

KARI LANTTO
EVA LINDBLOM

Är arbetslösheten hälsosam?*

Många intresserar sig för ökningen i sjukfrånvaron. Däremot var få intresserade tidigare, då den sjönk. Hälsan tiger still? Vårt intresse är mer symmetriskt. Vi diskuterar förklaringar till variationen i sjukfrånvaron och då främst arbetslösheten. Här redovisas dessutom resultatet av en empirisk undersökning av detta samband.

Rätten till sjukpenning och sjukalet

Vi mäter sjukfrånvaron med det s k sjukalet. Detta tal anger antalet ersatta sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad. Därmed är sjukalet endast ett mått på den av sjukpenningen ersatta sjukfrånvaron. Sjuktalet utvecklingen från 1956 till idag framgår av den heldragna kurvan i *Figur 1*.

För att den försäkrade ska få sjukpenningssättning ska bl a två krav vara uppfyllda: Den försäkrade måste vara sjuk, och sjukdomen måste försäkra nedsättning av arbetsförmågan.¹ Detta betyder att rätten till sjukpenning inte endast beror på den försäkrades hälsa utan också på bedömningen av denna hälsa. Denna bedömning ska göras med hänsyn till de krav på hälsa (muskelstyrka, koncentration förmåga, stresstålighet etc) som den försäkrades arbete ställer.

De som faktiskt bedömer i dessa frågor

Fil kand KARI LANTTO är byrådirektör på Riksförsäkringsverket och doktorand vid Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet. Utredningssociolog EVA LINDBLOM är byrådirektör på Riksförsäkringsverket.

är den försäkrade själv, försäkringskassa, läkare och i vissa fall arbetsgivaren. I stort sett gäller den försäkrades bedömning för sjukfall upp till en veckas längd. För längre sjukfall måste en läkare bedöma den försäkrades hälsa och arbetsförmåga. Endast undantagsvis tar försäkringskassan aktivt del i denna bedömning och då kanske främst i mycket långvariga fall.

Arbetslöshetens förväntade betydelse för sjukfrånvaron

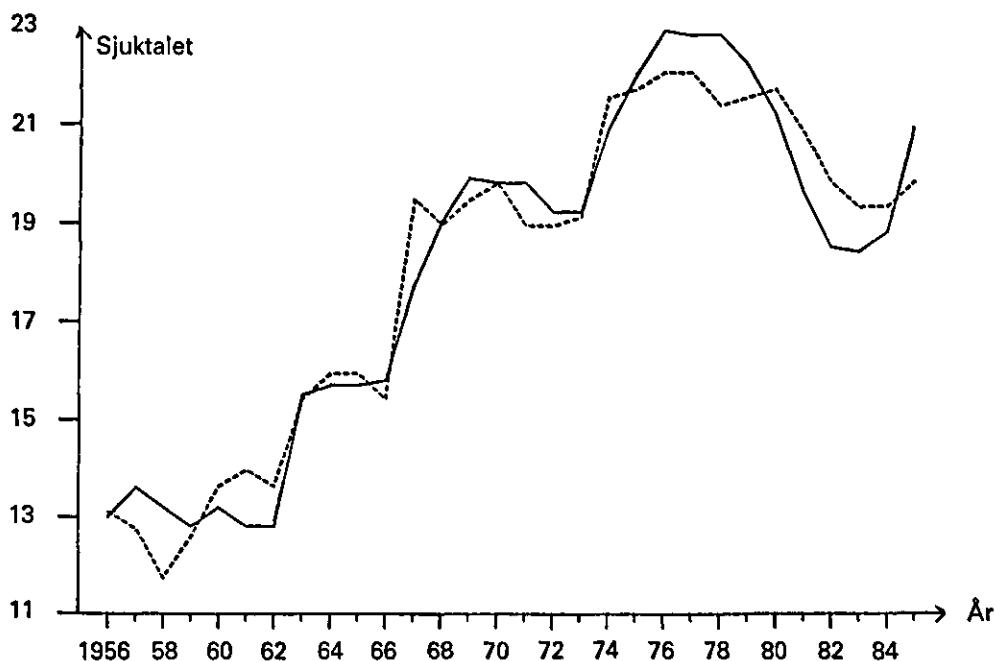
Rätten till sjukpenning beror enligt ovan på den försäkrades hälsa och på bedömningen av hälsan och arbetsförmågan. Arbetslösheten kan alltså påverka sjukfrånvaron antingen genom att påverka hälsan eller genom att påverka bedömningarna. Vi redovisar nedan ett antal mer eller mindre välkända hypoteser ordnade efter denna indelningsgrund. Hypoteserna benämns a-h och markeras med + eller - beroende på om de förutsäger positivt eller negativt samband mellan sjukfrånvaron och arbetslösheten.

Många anser att arbetslösheten är hälsofarlig.² Denna fara är tänkt att bestå

*Arbetet har utförts på utredningsbyrå på Riksförsäkringsverket. De värderingar och åsikter som kommer till uttryck här är våra och inte Riksförsäkringsverkets. Vi tackar Tor Eriksen, Edward Palmer, Jan Almqvist och Kurt Reimfelt, liksom Anders Klevmarken (som initerade denna undersökning) för konstruktiva kommentarer. Till många personer på Riksförsäkringsverket (framför allt Ola Rylander och Hannelotte Kindlund) riktas också ett varmt tack för hjälpen. Arbetet har fördelats så att Lantto främst har hållit i pennan, medan Lindblom bl a har samlat in data och utfört samtliga regressio ner på SPSS-X och RATS.

¹ För en utförlig diskussion av dessa begrepp se Lantto [1982] eller Westerhäll-Gisselsson [1983].

² Se t ex SOU 1984:44 s 71.

Figur 1 Faktiskt och predicerat sjuktal (Adj R² = 0,94)

Anm: Heldragen kurva anger den faktiska sjuktalsutvecklingen, streckad kurva den predicerade.

Källa: Allmän försäkring, SOS.

antingen av den isolering (eller annan olust) som arbetslösheten i sig skapar, eller av den stress som risken för arbetslöshet medför för de sysselsatta. (a+)

I många fall är emellertid själva arbetet (slakteriarbete t ex) hälsofarligt. Därför kan en arbetares hälsa rentav förbättras om han/hon blir arbetslös. (d-)

Enligt en hypotes, får de försäkrade som kollektiv bättre hälsa då arbetslösheten stiger. Arbetsgivare anställer naturligtvis helst dem med god hälsa, vilket medför att de arbetslösa har sämre hälsa då arbetslösheten är låg³ (e-)

Arbetslösheten kan också påverka olika agents bedömning av hälsan och arbetsförmågan på flera sätt. Arbetsgivaren kan vara mer benägen att bedöma den anställde som sjuk, om behovet av arbetskraft är litet, dvs vid hög arbetslöshet (lågkonjunktur). (b+)

Aven den försäkrade tar hänsyn till arbetslösheten. Å ena sidan kan en arbetslös försäkrad vara mer benägen att

sjukskriva sig, då det inte är några arbetsgivare eller arbetskamrater som blir lidande av frånvaron. (c+)

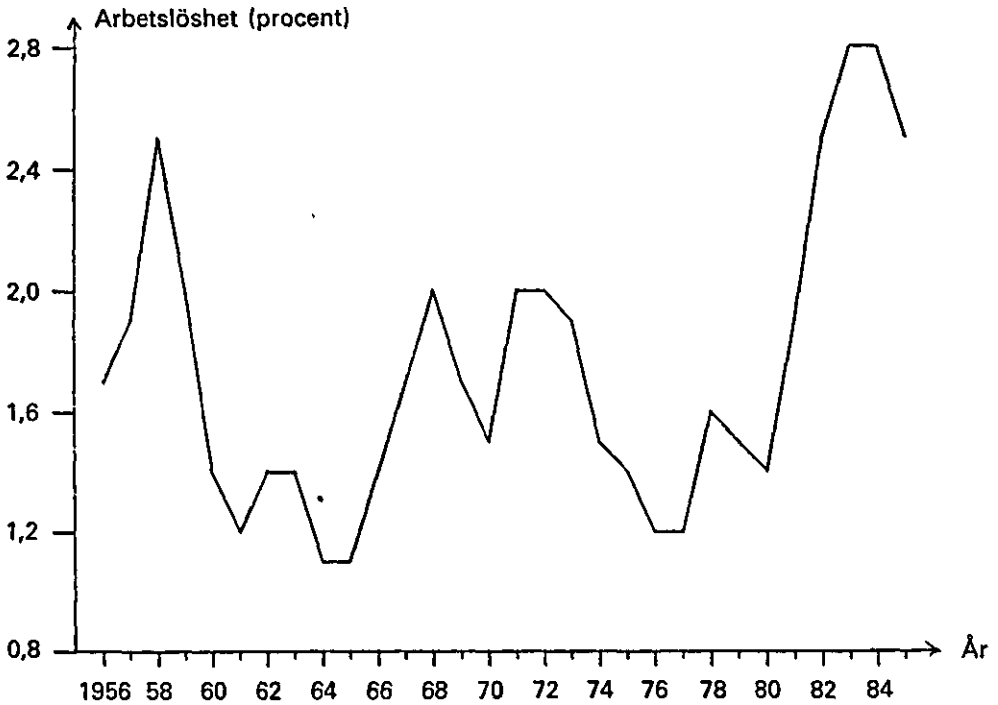
Å andra sidan kan de arbetslösa tänkas avstå från att sjukskriva sig, då de redan erhåller arbetslöshetsunderstöd. (f-)

Den sysselsatte är kanske mindre benägen att sjukskriva sig om arbetslösheten är hög. Hög arbetslöshet kan nämligen tas som ett tecken på allmänt hög risk att bli arbetslös. I sådana perioder är det särskilt viktigt att ha ett gott anseende i arbetsgivarens, fackets och arbetskamraternas ögon för att inte förlora sitt jobb. Därför kanske fler arbetar när de är sjuka, och färre sjukskriver sig när de är friska, vid hög arbetslöshet än vid låg. (g-)

³ Se Janlert [1980] eller Inghe [1962].

⁴ Detta händer endast i den mån de arbetslösa inte är sjukpenningberättigade. De arbetslösa som finner arbete återvinner då också sjukpenningrätten.

Figur 2 Arbetslöshetsutvecklingen 1956-1985



Källa: Arbetsmarknadsstatistik, AMS.

Sjukpenningreformerna

I Figur 1 kan tre tydliga språng i sjuktalet urskiljas. Dessa sammanfaller med sjukpenningreformerna åren 1963, 1967 och 1974. Den första reformen avlägsnade den övre gräns för sjukperiodens längd som fram till dess var 730 dagar. Samtidigt höjdes ersättningsnivån. Den andra reformen avlägsnade två karensdagar. Insjuknandedagen ersattes varken före eller efter denna reform. Ersättningsnivån höjdes åter. Den tredje reformen gjorde sjukpenningen skattepliktig och höjde ersättningsnivån för att sjukpenningen inte skulle bli mindre förmånlig. Dessutom blev sjukpenningen pensionsgrundande inkomst.

Samtliga reformer ökade alltså sjukpenningens förmånlighet. Hur kan detta ha inverkat på sjuktalet? Liksom arbetslösheten kan reformerna tänkas påverka såväl själva hälsan som bedömningen av hälsan och arbetsförmågan. Reformerna kan väntas göra den försäkrade mer benä-

gen att sjukskriva sig och kanske även mer oförsiktig med sin hälsa. Två av reformerna har dessutom säkerligen höjt sjuktalet då de ökat antalet registrerade dagar för ett givet sjukfall.

Undersökningens resultat

Vi har undersökt hypoteserna med hjälp av en linjär regression av nationella tids-serier. Undersökningen bygger på årssiffror för perioden 1956-1985 och använder, sjuktalet⁵ (S) (se Figur 1 ovan), arbetslösheten⁶ (A) (se Figur 2) och tre dummy variabler för reformerna (R63, R67, R74)⁷.

⁵ Enligt Allman försäkring, SOS.

⁶ Mätt som procentuella andelen av arbetslöshetskassemedlemmar som är arbetslösa, enligt Arbetsmarknadsstatistik från AMS.

⁷ R63 = 0 för åren före 1963, 1 för 1963 och följande år, R67 = 0 för åren före 1967, 1 för 1967 och följande år, R74 = 0 för åren före 1974, 1 för 1974 och följande år.

Resultatet av regressionen är följande:

$$S = 16,0 + 1,8R63 + 4,5R67 + 1,7R74 - 1,7A + \text{residual}$$

Koefficienterna anger hur många dagar sjuktalet ökar då en variabel ökar med en enhet, om alla andra variabler är konstanta. Figur 1 visar förutom det faktiska sjuktalet också det sjuktal som prediceras av vår modell. Skillnaden mellan dessa är residualen i ekvationen ovan.⁸

Regressionen visar att sjukfrånvaron faller, då arbetslösheten stiger. Koefficientens tolkning är att då arbetslösheten ökar med en procentenhet (ca 40 000 personer) sjunker sjuktalet med en till två dagar. Effekterna av reformerna har ej helt orimliga storleksordningar. Reformen 1963 ger en ökning i sjuktalet på en till två dagar. Reformerna 1967 och 1974 ger ökning av sjuktalet med fyra till fem respektive en till två dagar.

Hur stämmer de empiriska resultaten med våra hypoteser? Enligt regressionen varierar arbetslösheten omvänt med sjuktalet. Det negativa sambandet kan tolkas som att de negativa effekterna (d-), (e-), (f-) och (g-) överväger de positiva (a+), (b+), och (c+). Däremot kan vi inte med hjälp av skattningen direkt avgöra betydelsen av de olika effekterna för det observerade sambandet.

Hypoteserna (d-), (e-) och (f-) rörde de arbetslösas beteende och skillnader i hälsa mellan de arbetslösa och sysselsatta. Men då de arbetslösa är mycket få⁹ är det kanske orimligt att tro att deras beteende kan avgöra sjuktalets variation. I så fall kan vi dra en oväntat stark slutsats.

Om sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro äger den kausala riktning vi valt, och vi inte har förbisett något nega-

tivt hypotetisk samband, och våra skattningar är korrekta, finns endast en tänkbar förklaring kvar, nämligen (g-). Hög arbetslöshet leder till att fler av de försäkrade arbetar när de är sjuka, och/eller att färre sjukskriver sig när de är friska.

Slutsatser

Vår empiriska prövning tyder på att sjukpenningreformerna förklarar ca åtta dagar av ökningen i sjuktalet under perioden. Detta stämmer med resultaten i Eriksen [1980].

Vi har också funnit belägg för att arbetslösheten och sjuktalet är negativt korrelerade. Detta samband har tidigare varit föga känt. En ökning av arbetslösheten med en procentenhet sänker sjuktalet med en till två dagar.

Vi har hittat flera tänkbara förklaringar till ett sådant negativt samband. Om man tar för givet att förklaringar måste grundas på de sysselsattas beteende återstår endast en. I syfte att minska risken för att förlora sitt arbete blir de sysselsatta mindre benägna att sjukskriva sig då arbetslösheten är hög.

Något egentligt svar på frågan om arbetslösheten är ohälsosam kan vi inte ge. Vi kan dock konstatera att även om den är det, vilket vi nog egentligen tror, så styrs rikets sjukfrånvaro mera av arbetslöshetens effekt på bedömningen av hälsa än dess effekt på själva hälsan.

Referenser

- Allman försäkring, SOS.
Arbetsmarknadsstatistik, AMS.
Eriksen, T., [1980], *Den ökade sjukfrånvaron - en statistisk analys*. DSF:1980:1.
Westerhall-Gisselsson, L., [1983], *Sjukdom och arbetsförmåga*. Norstedt, Lund.
Inghe, G., [1962], "Restarbetslösheten i Stockholm". Stadskollegiets utlåtande och memorial, bifång, nr 105, 1960. Stockholm.
Janlert, U., [1980], "Arbetslöshet och ohälsa". *Sociomedicinsk tidskrift* Nr 3.
Lantto, K & Lindblom, E., [1985], "Ett försök att förklara sjukfrånvaron 1955-1983". Stencil. Riksförsäkringsverket, U-byran.
Lavin, R., [1982], "Ratten till sjukpenning". *Förvaltningsrättslig tidskrift*.
Socialstyrelsen, [1981], Socialstyrelsen redovisar (1981:6): Sjukfrånvaron i Sverige.
SOU 1984:44, *Hälsa- och sjukvård inför 90-talet*. Stockholm.

⁸ Samtliga koefficienter är signifikanta på fem procentsnivån. Eftersom vi i ekvationen utelämnat t ex förtidspensioneringen och viktiga reformer i socialförsäkringen speciellt rörande förtidspensionen, vet vi att den inte är fullkomlig. Vi har tidigare testat en rad andra hypoteser, se Lantto och Lindblom [1985]. (Även det låga Durbin-Watson värdet (1,11) kan vara indikator på att någon viktig variabel saknas).

⁹ I storleksordning två procent av de försäkrade.