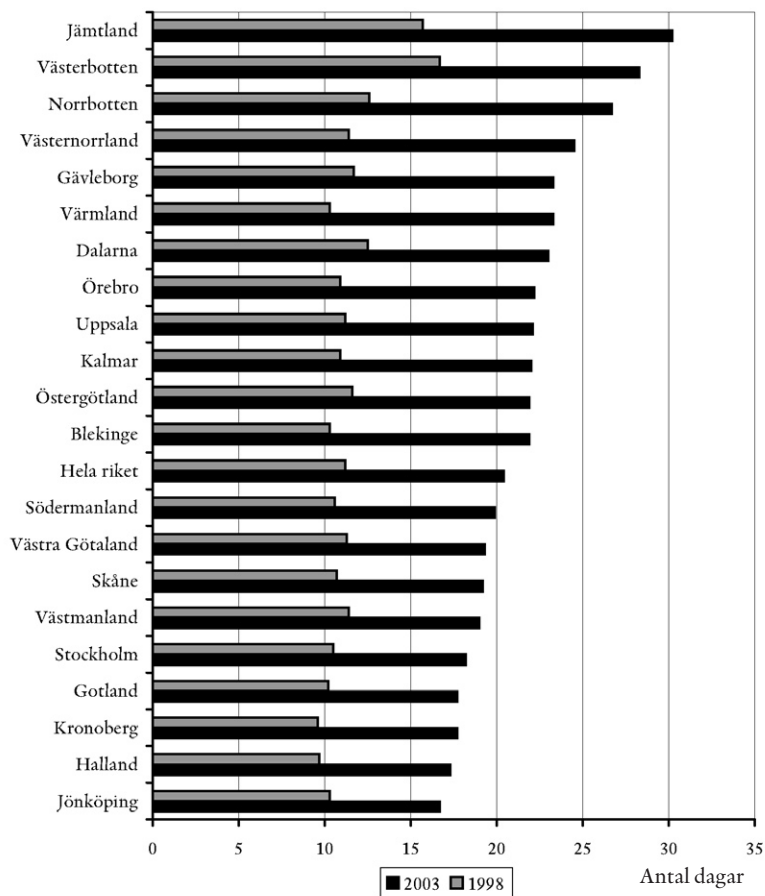
¹ Dessa siffror undeskattar dessutom den verkliga sjukfrånvaron, eftersom Riksförsäkringsverkets statistik för korta sjukfall (d v s de första två veckorna, som betalas av arbetsgivaren) är ofullständig.

² Se till exempel Lindbeck (1995), Glaeser m fl (1997) och Åberg m fl (2003).

förklaringsmodell som framkommit inom denna forskningsgren säga något om de sjukskrivningsmönster vi kan observera i Sverige?

Ett intressant faktum härvidlag är att sjuktalen skiljer sig kraftigt mellan olika delar av landet. Figur 1 visar den länsvisa fördelningen av sjuktalen 1998 och 2003; vi ser att sjuktalen i Jämtland och Västerbotten är nästan dubbelt så höga som i Småland. Även ökningen mellan 1998 och 2003 är ojämnt fördelad. Således ökade sjuktalet i Värmlands län ungefär dubbelt så mycket som i Kronobergs län – i såväl procentuella som absoluta tal. Det finns även stora skillnader i sjukfrånvaro mellan olika arbetsplatser, vilket var utgångspunkten för Hälsoutredningens betänkande (SOU 2002:5).

Den enklaste förklaringen till dessa olikheter i sjuktal är att de har uppkommit rent slumpmässigt. En mer ambitiös förklaring är att olika regioner, och arbetsplatser, skiljer sig åt vad gäller befolkningsstruktur och näringslivsstruktur, och att dessa skillnader helt naturligt ger upphov till olika sjukskrivningsmönster. En tredje förklaring är att det i olika regioner, och på olika arbetsplatser, uppstått olika sociala normer vad gäller sjuk-skrivning. Om så vore fallet skulle sjukskrivningsmönstren kunna skilja sig åt – mer än vad som medges av slumpen – mellan olika regioner även om dessa hade likartad befolknings- och näringsstruktur, och mellan olika



Figur 1
Länsvis fördelning
av sjuktalen 1998
och 2003

arbetsplatser även om dessa hade likartad personalsammansättning och vore verksamma i samma bransch.

I denna studie ska vi studera de lokala skillnaderna i sjukskrivningsmönster. Vår strategi är att i ett första steg mäta om det finns lokala skillnader både vad gäller bostadsort och vad gäller arbetsplats. I ett andra steg använder vi individuella data för att undersöka om dessa skillnader kvarstår även sedan vi genom regressionsteknik kontrollerat för observerbara olikheter vad gäller befolkningens och arbetskraftens sammansättning. Sådana kvarstående skillnader kan tyda på att sjukskrivningarna till en del bestäms genom sociala normer. Vi studerar här både skillnader i sjuktalens nivå mellan olika bostadsorter och arbetsplatser, och skillnader i sjuktalens förändringar under de senaste åren.

1. Datamaterialet

Vi bygger vår studie på mycket detaljerade data som nyligen blivit tillgängliga inom Statistiska Centralbyråns databas LOUISE. Dessa data har kombinerats med sjukskrivningsdata från Riksförsäkringsverket. Den således konstruerade databasen omfattar alla svenskar (dvs det är inte fråga om något urval), vilket gör det möjligt att med stor precision studera olika faktorer bakom sjukskrivningarna. Det finns dock två begränsningar hos datamaterialet. För det första har vi ännu inte tillgång till data för hela Sverige. Vi har därför fått nöja oss med en studie av ett län, nämligen Västra Götaland. Detta är kanske inte så allvarligt i sig; Västra Götaland med sina 1,5 miljoner invånare är tämligen representativt för Sverige i stort, med en storstadsregion, en mängd små och medelstora städer, och stora glesbygdsområden. Men begränsningen till ett enda län innebär att vi tyvärr går miste om en del av extremfallen, både vad gäller hög sjukfrånvaro i Norr- och Västerbotten och låg sjukfrånvaro i Småland. För det andra är data om korttidsfrånvaron ofullständiga. Efter 1991, då arbetsgivarna betalar sjukpenningen för de första två veckorna av ett sjukfall, är RFVs statistik tillförlitlig bara för de sjukfall som varar längre än två veckor. Det innebär att vi i denna artikel har koncentrerat oss på långtidsfrånvaron, dvs de fall som är längre än två veckor. Våra data sträcker sig från 1995 till 2001, dvs vi har fått med både de låga sjuktalerna under lågkonjunkturen i mitten av 1990-talet och (början av) den kraftiga ökningen i sjuktalerna som ägde rum när tiderna började förbättras i slutet av 1990-talet. Däremot finns ännu inga data tillgängliga för topp-åren 2002 och 2003.

Vi studerar enbart anställda, dvs vi bortser från de speciella problem som uppstår för egenföretagare. Vi begränsar oss också till personer i åldersgruppen 25-64 år. För att kunna tala om social interaktion, dvs möjligheter för människor att personligen umgås och påverka varandra, måste vi kunna studera data på en ganska låg aggregationsnivå. Vår databas medger en disaggregering ner på församlingsnivå, och Västra Götaland hade 475 församlingar år 2001. Det är kanske en aning för stora enheter om man vill

studera individuell påverkan inom en grupp, men det är den lägsta nivå som finns tillgänglig. Å andra sidan vill man inte använda alltför små enheter heller; om vi skulle gå ner på hushållsnivå skulle dels den rena slumpen skapa alltför stor variation i sjukfrånvaron, dels skulle man kanske snarare studera individuell variation än social påverkan. Vi har därför valt att hålla oss till församlingarna, och vi har något godtyckligt valt att begränsa oss till sådana församlingar som har minst 55 invånare som är anställda och som är mellan 25 och 64 år. Det fanns 421 sådana församlingar i Västra Götaland 2001, med ett genomsnittligt antal undersökningspersoner (dvs personer som dels är anställda, dels är 25–64 år) på 597.

Vad gäller arbetsställena fanns det 48 886 stycken, av vilka de flesta endast hade 1–2 anställda, i länet. Observera att arbetsställe inte är detsamma som företag; ett stort företag kan ha flera arbetsställen i form av olika fabriker, avdelningar m m. Även här har vi valt att begränsa oss till sådana arbetsställen som har minst 55 anställda i åldersgruppen 25–64 år. År 2001 fanns det 1433 sådana arbetsställen i Västra Götaland, med ett genomsnittligt antal anställda i åldersgruppen 25–64 år på 175 personer.

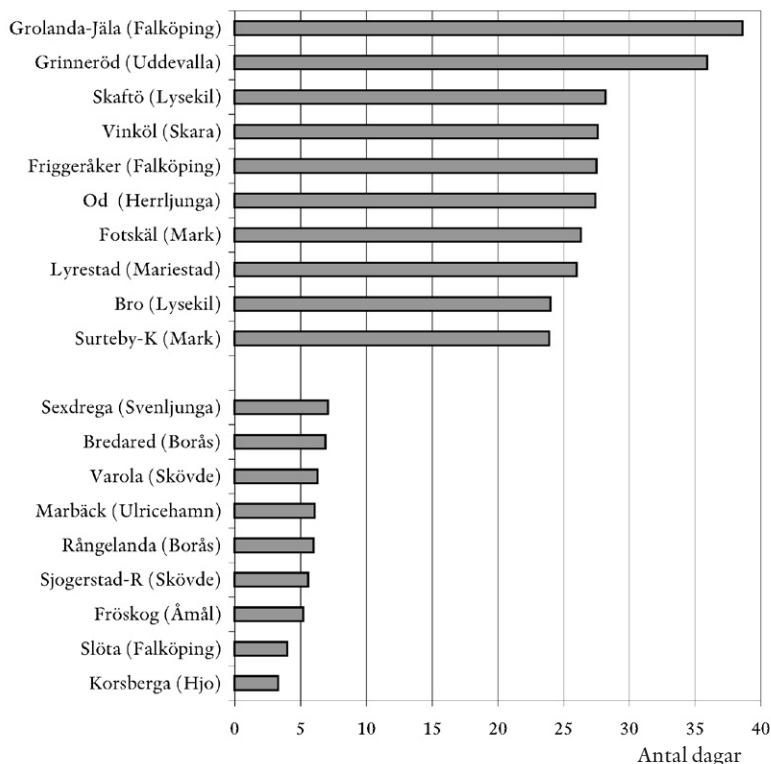
Anledningen till att vi begränsat oss till större arbetsplatser är densamma som skälet till att vi begränsade oss till större församlingar: vi får större precision i estimaten, eftersom dessa då blir mindre beroende av slumpen. Eventuellt förtjänar småföretagens speciella problem en egen studie. Det viktigaste argumentet för att enbart koncentrera oss på de större arbetsställena är dock att vi därigenom får ungefär lika många arbetsställen som församlingar i vår studie. Vi kan då få en bättre jämförelse med bostadsortens (dvs församlingens) gentemot arbetsställets betydelse. Om vi i samma studie hade ett relativt litet antal församlingar, med relativt många invånare, och ett stort antal arbetsställen, med relativt få anställda, skulle de statistiska resultaten ge intryck av att arbetsställena förklarade en mycket större del av variationen i sjuktalet än bostadsorten. Men detta skulle vara ett statistiskt villospår; på grund av olikheten i gruppstorlek skulle arbetsställena fånga upp mer av den individuella variationen, och därmed inte säga något om den relativa betydelsen hos arbetsställe contra bostadsort – allt annat lika.

2. Nivån på sjukfrånvaron

I figur 2 visas den långa sjukfrånvaron (antal dagar per anställd i åldern 25–64 år) för de tio församlingarna med högst frånvaro respektive de tio församlingarna med lägst frånvaro år 2001. Observera dock att vi bara har data på långa sjukfall, dvs antal dagar utöver de första 14 dagarna på ett sjukfall.³ Vi ser att listan toppas av Grolanda-Jäla församling i Falköpings kommun,

³ Man skulle kunna tro att om vi bara adderar 14 dagar till siffrorna i figur 2 så får vi hela sjuktalet, dvs det totala antalet sjukdagar per person. Så enkelt är det dock inte. Eftersom våra data inte innehåller uppgifter om hur många sjukdomsperioder varje person haft under året skulle en sådan procedur bara ge en undre gräns för det korrekta sjuktalet.

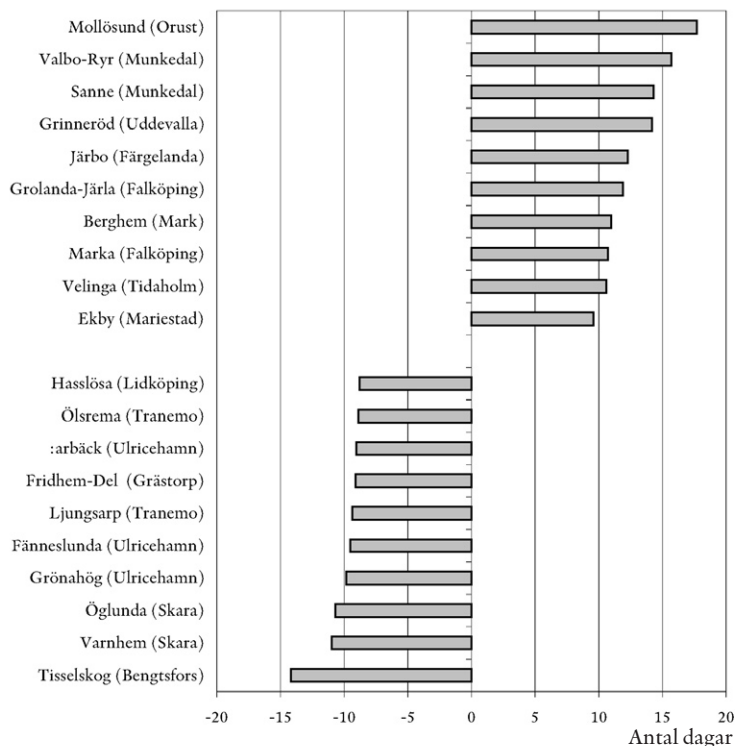
Figur 2
De tio församlingarna
i västra Götaland med
högst respektive lägst
antal sjukdagar i
långa sjukfall 2001



som hade en sjukfrånvaro på 38,6 dagar (utöver de första 14 dagarna) per person under året. På andra plats kom Grinneröds församling i Uddevalla kommun med 35,9 dagar per person. Den lägsta sjukfrånvaron i långa sjukfall kan vi observera i Korsberga församling i Hjo kommun och i Slöta församling i Falköpings kommun, med 3,3 respektive 4,0 sjukdagar per person.

De stora skillnaderna i sjuktalen kan dock bero på olikheter mellan församlingarna vad gäller befolknings- och näringsstruktur. Vi har därför kontrollerat för sådana faktorer genom en regressionsanalys, där varje individ i datamaterialet har karakteriserats med ett antal sk dummy-variabler, indikerande en rad observerbara karakteristika för individen, församlingen och arbetsstället. Dessa är

- För individen: ålder (alla åldrar mellan 25 och 64, dvs 40 kategorier)
utbildning (7 kategorier)
kön (2 kategorier)
civilstånd (2 kategorier: ensamstående resp. sammanboende)
småbarnsförälder (2 kategorier)
ursprungsland (11 kategorier)
- För arbetsstället: branschtillhörighet (3-siffrig sk SNI-kod, 58 kategorier)
sektortillhörighet (stat, landsting, primärkommun, privat osv, 10 kategorier)



Figur 3
Församlingar i Västra
Götaland 2001, rang-
ordnade efter residu-
alernas storlek

Not: med residualen för en viss församling menas avvikelsen mellan församlingens faktiska sjuktal och det sjuktal som i genomsnitt förväntas i en församling med de egenskaper som denna har.

För församlingen: glesbygd, tätort (2 kategorier)

arbetslösheten (andel invånare som under året någon gång uppburit arbetslöshetsunderstöd)

Totalt motsvarar dessa faktorer 124 dummy-variabler, plus församlingens arbetslöshet som uttrycks som en kontinuerlig variabel (vars inflytande antas vara linjärt). Vårt syfte är att "förklara" de långa sjuktalet för varje individ i vårt datamaterial.⁴ Därefter återstår för varje individ ett "oförklarad" antal sjukdagar, en residual. I figur 3 visas de tio församlingar som har högst respektive lägst genomsnittlig residual.

Vi ser att om man tar hänsyn till observerbara karakteristika i form av befolknings- och näringsstruktur så blir rangordningen av församlingarna annorlunda än den blev i figur 2. De högsta residualerna finner vi i Mollösunds församling i Orusts kommun, som har 17,58 fler dagars frånvaro i långa sjukfall än vad regressionen kan förklara. De lägsta residualerna fin-

⁴ Hur man bör ta hänsyn till arbetslösheten i en sådan regressionsekvation kan diskuteras. Här har vi valt det enklast tänkbara sättet; i en senare studie, med data från hela landet, räknar vi med att fördjupa analysen. Där kommer vi också att diskutera det synbart paradoxala förhållandet att sjukfrånvaron är positivt korrelerad med arbetslösheten i tvärsnittsdata men negativt korrelerad i tidsseriedata.

ner vi i Tisselskogs församling i Bengtsfors kommun, som har 13,77 färre sjukdagar per person än vad regressionen ger vid handen. Vi ser också att en del församlingar tycks ha en robust hög sjukfrånvaro, medan andra har en robust låg frånvaro, oavsett om vi kontrollerar för en rad faktorer eller inte. Grinneröd och Grolanda-Järta, till exempel, dyker upp bland de församlingar som har höga sjuktal både i figur 2 och figur 3, medan Marbäck dyker upp bland dem som har låga sjuktal i bägge figurerna.

Arbetsplatsen

I figur 4 har vi valt ut de arbetsställen som hade mer än 55 anställda år 2001 och för dem gjort samma rangordning som för församlingarna i figur 2: vi visar de tio arbetsställen som hade den högsta långtidssjukfrånvaron år 2001 och de tio som hade den lägsta. Av lättförståeliga skäl har arbetsställena fått förbli anonyma, men vi har indikerat om de hör till den privata eller den offentliga sektorn. Vi ser att arbetsställena med hög sjukfrånvaro i regel finns inom den offentliga sektorn medan arbetsställena med låg sjukfrånvaro finns inom den privata sektorn.

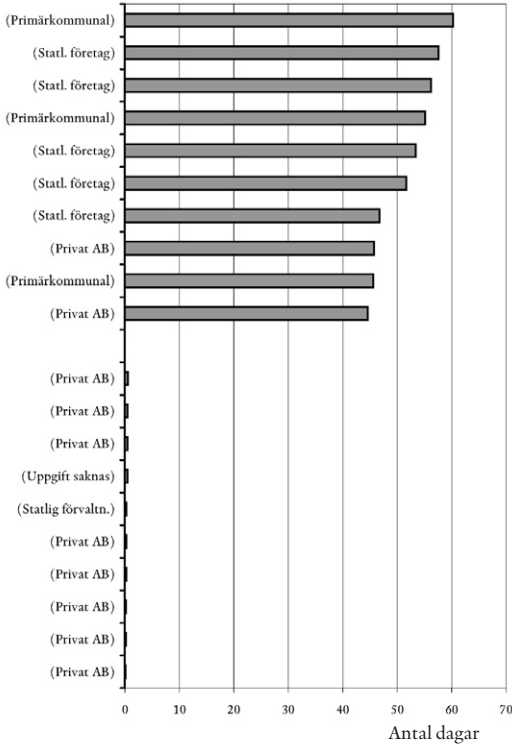
Vi kan också observera att variationen bland arbetsställena är mycket större än bland församlingarna. I figur 2 ser vi att de långa sjuktalen (utöver de två första veckorna) för församlingarna varierade mellan 3,3 och 38,6 dagar, medan figur 4 visar att de långa sjuktalen för arbetsställena varierar mellan 0,12 och 60,23 dagar. Detta kan antyda att arbetsstället är mer betydelsefullt än bostadsorten för en individs sjukskrivningsbeteende, men siffrorna kan också bero på arbetsställets personalstruktur. Vi har därför kontrollerat för alla observerbara karakteristika på samma sätt som vi gjorde för församlingarna ovan; resultatet vad gäller arbetsställena visas i figur 5.

Vi ser här att även för arbetsställena gäller att de observerbara faktorerna tycks kunna förklara endast en liten del av variationen i sjukfrånvaron.⁵ Siffrorna varierar nu från -20,68 till 36,60 dagar. Man kan notera att medan de arbetsställen som hade högst sjukfrånvaro i figur 4 så gott som uteslutande hörde till den offentliga sektorn, och de arbetsställen som hade lägst sjukfrånvaro dominerades av den privata sektorn, så är inte detta fallet vad gäller residualerna i figur 5. Detta betyder inte att den oförklarade delen av sjuktalet skulle vara större eller mindre inom den offentliga sektorn än inom den privata; regressionen innebär i själva verket att den oförklarade delen i genomsnitt är noll i bägge sektorerna. Snarare återspeglar mönstret i figur 5 skillnader i sjuktalets variation mellan arbetsställena inom respektive sektor.

Komponentuppdelning av variansen

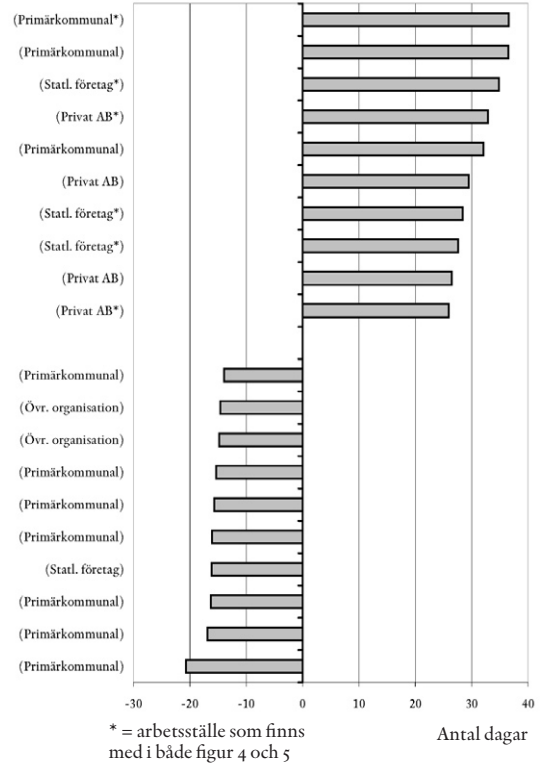
Beror de skillnader vi observerat mellan bostadsorter, respektive mellan arbetsställen, på slumpen? Eller är skillnaderna statistiskt signifikanta? Denna fråga kan man besvara genom en sk komponentuppdelning av

⁵ Arai och Skogman Thoursie (2004) har redovisat liknande resultat i en studie som bygger på andra data än våra och avser sjukfrånvaron 1991.



Figur 4

De tio arbetsplatserna i Västra Götaland med högst resp. lägst antal långa sjukfall per anställd 2001.



* = arbetsställe som finns med i både figur 4 och 5

Figur 5

Arbetsplatser rangordnade efter residualernas storlek

variationen. En sådan visar hur stor del av den totala variationen i vårt data-material som förklaras av variationer mellan församlingar, av variationer mellan arbetsplatser, och av variation mellan individer.⁶

För att en sådan komponentuppdelning ska bli informativ krävs att antalet församlingar är ungefär lika stort som antalet arbetsplatser. Annars skulle, som nämnts i avsnitt 2, arbetsplatserna automatiskt framstå som mer betydelsefulla för den totala variansen. Vi har därför delat upp individerna i varje församling i två grupper: högutbildade (med minst gymnasieutbildning) och lågutbildade. Tanken är att den sociala interaktionen mest sker inom den socioekonomiska grupp individen tillhör, och att utbildningsnivån är en proxy för denna. Genom denna uppdelning fördubblas antalet observationer med avseende på bostadsort, från de 421 församlingarna till 842 bostadsområden (2001).

På detta utvidgade datamaterial kontrollerar vi så för observerbara faktorer genom samma typ av regression som i föregående avsnitt. Vi kan då se hur stor del av variationen i residualerna som kan förklaras av variationer i medeltalen för bostadsorter respektive arbetsplatser. Variationen – såväl i det totala sjuktalet som i residualerna – uttrycks genom den s_k variansen,

Tabell 1

En komponentuppdelning av variationen i långa sjuktal, Västra Götaland 2001.

Andel av totala variansen (%) som kan förklaras av	
bostadsorten	1,02
arbetsstället	2,35
Andel av residualvariansen (%) som kan förklaras av	
bostadsorten	0,46
arbetsstället	1,11
Genomsnittligt antal sjukdagar	13,57
Antal observationer	251 371
Antal bostadsorter	842
Antal arbetsställen	1 433

ett statistiskt mått som anger hur utspridd en variabel är kring sitt medelvärde. Resultatet av dessa beräkningar redovisas i tabell 1.

Vi ser att skillnader mellan arbetsställen är viktigare än skillnader mellan bostadsorter; av den totala variansen förklaras 1,02 procent av variationer mellan bostadsorternas medelvärden, medan 2,35 procent förklaras av variationer mellan arbetsställets medelvärden. Bilden blir ungefär densamma om vi ser till den oförklarade variationen (dvs variansen i residualerna) i stället; då förklaras 0,46 procent av variationer mellan bostadsorterna, 1,11 procent av variationer mellan arbetsställen. Som vanligt vid regressionsanalys på individnivå är det bara en mycket begränsad del av de totala variationerna som kan ”förklaras” av observerbara faktorer, som arbetsställe eller bostadsort. Detta beror på att de individuella skillnaderna regelmässigt dominerar individuellt beteende. Man bör dock observera att procentsiffrorna är statistiskt signifikanta (på enprocentsnivån), dvs sannolikheten är mycket liten att de har kommit till av en slump.⁷

Siffrorna 1,11 procent och 0,46 procent antyder att arbetsplatsen tycks vara viktigare än bostadsorten när det gäller att förklara den del av sjuktalets variation som inte kan förklaras av observerbara faktorer. En djärv tolkning skulle kunna vara att normbildningen via social interaktion är viktigare bland arbetskamraterna än bland grannarna. Men den slutsatsen är inte helt vattentät, eftersom arbetsplatsen kan rymma andra förklaringar, som vi inte kan observera (arbetsmiljön, arbetsledningen m m), utöver den rena sociala interaktionen. Tolkningen av sådana faktorer är emellertid inte entydig. Det kan finnas vissa icke-observerbara faktorer som minskar folks faktiska arbetsförmåga, lika väl som det kan finnas faktorer som påverkar normbildningen. I en studie av Modig och Broberg (2002) anser t ex nästan hälften av de tillfrågade att det är OK att sjukskriva sig utan att vara sjuk, exempelvis för att man har familjeproblem, har en dålig arbetsmiljö eller stress på jobbet. Drygt en femtedel anser att det är rätt att sjukskriva sig

⁶ Metoden beskrivs i läroböcker i statistik, t ex Newbold (1988, kapitel 15).

⁷ Arai och Skogman (2004) har fått liknande resultat, nämligen att arbetsplatserna 1991 hade signifikant men begränsad betydelse för variationer i sjukskrivningarna. Vi har dessutom gjort liknande beräkningar för varje år i vårt datamaterial (1995-2001) och mönstret är detsamma för varje år.

om man vantrivs på jobbet eller har en dålig chef. Ett sådant beteende kan mycket väl vara mer utbrett i vissa företag än i andra.

Vi har påpekat att både den del av residualvariansen som förklaras av bostadsorten, och den som förklaras av arbetsplatsen, är statistiskt signifikant på enprocentsnivån, dvs det är inte sannolikt att den uppkommit av en slump. I stället måste någon annan förklaring finnas. Vad gäller arbetsplatserna finns det, som nämndes ovan, ett antal möjliga förklaringar, men vad gäller bostadsorten är det svårt att tänka sig några rimliga sådana, utöver social påverkan och lokal normbildning.

Låt oss emellertid betona att man, genom att tolka skillnader i residualer som ett tecken på social interaktion, kan såväl överskatta som underskatta den verkliga effekten av interaktionen. Man överskattar den om det finns systematiska skillnader i icke observerbara faktorer mellan olika bostadsorter och arbetsställen (mer om detta i nästa avsnitt). Och man underskattar den eftersom en del av de skillnader som vi felaktigt hänför till observerbara faktorer (t ex bransch) åtminstone delvis kan vara ett uttryck för social interaktion.

När det gäller den sociala interaktionen på företagsnivå finns båda dessa felkällor. Det blir en överskattning om det existerar företagsspecifika faktorer som kanske inte är direkt observerbara, men som ändå objektivt påverkar personalens hälsa (t ex vissa arbetsmiljöfaktorer). En underskattning kan gå till på följande vis. Antag att företagskulturen inom vissa delar av den t ex offentliga sektorn är sådan, att sjukskrivning är ett accepterat uttryck för missnöje med arbetsförhållandena, medan ett sådant beteende inte skulle vara accepterat inom andra sektorer. I så fall skulle vi felaktigt "förklara" en hög sjukfrånvaro med arbetsplatsens sektorstillhörighet, medan den egentligen är ett uttryck för sociala normer.

När det gäller den sociala interaktionen på bostadsorten är en underskattning troligare än en överskattning. Antag att en hög arbetslöshet i en församling leder till att det blir mer socialt acceptabelt att leva på bidrag. I så fall är ju detta ett uttryck för förändrade sociala normer. Men i vår regression kommer vi inte att få några stora värden på residualerna för den församlingen; i stället kommer det höga sjukalet att "förklaras" av arbetslösheten. Vi får således en underskattning av den sociala interaktionens betydelse för sjukfrånvaron.⁸ Det är dock svårt att tänka sig några utelämnade faktorer (motsvarande arbetsmiljön för företagen) som är knutna till bostadsorten och som skulle leda till en överskattning av den sociala interaktionens betydelse.

Slutsatsen av detta är, att den del av residualvariansen som förklaras av arbetsplatsen (1,11 procent) kan vara såväl en överskattning som en underskattning av den verkliga siffran, medan den del som förklaras av bostadsorten (0,46 procent) förmodligen är en underskattning. Därför kan man säga att den senare siffran är mer övertygande än den förra, trots att den är lägre.

⁸ Ett sätt att undvika denna underskattning vore, att inte ta med arbetslösheten bland de förklarande faktorerna i regressionen. Men detta skulle skapa andra problem i stället.

3. Ökningen i sjukfrånvaron

Hittills har vi enbart studerat olika förklaringar till sjuktalens nivå. Ett problem med denna ansats är att det kan finnas icke observerade faktorer som påverkar sjukfrånvaron men som inte har med social interaktion att göra. Om dessa faktorer tenderar att vara koncentrerade till vissa bostadsområden eller arbetsplatser (t ex problem i arbetsmiljön) kommer vi att felaktigt tolka deras effekter som resultatet av social interaktion. Ett sätt att hantera detta problem är att studera förändringen i sjukskrivningarna, i stället för nivån.⁹ På så sätt kan vi kontrollera för alla bestående icke-observerbara faktorer som påverkar sjukskrivningarna. Nackdelen är dock att vi därigenom inte kan fånga upp effekter av bestående social interaktion, utan endast förändringarna i sådan interaktion. Å andra sidan kan man säga att den exceptionella ökningen i sjukskrivningarna under den period vi studerar motiverar studiet av förändringarna i sig.

Vi har därför gjort samma typ av analys som i avsnitt 2 ovan, men i stället för sjuktalets nivå 2001 har vi studerat sjuktalets förändring mellan 1999 och 2001 (vi har även gjort det för förändringen mellan alla andra par av år i vårt datamaterial, och resultaten är i stort sett desamma). I princip skulle man kunna rita upp diagram som motsvarar figur 2–5 avseende förändringarna i stället för nivån (de ser ungefär likadana ut, men namnen på församlingarna och arbetsplatserna blir i de flesta fall annorlunda). Av utrymmes-skäl ska vi dock nöja oss med att redovisa den mest omfattande statistiska analysen, den som motsvarar komponentuppdelningen av variationen i tabell 1. Resultaten redovisas i tabell 2.

Resultaten är förvånansvärt samstämmiga med dem i tabell 1. En skillnad är dock att bostadsorterna respektive arbetsplatserna förklarar ungefär lika stor andel (0,47 procent respektive 0,86 procent) av residualvariansen. Detta är vad man har att vänta sig, eftersom vi genom att studera förändringar i stället för nivåer har eliminerat en del av de icke-observerbara faktorer som kan skilja sig åt för arbetsplatserna (t ex arbetsmiljön) medan det är mindre troligt att sådana faktorer existerar för bostadsorterna. Samtliga resultat är signifikanta på enprocentnivån, dvs andelarna 0,47 procent och 0,86 procent kan inte rimligen ha uppstått genom en slump.

Detta är enligt vår bedömning det enskilda resultat som ger starkast stöd för hypotesen att sjukskrivningarna påverkas av social interaktion. Efter att ha kontrollerat för såväl observerbara som icke-observerbara (bestående) faktorer kvarstår en signifikant skillnad i sjukskrivningsmönster mellan olika bostadsorter och olika arbetsplatser.

En sak bör dock påpekas. Även om våra empiriska data tyder på att sociala normer spelar roll för sjukskrivningsbeteendet kan man inte härav dra slutsatsen att hela – eller ens den största delen – av den kraftiga ökningen i sjuktalet under senare år beror på förändrade attityder och normer. Det troliga är att ökningen har flera orsaker, av vilka förändrade sociala normer dock är en.

⁹ Ett exempel på tillämpningen av denna metod är Duncan och Holmlund (1983).

Andel av totala variansen (%) som kan förklaras av	
bostadsorten	0,60
arbetsstället	1,33
Andel av residualvariansen (%) som kan förklaras av	
bostadsorten	0,47
arbetsstället	0,86
Genomsnittlig ökning i antal sjukdagar	7,86
Antal observationer	192 497
Antal bostadsorter	812
Antal arbetsställen	1 094

Tabell 2
Komponentuppdelning av variansen i ökningen av de långa sjuktalen mellan 1999 och 2001.

4. Slutsatser

Tidigare studier har visat att sjukfrånvaro påverkas både av sjukförsäkringens utformning, inklusive systemets ekonomiska incitament, och av observerbara personliga egenskaper hos de försäkrade, såsom ålder, kön, utbildning och yrke. Vår studie har koncentrerat sig på betydelsen av arbetsplats och bostadsområde. Variationer i både dessa faktorer visar sig ha betydelse för sjukfrånvaron, rensat för observerbara skillnader mellan individer. Att arbetsplatsen förklarar mer än bostadsorten är knappast förvånande. Sociala normer beträffande inställning till arbete kan utvecklas via social interaktion både i arbete och i umgänge inom bostadsområdet, samtidigt som arbetsmiljön dessutom kan påverka individens arbetsförmåga, exempelvis genom fysiska eller psykiska arbetsskador. Studien är konsistent med hypotesen om social påverkan både inom bostadsområden och på arbetsplatser. Det gäller särskilt den signifikanta effekten av bostadsorten, i synnerhet när vi studerar förändring över tiden i stället för nivåer.

Det är troligt att de variationer i sjukfrånvaro som vi konstaterar mellan olika bostadsområden, sedan hänsyn tagits till observerbara skillnader mellan individer, i huvudsak sammanhänger med variationer i sociala normer mellan olika bostadsorter. Men när det gäller variationer mellan olika arbetsplatser kan vi inte skilja ut betydelsen av sociala normer från effekter av arbetsmiljön på individens arbetsförmåga via sjukdom eller arbetsskada. För att komma vidare i den frågan skulle vi behöva detaljerad information om arbetsmiljö på olika arbetsplatser, såsom buller, luftföroreningar, stressskapande faktorer, samarbetsklimat etc. Att kombinera sådan information med den information som finns i vår studie är en svår men intressant framtida forskningsuppgift.

Det är för tidigt att dra några säkra politik-slutsatser av vår studie. En preliminär slutsats är dock att en hel del bör kunna vinnas på att bekämpa lokala "sjukskrivningskulturer", vare sig dessa uppkommer inom bostadsområden eller på arbetsplatser. Eftersom arbetsplatsen tycks vara mer betydelsefull än bostadsorten är det också rimligt att satsa speciellt på arbetsplatserna; här kan man tänkas uppnå en "dubbel" effekt – dels bättre arbetsförhållanden dels starkare arbetsnormer. När man vidtar åtgärder för

att stimulera fram bättre arbetsplatser måste man dock se till att man inte alltför kraftigt försvårar möjligheterna för anställning för grupper med stor risk för sjukdom och arbetsskador. Går man hårt fram när man lägger höga kostnader för sjukfrånvaro på arbetsgivaren kan sådana grupper få ytterligare svårigheter att få arbete. I så fall riskerar vi att få en ytterligare segmenterad arbetsmarknad.

Vi står här inför ett genuint dilemma, eftersom det gäller en avvägning mellan tre aspekter: inkomstförsäkring, överutnyttjande av denna försäkring (moral hazard), och segmentering av arbetsmarknaden. Avvägningsproblemet är mer komplicerat vad gäller sjukförsäkringen än för många andra försäkringar, eftersom det här är fråga om ett trepartsförhållande. I de flesta andra försäkringar är det fråga om en relation mellan försäkringsgivaren och den försäkrade – men i fallet med sjukförsäkring, liksom arbetslöshetsförsäkring, tillkommer arbetsgivaren som en tredje part. Om man försöker lösa problemet genom att sänka sjukpenningen, drabbas de anställda inkomstmässigt. Om man i stället försöker lösa problemet genom ökade kostnader för arbetsgivaren, drabbas vissa riskgrupper inom arbetskraften av minskade möjligheter att få anställning.

Politiken på området bör därför inriktas på att finna metoder som minskar konflikten mellan dessa tre aspekter. Det blir därmed fråga om ett batteri av åtgärder, såsom avgifter eller subventioner differentierade med avseende på arbetsställe, bostadsort och individens riskgrupp (exempelvis ålder). Likaså gäller den traditionella avvägningen mellan kontroller och självrisker.

REFERENSER

- Arai, M och P Skogman Thoursie (2004), "Sickness absence: Worker and establishment effects", under publicering i *Swedish Economic Policy Review*.
- Duncan, G och B Holmlund (1984), "Was Adam Smith Right After All? Another Test of the Theory of Compensating Wage Differentials", *Journal of Labor Economics*, vol 1, s 366-79.
- Glaeser, E L, B Sacerdote och J Scheinkman (1996), "Crime and Social Interactions", *Quarterly Journal of Economics*, vol 111, s 507-548.
- Henrekson, M och M Persson (2004), "The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System", *Journal of Labor Economics*, vol 22, s 87-113.
- Johansson, P och M Palme (2002), "Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism", *Journal of Human Resources*, vol 37, s 381-409.
- Lindbeck, A (1995), "Hazardous Welfare State Dynamics", *American Economic Review*, vol 85, s 9-15.
- Modig, A och K Broberg (2002), "Är det OK att sjukskriva sig om man inte är sjuk?", Rapport T22785, Temo, Stockholm.
- Newbold, P (1988), *Statistics for Business and Economics*, Prentice-Hall International, Englewood Cliffs, N J.
- Riksförsäkringsverket (2004), *Socialförsäkringen. Årsredovisning för budgetåret 2003*.
- Riksförsäkringsverket (2003), "Regionala skillnader i sjukskrivningar", *RFV Analyser* 2003:4.
- SOU 2002:5. Hälsoutredningen, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
- Åberg, Y, P Hedström och A-S Kolm (2003), "Social Interactions and Unemployment", WP 2003:18, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.