

Den svenska sjukan

av Kjell Nyman

Edward Palmer

Sisko Bergendorff

Förord

ESO startade för snart ett år sedan ett större projekt kring den ökade sjukfrånvaron. En fråga som tidigt aktualiserades i det projektet var om denna ökning är ett speciellt svensk problem eller om det ser likadant ut i andra länder. Det visade sig också att några sådana analyser inte gjorts tidigare över någon längre period.

ESO har därför tillsammans med RFV jämfört hur sjukfrånvaron utvecklats under de senaste decennierna i Sverige, Norge, Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland, Storbritannien och Nederländerna. Analysen bygger på de europeiska arbetskraftsundersökningarna. I dessa utgår man från den faktiska sjukfrånvaron – oavsett om och hur socialförsäkringen ersätter inkomstbortfallet.

Sedan vi inledde studien har intresset ökat för dessa frågor och frågan har också kommit upp i pågående valdebatt.

Bilaga 1 har tagits fram av Riksförsäkringsverket på uppdrag av ESO. Själva rapporten har skrivits av fil.lic. *Kjell Nyman*, ESO samt fil.mag. *Sisko Bergendorff* och professor *Edward Palmer* vid Uppsala universitet och RFV.

Vår redovisning och analys visar att sjukfrånvaron i Sverige liksom i Norge och Nederländerna både ligger på en högre nivå och under de senaste åren ökat snabbare än i andra länder. Men genom rapporten ställs också nya frågor. Att dämpa utvecklingen kommer att ta tid och kräva insatser på flera plan och av många aktörer. Rapporten visar också på behovet av mera uppgifter för en djupare internationell benchmarking – en fråga som kommer att behandlas i fortsättningen av detta ESO-projekt.

Vi har valt att publicera resultaten från analysen av AKU-statistiken redan nu. Detta av två skäl; dels att intensiteten i den pågående debatten kring dessa frågor, dels för att det visat sig ta längre tid än vi tidigare bedömde att få fram hela studien.

Som vanligt i ESO-sammanhang svarar författarna själva för innehållet i rapporten.

Stockholm i augusti 2002

Leni Björklund
Ordförande för ESO

Innehåll

1	Bakgrund och syfte	9
1.1	Snabb ökning av sjukfrånvaron	9
1.2	Sjukfrånvaron i Sverige	9
1.3	Studiens syfte	10
1.4	Att jämföra olika länder – metod och mätproblem	12
	1.4.1 Vanliga problem vid länderjämförelser	12
	1.4.2 Att mäta sjukfrånvaro	14
	1.4.3 Sjukfrånvaron i arbetskraftsundersökningarna	16
1.5	Rapportens uppläggning	16
2	Sjukfrånvaron i Sverige jämfört med andra länder	19
2.1	Högre sjukfrånvaro	19
2.2	Kraftigare ökning av sjukfrånvaron	21
2.3	Sjukfrånvaron varierar mer	21
2.4	Hög sjukfrånvaro för äldre, särskilt kvinnor	22
2.5	Störst skillnader mellan kvinnor och män i offentlig sektor	22
2.6	Genomgående låg sjukfrånvaro bland tillfälligt anställda	23
3	Är den svenska utvecklingen unik? – Analys och diskussion	25
3.1	Liten demografisk skillnad	25
3.2	Många äldre kvar i arbetskraften i Sverige och Norge – i synnerhet kvinnor	26
3.3	Gott allmänt hälsotillstånd i Sverige	28

3.4	I många avseenden god arbetsmiljö i Sverige	29
3.5	Arbetskraftdeltagandet högt bland de äldre i Sverige och Norge	31
3.6	Konjunktoren påverkar sjukfrånvaron i Sverige	35
4	Fler frågor som måste besvaras	37
4.1	Regelverkets utformning	38
4.2	Administrationen av sjukförsäkringen	39
4.3	Grindvaktfunktionen och individens rättigheter	40
4.4	Fler studier behövs	42
	Referenser	43
	Bilaga 1 Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv	45
	<i>av Sisko Bergendorff, Stina Berggren, Marcela Cohen Birman, Kristian Nyberg, Edward Palmer, Peter Skogman Thoursie och Joakim Söderberg</i>	
1	Inledning	47
1.1	Bakgrund och syfte	47
1.2	Frågor i fokus	48
	1.2.1 Strukturella faktorer och sjukfrånvaro	49
	1.2.2 Egenskaper i sjukförsäkringen och sjukfrånvaro	51
1.3	Avgränsningar och material	52
1.4	Disposition av bilagan	53
2	Sjukfrånvaro – en deskriptiv jämförelse mellan åtta europeiska länder	55
2.1	Sjukfrånvarons utveckling bland anställda	55
2.2	Sjukfrånvarons utveckling efter kön och ålder	57
2.3	Befolkningens åldersstruktur och arbetskraftsdeltagande	63
	2.3.1 Befolkningens åldersstruktur	63
	2.3.2 Deltagande i arbetskraften	64

2.3.3	Förtidspensionering	68
2.3.4	Äldre anställda	69
2.4	Sysselsättning, arbetslöshet och sjukfrånvaro	71
2.4.1	Utveckling av sysselsättning och arbetslöshet	71
2.4.2	Sysselsättning och sjukfrånvaro	74
2.4.3	Utveckling av sjukfrånvaro och arbetslöshet	77
2.5	Sjukfrånvarons utveckling för individer med olika anställningsformer	80
2.6	Sjukfrånvarons utveckling för heltids- och deltidanställda	82
2.7	Sjukfrånvaro och sektor	83
3	Sjukfrånvaro – en analys av skillnader mellan sex europeiska länder	89
3.1	Dataupplägg och analysstrategi	89
3.2	Betydelsen av ålder, kön, land, anställningskontrakt och arbetslöshet	92
3.3	Betydelsen av arbetslöshet för respektive land och åldersgrupp	93
3.4	Betydelsen av anställningskontrakt för respektive land och åldersgrupp	95
3.5	Betydelsen av sysselsättningsgrad i olika länder och i olika åldersgrupper	97
3.6	Skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män i olika länder	99
3.7	Summering av resultat	102
4	Diskussion	105
4.1	Högt pris för högt arbetskraftsdeltagande i Sverige?	105
4.2	Fler studier behövs	105
5	Sammanfattning av bilagan	109
5.1	Hög sjukfrånvaro i Sverige jämfört med många andra länder	109
5.2	Kraftig ökning av sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna under senare år	110
5.3	Hög sjukfrånvaro i Sverige för den äldre arbetskraften – särskilt kvinnor	110

5.4	Skillnader i sjukfrånvaro för kvinnor och män i olika sektorer	111
5.5	Sjukfrånvaron i allmänhet låg bland tillfälligt anställda	111
5.6	Konjunkturen påverkar sjukfrånvaron i Sverige	111
5.7	Sverige är unikt	112
	Referenser till bilagan	113
	Appendix	117
	Bilaga 2 Beräkningar av de demografiska effekterna av <i>Kjell Nyman</i>	129
	ESO:s rapporter	135

1 Bakgrund och syfte

1.1 Snabb ökning av sjukfrånvaron

Sjukfrånvaron har ökat i snabb takt i Sverige sedan 1998. Antalet personer som fått sjukpenning någon gång under året har visserligen endast ökat med drygt 20 procent (RFV)¹ men frånvaroperioderna har blivit allt längre och de sjukskrivna återgår i mindre utsträckning än tidigare till arbete. Antalet sjukdagar har därför ökat med hela 76 procent. Statens kostnader för sjukförsäkringen kommer enligt de senaste prognoserna att öka från ca 20 miljarder kronor år 1998 till ca 50 miljarder år 2002. Till detta kommer ökade kostnader av många andra slag, såväl för individen som för samhället i stort.

Drygt 60 procent av de sjukskrivna är kvinnor varav många är anställda i den offentliga sektorn. Kvinnornas sjukfrånvaro har dessutom ökat betydligt mer än männens under senare år. Fram till år 1980 var kvinnornas andel av samhällets totala antal sjukfrånvarodagar mindre än männens (SOU 2002:5). Därefter har den överstigit männens. Sedan år 1998 har antalet kvinnor som varit sjukskrivna längre än ett år mer än fördubblats, medan antalet män har ökat med 80 procent.

Riksförsäkringsverkets statistik visar dessutom att de äldre är borta mer än de yngre. Detta innebär att flera kvinnor och/eller äldre i arbetskraften förväntas ge flera sjukfrånvarodagar – allt annat lika.

1.2 Sjukfrånvaron i Sverige

Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron under de senaste fyra åren sammanfaller med en stark förbättring av konjunkturläget. Liknande samband mellan sjukfrånvaron och den svenska konjunkturutvecklingen har observerats under tidigare tidsperioder de senaste 25 åren. Sjukdagarna har varit flest mot slutet av en högkonjunktur. Under den efterföljande lågkonjunkturen har antalet sjukdagar vanligen minskat. Vid varje ny högkonjunktur har sjukfrånvaron samtidigt tenderat att bli allt högre.

¹ <http://www.rfv.se/stat/arsstat/sjukh/index.htm>

Enligt socialförsäkringsstatistiken nådde antalet sjukdagar som ersätts av sjukförsäkringen sin dittills högsta nivå på ca 100 miljoner dagar år 1976. Sedan följde en långvarig konjunktursvacka och en nedgång i antalet ersatta sjukdagar fram till 1983. Konjunkturen vände uppåt från 1983 samtidigt som antalet sjukdagar återigen började att öka upp till en nivå på ca 120 miljoner år 1988 varefter antalet återigen minskade. Nivån var högre år 1988 än år 1976. Även när hänsyn tagits till att effekten av att antalet individer i arbetskraften under samma period ökat med ca 8 procent.

När en sjuklöneperiod på två veckor infördes 1992 överfördes kostnaden för sjukfrånvaro de första två veckorna till arbetsgivarna. Antalet dagar som ersätts av sjukförsäkringen, som då var ca 100 miljoner, minskade därmed med uppskattningsvis 40 procent, eller ca 40 miljoner dagar. Bland dessa dominerar de riktigt korta sjukperioderna på högst en vecka. Det handlar till stor del om förkylningar, influensa m.m. som ofta går över inom en vecka. Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2001:121) uppskattade att denna frånvaro uppgick till ca 40 miljoner dagar år 1999. Om antalet, året därefter, antas vara oförändrat innebär det att det totala antalet sjukdagar år 2000 nådde upp till samma höga nivå som år 1988. Arbetskraften var i stort sett lika stor under båda dessa år, vilket innebär att även genomsnittligt antal sjukdagar per individ i arbetskraften nådde upp till samma höga nivå. År 2001 ökade antalet sjukdagar som ersätts av sjukförsäkringen med ytterligare 20 miljoner. Om man antar att antalet frånvarodagar under sjuklöneperioden fortfarande uppgår till 40 miljoner innebär det att det totala antalet dagar år 2001 uppgick till ca 140 miljoner.

1.3 Studiens syfte

För att kunna värdera de olika hypoteser och idéer som framförs om orsakerna till den kraftigt ökade sjukfrånvaron och förslag till lösningar som förts fram i olika sammanhang, är det viktigt att den senaste tidens utveckling sätts in i ett vidare perspektiv, inte enbart historiskt och konjunktorellt, utan även internationellt. Det är viktigt med så bra beslutsunderlag som möjligt. Risken finns annars att beslut om insatser i syfte att minska sjukfrånvaron fattas på alltför lös grund. ESO påbörjade därför i början av år 2002 en större studie i vilken den svenska sjukfrånvaron sedan mitten av 1980-talet jämförs med motsvarande utveckling i andra europeiska länder. Projektet har *två syften*. Det *första* är att ge en bild av utvecklingen i

olika länder inklusive olika statistiska analyser med vars hjälp man kan kontrollera för skillnader i demografi, sysselsättning och konjunkturläge. Det *andra* syftet är att bedöma metodmässiga och organisatoriska förutsättningar för ett internationellt benchmarking-projekt som kan omfatta fler länder och mer grundläggande systematiska analyser.

Projektets övergripande syfte är att försöka besvara *frågan om, och i så fall på vilket sätt och i vilka avseenden den senaste tidens kraftiga ökning av sjukfrånvaron i Sverige är unik*, historiskt eller internationellt. Den studie som här presenteras utgör den första delrapporteringen från detta projekt och är i huvudsak inriktat på det första syftet.

Inom ramen för ESO:s projekt uppdrogs åt Riksförsäkringsverket (RFV) att jämföra sjukfrånvaron och göra en statistik analys av sambandet mellan sjukfrånvaron, demografin och utvecklingen på arbetsmarknaden under tidsperioden 1983–2001 i åtta olika europeiska länder. RFV:s studie (som redovisas in extenso i bilaga 1 till rapporten) bygger på arbetskraftsundersökningar från Sverige, Danmark, Finland, Norge, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland². I det följande sätts resultaten från denna rapport in i ett helhetsperspektiv, där även annan information om utvecklingen av sjukskrivningen i Sverige diskuteras.

Data har tillhandahållits från EUROSTAT i form av ländernas arbetskraftsundersökningar. Det har därför även varit möjligt att redovisa genomsnittliga värden för samtliga länder som varit medlemmar i EU under hela den undersökta perioden. Valet av startår har avgjorts av tillgång till data från EUROSTAT, samt av de möjligheter som funnits att komplettera med data direkt från de nordiska länderna. Bland annat kom Finland, Norge och Sverige inte in i databasen förrän 1995. Kompletterande data för dessa länder har erhållits direkt från deras statistikproducerande myndigheter, men det visade sig inte vara möjligt för Finland och Norge att leverera data på den disaggregerade nivå som behövdes i den statistiska analysen i RFV:s studie. Dessa länder finns med i de statistiska redovisningarna men inte i den statistiska analysen.

² Med Tyskland avses i hela rapporten före detta Västtyskland.

1.4 Att jämföra olika länder – metod och mätproblem

Den studie som här presenteras är unik i flera olika avseenden. Det finns ingen annan studie av sjukfrånvaron, som bygger på data från de olika ländernas arbetskraftsundersökningar, som täcker en så lång period och med aktuella data fram till och med år 2001. Med den metod och den databas som valts undviks dessutom många av de vanligt förekommande metodproblemen vid internationella jämförelser.

I undersökningen mäts sjukfrånvaron som andelen anställda i åldern 20–64 år som, enligt de olika ländernas arbetskraftsundersökningar, varit frånvarande från arbetet en vecka eller längre på grund av sjukdom. På detta sätt erhålls jämförbara data för sjukfrånvaron där samma definitioner och måtenheter använts för samtliga åtta länder. Därför har skillnader i regelsystemens utformning i olika länder, t.ex. karens- och arbetsgivarperioder mindre betydelse för resultatet.

En annan fördel är att utvecklingen av själva sjukfrånvaron kan studeras, inte enbart de olika ländernas offentliga utgifter för sjukförsäkringen. Utgifterna, som bland annat sammanställs av OECD, är även beror på andra faktorer än faktiska frånvarodagar, såsom karensdagar, ersättningsnivåer och i vilken utsträckning andra än staten, t.ex. arbetsgivarna, skall svara för ersättningen. Utvecklingen av offentliga utgifter för sjukfrånvaron över tid är dessutom mycket svårtolkad både på grund av klassificeringar och olika förändringar av regelsystemen.

1.4.1 Vanliga problem vid länderjämförelser

ESO har tidigare publicerat en rad rapporter som byggt på internationella jämförelser, t.ex. av samhällets stöd till barnfamiljer (Ds 1996:49) och äldre (Ds 1999:61). Dessutom har ESO publicerat en svensk version av den danska regeringens mer allmänt hållna internationella benchmarkingstudier med en mängd olika indikatorer inom ett stort antal områden (Ds 2000:23). Problemen som uppstår med detta slags studier är därför välkända.

För det *första* är tillgången på jämförbara dataserier över utvecklingen i olika länder ofta begränsad (se t.ex. Ds 2000:23). Uppgifter

är ofta insamlade på olika vis och definitionerna av centrala begrepp varierar, varför vanligen endast grova jämförelser kan göras. I arbetskraftsundersökningarna har dessa problem minimerats – om de inte helt uteslutits – som en följd av den standardisering som genomförts inom ramen för det samarbete som organiserats av EUROSTAT. Man bör dock i detta sammanhang vara observant på att det fanns skillnader mellan olika länders undersökningsmetoder i början av 1980-talet, dvs. under undersökningsperiodens första år.

För det *andra*, när det gäller socialförsäkringssystemen varierar konstruktion och uppbyggnad mellan olika länder. Individer med samma hälsoprofil kan kompenseras i olika grad och på många olika sätt (se t.ex. SOU 2000:78). Villkoren för kompensationen kan vara mycket olika och inkomstbortfallet kan kompenseras av både arbetsgivare, staten via socialförsäkringen och genom kollektivavtal m.m. Det kan därför vara svårt att erhålla en relevant jämförelse enbart genom att granska enskilda system. I arbetskraftsundersökningarna registreras emellertid frånvaro p.g.a. sjukdom oavsett ersättningsform och villkor för kompensationen. Däremot kan man inte komma ifrån möjligheten att ersättningsregler och administration av en försäkring i sig kan påverka benägenheten att vara frånvarande från arbetet.

För det *tredje* kan skillnader i ländernas ekonomiska struktur komplicera analysen. En nation där en stor andel av förvärvsarbetet sker inom jordbruk och/eller okvalificerad tillverkningsindustri kommer troligen att uppvisa en högre skadefrekvens i arbetslivet. Därmed tvingas detta land bära en större kostnad för sjukpenning och dylika socialförsäkringssystem, relativt en nation där service och teknologi tillhör de dominerande branscherna. I den studie som här presenteras har vi därför valt länder med en relativt likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå.

För det *fjärde* kan skillnader i andra betydelsefulla system, t.ex. skattesystemet, försvåra tolkningen av de data som erhålls från olika länder. Skall en kostnadsundersökning göras är det t.ex. viktigt att det är nettobidragen och nettotillskotten som analyseras. Detta då bidrag beskattas i vissa länder, medan de ges som en skattelättnad i andra (Ds 1996:49). Sådana nettoberäkningar med hög jämförbarhet kan ofta vara svåra att få fram. Utformningen av skattesystemet och andra relevanta system har dock inte någon direkt påverkan på sjukfrånvaron så som den mäts i arbetskraftsundersökningen.

1.4.2 Att mäta sjukfrånvaro

De flesta tidigare studier av svensk sjukfrånvaro har baserats på socialförsäkringsstatistiken och inte som i denna studie arbetskraftsundersökningarna (AKU). Det är viktigt att ha klart för sig att socialförsäkringsstatistiken och arbetskraftsundersökningarna mäter olika saker och därför inte nödvändigtvis uppvisar samma mönster.

Sjukpenning inom socialförsäkringen utgår till andra stora grupper än de anställda. Viktigast är de arbetslösa som i Sverige vid sjukdom byter arbetslöshetsersättningen mot sjukpenning – som dessutom för många ger en högre ersättning. Egna företagare är också med i socialförsäkringen, men där finns möjligheter att välja olika karenperioder – såväl i Sverige som i andra länder. Studenter täcks också av sjukpenningförsäkringen i Sverige, under vissa villkor.

Villkoren för egna företagare, arbetslösa och så vidare varierar avsevärt mellan olika länder. Därför lämnas dessa utanför de internationella jämförelserna. Detta innebär att den definition av sjukfrånvaro som används i denna rapport är mindre omfattande än den definition som används i den svenska socialförsäkringsstatistiken.

I socialförsäkringsstatistiken kan sjukfrånvaron mätas på flera sätt. I Sverige tillämpas en sjuklöneperiod på 14 dagar, som arbetsgivaren ansvarar för. Sjukfrånvaro under dessa dagar mäts med hjälp av enkäter till arbetsgivarna. RFV:s sjukförsäkringsstatistik täcker sjukfrånvaro från och med den femtonde dagen och omfattar alla som är berättigade till sjukpenning.³ Den definition av sjukfrånvaro som ingår i de internationella arbetskraftsundersökningarna avser emellertid sjukfrånvaro som pågått minst en vecka. Mättet inkluderar den andra veckan under sjuklöneperioden i Sverige – vilket socialförsäkringsstatistiken inte gör.

Sjukförsäkringsstatistik baseras på utbetalningar från sjukförsäkringen. Som mått på sjukfrånvaro används bland annat antalet personer som fått ersättning från försäkringen någon gång under året, antalet sjukskrivningsdagar, sjuktal (antal ersatta sjukdagar per år och försäkrad person) eller antal sjukfall (sjukfrånvaroperioder) av olika längd. När det gäller de anställda ingår inte de första 14 sjuk-

³ Sedan 2001 har Riksförsäkringsverket inlett ett samarbete med SCB om att undersöka sjukfrånvaron under de första 14 dagarna. Uppgifter före den 15:e sjukdagen kan bara beräknas med hjälp av schabloner.

frånvarodagarna under ett sjukfall i statistiken. De arbetslösa sjukfrånvaro ingår däremot i statistiken från och med andra sjukdagen.

En annan viktig skillnad mellan måttet på sjukfrånvaron enligt AKU och RFV:s statistik över utbetalningar är att AKU mäter antalet personer som inte arbetat under mätveckan på grund av sjukdom. Utbetalningsstatistiken ligger till grund för RFV:s statistik och den mäter antalet ersatta dagar – och efter de olika villkor som gäller för olika grupper. Det är denna definition som vanligtvis används i den allmänna diskussionen – och som återspeglar utvecklingen av kostnader. Detta är ett mycket bredare mått än vad som erhålls med hjälp av AKU. Denna statistik mäter antalet personer som är sjuka under en viss mätperiod, vilket är en vecka i AKU-statistiken, och årsvärdet är ett genomsnitt av dessa mätningar, som genomförs, t.ex. i Sverige 12 gånger per år.

Statistik om offentliga kostnader för sjukförsäkringen innehåller inte några uppgifter om sjukfrånvaro under en sjuklöneperiod. Så är t.ex. fallet i Sverige sedan sjuklöneperioden infördes år 1992. Sjuklöneperioden finns också i andra länder. I Nederländerna kan ingen sjukfrånvarostatistik framställas efter år 1996 då sjukförsäkringen privatiserades och en sjuklöneperiod på 365 dagar infördes. Det är också viktigt att påpeka att Sverige skiljer sig från andra länder genom att det inte finns någon bestämd tidsgräns då ersättning från sjukpenningförsäkringen upphör. Detta är särskilt viktigt att observera i den svenska debatten, då ovanligt många är sjukskrivna ett till två år, ibland till och med längre. Detta kan, allt annat lika, bidra till att sjukfrånvaron är något högre i Sverige.

Sammanfattningsvis påverkas sjukfrånvaron enligt socialförsäkringsstatistik av olika nationella regler, däribland skillnader i karensdagar, förekomsten av arbetsgivarperioder, ersättningsnivåer, ersättningsperiodens maximala längd samt möjligheten till att erhålla andra ersättningsformer. Det är en grannliga uppgift att skapa jämförbarhet i de olika nationernas socialförsäkringsstatistik. Tills vidare utgör de befintliga arbetskraftsundersökningarna den bästa källan för detta slags studier.

1.4.3 Sjukfrånvaron i arbetskraftsundersökningarna

Arbetskraftsundersökningarna är omfattande urvalsundersökningar som genomförs under en vecka varje månad året runt. Den frånvaro som då redovisas är den genomsnittliga frånvaron under året. I t.ex. Sverige ingår 17 000 slumpmässigt utvalda personer årligen. Intervjuer genomförs per telefon. Normalt registreras svaren direkt under samtalet i en persondator. Svarsfrekvensen är i allmänhet mycket hög, kring 90 procent år 1998. I Sverige och Finland svarade 87 procent, i Frankrike 90 procent och i Tyskland 98 procent. Endast i Danmark och Nederländerna är svarsfrekvensen avsevärt lägre, 72 respektive 60 procent (EUROSTAT 1998).

Statistik från arbetskraftsundersökningarna ger en bild av hur många anställda som är frånvarande från arbetet en viss mätvecka på grund av sjukdom. Detta gör det möjligt att t. ex. mäta antalet anställda med sjukdomsrelaterad frånvaro i relation till det totala antalet anställda. Det mått på sjukfrånvaro i arbetskraftsundersökningar som används här ger dock ingen information om sjukfrånvaron som pågått kortare tid än en vecka eller längden på den frånvaro som pågått mer än en vecka.⁴ Att korttidsfrånvaro på mindre än en vecka inte ingår i denna studie spelar en mindre roll eftersom det i första hand är långtidssjukfrånvaron som ökat mest och som är det stora problemet i Sverige.

1.5 Rapportens uppläggning

Rapporten inleds med en sammanfattning av de viktigaste resultaten från RFV:s studie. Dessa resultat relateras sedan till andra studier. Dessutom görs en bedömning av den demografiska faktorns betydelse för de skillnader som observerats mellan olika länder. Därefter diskuteras olika tänkbara förklaringar till de stora skillnader som kvarstår efter det att hänsyn tagits till de demografiska skillnaderna. Avslutningsvis presenteras ett antal områden inom vilka värdefull kunskap med stor sannolikhet skulle kunna tas fram

⁴ Trots att det i arbetskraftsundersökningen inte finns någon information om sjukfrånvarons längd ger den en förhållandevis god bild av den frånvaro som varar mer än en vecka. Detta eftersom sannolikheten att en individ i urvalet är frånvarande under den aktuella mätveckan hänger direkt samman med hur lång sjukfrånvaron är.

genom mer ingående jämförelser av förhållandena i de olika länderna.

2 Sjukfrånvaron i Sverige jämfört med andra länder

De jämförelser och den statistiska analys som RFV genomfört (bilaga 1) visar att det finns betydande skillnader mellan såväl sjukfrånvarons utveckling som nivå i Sverige jämfört med övriga europeiska länder. Det är endast i Norge och Nederländerna som sjukfrånvaron under tidsperioden 1983–2001 varit lika hög och varierat lika kraftigt som i Sverige. I de övriga fem särskilt utvalda länderna har sjukfrånvaron legat på en betydligt lägre och stabilare nivå. Det finns även betydande skillnader såväl som likheter i sjukfrånvaron för olika ålderskategorier och för män och kvinnor länderna emellan.

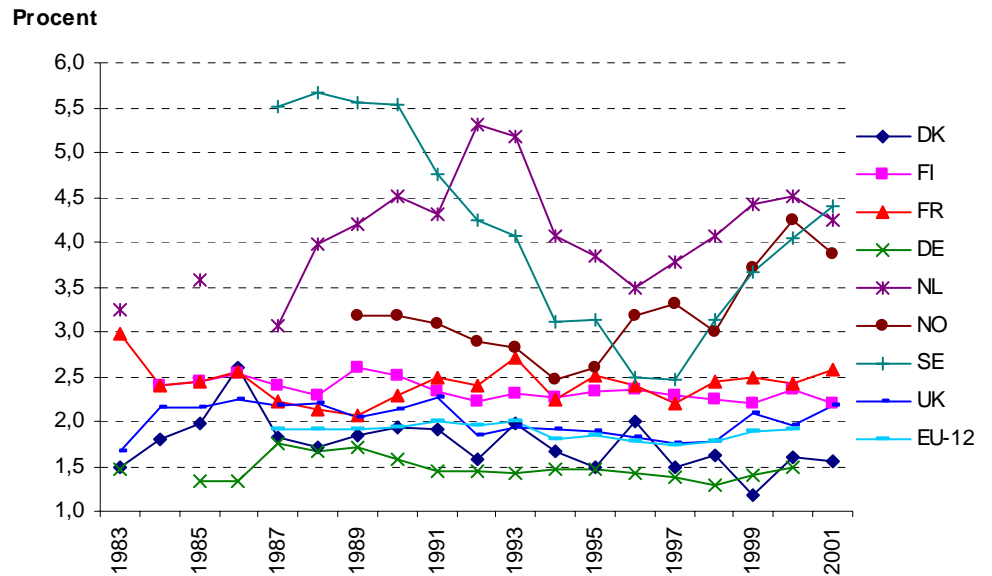
I följande avsnitt presenteras de viktigaste slutsatserna från studien.

2.1 Högre sjukfrånvaro

Sedan slutet av 1980-talet har sjukfrånvaron bland anställda varit betydligt högre i Sverige, Norge och Nederländerna än i Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland. Detta mätt som andel anställda i åldern 20–64 år, som varit frånvarande från arbetet en vecka eller längre på grund av sjukdom. Frånvaron har varit högre även jämfört med genomsnittet för de tolv länder som varit medlem i EU under hela den tidsperiod som undersökts (EU12)⁵.

⁵ Irland, Storbritannien, Nederländerna, Danmark, (Väst-)Tyskland, Belgien, Luxemburg, Frankrike, Portugal, Spanien, Italien och Grekland.

Figur 2.1 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år



Anm. DK (Danmark), FI (Finland), FR (Frankrike), DE (Tyskland), NL (Nederländerna), NO (Norge), SE (Sverige), UK (Storbritannien).

Andelen anställda som var frånvarande på grund av sjukdom varierade mellan 2,5 och 5,7 procent i Sverige, Norge och Nederländerna under perioden 1983–2001. Nederländerna hade högre sjukfrånvaro än Sverige under i stort sett hela 1990-talet. I Norge däremot var det först under senare delen av 1990-talet som sjukfrånvaron var högre än i Sverige. I Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland och Storbritannien har frånvaron under i stort sett hela den undersökta perioden varierat mellan 1,5 och 2,5 procent. Bland dessa länder uppvisar Tyskland den lägsta sjukfrånvaron under så gott som samtliga år.

2.2 Kraftigare ökning av sjukfrånvaron

I Norge och Nederländerna har sjukfrånvaron för de anställda liksom i Sverige ökat kraftigt under senare delen av 1990-talet. Ökningen har dock inte varit fullt lika snabb som i Sverige. Ökningen av frånvaron förekommer i alla åldersgrupper i samtliga åtta länder, både bland män och kvinnor. Men till skillnad från Sverige verkar de senaste årens uppåtgående trend i Norge och Nederländerna vara bruten år 2001.

Sjukfrånvaron har för Sveriges och Nederländernas del dock ännu inte nått upp till samma höga nivåer som noterades i slutet 1980-talet respektive början av 1990-talet. I likhet med RFV:s statistik över antalet sjukdagar noterades den tidigare högsta nivån i Sverige år 1988. År 2001 var 4,4 procent av de anställda på den svenska arbetsmarknaden frånvarande från arbetet minst en vecka på grund av sjukdom. År 1988 låg sjukfrånvaron på 5,7 procent bland de anställda. Den mycket snabba ökningen av sjukfrånvaron under de senaste fyra åren föregicks av en kraftig minskning av frånvaron från en mycket hög nivå i slutet på 1980-talet till den för svenska förhållanden exceptionellt låga nivån på 2,5 procent under första hälften av 1990-talet.

Enligt socialförsäkringsstatistiken var sjukfrånvaron, i motsats till de resultat som presenteras här, högre under åren 2000–2001 än år 1988. Även icke anställda ingår, t.ex. arbetslösa, i den svenska socialförsäkringsstatistiken.

2.3 Sjukfrånvaron varierar mer

I Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland finns inga starka samband mellan sjukfrånvaron och konjunkturutvecklingen. Det har heller inte skett någon påtaglig ökning av sjukfrånvaron under andra hälften av 1990-talet. Frånvaron har, i likhet med EU (EU12) som helhet, stadigvarande legat på en nivå under den lägsta svenska noteringen på 2,5 procent. För vissa länder är den t.o.m. långt under denna nivå. Jämfört med dessa länder är Sverige – liksom Norge och Nederländerna – unikt.

2.4 Hög sjukfrånvaro för äldre, särskilt kvinnor

Kvinnor uppvisar högre sjukfrånvaro än män i alla åldersgrupper i alla länder med undantag för Tyskland. I Sverige var skillnaden mellan könen störst. Under perioden 1987–2001 var i genomsnitt 3,3 procent av männen och fem procent av kvinnorna frånvarande från arbetet på grund av sjukdom. Sjukfrånvaron var således drygt 50 procent högre för kvinnor än för män i Sverige.

I alla länder utom Norge och Finland, som inte ingår i den statistiska analys som RFV genomfört (se bil. 1 kapitel 3), var sjukfrånvaron signifikant högre bland kvinnor och män i åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år än i den yngsta åldersgruppen 20–29 år.

Sjukfrånvaron var högst i den äldsta åldersgruppen 60–64 år i alla länder med undantag för Nederländerna. I denna åldersgrupp arbetar samtidigt relativt få personer i Nederländerna och de som gör det är troligen personer som normalt inte är frånvarande på grund av sjukdom.

I Sverige och Norge var frånvaron mycket hög i den äldsta åldersgruppen. Då sjukfrånvaron i Sverige och Norge har varierat mellan 2,4 procent och 4,4 procent i genomsnitt i åldersgrupperna 20–59 år sedan 1980-talet har frånvaron i åldersgruppen 60–64 år varit så hög som 9,1 procent i Sverige och 7,2 procent i Norge. Dessa tal kan jämföras med 5,3 procent i genomsnitt i åldrarna 60–64 år i Finland, som ligger högst av övriga länder och med 2,7 procent i Danmark som ligger lägst. Samtidigt bör det dock påpekas att de äldre deltar i arbetskraften i mindre utsträckning i Danmark och Finland. Det finns dock i de studerade länderna inga enkla och tydliga samband mellan sysselsättningens nivå och sjukfrånvaron, inte heller mellan förändringar i sysselsättning och i sjukfrånvaro.

2.5 Störst skillnader mellan kvinnor och män i offentlig sektor

Kvinnor i den offentliga sektorn i Danmark och Storbritannien, och i synnerhet i Sverige och Nederländerna, var frånvarande på grund av sjukdom i större utsträckning än kvinnor i den privata sektorn. I Sverige och Nederländerna var frånvaron 23 procent, i Danmark 18 procent och i Storbritannien 19 procent högre bland offentligt anställda kvinnor än bland privatanställda. Samtidigt återfinns 60 procent eller mer av de anställda kvinnorna i den offentliga sektorn i samtliga länder; i Sverige inte mindre än 74 procent.

Sammanfattningsvis har kvinnor en signifikant högre sjukfrånvaro än män. Kvinnor arbetar i större utsträckning i den offentliga sektorn. Att antalet anställda i den offentliga sektorn i Sverige är högt kan dock i sig inte förklara denna skillnad.

Mäns sjukfrånvaro var däremot högst i den privata sektorn i flertalet av länderna.

När skillnader i sjukfrånvaro mellan sektorerna analyseras mera ingående i RFV:s studie, visar det sig dock att inga statistiskt säkra slutsatser kan dras av betydelsen av sektorstillhörighet. Den jämförelsevis höga sjukfrånvaron i Sverige kan således inte förklaras av en hög andel sysselsatta i den offentliga sektorn.

2.6 Genomgående låg sjukfrånvaro bland tillfälligt anställda

I den statistiska analysen av länderna var sjukfrånvaron signifikant lägre hos anställda med tillfälligt anställningskontrakt jämfört med anställda som hade tillsvidareanställning. Detta samband var starkast i Sverige och för åldersgruppen 60-64 år för samtliga länder. I denna åldersgrupp har således anställda med starkare anställningstrygghet högre sjukfrånvaro.

3 Är den svenska utvecklingen unik? – Analys och diskussion

Det går inte att, utifrån vår begränsade analys, dra några definitiva slutsatser om orsakerna till skillnaderna mellan Sverige och andra länder. I RFV:s statistiska analys framgår att det finns indikationer på att den svenska arbetskraftens åldersstruktur, den höga systerhetsgraden bland de äldre, den höga kvinnliga förvärvsfrekvensen och hög andel fast anställda bidragit till en högre och mer konjunkturkänslig sjukfrånvaro.⁶ Dessa faktorer förklarar dock bara en del av de stora skillnaderna. Flertalet skillnader har troligen uppstått av andra skäl. Det finns många tänkbara hypoteser av vilka vissa, utifrån de slutsatser som kan dras från resultatet av denna och tidigare studier, förefaller vara mindre sannolika medan andra samtidigt förefaller vara mer troliga. I detta avsnitt går vi igenom några av dessa hypoteser. Inledningsvis presenteras en bedömning av de demografiska skillnadernas betydelse.

3.1 Liten demografisk skillnad

Åldersstrukturen har påverkats av andra världskriget och den efterföljande babyboomen i många europeiska länder. Men skillnaderna länderna emellan i åldersstruktur är relativt små (se avsnitt 2.3.1 i RFV:s studie, bilaga 1). Under 1990-talet befann sig 40-talets stora barnkullar i åldersgruppen 50–59 år. Denna åldersgrupp utgör cirka 23 procent av befolkningen i Sverige, Finland och Danmark och 20–21 procent i övriga länder. Åldersgruppen 60–64 år är störst i Tyskland, 12 procent, jämfört med mellan 7 och 8 procent i övriga länder under 1990-talet.

Den statistiska analysen visar att det finns ett tydligt samband mellan ålder och sjukfrånvaro sett över alla länder. De skillnader som finns mellan åldersstrukturen och dess utveckling i de olika länderna har därför en viss inverkan på den sjukfrånvaro som noteras. Eftersom de demografiska skillnaderna länderna emellan är små och förändras långsamt, är deras inverkan på dessa resultat begränsad. En beräkning som vi genomfört visar detta (se bilaga 2).

⁶ Den statistiska analysen omfattar förutom Sverige även Danmark, Nederländerna, Frankrike, Storbritannien och Tyskland.

Trots att åldersgrupperna 50–59 och 60–64 svarar för den högsta sjukfrånvaron (6,2 respektive 8,5 procent år 2001) kan inte detta i någon större utsträckning vara förklaringen till de ökade sjuktalen. Dessa grupper har räknat som andel av befolkningen från 1996 till 2001 endast ökat med ca 2,8 respektive 0,6 procentenheter. För 50–59-åringarna kan endast 24 procent av den ökade sjukfrånvaron förklaras av dessa demografiska förändringar. För 60–64-åringarna förklaras endast 13 % av motsvarande ökning av att det nu finns fler i den åldersgruppen.

Sammanfattningsvis innebär detta dock att av den i AKU redovisade ökningen av svensk sjukfrånvaro från 1996 till 2001 endast drygt 5 procent förklaras av förändringar i åldersstrukturen⁷ (se bilaga 2).

3.2 Många äldre kvar i arbetskraften i Sverige och Norge – i synnerhet kvinnor

Sverige och Norge utmärks av att arbetskraftsdeltagandet har varit högt i åldersgruppen 60–64 år. Närmare hälften av de svenska och norska kvinnorna i åldern 60–64 år deltog i arbetskraften år 2000 medan mindre än 25 procent av de danska och endast drygt 10 procent av kvinnorna i Nederländerna gjorde det. I Frankrike, som har en allmän pensionsålder på 60 år, deltog endast ca 10 procent av kvinnorna över 60 i arbetskraften. Av de svenska och norska männen i denna åldersgrupp deltog närmare 60 procent i arbetskraften. Betydligt färre äldre män var kvar i arbetslivet i Nederländerna och Finland, endast 28 respektive 31 procent. I Frankrike var det endast drygt 10 procent.

Många lämnar arbetskraften mycket tidigare än i Sverige, exempelvis i Frankrike och Tyskland. Under den period som studien avser var pensionsåldern 60 år för kvinnor i Storbritannien, dvs. lika låg som den allmänna pensionsåldern i Frankrike. I Tyskland var den allmänna pensionsåldern 63 år. Pensionsåldern i Norge och Danmark var däremot så hög som 67 år. I övriga länder och för män i Storbritannien var pensionsåldern 65 år. Den så kallade allmänna pensionsåldern ger av många anledningar en dålig bild av verkligheten. Exempelvis har det varit möjligt att erhålla en oavkortad ålderspension i Tyskland redan innan 63 års ålder för de som

⁷ Den totala sjukfrånvaron för år 2001 har i detta exempel räknats om utifrån antagandet att befolkningens fördelning i ålderskategorierna 20–29, 30–39, 40–49, 50–59 och 60–64 var densamma som år 1996. Beräkningarna av den demografiska effekten redovisas i bilaga 2.

sammantaget under sitt liv arbetat ett visst antal år. Skillnaden i arbetskraftsdeltagandet bland personer i åldern 60–64 år mellan Danmark och Norge är dock stor, trots samma höga allmänna pensionsålder. Betydligt fler lämnar arbetskraften före den allmänna pensionsåldern i Danmark än i Norge. Förklaringen ligger i hur kompletterande system, t.ex. förtidspensioneringen och möjligheterna till avtalspension utnyttjas.

Den höga sjukfrånvaron i Sverige förstärks något av den jämförelsevis höga sysselsättningsgraden bland kvinnor i äldre åldersgrupper. Denna effekt är stark och statistisk signifikant i åldersgruppen 60–64 år enligt RFV:s studie. I Nederländerna är kvinnornas sysselsättningsgrad låg, i synnerhet i de äldre åldersgrupperna, och kan därför inte bidra nämnvärt till förklaringen av den höga sjukfrånvaron där. Sverige och Norge skiljer sig från Nederländerna och övriga länder i detta avseende.

I Danmark och Storbritannien medförde en ökning av sysselsättningsgraden bland den äldre arbetskraften att sjukfrånvaron steg men i Frankrike har det i stället lett till minskad sjukfrånvaro, enligt RFV:s studie. Det visade sig dessutom att en ökad sysselsättningsgrad framför allt ökade sjukfrånvaron i åldersgruppen 60–64 år vilket visat sig vara särskilt tydligt i Sverige.

Eftersom sysselsättningsgraden bland äldre i utgångsläget var lägst i Frankrike kan nytillskottet av anställda där bestå av personer med bättre hälsostatus än i länder där sysselsättningsgraden redan var relativt hög. Omvänt kan en hög sysselsättningsgrad, som i exempelvis Sverige, innebära att en större andel av de sysselsatta på marginalen består av personer med en sämre hälsostatus eller förankring i arbetskraften.

Trots att sjukfrånvaron, speciellt för den allra äldsta delen av arbetskraften, stigit snabbt i Sverige under de senaste fem åren (från 4,1 procent 1996 till 8,5 procent 2001), förklarar den endast 0,2 procentenheter eller ca en tiondel av den totala ökningen på 1,9 procentenheter⁸. Detta beror på att gruppen är förhållandevis liten. Av samtliga anställda i åldern 20–64 år, är knappt fem procent i åldern 60–64 år. Andelen är ungefär lika stor i Norge. I övriga länder är den mindre än fyra procent.

Åldersgruppen 50–59 år utgör däremot närmare en fjärdedel i Sverige och en femtedel i Norge, Danmark och Finland av samtliga anställda och något mindre i övriga länder. De står för 0,7 procentenheter eller ca en tredjedel av den totala ökningen av den svenska

⁸ Se bilaga 2 för utförliga beräkningar

sjukfrånvaron en vecka eller längre 1996–2001 enligt uppgift från arbetskraftsundersökningen. Deras sjukfrånvaro har dock inte ökat i snabbare takt än den gjort för yngre personer på den svenska arbetsmarknaden. Ökningen i den svenska sjukfrånvaron är med andra ord ett fenomen i alla åldersgrupper.

3.3 Gott allmänt hälsotillstånd i Sverige

De betydande skillnader i såväl nivån som utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige jämfört med många andra länder, som kvarstår efter det att de demografiska och sysselsättningsmässiga skillnaderna beaktats, tycks inte bero på några direkta skillnader i det allmänna hälsotillståndet. Studier av hälsorelaterade indikatorer som rökning, alkoholkonsumtion och fetma visar att Sverige ligger bra till jämfört med många andra länder⁹. Endast 20 procent av de svenska männen röker. I övriga länder som ingår i denna studie röker mellan 27 och 36 procent. I Sverige, Finland, Frankrike och Tyskland röker cirka 20 procent av kvinnorna. I Storbritannien och Danmark röker 26 respektive 29 procent dagligen och i Norge och Nederländerna 32 procent. Alkoholkonsumtionen är lägst i Sverige och Norge. Andelen överviktiga är lägst i Sverige, Nederländerna och Norge.

I Sverige är dessutom såväl medellivslängden från födelsen, som den återstående medellivslängden efter 65 års ålder bland de högsta i världen.¹⁰ Svenska kvinnor lever i genomsnitt 81,9 år. Bland de länder som här undersökts är det endast franska kvinnor som har en något högre medellivslängd. Den uppgår till 82,2 år. Medellivslängden för svenska män ligger på 77,2 år vilket är 1,5–3,3 år längre än i de övriga sju länderna (Council of Europe 1998, 1999).

Eftersom medellivslängden även påverkas av barnadödligheten och olycksfallsrisken i unga år ger den förväntade återstående livslängden efter 65 års ålder en i många avseenden bättre bild av det allmänna hälsotillståndet än det allmänna hälsotillståndet bland dem som befunnit sig ute på arbetsmarknaden. En undersökning som genomfördes år 1998 visar att skillnaden mellan de studerade åtta länderna var förhållandevis liten. Den förväntade återstående livslängden var högst i Sverige, Frankrike och Norge, cirka 20 år för kvinnor och 16 för män. I övriga länder låg den mellan 18 och 19 år för kvinnor och cirka 15 år för män.

⁹ Uppgifterna i detta avsnitt är genomgående hämtade från *Health at a Glance, OECD, 2001*

¹⁰ Se *Health at a Glance, OECD, 2001*

3.4 I många avseenden god arbetsmiljö i Sverige

Det ligger nära tillhands att tro att en viktig del av ökningen i den svenska sjukfrånvaron sedan mitten av 1990-talet hänger samman med arbetsförhållandena på de arbetsplatser, där sjukfrånvaron har ökat mest, dvs. i vården och omsorgen. Läget är allvarligt eftersom sjukfrånvaron i Sverige ökar inom alla ålderskategorier (se avsnitt 2.2 i Riksförsäkringsverkets studie). Enligt en tidigare undersökning av Riksförsäkringsverket är långtidssjuka överrepresenterade i den offentliga sektorn. Vad beträffar orsaken till sjukskrivning har det skett en markant ökning av psykiska besvär och ökningen är starkast bland kvinnor (Riksförsäkringsverket 2001a). Sjukfrånvaron har dessutom blivit längre inom alla åldersgrupper enligt Riksförsäkringsverkets statistik.

Under nästan två decennier har arbetsplatser och arbetsmiljön stått i fokus när det gäller sjukfrånvaron i Sverige. I slutet av 1980-talet presenterade Arbetsmiljökommisionen en omfattande kartläggning av den svenska arbetsmiljön. Den kom i spåren av betänkandet Tidig och samordnad rehabilitering (SOU 1988:41). Arbetsgivaransvaret kom att definieras närmare i lagstiftningen under 1990-talet. Enligt arbetsmiljölagen och medföljande föreskrifter skall arbetsgivaren fortlöpande och systematiskt undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetet. Arbetsgivaren skall också anpassa förhållandena efter arbetstagarens individuella förutsättningar och behov samt utreda behovet av rehabilitering. Den kraftiga ökningen i sjukfrånvaron gör att man kan fråga sig i vilken utsträckning denna lagstiftning varit verkningsfull.

I många avseenden tycks arbetsmiljön i Sverige stå sig bra i en internationell jämförelse. Detta visas i en genomgång av Eurobarometern fram till 1995 (Ilmarinen 1999). Sverige har bra resultat fram till mitten av 1990-talet vad beträffar den fysiska arbetsmiljön. I ett sammansatt mått för fysisk arbetsbelastning samt ett mått för flexibilitet i arbetet ligger Sverige bäst för personer som är 45 år och äldre.

Sveriges goda resultat i Eurobarometerns arbetsmiljöundersökning kan förklaras av satsningen under perioden 1990–1995 av 10 miljarder kronor från Arbetsmiljöfonden och 20 miljarder kronor från arbetsgivare på arbetsmiljöförbättringar. Större delen av sats-

ningen, 75 procent, gjordes av privata arbetsgivare och på normalt mansdominerade arbetsplatser. Med andra ord satsades enbart en liten del av dessa resurser på arbetsmiljöförbättringar inom typiska kvinnliga arbetsplatser – där sjukfrånvaron är både störst och ökande.

Uppgifter från Statistiska centralbyråns (SCB) levnadsnivåundersökning (ULF) som mäter människors subjektiva uppfattningar om arbetsmiljöförhållanden sedan 1975, visar en förbättring under andra hälften av 1990-talet i hur männen upplever sin fysiska arbetsmiljö. Å andra sidan visar ULF-undersökningen en försämring i synnerhet i de yngre kvinnornas upplevelser av sin fysiska arbetsmiljö. Samtidigt ökar andelen anställda som upplever att de har jäktiga och enformiga arbeten under 1990-talet. Andelen kvinnor som upplever att de har ett psykiskt påfrestande arbete ökar också enligt ULF-undersökningen. Samma bild ges i betänkandet Sjukfrånvaro och sjukskrivning från Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121 Bil 7). Där rapporteras resultat från arbetsmiljöundersökningar som SCB och Arbetsmiljöverket genomfört under 1990-talet. I undersökningen har människor bland annat ombetts svara på frågor om upplevda krav och möjligheter till kontroll över sin arbetssituation. Undersökningen visar att de som upplever höga krav i sitt arbete utan tillräcklig kontroll över sin arbetssituation relativt sett ökat kontinuerligt under 1990-talet. Ökningen är störst inom kommuner och landsting, och i synnerhet för kvinnor som arbetar inom dessa sektorer.

I ett delbetänkande från Utredningen om analys av hälsa och arbete (SOU 2002:62), redovisas nya resultat från *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions third European Survey* som tyder på att den psykosociala arbetsmiljön dels under slutet av 1990-talet kan ha förändrats snabbare i Sverige än i vad den gjort i EU som helhet. De anställdas upplevelse av stress, huvudvärk och sömnproblem ligger dels på en högre nivå och tycks dels ha ökat mer i Sverige än i andra länder. Det verkar framför allt vara inom tjänstesektorer, som vård, skola och omsorg, som de anställda upplevt en försämring av arbetsmiljön.

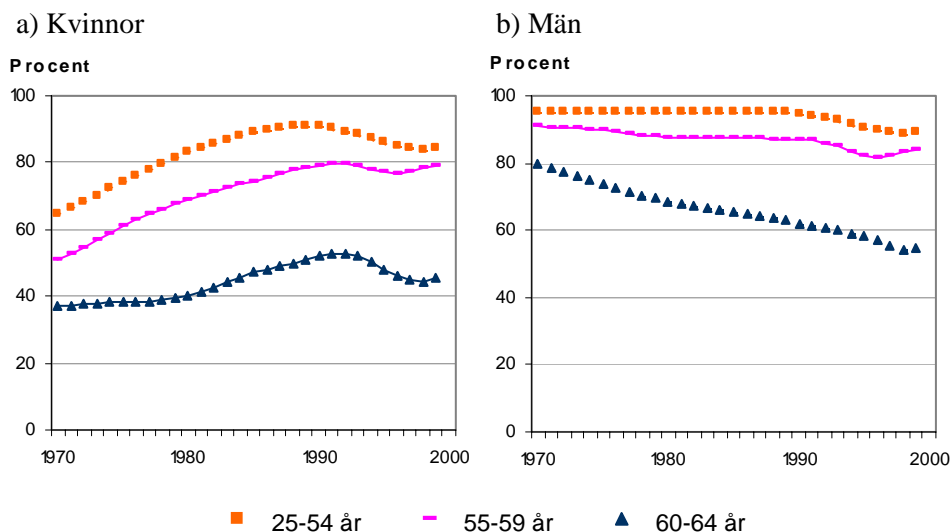
3.5 Arbetskraftsdeltagandet högt bland de äldre i Sverige och Norge

Sedan mitten av 1970-talet har det totala antalet arbetade timmar varit relativt konstant i Sverige enligt nationalräkenskaperna. Men i slutet av 1990-talet arbetade män cirka fyra år mindre och kvinnor närmare fyra år mer än i mitten av 1970-talet enligt arbetskraftsundersökningarna.

Yngre årskullar av män har successivt arbetat allt mindre efter 60-årsåldern. Detta har lett till att männens arbetskraftsdeltagande i åldersgruppen 60–64 år minskat sedan 1970 (se figur 3.1 a och b). Numera arbetar män i åldern 60–64 år drygt två år mindre i genomsnitt än i mitten av 1970-talet. Kvinnor yngre än 60 år svarar för en stor del av ökningen i arbetskraftsdeltagandet sedan 1970 (figur 3.1 a och b). Även arbetskraftsdeltagandet för kvinnorna i åldern 60–64 år ökade betydligt från 1980 till början av 1990-talet.

När konjunkturen försämrades i början av 1990-talet ökade arbetslösheten markant och för många blev arbetslösheten långvarig. Inte minst genomfördes omfattande personalnedskärningar inom den offentliga sektorn. Äldre arbetssökande har ofta sämre utsikter att få arbete och större anledning att ge upp och lämna arbetskraften efter en längre period av arbetslöshet. För männen fortsatte det trendmässiga utträdet ur arbetskraften under första hälften av 1990-talet. Lika intressant i sammanhanget är att arbetskraftsdeltagandet av män och kvinnor i åldern 55–59 år också sjönk under första hälften av 1990-talet. Arbetskraftsdeltagandet av 55–59-åringar började återigen öka med uppgången av konjunkturen från mitten av 1990-talet, sannolikt på grund av att rationaliseringar, som ofta drabbar den äldre arbetskraften först, minskade.

Figur 3.1 a och b Arbetskraftsdeltagandet i procent av befolkningen



Källa: RFV, Socialförsäkringsboken 2000

Konjunkturmönstret i sjukfrånvaron sammanfaller med förändringar i den äldre arbetskraften (figur 3.1 a och b). Ökningen av antalet sjukdagar under andra hälften av 1990-talet sammanfaller med en uppgång i arbetskraftsdeltagandet – vilket bland annat hänger samman med det faktum att flera personer i dessa åldrar fick behålla sina anställningar – i åldersgrupperna 55–59 år och 60–64 år. Dessutom har antalet arbetade timmar per kvinna som deltar i arbetskraften ökat kraftigt sedan 1970 med en svag tendens mot en avmattning i början på konjunktursvackorna, senast under första hälften av 1990-talet.

Den ständiga ökningen i medellivslängden tillsammans med ett lågt deltagande i arbetskraften av personer 55 år och äldre bekymrar regeringarna i många länder. Ekvationen går inte ihop eftersom det leder till att färre människor måste försörja flera. I många länder har numera slutsatsen dragits att människor måste arbeta längre – inte minst för att täcka en kommande arbetskraftsbrist som hänger samman med en lång period med låga födelsetal. Dessa trender har i många länder lett till åtstramningar av reglerna för ålderspensionssystemen i syfte att ge incitament för ökat deltagande i

arbetskraften bland äldre. Sverige ligger bra till i ett internationellt perspektiv med hänsyn till att pensionssystemets regler ger incitament till att arbeta längre. Det nya pensionssystemet i Sverige har fått mycket beröm i detta sammanhang, men Sverige låg bra till enligt en internationell studie även före denna reform. Detta framgår av en studie av elva länder sammanställd av Gruber och Weiss (1999).

I Socialförsäkringsboken 2000, Efter 55 – Valfärd, arbete och fritid, har Riksförsäkringsverket fokuserat på de äldre i arbetskraften (Riksförsäkringsverket 2000). Tabell 3.1 som tagits från denna studie visar att Sverige och Norge har det högsta arbetskraftsdeltagandet för 60–64-åringar i Europa. Sverige ligger något över USA, men lägre än exempelvis Sydkorea och Japan. Den höga förvärvsfrekvensen bland de äldre i Sverige kan endast till viss del förklara den ökade sjukfrånvaron. Som visas i tabell 3.1 ligger arbetskraftsutbudet i Sverige på en högre nivå än i de flesta andra europeiska länder även om man räknar bort de arbetslösa och sjuka. Detta redan innan en motsvarande omräkning gjorts för de övriga länderna. Det kan också nämnas att en särskild enkätundersökning som genomförts i samband med RFV:s Socialförsäkringsbok visade att arbetsgivare sällan gör medvetna – eller extra – arbetsmiljösatsningar för den äldre arbetskraften (Eklund 2001).

Tabell 3.1 Arbetskraftsdeltagandet i procent av befolkningen i åldern 60–64 år

<i>Land</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
Tyskland	12	29	20
Frankrike	15	15	15
Italien	8	31	19
Spanien	16	42	28
Danmark	21	41	31
Finland	18	25	22
Norge	48	64	56
Irland	18	51	35
Österrike	8	14	11
Belgien	5	18	11
Nederländerna	8	21	15
Polen	20	35	26
Tjeckien	13	30	21
Sverige	47	55	51
Sverige*	40	48	44
USA	40	55	47
Chile	17	69	41
Mexico	28	79	52
Sydkorea	46	73	59
Japan	40	75	57

* Sverige exklusive arbetslösa och sjukfrånvarande.

*Anm. Uppgifterna avser senast tillgängliga år. För Sverige avser arbetslösa öppet arbetslösa och frånvarande på grund av sjukdom en vecka eller mer. (Källa: OECD Labour Force Statistics, ILO Statistical Yearbook och SCB:s arbetskraftsundersökningar).

Vad beträffar sjukfrånvaron ligger det nära till hands att tro att i länder där deltagandet i arbetskraften över 60-årsåldern är mycket lågt, t.ex. i Belgien, Frankrike, Nederländerna och Österrike, utgör de som ändå arbetar i denna åldersgrupp en särskild grupp med möjlighet och ett starkt intresse att fortsätta arbeta – med en låg benägenhet att vara frånvarande från arbetet på grund av sjukdom. Av tabellen framgår att de äldres deltagande i arbetskraften också är betydligt lägre i Danmark, Finland och Tyskland än i Sverige.

Sammanfattningsvis har kvinnornas arbetskraftsdeltagande i Sverige ökat under de senaste decennierna. Ökningen har visser-

ligen varit lika stor eller större i andra länder, t.ex. Storbritannien, men den har börjat från en mycket låg nivå. Samtidigt är det viktigt att erinra om (se avsnitt 3.2) att svenska kvinnor arbetar i mycket större utsträckning efter 60 års ålder. Detta kan vara en av orsakerna till att sjukfrånvaron ökat för kvinnorna i Sverige. Samtidigt har en minskning av arbetskraftsdeltagandet bland män över 60 år sannolikt lett till att sjukfrånvaron minskat.

3.6 Konjunkturen påverkar sjukfrånvaron i Sverige

I Sverige, Norge och Nederländerna finns ett tydligt mönster när det gäller utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet sett över tiden. Under perioder när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. Ett svagt mönster kan också skönjas i några av de övriga länderna. Mönstret är dock inte lika tydligt och i dessa länder gäller det endast för vissa delperioder. Statistiken över sjukfrånvaron skulle därför t.ex. inte kunna användas som en allmän indikator för konjunkturutvecklingen.

Vidare visar den statistiska analysen på disaggregerad nivå i RFV:s bilaga att detta samband som är tydligast i Sverige och i Nederländerna är statistiskt signifikant endast för åldersgruppen 60–64 år (Norge och Finland ingår inte i analysen på grund av brist på data.) Denna effekt verkar vara särskilt tydlig för kvinnor. Detta är intressant om man jämför med tidigare studier, som funnit att sjukfrånvaron minskar när arbetslösheten ökar och vice versa utan att visa att detta resultat är statistiskt säkerställt endast för äldre anställda. Analysen kan dock inte klargöra i vilken mån det är frågan om att gruppens benägenhet att sjukskriva sig minskar vid lågkonjunktur och i vilken mån det är resultat av en samtidig selektion vid rationaliseringar som leder till att t.ex. äldre kvinnor med sämre hälsostatus blir arbetslösa eller på annat sätt lämnar sin anställning under en lågkonjunktur. Det är dock klart att båda mekanismerna kan verka parallellt med konjunkturutvecklingen.

Det kan dessutom rentav vara så att när det gäller äldre arbetskraft i Sverige är det flera äldre i åldersgruppen 50–59 år och flera yngre i åldersgruppen 60–64 år som marginaliseras under en lågkonjunktur. Det förklaras på så sätt att personer under 58 kan tänkas kunna hålla sig kvar på arbetsmarknaden under en lågkonjunktur och personer 58 år och äldre som redan närmar sig pensionen lättare förtidspensioneras eller avgår med avgångsvederlag eller med hjälp av en avtalspension. Det är därmed sannolikt gruppen 58

är och äldre som marginaliseras, eftersom det är vid 58 års ålder som många har uppfyllt villkoren för att få en full avtalspension och kanske kan anses kunna rationaliseras bort från anställningen med någon av de möjligheter som står till buds. De som däremot i denna grupp håller sig kvar på arbetsmarknaden kommer troligen att fortsätta arbeta när konjunkturen vänder uppåt igen. Samtidigt är det också lättare för personer som var strax under 58 år under lågkonjunkturen att hålla sig kvar under konjunkturuppgången. Vid den tidpunkten ingår dessa personer i åldersgruppen 60–64 år. Under en högkonjunktur finns flera äldre kvar i arbete och detta bidrar till att höja sjukfrånvaron. Detta *kan* vara en del av förklaringen till det konjunkturrella mönstret av sjukfrånvaron i Sverige. Någon motsvarande förklaring kan inte ges för Nederländerna, där förtidspensioneringen är omfattande och betydligt färre äldre, i synnerhet färre kvinnor, deltar i arbetskraften än i Sverige.

4 Fler frågor som måste besvaras

I den här rapporten har de anställdas sjukfrånvaro och hur sjukfrånvaron förändrats i Sverige, Norge, Finland, Danmark, Nederländerna, Frankrike, Tyskland och Storbritannien studerats under perioden 1983–2001. Fokus har legat på faktorer som ålder, kön, arbetskraftsdeltagande, arbetslöshet, konjunkturutveckling, sektorstillhörighet samt typ av anställning.

Det finns emellertid många andra förhållanden som kan påverka de skillnader som inte tagits med i denna jämförelse. En del av dessa kan med fördel studeras om resurser tillförs för att genomföra bredare och mer ingående jämförelser. Som nämndes inledningsvis planerar ESO att återkomma med ett förslag till upplägg för ett sådant internationellt benchmarking-projekt, utifrån vilket värdefull kunskap fortlöpande skulle kunna tas fram. Andra orsaker till den höga sjukfrånvaron kan lämpa sig bättre att studera på nationell nivå.

Ett exempel på en faktor som kan tänkas ha betydelse för hur sjukfrånvaron utvecklas och där ny kunskap med stor sannolikhet skulle kunna tas fram genom systematiska jämförelser, är den psykosociala arbetsmiljön. Det finns tecken på att den under senare år försämrats i Sverige. Kunskapen om hur den utvecklats i andra länder är mycket bristfällig. Den psykiska hälsan har att göra med bl.a. individers kontroll över de krav som ställs – eller upplevs ställas – i arbetslivet. Orsaker till försämringarna kan tänkas hänga samman med arbetsorganisationen och förändringar i denna, samt belastningen i en tid då nedtrimmade organisationer ställer större krav. Ny forskning behövs för att det skall bli möjligt att uttala sig om huruvida och till vilken grad en försämrad psykosocial arbetsmiljö i Sverige kan vara en förklaring till skillnaderna i sjukfrånvaro.

I följande avsnitt presenteras ett antal andra områden, där värdefull ny kunskap med stor sannolikhet skulle kunna tas fram i ett mer omfattande internationellt benchmarkingprojekt.

4.1 Regelverkets utformning

Det är ett allmänt känt faktum att det finns skillnader i sjukförsäkringens regelverk i olika länder. Ett lands regelverk har med stor sannolikhet betydelse för beteende, praxis och kultur kring sjukskrivning. Sjukförsäkringens regelverk styr såväl vem som kan få ersättning för inkomstbortfallet under sjukfrånvaro som under vilka omständigheter och när ersättning utgår. De drivkrafter, som finns inbyggda i regelverken, påverkar människors benägenhet att utnyttja försäkringen vid nedsatt arbetsförmåga.

De data som finns tillgängliga tyder på att villkoren är mest generösa i Nederländerna, Norge och Sverige och minst generösa i Storbritannien och Frankrike. Den svenska sjukförsäkringen är dessutom unik såtillvida att det inte finns någon gräns för hur länge sjukpenning kan utgå. I de övriga länderna är maximiperioden i princip begränsad till ett år. Till de strängaste regler som förekommer i de åtta länderna under den period som studerats hör den lagliga möjligheten som fanns i Danmark till och med år 1998 att avskeda sjukskrivna tjänstemän efter 120 dagars sjukfrånvaro.

I många länder kombineras privata och offentliga ersättningsformer. Den vanligaste kombinationen är sjuklön i början av sjukfrånvaroperioden och därefter ersättning från en offentlig sjukförsäkring. Sjuklöneperioden är numera 14 dagar i Sverige, 16 dagar i Norge, sex veckor i Tyskland och 52 veckor i Nederländerna. De flesta privatanställda i Danmark har två veckors sjuklöneperiod medan offentligt anställda får full lön under sjukskrivningsperioden. I Frankrike varierar sjuklöneperioden beroende på villkoren i olika kollektivavtal, medan de flesta anställda i Finland får full lön enligt avtal från den första sjukskrivningsdagen.

I de flesta länder förekommer en eller flera karensdagar innan sjuklön eller sjukpenning kan börja utgå. I Sverige infördes en karensdag år 1992. I Nederländerna finns två, i Frankrike och Storbritannien tre karensdagar. Längst karenstid finns i den finska sjukförsäkringen, anmälningsdagen och nio påföljande vardagar/lördagar varefter ersättningen betalas till arbetsgivaren om denne betalar lön under sjukskrivningen. De anställda får dock en ersättning enligt avtal från och med första frånvarodagen. I Norge, Tyskland och Danmark förekommer över huvud taget inte några karensdagar.

Även ersättningsnivåer skiljer sig mellan länderna. Kompensationen för inkomstbortfall är mycket generös i Nederländerna. Sjuk-

lön med 70 procents ersättning kompletteras med en ersättning enligt kollektivavtal och erbjuder då de allra flesta anställda i Nederländerna full lönekompensation under sjukfrånvaron. I Norge och Danmark är kompensationsgraden 100 procent upp till ett tak och i Sverige 80 procent upp till ett tak med ett tillägg på 10 procent från avtalsförsäkringen. Taket är högst i Norge och lägst i Danmark. Ersättningsgraden är 100 procent även i Tyskland under de sex första veckorna av sjukfrånvaroperioden varefter den minskar till 70 procent. I Finland är ersättningen regressiv med 70-procentig ersättning för anställda med lägst inkomst och 25-procentig ersättning för anställda med högst inkomst. Den generella ersättningsnivån är mycket låg i Frankrike, ca 50 procent för löntagare utan barn och något högre för löntagare med barn. Ersättning kan även utgå enligt kollektivavtal. I Storbritannien är ersättningen inte inkomstrelaterad, utan alla får samma låga ersättning på drygt 3 200 kronor i månaden under 28 veckor. Ersättningen är något högre för anställda med barn och vid längre sjukfrånvaro än 28 veckor.

Det återstår dock att utreda vidare regelverkets inverkan på sjukfrånvaro och i vilken utsträckning skillnader i regelverken kan förklara skillnader i sjukfrånvaron mellan olika länder. För att underlätta jämförelser på en mer kontinuerlig basis trots skillnader i regelsystem är det också viktigt att verka för att det skapas gemensamma jämförbara indikatorer för sjukfrånvaro mellan länderna. Dessa bör ta hänsyn till både hur frekvent och hur lång sjukfrånvaron är. Vidare bör hänsyn tas till de olika kompletterande system som ersätter delar av inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro.

4.2 Administrationen av sjukförsäkringen

Administrationen av sjukpenningförsäkringen i Sverige har i stort sett haft samma uppbyggnad sedan 1960-talet. Försäkringen administreras av försäkringskassor som har en självständig juridisk ställning med egna styrelser. Riksförsäkringsverket är tillsynsmyndigheten för försäkringskassorna. Under åren har försäkringskassans roll vad beträffar förebyggande och rehabiliteringsåtgärder diskuterats i en lång rad av utredningar i likhet med samarbetet mellan försäkringskassan, hälso- och sjukvården, kommunen och arbetsmarknads- och arbetsmiljömyndigheterna.

Det är försäkringskassan som avgör om en individ har rätt till sjukpenning vid arbetsoförmåga. Från den åttonde dagen krävs ett läkarintyg för att vara berättigad till sjuklön (sjukpenning). Valet av

tidpunkt vid vilken ett intyg skall krävas är såväl en kostnadsfråga som en grindvaktsfråga. I grova drag kan det sägas att ca 35 procent av samtliga sjukdagar förekommer under den första veckan (Rikner 2002), som i Sverige infaller under sjuklöneperioden. Dessutom tenderar korta sjukfall att avslutas i slutet av veckan (Andrén 2001). Slutsatsen som har dragits i Sverige är att det inte finns anledning att kräva ett läkarintyg för dessa korta sjukfall eftersom detta skulle skapa en onödig administration.

Samtidigt kan det konstateras att bland de länder som ingår i studien är den tidsperiod under vilken man kan vara sjukskriven utan läkarintyg längst i Sverige och i Nederländerna. Ett läkarintyg krävs från första sjukfrånvarodagen i Frankrike, Finland och Tyskland och från och med den fjärde dagen i Norge. I Danmark kan arbetsgivaren begära intyg från och med den fjärde frånvarodagen. Under alla omständigheter krävs intyg en vecka efter sjuklöneperiodens slut. Sverige tillämpar sedan länge kravet på läkarintyg så sent som den åttonde dagen av sjukfrånvaro. I Nederländerna behöver nedläggningen av arbetsförmågan över huvud taget inte styrkas genom läkarintyg. Det är viktigt att undersöka betydelsen av att individen själv har så stor makt över frånvarobeslutet i Sverige och Nederländerna.

4.3 Grindvaktsfunktionen och individens rättigheter

Grindvaktsfunktionen är ett stort diskussionsämne i den internationella litteraturen kring sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering. Det handlar om den bevakning och kontroll som måste göras i alla system för att se till att de som vill ta del av de förmåner som finns inbyggda i systemen tillhör rätt målgrupp.

I länder som har längre sjuklöneperioder, exempelvis Nederländerna, där arbetsgivaren svarar för ersättningen under det första året, kommer socialförsäkringen sent in i bilden vid t.ex. en diskussion om förtidspensionering. I Tyskland eftersträvar försäkringen att bevaka och diskutera sjukfrånvaron med arbetsgivaren. I Tyskland finns sålunda en aktiv försäkringsgivare och i Nederländerna avgör arbetsgivaren utfallet. Båda dessa länder har relativt höga ersättningar vid sjukfrånvaro men enligt vad vi i det föregående kunnat visa är Tyskland mycket mer framgångsrikt än både Sverige och Nederländerna med att hålla nere nivån på sjukfrånvaron.

Olika uppfattningar om när man skall eller inte skall sjukanmäla sig har stor betydelse. Vad "brukar" människor göra när de har ont

i ryggen eller är nedstämda? Skall man stanna hemma eller försöka fortsätta med vanliga dagliga rutiner inklusive att gå till arbetet? Medicinska experter anser att människor normalt inte skall vara sjukskrivna för ont i ryggen mer än en kort tid i den akuta fasen och att de ska vara så aktiva som möjligt (SBU 2000). Samtidigt är ont i ryggen i Sverige både den vanligaste diagnosen för längre sjukfall och för beslut om förtidspension. Man kan fråga sig hur det kan vara möjligt att det inte finns lämpliga arbetsuppgifter för dem som drabbas – antingen på samma eller en annan arbetsplats.

Hälso- och sjukvården spelar en nyckelroll i sjukskrivningsprocessen. Den ger råd till individen och utfärdar sjukintyg som arbetsgivaren skall ta hänsyn till under sjuklöneperioden och som skall ligga till grund för försäkringskassans beslut om att betala ut sjukpenning från och med den 15:e dagen. I en undersökning av sjukskrivningen i Dalarna 1996–2001 finner Englund (2001) att andelen fall där läkaren inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om inte patienten hade tagit upp det, men där sjukskrivning ändå utfärdats, uppgår till 92,3 procent. Detta tyder i allra högsta grad på att läkaren till stor del lyssnar på vad patienten vill – snarare än att rekommendera vad som kan anses vara det bästa för individen. Samtidigt måste slutsatsen dras att varken arbetsgivaren eller försäkringskassan – eller samhället i stort – ifrågasätter denna ordning i någon större utsträckning. I Frankrike – å andra sidan – utövar försäkringsgivaren en noggrann kontroll av sjukskrivna genom hembesök och av sjukskrivande läkare genom att minska ersättningen till läkare som sjukskriver alltför många patienter.

Det verkar ha utvecklats en kultur i Sverige där individers förväntningar om utfallet av mötet med hälso- och sjukvården styr skeendet. I viss utsträckning är detta en form av *moral hazard* – människor använder befintliga regler i god tro och systemet fungerar så att de producerar sjukskrivningar. Till skillnad från de flesta andra länder som ingår i jämförelsen, utövar individen själv i Sverige men i ännu högre grad i Nederländerna, ett stort inflytande över frånvarobeslutet att sjukskriva sig. Det ligger nära till hands att tro att sjukskrivningsprocesserna i dessa länder, och även i Norge, bidrar till den allmänt höga nivån på sjukfrånvaron.

För Sveriges del är det angeläget att lära sig mer om sjukskrivningsprocesser från andra länder, där sjukfrånvaron är betydligt lägre.

4.4 Fler studier behövs

Det behövs uppenbarligen fler studier som jämför sjukfrånvarons utveckling för olika grupper. Alltför lite är dessutom känt om hela den process som börjar med sjukfrånvaro och slutar, antingen med återgång i arbete eller, eventuellt flera år senare, i utslagning ur arbetskraften. Socialförsäkringens och socialförsäkringsadministrationens roll i denna process bör också belysas mera ingående än vad som har varit fallet hittills. Andra faktorer som påverkar processen och individens medvetna eller omedvetna val i dessa olika faser bör också bli föremål för studier för att öka förståelsen av vilken inverkan olika inblandade aktörer har på processen.

Det är viktigt att observera att studien i denna rapport baseras på aggregerade data, inte på individdata. Longitudinella individdata behövs för identifieringen av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer. Flera analyser av individdata skulle kunna förklara varför människors benägenhet att sjukskriva sig ändras vid förändringar i arbetslivet och i andra förhållanden och vilka drivkrafter i socialförsäkringen eller arbetsmarknadslagstiftningen som kan påverka deras sjukfrånvaro.

Utträde ur arbetskraften har ofta studerats i relation till pensionssystemet (exempelvis Palme & Svensson 1999, Riksförsäkringsverket 2000, Wadensjö & Sjögren 2000, Riksförsäkringsverket 2001b, Bäckbro, Holmgren, Lundkvist 2002). Däremot finns det få studier som belyser framför allt de äldres sjukfrånvaro och den process som de medelålders och äldre genomgår när arbetsförmågan börjar svikta. Detta område behöver studeras betydligt mer ingående.

Ett annat område där mera forskning och studier behövs är sjukpenningförsäkringen och dess drivkrafter. Vidare finns mycket knapphändiga kunskaper om försäkringsadministrationens funktion och effektivitet i allmänhet och hur administrationen klarar av sin roll som grindvakt för försäkringen och som stöd och hjälp till den enskilde vid nedsatt arbetsförmåga.

Referenser

- Andrén, D. (2001) *Work, Sickness, Earnings, and Early Exits from the Labor Market. An Empirical Analysis Using Swedish Longitudinal Data*. Akademisk avhandling, Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Nationalekonomiska institutionen.
- Bäckbro, K., Holmgren, N. & Lundkvist, L. (2002) *Äldres utträde ur arbetskraften – nu och i framtiden*. RFV Analyserar 2002:3. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Council of Europe (1998,1999) *Recent Demographic Developments in Europe*, United Nations; Demographic Yearbook New York: United Nations
- Ds 1996:49 *Samhällets stöd till barnfamiljerna i Europa*. Rapport till ESO
- Ds 1999:61 *Samhällets stöd till de äldre i Europa*. Rapport till ESO
- Ds 2000:23 *Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige*
- Eklund, M., (2001) *Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma*. RFV Analyser 2001:9. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Englund, L. (2001) *Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting*. Falun: Centrum för Klinisk Forskning Dalarna
- EUROSTAT (1998) *Labour Force Survey. Methods and definitions. 1998 Edition. EUROSTAT Theme 3 Population and social conditions*. Luxembourg: European Commission
- Gruber, J. & Weiss, D. (1999) *Social Security and Retirement around the World*. NBER, Chicago: University of Chicago Press
- Ilmarinen, J. (1999) *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour
- OECD (2001) *Health at a Glance*
- Palme, M. & Svensson, I. (1999), *Social Security, Occupational Pensions and Retirement in Sweden* i Gruber, J. och Weiss, D. (red.) *Social Security and Retirement around the World*. National Bureau of Economic Research. Chicago, University of Chicago Press
- Rikner, K. (2002) *Sickness Insurance: Design and Behavior*. Akademisk avhandling. Lund: Lund Economic Studies.
- Riksförsäkringsverket (2000) *Socialförsäkringsboken 2000*. Efter 55 – Valfärd, arbete och fritid, Stockholm: Riksförsäkringsverket

- Riksförsäkringsverket (2001a) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*. RFV Redovisar 2001:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Riksförsäkringsverket (2001b) *Vad får oss att arbeta fram till 65?* RFV Analyserar 2001:4. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- SBU (2000) *Ont i ryggen ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning*. Volym I. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.*: betänkande av Rehabiliteringsberedningen. Stockholm: Allmänna förlaget
- SOU 2000:78 *Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum*. Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. Stockholm: Fritzes
- SOU 2000:121 *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Fritzes
- SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes
- SOU 2002:62 *Kunskapsläge i sjukförsäkringen*. Delbetänkande av Utredningen om analys av hälsa och arbete. Stockholm: Fritzes
- Wadensjö, E. & Sjögren, G. (2000) *Arbetslinjen för äldre i praktiken*. Stockholm: Institutet för social forskning

Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv

av

Sisko Bergendorff

Stina Berggren

Marcela Cohen Birman

Kristian Nyberg

Edward Palmer

Peter Skogman Thoursie

Joakim Söderberg

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Sjukfrånvaron har ökat i snabb takt i Sverige sedan 1998. Ökningen av sjukfrånvaron föregicks dock av en kraftig minskning under perioden 1990–1997. Motsvarande förändringar har skett i sjukfrånvaron under tidigare decennier även om förändringarna inte har varit lika påtagliga (Lidwall & Skogman Thoursie 2000a, 2000b).

Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron på senare år har väckt frågan om den svenska utvecklingen är unik eller om motsvarande utveckling förekommer i andra europeiska länder. Ingen studie har dock genomförts om skillnader i sjukfrånvarons utveckling i ett stort antal europeiska länder i ett längre perspektiv. Nordisk statistik visar dock att det fanns likheter i utvecklingen av sjukfrånvaro mellan Sverige och Norge under 1990-talet. Även i Norge minskade sjukfrånvaron i mitten på 1990-talet och började därefter öka på nytt. Nedgången var dock inte lika kraftig som i Sverige. I Danmark och Finland har utvecklingen däremot varit mera jämn med en antydning till långsamt minskande sjukfrånvaro (NOSOSCO 2000).

Mot denna bakgrund är det intressant att söka förklaringar till eventuella skillnader i sjukfrånvaro mellan Sverige och andra länder och därmed öka kunskapen om vad som kan göras för att minska sjukfrånvaron i Sverige. På ett mera generellt plan finns en strävan inom Europeiska unionen (EU) att säkerställa en hög nivå av social trygghet för unionsmedborgarna (Europeiska gemenskapernas kommission 1999). I linje med denna strävan har Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) efterlyst systematiska jämförelser av länders förhållanden och utveckling, trend och status, även kallat benchmarking (Ds 2000:23).

Huvudsyftet med denna studie är att undersöka om utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige är ett unikt fenomen i ett europeiskt perspektiv eller om motsvarande utveckling förekommer i andra länder i Europa. Syftet är även att söka förklaringar till eventuella skillnader i förekomsten och utvecklingen av sjukfrånvaro mellan länderna.

Sjukfrånvaron i Sverige jämförs med frånvaron i Danmark, Finland, Norge, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland¹, samt med det vägda genomsnittet för samtliga tolv länder som varit medlem i EU under hela undersökningsperioden (EU12). Valet av de åtta länder som specialstuderats styrdes av att ESO tidigare har genomfört jämförande studier av samhällets stöd för de äldre och för barnfamiljer mellan dessa länder (Ds 1999:61, Ds 1996:49). Det är dessutom länder med en relativt likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå. Däremot finns det betydande skillnader mellan de regelsystem och administration av försäkringar som ersätter inkomstbortfallet under sjukfrånvaro i de olika länderna.

1.2 Frågor i fokus

Skillnader i sjukfrånvaro kan ha många förklaringar. I en studie av länder inom EU är det inte troligt att folkhälsan skiljer sig på ett sätt som skulle återspeglas i stora skillnader i sjukfrånvaron mellan länder. Däremot finns det andra strukturella faktorer som potentiellt skulle kunna vara viktiga.

Strukturella faktorer i samhället såsom befolkningens och arbetskraftens könsfördelning och åldersammansättning, fördelningen av män och kvinnor mellan olika yrken samt näringslivsstruktur kan variera mellan länder.²

Många faktorer bör således beaktas när det gäller att förklara vad som påverkar sjukfrånvaro och inte minst när det gäller att förklara skillnader i sjukfrånvarons nivå och utveckling mellan länder. De frågor som ligger i fokus berör såväl eventuella samband mellan nivån på sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad hos äldre på arbetsmarknaden som samband mellan nivån på sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad hos kvinnor, speciellt i offentlig sektor. Vidare undersöker vi om nivån på arbetslösheten kan förklara skillnader i

¹ Tyskland avser före detta Västtyskland.

² För internationella jämförelser se exempelvis Kangas (1991), Brown & Sessions (1996), Barmby *et al.* (2001).

sjukfrånvaro och om en stark anställningstrygghet i länder med hög sjukfrånvaro kan utgöra en bidragande förklaring till de skillnader i sjukfrånvaro som kan observeras.

1.2.1 Strukturella faktorer och sjukfrånvaro

Arbetskraftsdeltagandet och sammansättningen av de sysselsatta har betydelse för sjukfrånvaro. Kvinnor är i allmänhet frånvarande från arbetet på grund av nedsatt arbetsförmåga i större utsträckning än män. Kvinnors förvärvsfrekvens kan således påverka sjukfrånvarons omfattning. Äldre förvärvsaktiva har fler sjukdagar än yngre. Flera studier har visat att ålder är den faktor som enskilt kraftigast ökar risken när det gäller långvarig sjukskrivning (Marklund & Lidwall 1997, Riksförsäkringsverket 1995, Järholm 1996). Om stora grupper i åldern 50–64 år utträder ur arbetskraften i förtid kan sjukfrånvaron förväntas vara lägre än i länder där dessa åldersgrupper fortfarande är sysselsatta i hög grad. Såväl de förvärvsaktivas ålder som kvinnlig förvärvsfrekvens varierar mellan europeiska länder och kan därför ge olika utfall i sjukfrånvaron (Ilmarinen 1999, OECD 2000).

De hälsomått som använts i några tidigare studier har inte visat sig kunna ge någon förklaring till skillnader i sjukfrånvaro mellan länder. Antingen är måtten dåliga indikatorer på ohälsa som leder till sjukfrånvaro eller så är frånvaron i större grad beroende av sjukförsäkringens karaktär (Kangas 1991). Klart är dock att upplevelsen av kroniska besvär varierar kraftigt bland förvärvsaktiva i EU-länder och att förekomsten av kortare sjukfrånvaro i äldre åldersgrupper är till exempel tre gånger så hög i Tyskland som i Danmark (Ilmarinen 1999).

Konjunkturväxlingarnas inverkan på sjukfrånvaron bland sysselsatta är inte entydig. Några studier om svenska förhållanden visar på att hög arbetslöshet tenderar att minska kortvarig sjukfrånvaro och öka långvarig sjukfrånvaro (Lantto & Lindblom 1987, Lidwall & Örnhall 1991, Lidwall & Skogman Thoursie 2000b). Det finns även exempel på studier som visar att ju högre arbetslösheten är desto högre är sjukfrånvaron (Kangas 1991, Marklund & Lidwall 1997). Demografiska faktorer och arbetslöshet kan även förstärka varandra. Den strukturella effekten av en högre arbetslöshet kan bli kraftigare om andelen äldre i arbetskraften är stor (Lidwall & Skogman Thoursie 2000b).

I litteraturen finns det teoretiska argument för att arbetslösheten kan ha betydelse för sjukfrånvaron bland sysselsatta (Leigh 1985, Lantto 1992, Kaivanto 1997). En pro-cyklisk sjukfrånvaro – dvs. att sjukfrånvaron ökar när konjunkturen förbättras och minskar när den försämras – kan bero på att hög arbetslöshet i lågkonjunktur ökar risken för uppsägning vilket har en *disciplinerande effekt* på benägenheten att sjukskriva sig. Den pro-cykliska sjukfrånvaron skulle också kunna förklaras av att de personer som är kvar i sysselsättning i en konjunkturedgång generellt sjukskriver sig i en mindre utsträckning jämfört med personer som då blivit arbetslösa. Detta mönster kan uppträda om personer med en hög benägenhet att sjukskriva sig är de första som blir uppsagda vid en konjunkturedgång och att dessa personer sedan anställs igen när konjunkturen vänder. Ett sådant mönster kallas i litteraturen för *selektionseffekt* eftersom de personer som är kvar i sysselsättning efter en sådan uppsägningsprocess under lågkonjunkturen skiljer sig från de uppsagda och har en genomsnittlig lägre sjukfrånvaro jämfört med personer som fått lämna sysselsättningen. En svensk och en norsk studie har undersökt förekomsten av disciplinerings-effekt och selektionseffekt och funnit visst stöd för att en stor del av den pro-cykliska sjukfrånvaron är resultat av disciplinerings-effekten (Arai & Skogman Thoursie 2001, Askildsen 2002).

En angränsande fråga gäller i vilken utsträckning sjukfrånvaro kan förklaras av olika typer av anställningskontrakt hos anställda. Vissa studier visar att sjukfrånvaron minskar om företag som har svårare att övervaka sina anställda betalar en högre lön vilket gör det mera kostsamt att bli uppsagd (Barmby et al. 1991, 1994, 1995). En italiensk studie visar att sjukfrånvaron ökar så fort en provanställning övergår till fast anställning (Ichino & Riphahn 2001). Även i Sverige finns det stöd för ett sådant argument. I Arai & Skogman Thoursie (2001) visas att en ökad andel tillfälliga kontrakt inom en bransch eller region minskar sjukfrånvaron oavsett ålder, kön och andra faktorer som är specifika för varje bransch och region. En förklaring är att personer med tillfälliga kontrakt har en betydligt osäkrare anställningssituation jämfört med personer med fast anställning och att de därför sjukskriver sig mindre för att öka sina chanser att så småningom få en fast anställning.³

³ En noggrann genomgång av tidigare studier kring sjukfrånvarons förklaringsfaktorer finns i Lidwall (2001) och Andréén (2001).

1.2.2 Egenskaper i sjukförsäkringen och sjukfrånvaro

Sjukförsäkringens egenskaper kan påverka individens beteende vid nedsatt arbetsförmåga. Generösa försäkringar tenderar att generera mera sjukfrånvaro. Karenstidens och förmånsperiodens maximala längd, ersättningsnivån samt möjligheten till partiella förmåner varierar mellan länderna och kan påverka skillnaderna i ersatta sjukdagar per försäkrad och år, dvs. sjuktalet. Det finns betydande skillnader i ersättningsnivån mellan länderna vilket skulle kunna förklara vissa skillnader i sjukfrånvaro mellan länder (MISSOC 2000).

Få studier har undersökt hur viktiga sjukförsäkringens egenskaper är för individens benägenhet att sjukskriva sig. Visst stöd för att sjukfrånvaron ökar med ersättningsgraden finns (Barmby *et al.* 1995, Johansson & Palme 1996, Henreksson & Persson 2000). Även varierande krav på läkarintyg och strängheten av frånvarokontroll kan ge olika utfall (Kangas 1991).

Sjukförsäkring som ersätter inkomstbortfall vid arbetsoförmåga kan inte ses isolerad från samhällets övriga försörjningssystem. Möjligheten att uppbära sjukpenning vid arbetslöshet är en ytterligare systemegenskap som kan påverka ersatt sjukfrånvaro. I en nyligen genomförd studie av svenska förhållanden finns stöd för att utformningen av regler och ersättningsnivåer när det gäller arbetslöshetsersättningen har betydelse för benägenheten att sjukskriva sig (Larsson 2002). Bland annat visar studien att övergångssannolikheten från arbetslöshet till sjukskrivning ökar när de arbetslösa närmar sig slutet av perioden för arbetslöshetsersättning. Ett sådant beteende kan tolkas som att sjukskrivning används i syfte att spara dagar med arbetslöshetsersättning.

Hur man har löst försörjningen vid arbetslöshet, familjebildning, ålderdom osv. påverkar vilka som deltar på arbetsmarknaden och i vilken utsträckning de deltar. Möjligheten att avsluta sjukskrivningen och utträda ur arbetskraften genom förtidspensionering varierar mellan länderna. Vidare varierar den lagstadgade pensionsåldern från exempelvis 60 år i Frankrike till 67 år i Norge. Sker pensionering och förtidspensionering tidigt minskar sjukfrånvaron samtidigt som kostnaderna för förtidspensioner och pensioner ökar. Hur ersättning från arbetsskadeförsäkringen är relaterad till ersättning från sjukförsäkringen kan också inverka på antalet personer som är berättigade till sjukpenning och kostnader för sjukpenningen.

1.3 Avgränsningar och material

Sjukfrånvaro kan mätas på flera sätt. Statistik från den offentliga sjukförsäkringen påverkas i hög grad av respektive lands regelsystem och även av administrationen av försäkringen. Därför är en sådan statistik inte jämförbar mellan länderna.

Data från arbetskraftsundersökningar (Labour Force Surveys) som genomförs på samma sätt i alla EU:s medlemsländer och några andra länder lämpar sig däremot väl för jämförande studier. De baseras på intervjuer med ett urval ur befolkningen. Sjukfrånvaro mäts i arbetskraftsundersökningarna oberoende av ersättningsform för inkomstbortfallet under sjukfrånvaron vare sig det är sjuklön från arbetsgivaren eller sjukpenning från sjukförsäkringen.

Uppgifter om sjukfrånvaro inhämtades från arbetskraftsundersökningar för Sverige, Norge, Danmark, Finland, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien under perioden 1983–2001. EUROSTAT har sammanställt statistik över dessa undersökningar sedan 1983. EUROSTAT har dock inte statistik för Sverige, Finland och Norge före år 1995. En komplettering gjordes därför för dessa tre länder med hjälp av uppgifter från de nationella arbetskraftsundersökningarna före år 1995.⁴ Det bör observeras att datamaterialet består av aggregerad statistik, inte av individdata.

Sjukfrånvaron studeras bland *anställda* i åldern 20–64 år under perioden 1983–2001. Egna företagare, medhjälpande familjemedlemmar och arbetslösa ingår således inte.⁵ Däremot ingår till exempel deltidspensionärer och förtidspensionärer med partiell förtidspension som utöver sin pension har en anställning på deltid.

Sjukfrånvaro definieras som frånvaro från arbetet under en hel mätvecka på grund av sjukdom eller skada. Enligt denna definition är längden på en frånvaroperiod således fem dagar eller längre. Det finns ingen information om kortare sjukfrånvaro än en vecka och inte heller om hur länge sjukfrånvaro pågick utöver mätveckan.

Inom ramen för denna studie är det inte möjligt att studera hur sjukförsäkringen påverkar nivån på sjukfrånvaron i olika länder. Det har inte varit möjligt att spåra relevanta förändringar i de ingående ländernas sjukförsäkringsregler bakåt i tiden och att på ett trovärdigt sätt undersöka effekten av förändringarna. Dessutom är det ofta svårt att undersöka förekomsten av sådana samband. Problemet ligger bland annat i att separera effekten av exempelvis en

⁴ Källorna för statistiken under perioden 1983–2001 framgår av appendix.

⁵ Sjukförsäkringen för egna företagare skiljer sig ofta från de anställdas försäkring. Skillnaderna försvårar jämförelser dels mellan anställda och egna företagare, dels mellan länderna.

sänkning i sjuklön eller sjukpenning från de förändringar på arbetsmarknaden som också kan påverka sjukfrånvaron. Exempelvis genomfördes i Sverige ett antal restriktiva reformer i början av 1990-talet samtidigt som arbetslösheten steg kraftigt (Lidwall & Skogman Thoursie 2000b). Om införandet av dessa restriktiva reformer antas ha minskat sjukfrånvaron är det svårt att mäta en sådan effekt då sjukfrånvaron minskade samtidigt som den djupa konjunktur nedgången ägde rum.

1.4 Disposition av bilagan

I kapitel 2 görs en deskriptiv genomgång av sjukfrånvaro i de utvalda länderna. Faktorer som förväntas ha betydelse för sjukfrånvarons omfattning och utveckling studeras i relation till sjukfrånvaron. I kapitel 3 genomförs en fördjupad analys av dessa faktorer betydelse för sjukfrånvaron och för skillnader i sjukfrånvaro mellan länder. I kapitel 4 diskuteras resultaten och avslutningsvis sammanfattas bilagan i kapitel 5.

2 Sjukfrånvaro – en deskriptiv jämförelse mellan åtta europeiska länder

I detta avsnitt görs en deskriptiv beskrivning av de anställdas sjukfrånvaro i Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland⁶, Nederländerna, Norge, Sverige och Storbritannien under perioden 1983–2001. I framställningen redovisas sjukfrånvaro också efter ålder och kön. Därutöver relateras sjukfrånvaro till sysselsättning och arbetslöshet. Slutligen beskrivs sjukfrånvaron vid olika anställningsformer och i olika sektorer.

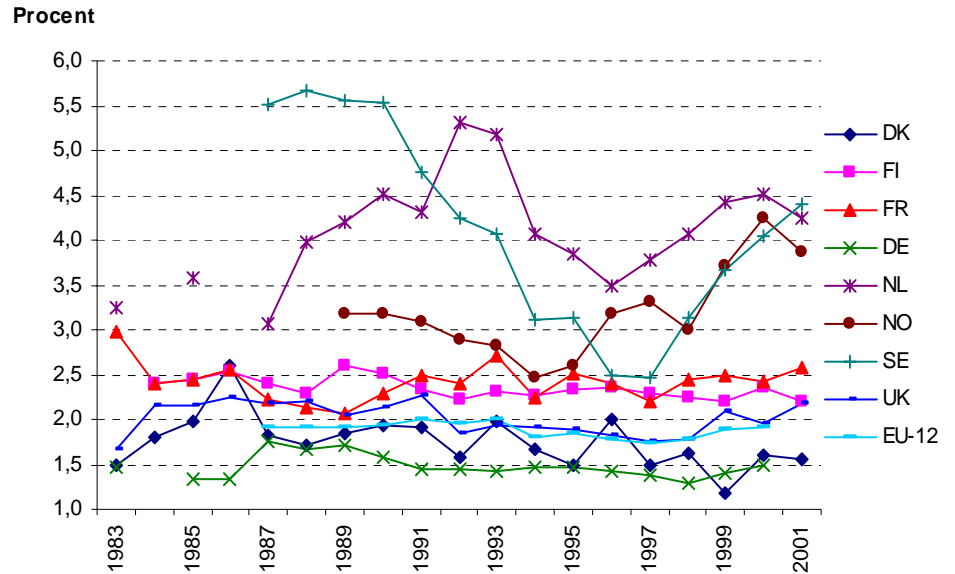
2.1 Sjukfrånvarons utveckling bland anställda

Sjukfrånvarons nivå och utveckling över tiden skiljer sig mellan de undersökta länderna. Av figur 2.1 framgår det att sjukfrånvaron är högre i Sverige (SE), Norge (NO) och Nederländerna (NL) än i Danmark (DK), Finland (FI), Frankrike (FR), Storbritannien (UK) och Tyskland (DE), samt även i jämförelse med genomsnittet för de tolv länder som varit medlemmar i EU under hela den tidsperiod som undersökts (EU12). Även variationen över tid är betydligt kraftigare i Sverige, Norge och Nederländerna än i de övriga länderna och i EU som helhet.⁷ Det framgår också att sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna stiger under senare delen av 1990-talet. I övriga länder är det svårt att urskilja någon tydlig trend.

⁶ Tyskland avser före detta Västtyskland.

⁷ Data saknas enligt följande: NO: före 1989, SE: före 1987, NL: 1984, 1986, DE: 2000, FI: 1983.

Figur 2.1 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år 1983–2001



Sverige utmärker sig med sin höga andel sjukfrånvaro under andra hälften av 1980-talet. År 1988 uppgick sjukfrånvaron till cirka 5,7 procent men den sjönk successivt till 2,5 procent år 1997. Därefter steg sjukfrånvaron igen med cirka en halv procentenhet per år och uppgick år 2001 till cirka 4,5 procent. Nedgången av sjukfrånvaron under första hälften av 1990-talet sammanföll med flera händelser. Efter 1980-talets högkonjunktur drabbades Sverige av en djup lågkonjunktur och arbetslösheten steg kraftigt. Samtidigt gjordes åtskilliga regeländringar inom flera av socialförsäkringens områden (Karlsson, Klingstedt & Rylander 1997). Under åren 1992 och 1993 beviljades många långtidssjukskrivna förtidspension, men därefter skärptes kraven för nybeviljandet av förtidspension (Bäckbro, Holmgren & Lundkvist 2002). Därutöver sänktes ersättningsnivån för sjukpenningen och en karensdag infördes. Det är med andra ord troligt att dessa händelser sammantaget har haft betydelse för utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige.

Figur 2.1 visar också att sjukfrånvaron i Nederländerna och Sverige utvecklas i motsatt riktning mellan åren 1987–1991. Däremot från 1992 till 2000 var utvecklingen av sjukfrånvaron likartad i dessa två länder. I inledningen av konjunkturedgången år 2001 sjönk sjukfrånvaron i Nederländerna och även i Norge men i Sverige fortsatte den att stiga.

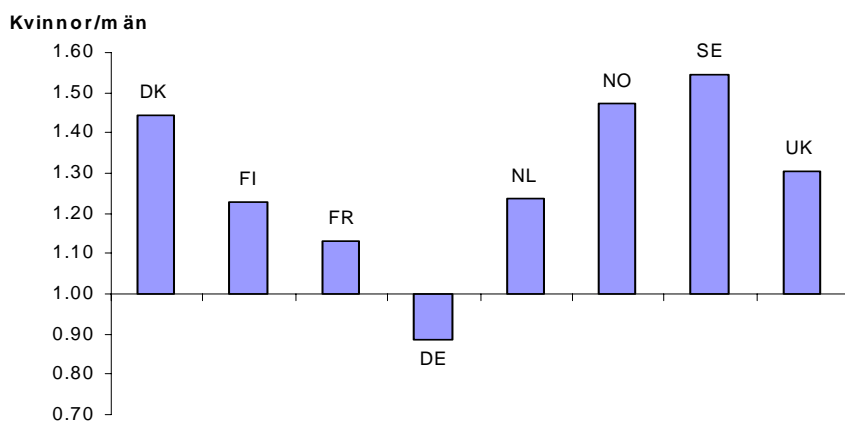
I Tyskland, Frankrike, Finland, och Storbritannien har sjukfrånvaron varit ganska stabil över nästan två decennier. I Danmark varierar den något mer men är lägre än två procent under de flesta åren. Tyskland uppvisar den lägsta sjukfrånvaron under nästan samtliga år, cirka 1,5 procent.

2.2 Sjukfrånvarons utveckling efter kön och ålder

Tidigare studier har visat att sjukfrånvaron skiljer sig mellan kvinnor och män (Marklund & Lidwall 1997). I Sverige var männens sjuktal, dvs. antalet ersatta sjukdagar per försäkrad och år, högre än kvinnornas sjuktal fram till slutet av 1970-talet. Därefter har kvinnornas sjuktal varit högre än männens (Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

I figur 2.2 framställs kvinnornas sjukfrånvaro i relation till männens frånvaro. Staplarna i figuren utgörs av en kvot mellan kvinnornas och männens genomsnittliga sjukfrånvaro under perioden 1983–2001 där 1.00 betyder att andelen frånvarande kvinnor är identisk med andelen frånvarande män. Värden högre än 1.00 visar att kvinnornas sjukfrånvaro överstiger männens frånvaro. När värdet är under 1.00 betyder det motsatsen, dvs. männens sjukfrånvaro överstiger kvinnornas.

Figur 2.2 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor genom anställda män i åldern 20–64 år, genomsnitt 1983–2001



Figur 2.2 visar att kvinnor verkar generellt vara frånvarande på grund av sjukdom i större utsträckning än män även om skillnaden inte är så stor i alla länder. Under nästan hela den undersökta perioden är andelen sjukfrånvarande kvinnor högre än andelen sjukfrånvarande män i alla länder med undantag för Tyskland. I Tyskland har männen en högre sjukfrånvaro än kvinnorna.

Sverige har den största genomsnittliga skillnaden i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män. Kvinnornas sjukfrånvaro är i genomsnitt cirka 54 procent högre än männens under perioden 1987–2001. I Norge och Danmark är motsvarande andel cirka 46 procent. Det innebär att de nordiska länderna med undantag för Finland uppvisar i genomsnitt de största skillnaderna när det gäller kvinnornas sjukfrånvaro i relation till männens frånvaro. I Frankrike är skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män minst. Där är kvinnornas sjukfrånvaro i genomsnitt 13 procent högre. Näst efter Frankrike kommer Nederländerna och Finland med cirka 24 procent och därefter Storbritannien med 30 procent. En möjlig förklaring till att skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro är större i de nordiska länderna kan vara att kvinnor över 50 år är kvar på arbetsmarknaden i större utsträckning än i de andra länderna.⁸ Vad gäller utvecklingen över tid visar de flesta länder förutom Tyskland en svag tendens till att kvinnornas sjukfrånvaro ökar något snabbare än männens frånvaro.

När sjukfrånvaron studeras med avseende på olika ålderskategorier framträder det olika mönster beroende på vilket land som studeras. Tabell 2.1 nedan visar sjukfrånvaron per ålderskategori i genomsnitt för perioden 1983–2001.⁹ Det framgår av tabellen att sjukfrånvaron stiger med åldern i nästan samtliga fall, vilket i sig inte är anmärkningsvärt. Enligt statistik för Sverige förväntas äldre personer vara frånvarande på grund av sjukdom i större omfattning än yngre (Riksförsäkringsverket 1998).

⁸ Se tabell 1b i appendix

⁹ I vissa länder bygger genomsnittet på färre år.

Tabell 2.1 Sjukfrånvaro bland anställda uppdelat efter ålder, genomsnitt 1983–2001, procent

Land	Ålder					
	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	20–64
Frankrike	1,8	2,1	2,5	3,9	4,0	2,4
Tyskland	0,9	1,1	1,4	2,7	3,2	1,4
Danmark	1,5	1,6	1,7	2,3	2,7	1,7
Finland	1,3	1,8	2,5	4,4	5,3	2,3
Nederländerna	3,2	3,9	4,5	5,9	4,9	4,1
Norge*	2,4	2,7	3,1	4,3	7,2	3,2
Sverige**	2,5	3,1	3,9	4,4	9,1	4,2
Storbritannien	1,8	2,1	2,5	3,9	4,0	2,0
Genomsnitt***	1,5	1,8	2,2	3,3	4,1	2,1

* Fr. o. m. 1989.

** Fr. o. m. 1987.

*** Ovägt genomsnitt

Tabellen visar också att oavsett ålder är sjukfrånvaron i Nederländerna, Norge och Sverige samt i äldre åldersgrupper i Finland högre än i de andra länderna. Det framgår också att Nederländerna har den högsta sjukfrånvaron förutom i gruppen 60–64 år.

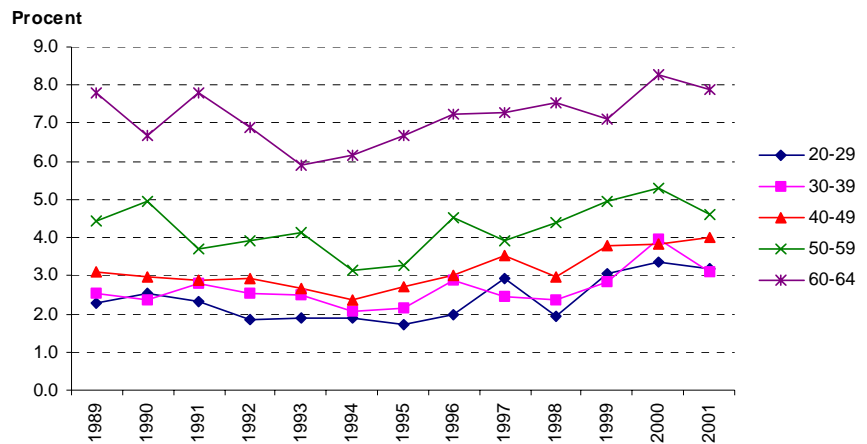
I Sverige är sjukfrånvaron bland äldre (60–64 år) högre än i de andra länderna. Även Norge har en relativt hög frånvaro bland äldre. I Nederländerna är den genomsnittliga sjukfrånvaron i åldersgruppen 50–59 år cirka en procentenhet högre än i den äldsta gruppen. I åldersgruppen 60–64 år kan den jämförelsevis låga sjukfrånvaron bero på att i Nederländerna förtidspensioneras många äldre (Kroenik van de Sociale Verzekering 2001).

Vad gäller utvecklingen i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna och Tyskland kan det konstateras att sjukfrånvaron bland äldre varierar kraftigt från år till år och att det är svårt att urskilja någon tydlig trend.¹⁰ Däremot i Storbritannien är utvecklingen ganska stabil för de äldre. Oavsett land visas också att nivån på sjukfrånvaron är lägre i de yngre grupperna och att utvecklingen generellt är mer stabil än i de äldre åldersgrupperna.

I figur 2.3 och 2.4 nedan visas hur sjukfrånvaron utvecklas i Norge respektive Sverige för olika åldersgrupper.

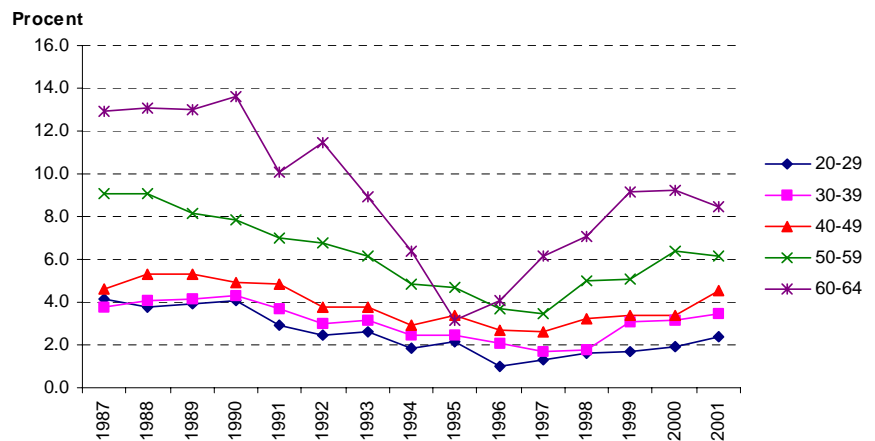
¹⁰ Se figurer 1a–f i appendix

Figur 2.3 Sjukfrånvaro bland anställda i Norge uppdelat efter ålder 1989–2001



Figur 2.3 visar att sjukfrånvaron i Norge är betydligt högre i åldersgruppen 60–64 år än i de övriga åldersgrupperna. Det framgår också att utvecklingstakten av sjukfrånvaron under hela perioden var likartad mellan åldersgrupperna. Mellan 1989 och 1994 sjönk sjukfrånvaron men därefter ökade den fram till år 2000. Sjukfrånvaron sjönk dock igen år 2001 i samband med att den internationella konjunktursvackan inleddes.

Figur 2.4 Sjukfrånvaro bland anställda i Sverige uppdelat efter ålder 1987–2001



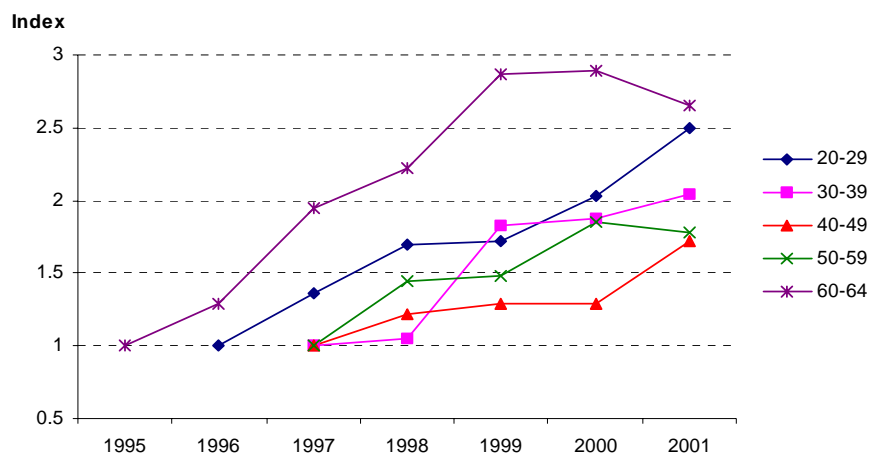
Figur 2.4 visar att sjukfrånvaron i Sverige sjönk för samtliga åldersgrupper under första hälften av 1990-talet vilket sammanföll med konjunkturedgången. Dock har den kraftigaste nedgången av sjukfrånvaron inträffat bland de allra äldsta. Detta hänger eventuellt samman med att många personer med långa sjukskrivningar lämnade arbetskraften genom att de förtidspensionerades under åren 1992 och 1993. Totalt beviljades över 120 000 personer i Sverige förtidspension under dessa år vilket utgör en ökning på cirka 21 procent jämfört med summan av de beviljade förtidspensionerna under 1990 och 1991 (Riksförsäkringsverket 1993, 1995b, 1996).

Vad gäller utvecklingen av sjukfrånvaron under senare delen av 1990-talet visar figur 2.4 att sjukfrånvaron ökade i samtliga åldersgrupper i Sverige men att år 2001 sjönk sjukfrånvaron bland de äldre medan den fortsatte att stiga i de yngre grupperna. Det är i detta sammanhang värt att nämna att uppgången i sjukfrånvaron inträffade samtidigt som konjunkturen åter vände uppåt. Det unika med Sverige jämfört med framför allt Norge och även de andra länderna¹¹ är att den uppåtgående trenden i svensk sjukfrånvaro sedan mitten av 1990-talet verkar vara betydligt kraftigare bland äldre än bland yngre (jämför figur 2.3 och 2.4). Studerar man närmare gruppen 20–29 år i figur 2.4 ser man dock att sjukfrånvaron ökade från cirka 1 till 2,4 procent mellan 1996 och 2000, vilket är långt mer än en fördubbling.

Av denna anledning är det angeläget att ytterligare undersöka hur utvecklingen av sjukfrånvaron inom varje åldersgrupp ser ut sedan mitten av 1990-talet i Sverige. I figur 2.5 illustreras utvecklingen av sjukfrånvaron efter ålderskategori genom att varje års sjukfrånvaro inom respektive åldersgrupp indexerar med avseende på det år då sjukfrånvaron var som lägst.

¹¹ Se figurer 1a–f i appendix

Figur 2. 5. Sjukfrånvaro bland anställda i Sverige uppdelat efter ålder 1995–2001, indexerat utifrån lägsta nivå på sjukfrånvaro i respektive åldersgrupp¹²



Figur 2.5 visar tydligt att sjukfrånvaron ökade kraftigt i såväl den äldsta som den yngsta åldersgruppen. I åldersgruppen 60–64 är ökade sjukfrånvaron med mer än 160 procent fram till 2001 jämfört med bottenivån 1995 och i åldersgruppen 20–29 är steg den nästan lika mycket, 150 procent, mellan 1996 och 2001. I övriga åldersgrupper började ökningen av sjukfrånvaron först 1997 och den var inte lika kraftig.

Förhållandet mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro kvarstår så som det presenterades i figur 2.2 även när en uppdelning i ålderskategorier görs. Generellt är kvinnornas sjukfrånvaro oavsett ålderskategori högre än männens frånvaro i de flesta länder med undantag för Tyskland. Sett över tiden har kvinnor och män ungefär samma utveckling av sjukfrånvaron.

¹² Indexåret för åldersgruppen 60–64 är 1995, för åldersgruppen 20–29 är det 1996 och för övriga åldersgrupper är indexåret 1997.

2.3 Befolkningens åldersstruktur och arbetskraftsdeltagande

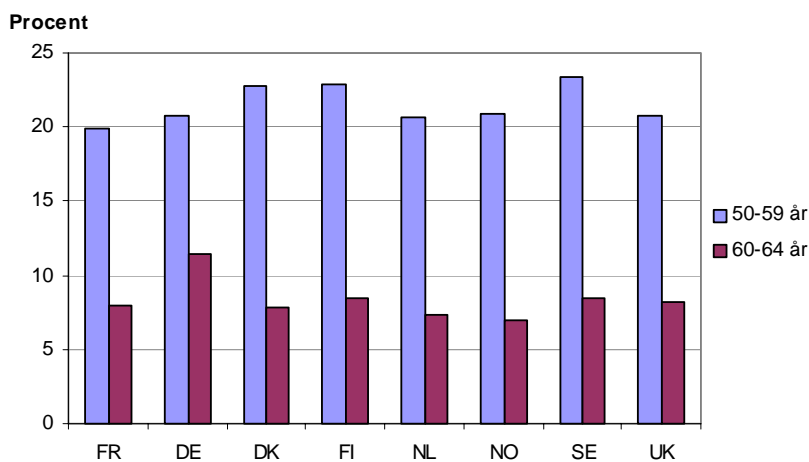
I föregående avsnitt visades att sjukfrånvaron var hög och varierande i Sverige, Norge och Nederländerna under den undersökta perioden. Det framgick också att sjukfrånvaron var högre i äldre åldersgrupper jämfört med yngre grupper. För att lättare kunna förstå och analysera skillnader i sjukfrånvaro mellan länder är det viktigt att även få en bild av befolkningens åldersstruktur i respektive land. En ytterligare aspekt som har betydelse för sjukfrånvaro är arbetskraftsdeltagandet samt fördelningen av de anställda efter ålder och kön. Det är också viktigt att belysa omfattningen av de som står utanför arbetskraften i respektive land. Personer utanför arbetskraften förvärvsarbetar nämligen inte och kan därför inte vara frånvarande på grund av sjukdom.

2.3.1 Befolkningens åldersstruktur

Definitionen av befolkningen i detta avsnitt är alla som enligt arbetskraftsundersökningen är mellan 20–64 år. Det inkluderar kvinnor och män som är sysselsatta, arbetslösa eller står utanför arbetskraften.

Figur 2.6 visar hur befolkningen fördelas efter ålderskategorierna 50–59 år och 60–64 år i Frankrike, Tyskland, Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Sverige och Storbritannien år 2000.

Figur 2.6 Befolkning efter åldersgrupp och land år 2000



Av figur 2.6 framgår att Sverige inte utmärker sig på något särskilt sätt då befolkningen fördelas efter åldersgrupper. Däremot visar figuren tydligt att i Tyskland är andelen personer i åldern 60–64 år flera procentenheter högre än i de andra länderna. I åldersgruppen 50–59 år, dvs. 40-talisterna, är andelen i stort sett lika stor i Sverige, Finland och Danmark, cirka 23 procent. I resterande länder är andelen något lägre. Åldersgruppen 20–49 år visas inte i figuren men den utgör naturligtvis den största gruppen i befolkningen oavsett land. I Frankrike, Nederländerna, Norge och Storbritannien utgör personer i åldern 20–49 år mellan 71–72 procent av befolkningen. I Danmark, Finland, Sverige och Tyskland varierar andelen yngre mellan 67 och 69 procent.

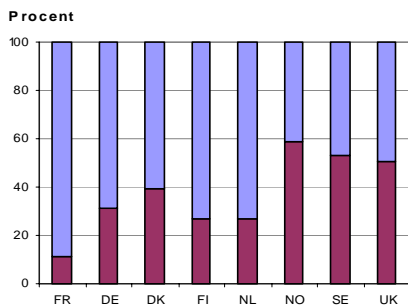
2.3.2 Deltagande i arbetskraften

Med personer i arbetskraften avses alla som enligt arbetskraftsundersökningen är sysselsatta eller är arbetslösa. Sysselsatta är de som har svarat att de har ett arbete under den mätvecka som undersökningen sker. För att betecknas som arbetslös i arbetskraftsundersökningen skall personen vara aktivt arbetssökande de senaste fyra veckorna och kunna ta anställning inom två veckor. Personer utanför arbetskraften är sådana som inte har men inte heller söker arbete. I denna grupp ingår exempelvis studenter, förtidspensionärer, personer som gått i pension genom förtida uttag av ålderspension eller avtalspension och hemarbetande.

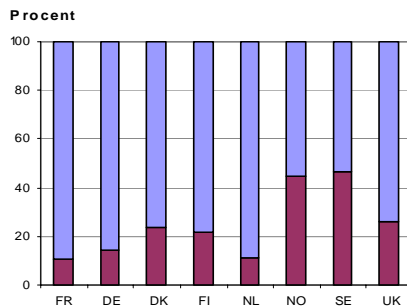
Figuren 2.7 a–d illustrerar andelen som är i och utanför arbetskraften i åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år för kvinnor och män i respektive land. Det viktiga är att känna till att den allmänna pensionsåldern är olika mellan länderna. Under den undersökta perioden var pensionsåldern i Frankrike 60 år, i Tyskland 63 år, i Sverige, Nederländerna och Finland 65 år medan i Norge och Danmark var den 67 år. Pensionsåldern i Storbritanniens var 60 år för kvinnor och 65 år för män. Det är troligt att skillnaderna i pensionsåldern har stor betydelse för skillnaderna i arbetskraftsdeltagandet mellan länderna, i synnerhet bland de äldsta.

Figur 2.7a–d Arbetskraftsdeltagande i åldern 50–64 år, 2000

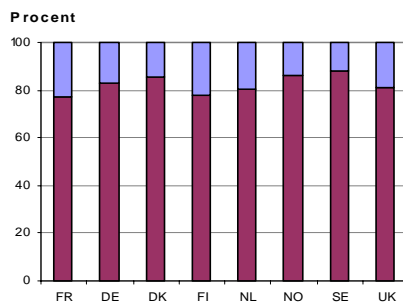
a) Män 60–64 år



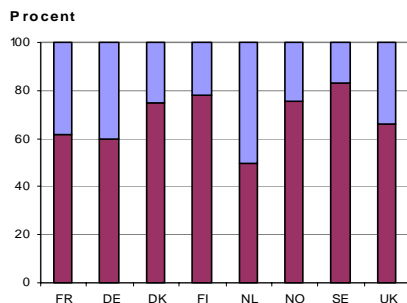
b) Kvinnor 60–64 år



c) Män 50–59 år



d) Kvinnor 50–59 år



■ I arbetskraften ■ Utanför arbetskraften (inaktiva)

Generella skillnader mellan länder

Figureorna visar att fördelningen av befolkningen i personer som är i och utanför arbetskraften är olika mellan länderna med undantag för gruppen män i åldern 50–59 år (figur 2.7c).

Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år uppvisar ett högt arbetskraftsdeltagande framför allt i de nordiska länderna. Holländska kvinnor i denna ålderskategori utgör en betydligt lägre andel av arbetskraften jämfört med de andra länderna, strax under 50 procent. I åldersgruppen 60–64 år var arbetskraftsdeltagandet lägre både bland kvinnor och män i samtliga länder. Norge och Sverige ut-

märker sig dock med sitt höga arbetskraftsdeltagande och bland männen uppvisar även Storbritannien en högre andel i arbetskraften (figurer 2.7a och 2.7b). Omvänt kan man säga att i exempelvis Sverige enbart runt hälften i åldern 60–64 år står utanför arbetskraften medan i Frankrike har nära 89 procent i den åldersgruppen lämnat arbetskraften.

Minskningen i arbetskraftsdeltagandet bland äldre kan, som nämntes tidigare, till viss del förklaras med att pensionsåldern i Frankrike och för kvinnor i Storbritannien är 60 år och i Tyskland 63 år. I Danmark var arbetskraftsdeltagandet lågt i den äldsta åldersgruppen trots att pensionsåldern har varit 67 år under perioden medan i Norge, som har samma pensionsålder, är arbetskraftsdeltagandet högt bland äldre. Sverige och Storbritannien (männen) är de enda bland länderna med pensionsålder 65 år som har ett högt arbetskraftsdeltagande i den äldsta åldersgruppen.

Skillnader mellan kvinnor och män inom respektive land och åldersgrupp

I samtliga länder är arbetskraftsdeltagandet högre för män än kvinnor men i Sverige och Finland är skillnaderna inte så stora. I Frankrike blir skillnaden försumbar i den äldsta gruppen vilket beror på att såväl kvinnor som män då har nått pensionsålder. Nederländerna uppvisar de största skillnaderna mellan kvinnor och män vad gäller arbetskraftsdeltagande i åldersgruppen 50–59 år, cirka 62 procent högre för män än för kvinnor. I åldersgruppen 60–64 år visar Storbritannien en markant skillnad mellan kvinnor och män. Där är andelen kvinnor som utträdde ur arbetskraften cirka 50 procent högre än andelen män vilket troligen hänger samman med att kvinnors pensionsålder är 60 år medan männen officiellt går i pension vid 65.

När skillnader i arbetskraftsdeltagandet mellan kvinnor och män i respektive land jämförs mellan åldersgrupperna, ser vi att skillnaderna mellan könen generellt minskar med stigande ålder.

Utveckling av arbetskraftsdeltagandet 1985–2000

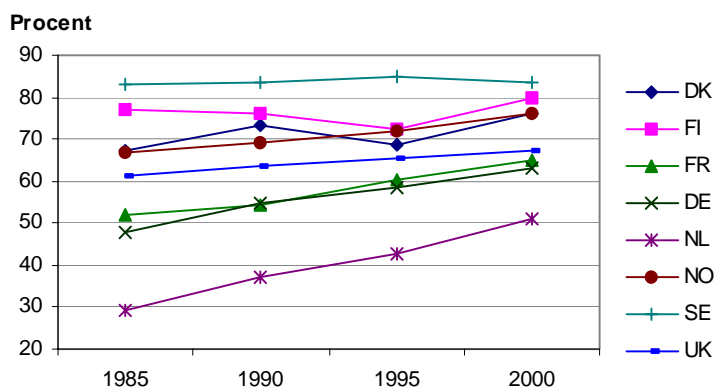
Figur 2.7a–d ovan visar arbetskraftsdeltagandet år 2000. Det är också intressant att få en bild över utvecklingen fram till år 2000. Tabell 1a–d i appendix visar bland annat hur befolkningen fördelas

på personer som är i och utanför arbetskraften under åren 1985, 1990, 1995 och 2000.

Det kan konstateras att männens arbetskräftsdeltagande i åldersgruppen 50–59 år har legat på en jämn och hög nivå under samtliga år i alla länder. Sverige och Norge utmärker sig i åldersgruppen 60–64 år genom männens höga arbetskräftsdeltagande under hela perioden. I övrigt är skillnaderna mellan länderna vad gäller arbetskräftsdeltagandet i den åldersgruppen liknande de som visas i figur 2.7a. I Sverige, Norge, Danmark och Storbritannien deltog över 40 procent av männen i den äldsta åldersgruppen i arbetskraften under samtliga år medan i resten av länderna har andelen varit lägre.

Kvinnornas arbetskräftsdeltagande har utvecklats på ett intressant sätt de senaste 20 åren. Figur 2.8 visar att Sverige har det högsta arbetskräftsdeltagandet för kvinnor i åldersgruppen 50–59 år jämfört med de andra länderna under hela perioden. Det framgår också att skillnaderna mellan länderna är mycket stora i början av perioden men att länderna senare konvergerar uppåt. Detta sker genom att kvinnor i Nederländerna, Tyskland och Frankrike markant ökar sitt arbetskräftsdeltagande och därmed närmar sig de andra ländernas nivå.

Figur 2.8 Kvinnor i arbetskraften i åldern 50–59 år 1985–2000



I åldersgruppen 60–64 år har Sverige och Norge ett högt och jämnt arbetskräftsdeltagande bland kvinnor under hela perioden vilket stämmer överens med mönstret som visades i figur 2.7b, dvs. kring 50 procent. Resten av länderna ligger på en betydligt lägre nivå under hela perioden.

2.3.3 Förtidspensionering

Andelen av befolkningen som står utanför arbetskraften är en spegelbild av arbetskraftsdeltagandet, vilket visades i figur 2.7 a–d. I de äldre åldersgrupperna utgör förtidspensionärer en stor del av de som står utanför arbetskraften, främst i länder med hög pensionsålder. En fråga som också kan ställas här är om länder med låg sjukfrånvaro tenderar att ha många förtidspensionärer. Ett hälso-tecken för ett land vore att såväl sjukfrånvaron som antalet förtidspensionärer är lågt samtidigt som antalet personer i arbetskraften är högt.

Tabell 2.2 nedan visar utvecklingen för Sverige, de övriga nordiska länderna och Nederländerna.¹³ Andelen förtidspensionärer uttryckt i procent av antalet personer i arbetskraften skiljer sig inte så mycket mellan länder – med undantag av Finland efter år 1995 där antalet förtidspensionärer har minskat.

Tabell 2.2 Antalet förtidspensionärer i procent av personer i arbetskraften

	1985	1990	1995	2000
Danmark	8,4	8,8	9,7	9,4
Finland	9,5	11,0	12,1	9,2
Nederländerna	11,4	10,9	9,7	9,6
Norge	10,3	12,5	11,0	12,1
Sverige	8,1	8,4	9,3	10,2
<i>Män</i>	1985	1990	1995	2000
Danmark	5,7	6,3	7,3	7,6
Finland		11,1	12,1	9,0
Nederländerna	12,8	12,2	10,8	9,6
Norge	8,5	10,2	9,0	9,7
Sverige	7,5	7,5	8,1	8,5
<i>Kvinnor</i>	1985	1990	1995	2000
Danmark	11,5	11,7	12,6	11,5
Finland		11,0	11,8	8,8
Nederländerna	8,7	8,8	8,2	9,5
Norge	12,6	15,4	13,3	14,8
Sverige	8,7	9,4	10,6	12,1

¹³ Anledningen till att inte alla länder redovisas här är att det saknas internationell jämförbar statistik. Det finns ingen källa som redovisar statistik för länder inom EU. Det är inte heller lätt att tolka statistiken i förhållande till den lagstiftning som har funnits under en längre tid.

I Sverige har antalet förtidspensionärer ökat varje år sedan 1985. Omkring mitten av 1980-talet började antalet kvinnor med förtidspension överstiga antalet män och skillnaderna har ökat sedan dess. Andelen av arbetskraften som uppbär förtidspension i åldern 20–49 år har också ökat under de senaste dryga 15 åren – såväl i Sverige som de övriga länderna som redovisas här. Andelen av arbetskraften som är förtidspensionerad mellan 20 och 49 år har i Sverige stigit från 2,7 till 4,3 procent mellan åren 1985 och 2000. I åldersgruppen 50–64 år är andelen förtidspensionärer av arbetskraften relativt jämn över tiden. I Sverige har dock kvinnornas andel ökat knappt nio procent medan männens andel har minskat drygt 14 procent.

Andelen förtidspensionärer i åldersgruppen 50–64 år är inte lätt att jämföra internationellt. Viktiga anledningar till det är att länderna skiljer sig ifrån varandra dels vad beträffar tidpunkten för allmän ålderspensionering (se avsnitt 2.3.2) och dels hur förmånssystemen är konstruerade. Sett mot bakgrund av att deltagandet i arbetskraften efter 60 års ålder är betydligt högre i Sverige och Norge än i de andra länderna är det inte förvånansvärt att dessa länder även har en högre andel förtidspensionärer.

Anledningen till att människor lämnar arbetskraften mycket tidigare i exempelvis Frankrike, Storbritannien och Nederländerna än i Sverige kan förknippas med fördelaktiga förmånsregler för förtidspension och utträde ur arbetskraften vid hög arbetslöshet. Detta framgår av en internationell studie där dessa länder ingår och som omfattar elva länder. Studien har sammanställts av Gruber och Wise (1999). Finland kan nämnas som ett exempel på hur regelverket för förtidspensioner påverkar utträdet ur arbetskraften. En anledning till att Finland har färre förtidspensionärer efter år 1995 är att personer som tidigare hade tillfälliga förtidspensioner (sjukbidrag i Sverige) numera har rehabiliteringsstöd samt att en förändring i intjänandekoefficienten gjorde ålderspension fördelaktigare än förtidspension.

2.3.4 Äldre anställda

De föregående avsnitten i detta kapitel har dels gett oss en generell bild över befolkningens arbetskraftsdeltagande i äldre åldersgrupper, dels en inblick i den del av befolkningen som står utanför arbetskraften. I denna studie studeras sjukfrånvaron bland sysselsatta anställda, dvs. exklusive egna företagare och familjemed-

hjälpare, och därför är det angeläget att även presentera anställda efter ålderskategori. De anställda är således en delmängd av gruppen "i arbetskraften" som presenterades i figur 2.7a–d.

I avsnitt 2.2 visades att sjukfrånvaron är högre i äldre åldersgrupper i samtliga länder. Av den anledningen presenteras andel anställda kvinnor respektive män efter ålder. I tabellerna 2.3a och 2.3b visas också andel kvinnor respektive män av samtliga anställda.

Tabell 2.3a. Anställda kvinnor efter ålder år 2000

Land	Kvinnornas andel av samtliga anställda	Anställda kvinnor efter ålder, %		
		20–49 år	50–59 år	60–64 år
Frankrike	46,7	81,3	17,7	1,0
Tyskland	45,0	79,5	18,3	2,2
Danmark	48,4	76,8	21,1	2,1
Finland	49,9	74,1	23,8	2,2
Nederländerna	43,4	84,7	14,4	0,9
Norge	48,1	75,5	20,5	4,0
Sverige	50,5	70,1	25,0	5,0
Storbritannien	46,9	77,3	19,8	2,9

Tabell 2.3b. Anställda män efter ålder år 2000

Land	Männens andel av samtliga anställda	Anställda män efter ålder, %		
		20–49 år	50–59 år	60–64 år
Frankrike	53,3	81,8	17,6	0,7
Tyskland	55,0	77,0	19,5	3,5
Danmark	51,6	75,8	21,2	3,0
Finland	50,1	78,4	19,7	1,9
Nederländerna	56,6	79,9	18,5	1,6
Norge	51,9	75,7	20,3	4,0
Sverige	49,5	72,2	23,3	4,5
Storbritannien	53,1	77,8	18,1	4,1

Det framgår av tabell 2.3a och tabell 2.3b att Sverige har den högsta andelen anställda i åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år. Av samtliga kvinnor (20–64 år) som har anställning är en fjärdedel 50–59 år och fem procent 60–64 år, resten är yngre än 50 år. Bland männen är andelen något lägre. Relateras det till fördelningen av samtliga anställda efter kvinnor och män visar tabellerna att skillnaderna inte är så stora mellan länderna. I samtliga länder är cirka hälften av de anställda kvinnor och hälften män. Dock är fördelningen något jämnare i Sverige, Norge, Finland och Danmark.

Sett över tid kan det konstateras att bland de anställda kvinnorna har andelen i åldersgruppen 50–59 år ökat i alla länder sedan 1985. Även bland männen i den åldersgruppen har andelen ökat i de flesta länder. Andelen anställda män och kvinnor i åldersgruppen 60–64 år har däremot minskat i alla länder med undantag för Tyskland sedan 1985. Utvecklingen har dock varit måttlig i de flesta fall.

2.4 Sysselsättning, arbetslöshet och sjukfrånvaro

Eftersom denna studie fokuserar på gruppen anställda har även sysselsättningsgraden definierats utifrån de anställda.¹⁴ Med andra ord är alla egna företagare och medhjälpande familjemedlemmar (family workers) borttagna. På detta sätt får vi ett mer jämförbart mått till sjukfrånvaron i förhållande till anställda.

2.4.1 Utveckling av sysselsättning och arbetslöshet

Utvecklingen av sjukfrånvaron kan hänga samman med förhållandena på arbetsmarknaden. För att kunna relatera sjukfrånvaron till utvecklingen på arbetsmarknaden ges nedan en bild av sysselsättningen och arbetslösheten för den undersökta perioden.¹⁵ I de följande avsnitten kopplas beskrivningen av sjukfrånvaron till sysselsättningen och arbetslösheten i de åtta länderna.

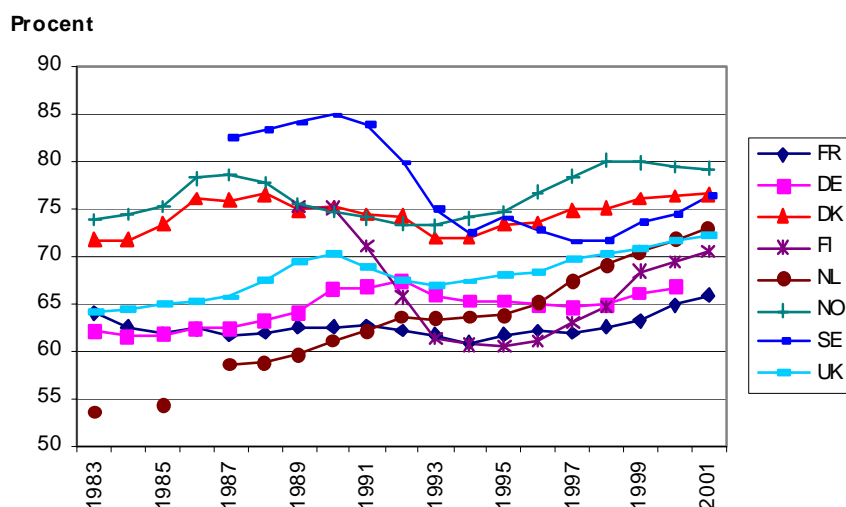
I figur 2.9 visas sysselsättningsgraden för alla anställda i åldern 20–64 år för åren 1983 till 2001. Högst sysselsättningsgrad sett över hela perioden finns i Danmark, Norge och Sverige. I dessa länder har sysselsättningsgraden varierat mellan 70 och 85 procent. De länder som uppvisar lägst sysselsättningsgrad över perioden

¹⁴ Formel: $\text{Sysselsättningsgraden} = \frac{\text{anställda}}{\text{anställda} + \text{arbetslösa} + \text{inaktiva}}$

¹⁵ För en mer detaljerad beskrivning av utvecklingen på arbetsmarknaden se tabellerna 1a och 1b i appendix

som helhet är Tyskland och framför allt Frankrike med nivåer kring 60 till 65 procent.

Figur 2.9 Sysselsättningsgrad för anställda i åldern 20–64 år 1983–2001



Störst förändring över perioden uppvisar Nederländerna vars sysselsättningsgrad har ökat från drygt 50 procent till nästan 75 procent. Även Storbritannien har haft en relativt kraftig positiv utveckling av sysselsättningsgraden med en ökning från knappt 65 procent till ca 72 procent.

Generellt uppvisar de flesta länder en trend mot högre sysselsättningsgrad, förutom Sverige och Finland. Dessa länders sysselsättningsgrad sjönk kraftigt under början av 1990-talet i samband med en relativt extrem konjunkturedgång och den har inte återhämtat sig helt. I slutet av perioden är sysselsättningsgraden fortfarande lägst för Frankrike och Tyskland, ca 65 procent. Utifrån figur 2.9 verkar sysselsättningsnivåerna ha närmats sig varandra mellan de åtta länderna under perioden.

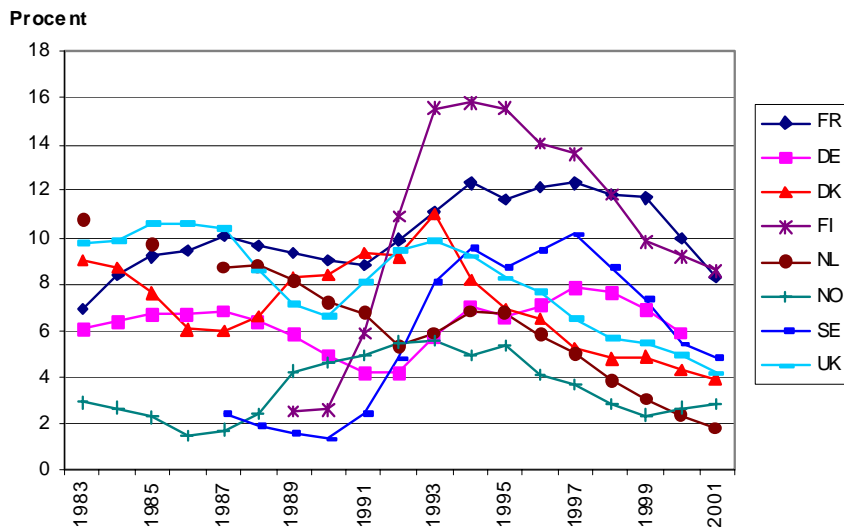
Vad gäller utvecklingen för män respektive kvinnor så skiljer de sig åt.¹⁶ Männen sysselsättningsgrad för åldersgruppen 20–64 år har varit hög för alla länder under hela perioden men med en något sjunkande trend. Även skillnaden mellan länder har varit liten. För kvinnorna är trenden för sysselsättningsgraden däremot stigande

¹⁶ Se tabellerna 1a och 1b i appendix

för de flesta länder utom för de länder (Sverige, Norge och Danmark) som under hela perioden har haft relativt hög sysselsättningsgrad. Skillnaden mellan länderna vad gäller sysselsättningsgraden hos kvinnor har alltså minskat över tiden. Detta är således huvudanledningen till den konvergens som diskuterats ovan.

I figur 2.10 visas arbetslösheten i de åtta länderna för åldersgruppen 20–64 år under perioden 1983–2001. Några mönster träder fram. För perioden som helhet ligger Frankrike på höga nivåer medan Norge uppvisar låga nivåer. Arbetslösheten i Norge är mellan 4 till 8 procentenheter lägre än i Frankrike.

Figur 2.10 Arbetslöshet i åldern 20–64 år 1983–2001



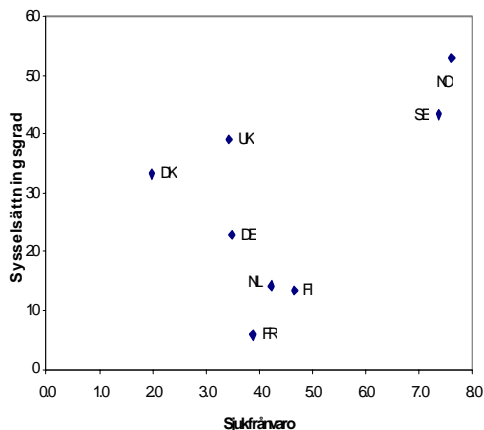
Det kanske mest anmärkningsvärda är dock den explosionsartade ökningen som skedde i Finland och Sverige från 1990 till 1993 i och med den kraftiga konjunktur nedgången. Över huvud taget är Finlands och Sveriges utveckling för hela perioden ganska likartade, med den skillnaden att Finlands arbetslöshetsnivå är något högre. I övrigt kan det konstateras att alla länder har haft en nedåtgående trend i arbetslösheten från mitten av 1990-talet fram till 2001.

2.4.2 Syssetsättning och sjukfrånvaro

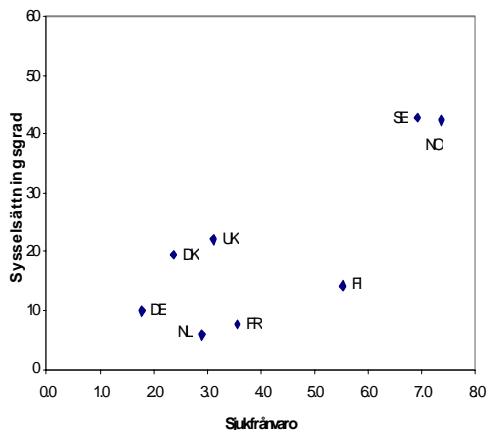
I avsnitt 2.1 visades att nivån på sjukfrånvaron är högre i Sverige, Norge och Nederländerna än i övriga länder som presenteras i rapporten (se figur 2.1). En hypotes är att nivån på sjukfrånvaron beror på att sysselsättningsgraden är högre i dessa länder. Det bakomliggande resonemanget är att det finns en selektion på arbetsmarknaden som innebär att de som uppvisar hög sjukfrånvaro är de som har svårast att bli anställda. Det skulle därmed kunna leda till att i länder med hög sysselsättning skulle fler med högre risk för sjukfrånvaro vara anställda. Samtidigt har det även visats i tabell 2.1 att sjukfrånvaron är högre för äldre åldersgrupper. Sammantaget skulle en förklaring till högre nivå på sjukfrånvaron vara att sysselsättningen skiljer sig åt mellan länderna i synnerhet för den äldsta åldersgruppen. För att beskriva om sjukfrånvaron och sysselsättningen samvarierar har vi skapat punktdiagram för män respektive kvinnor i åldersgruppen 60–64 år samt för åldersgruppen 20–59 år. Figurerna visar den genomsnittliga sysselsättningsgraden och sjukfrånvaron för åren 1996–2000, där sjukfrånvaron avläses på den horisontella axeln och sysselsättningen på den vertikala. Varje punkt representerar ett lands kombination av sjukfrånvaro och sysselsättning.

Figur 2.11 a-d. Sysselsättning och sjukfrånvaro bland anställda, genomsnitt 1996–2000, procent

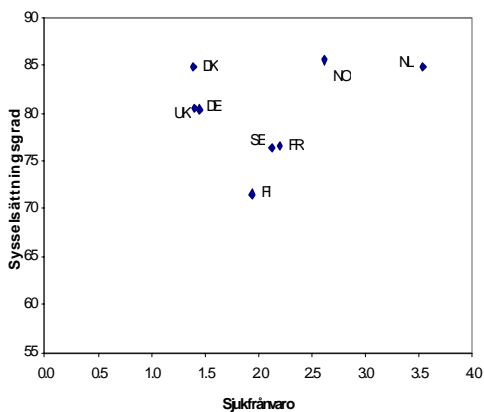
a) Män 60–64 år



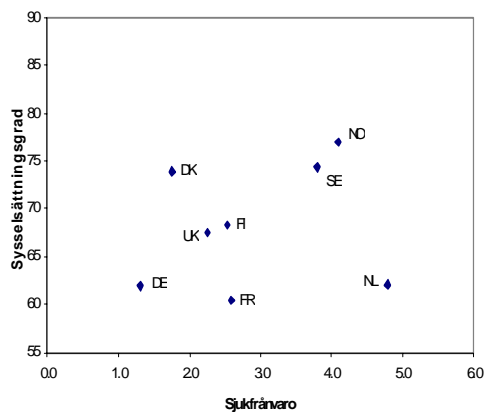
b) Kvinnor 60–64 år



c) Män 20–59 år



d) Kvinnor 20–59 år



Om det fanns ett perfekt linjärt samband mellan nivån på sjukfrånvaron och nivån på sysselsättningen skulle punkterna hamna på en diagonal linje. Figurerna ovan ger en blandad bild. Utesluts exempelvis vissa länder ur en enskild figur kan olika mönster framträda, vilket diskuteras mer utförligt i det följande.

Ett annat sätt att åskådliggöra sambandet mellan sjukfrånvaron och sysselsättningen är att studera korrelationskoefficienter.¹⁷ I tabell 2.4 visas dessa för ett genomsnitt av åren 1996–2000, åldersgrupper och kön.

Tabell 2.4 Korrelation mellan sjukfrånvaro och sysselsättning bland anställda, genomsnitt 1996–2000

Genomsnitt för åren	Ålder	Korrelation		
		Män	Kvinnor	Samtliga
1996–2000	20–59	0,26	0,19	0,20
1996–2000	60–64	0,51	0,80	0,67

Det är viktigt att poängtera att resultaten i tabell 2.4 bör tolkas med försiktighet eftersom de baseras på ett litet antal observationer. Trots det kan resultaten ge en viss indikation på om det finns någon samvariation mellan sjukfrånvaro och sysselsättning.

I åldersgruppen 60–64 är korrelationskoefficienten 0,51 för männen och 0,8 för kvinnorna för genomsnittet över åren 1996–2000.¹⁸ Samtidigt ser vi att koefficienten endast är 0,26 för männen och 0,19 för kvinnorna i åldersgruppen 20–59 år under samma tidsperiod. Det verkar med andra ord finnas en tendens till att en högre sysselsättningsnivå kan förväntas ha samband med en högre nivå på sjukfrånvaron för åldersgruppen 60–64 år, men att samvariationen är svagare för åldersgruppen 20–59 år.¹⁹ Detta är dock en något skenbar bild av sambandet. Om exempelvis Sverige och Norge utsluts ur figur 2.11b sjunker korrelationen till 0,02. En möjlig förklaring till detta resultat är att i alla länder utom Sverige och Norge är sysselsättningsgraden så låg att även om den ökar något så är det ändå relativt friska personer som i första hand blir sysselsatta. I Sverige och Norge är sysselsättningsgraden däremot redan relativt hög och vid en eventuell sysselsättningsökning kommer förmodligen de som anställs att utgöras av individer som har en högre risk att bli frånvarande på grund av sjukdom.

¹⁷ Korrelationskoefficienten (r) kan anta värdena $-1 \leq r \leq 1$. En perfekt positiv korrelation innebär att $r=1$ och vid en perfekt negativ korrelation är $r=-1$. Ett negativt värde skulle alltså i detta fall innebära ett land med hög nivå på sysselsättningen skulle förväntas ha en låg nivå på sjukfrånvaron. Om $r=0$ finns ingen korrelation mellan variablerna.

¹⁸ Beräkningar för ett genomsnitt över tidsperioden 1991–1995 uppvisar samma mönster, men med något lägre korrelationer.

¹⁹ Åldersgruppen 50–59 år har även studerats separat. Korrelationerna för den åldersgruppen blev nära noll för både män och kvinnor.

Vilken betydelse har då sysselsättningsnivån i den äldsta åldersgruppen för nivån på sjukfrånvaron totalt? För Sverige och Norge verkar sysselsättningsnivån för den äldsta åldersgruppen delvis kunna förklara varför sjukfrånvaron är högre i dessa länder. Där-
emot gäller inte detta för Nederländerna. Om man studerar figurerna 2.11c och 2.11d verkar det som om sjukfrånvaron i Nederländerna snarare kan förklaras med den höga sjukfrånvaron i åldersgruppen 20–59 år.

Att sysselsättningsnivån inte ensamt kan förklara nivån på sjukfrånvaron kan tydliggöras ytterligare genom att studera figurerna 2.11c och 2.11d. Som påpekats tidigare syns där inget tydligt mönster och korrelationskoefficienterna är relativt låga. För det andra visas det i tabell 2.1 att den högre totala sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna inte enbart kan beskrivas genom de äldres sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron i dessa länder är högre i alla ålderskategorier jämfört med övriga länder.

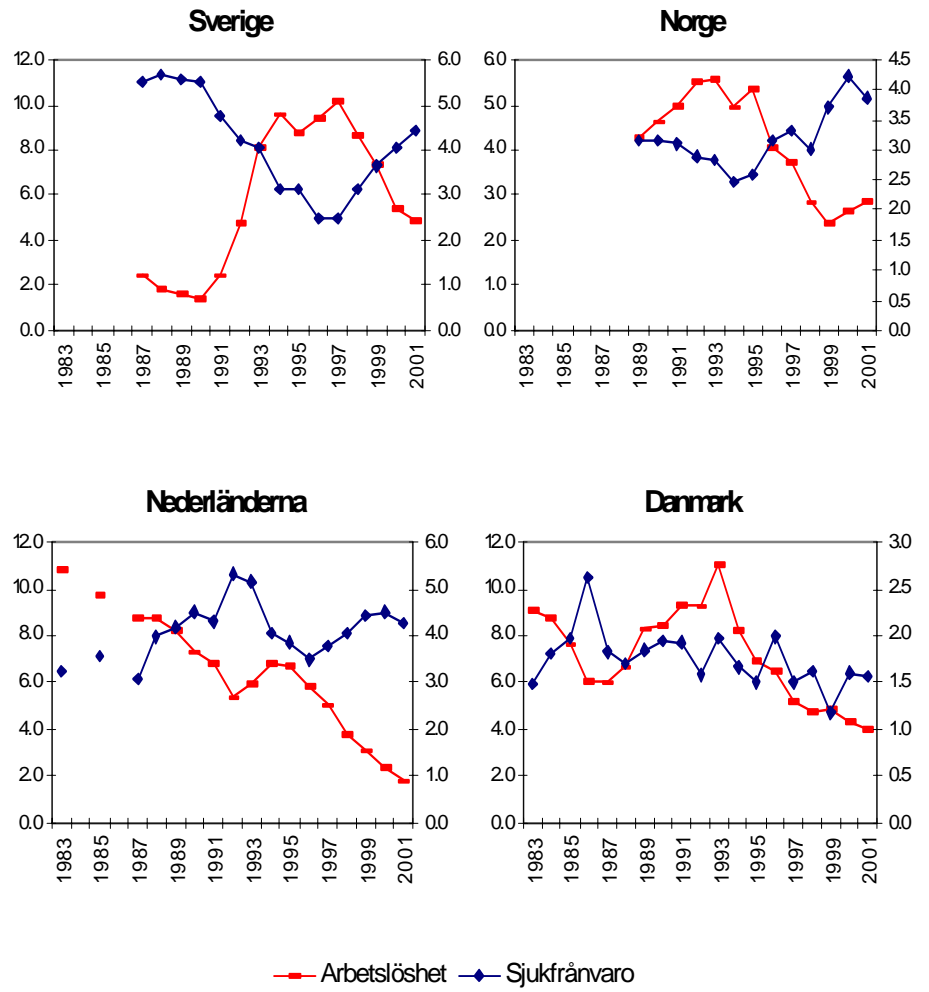
Sammanfattningsvis kan det konstateras att den höga sysselsättningsgraden i den äldsta åldersgruppen kan vara en delförklaring till den höga totala sjukfrånvaron i Sverige och Norge, men inte den enda. För Nederländerna gäller sambandet inte alls.

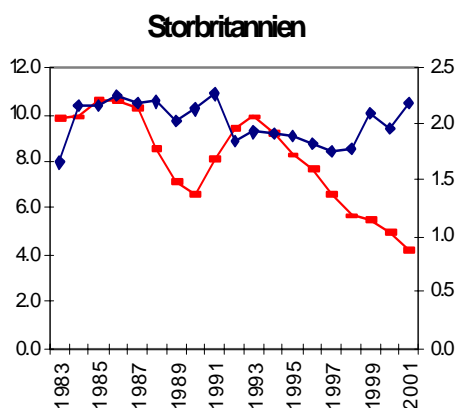
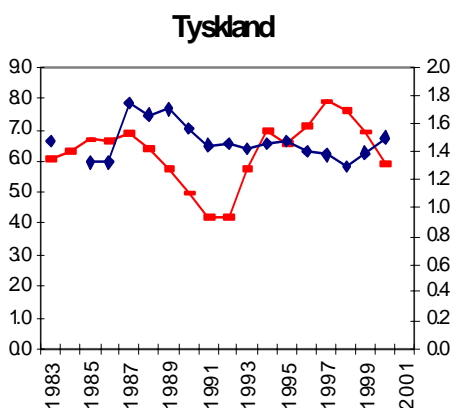
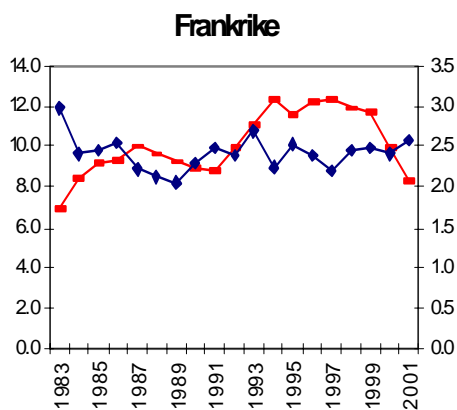
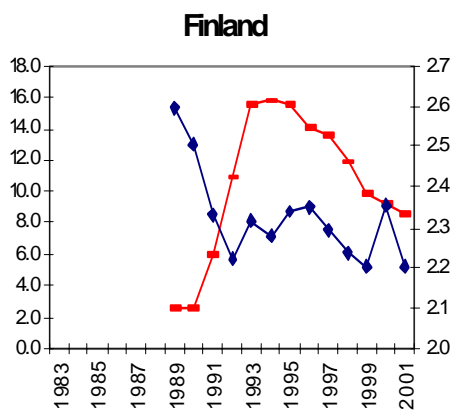
2.4.3 Utveckling av sjukfrånvaro och arbetslöshet

I figur 2.1 går det också att se att variationerna i sjukfrånvaron över tiden är större för Sverige, Norge och Nederländerna jämfört med övriga länder. I Sverige har ett flertal studier visat att sjukfrånvaron är negativt korrelerad med arbetslösheten.²⁰ Det vill säga att när arbetslösheten stiger så sjunker sjukfrånvaron och vice versa. Det kan därför vara intressant att studera om detta är ett unikt fenomen för Sverige eller om det gäller även i andra länder. Nedan finns åtta figurer där arbetslösheten och sjukfrånvaron visas för de olika länderna.

²⁰ Se avsnitt 1.2.

Figur 2.12 Sjukfrånvaro och arbetslöshet per land i åldern 20–64 år 1983–2001, procent





—■— Arbetslöshet —◆— Sjukfrånvaro

I figurerna avläses nivån på arbetslösheten på den vänstra axeln och sjukfrånvaron på den högra.

Den tydligaste negativa korrelationen verkar finnas i Sverige och Norge, men även Nederländerna uppvisar ett liknande mönster. Även i de övriga länderna finns det en tendens till att sjukfrånvaron och arbetslösheten utvecklas i motsatt riktning för delar av perioden. Dock sett över hela perioden är mönstret inte lika tydligt som för de tre förstnämnda länderna. Med andra ord ser det ut som om sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna är mer kon-

junkturberoende än i de övriga länderna. Vad detta kan bero på är svårt att förklara men en anledning kanske kan vara att utformning av socialförsäkringen i sin helhet är olika i de olika länderna.

2.5 Sjukfrånvarons utveckling för individer med olika anställningsformer

De tillfälliga anställningarna har ökat sedan 1983 i nästan samtliga länder. Tillfälliga anställningar förekommer dock i högre grad bland yngre åldersgrupper. I Frankrike till exempel har över 30 procent av de anställda i åldersgruppen 20–29 år en tillfällig anställning år 2001.²¹

Sjukfrånvaron är högre för de som har tillsvidareanställning än för de som har tillfällig anställning oavsett ålder. Detta är ett förväntat resultat då det är troligt att tillfälligt anställda undviker att sjukskriva sig för att på så sätt utöka möjligheten till tillsvidareanställning. I tabell 2.5 sammanfattas relationen mellan sjukfrånvaron för tillsvidare och tillfälligt anställda som en kvot. Det framgår av tabellen att i flera fall är sjukfrånvaron för tillsvidareanställda mer än dubbelt så hög som för tillfälligt anställda.

Tabell 2.5 Kvot mellan sjukfrånvaro för tillsvidareanställda och tillfälligt anställda i åldern 20–64 år 1985–2000

Land	1985	1990	1995	2000
Frankrike	2,73	1,20	1,46	1,35
Tyskland	1,25	1,44	1,69	1,32
Danmark	1,63	2,16	1,62	1,09
Finland**			2,74	2,03
Nederländerna	1,84	1,53	1,63	1,57
Norge**			1,57	1,09
Sverige*		1,40	1,40	2,37
Storbritannien	1,82	1,14	1,96	2,63

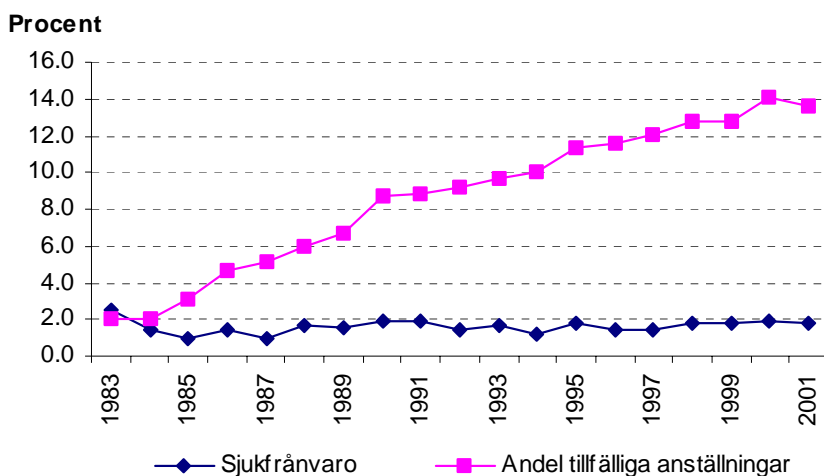
* Data saknas för 1985.

** Data saknas för åren 1985 och 1990.

²¹ För en mer detaljerad bild av de tillfälligt anställda se tabell 2a–c i appendix

När andelen tillfälliga anställningar ökar skulle man kunna anta att det kan leda till att sjukfrånvaron minskar. I majoriteten av länderna ökar andelen tillfälliga anställningar men utvecklingen av sjukfrånvaron går inte nödvändigtvis i motsatt riktning. I Frankrike t.ex. ökar andelen tillfälligt anställda kraftigt, framför allt bland de yngre grupperna men sjukfrånvaron har hållit sig på en relativt stabil nivå där. I Nederländerna ökar andelen tillfälligt anställda samtidigt som sjukfrånvaron också ökar något. Även Sverige visar en sådan trend. Det är bara i Norge de tillfälliga anställningarna minskar samtidigt som sjukfrånvaron ökar. Figur 2.13 nedan är ett exempel som bekräftar resonemanget ovan. Här visas exemplet i Frankrike där sjukfrånvaron bland tillfälligt anställda är stabil över tiden samtidigt som den sortens anställningar ökar.

Figur 2.13 Sjukfrånvaron och andel tillfälligt anställda i åldern 20–64 år, Frankrike 1983–2001



Utifrån den deskriptiva framställningen verkar det däremot inte finnas något samband mellan nivån på sjukfrånvaron och utvecklingen av andelen tillfälliga anställningar.

2.6 Sjukfrånvarons utveckling för heltids- och deltidsanställda

Kvinnor är deltidsanställda i betydligt högre utsträckning än män oavsett land.²² Därför presenteras i detta avsnitt enbart sjukfrånvaron för kvinnor.

Tabell 2.6 nedan ger en sammanfattande bild av andelen deltidsanställda kvinnor och hur denna andel har förändrats mellan 1983 och 2001.

Tabell 2.6 Deltidsanställda kvinnor i åldern 20–64 år 1983–2001, procent

Land	Andel i genomsnitt	Andel år 1983	Andel år 2001	Procentuell förändring
Frankrike	25,9	18,5	30,9	67,0
Tyskland	35,8	32,5	42,9	32,0
Danmark	30,0	45,2	28,8	-36,3
Finland	14,3	13,6	14,6	7,4
Nederländerna	61,4	50,7	70,4	38,9
Norge	42,7	45,7	40,2	-12,0
Sverige	42,6	40,6	39,5	-2,7
Storbritannien	43,2	42,2	42,0	-0,5

För Finland och Norge finns data fr.o.m. 1989 och för Sverige fr.o.m. 1987. För Tyskland finns data t.o.m. år 2000.

Det framgår av tabell 2.6 att Nederländerna har i genomsnitt den högsta andelen deltidsanställda. Även i Norge, Sverige och Storbritannien är kvinnor i stor utsträckning deltidsanställda. Tabellen visar också att i Frankrike, Tyskland och Nederländerna ökade andelen deltidsanställda markant. Det är också i dessa tre länder och även i Storbritannien som kvinnor ökade sitt arbetskraftsdeltagande mest under den studerade perioden. Det har tydligen skett i stor utsträckning genom kvinnors inträde i deltidsarbeten. I Danmark minskade andelen deltidsanställda med drygt 36 procent. Även i Norge minskade andelen deltidsanställda och i Sverige och Storbritannien blev förändringen relativt liten.

²² I Sverige och Norge är i genomsnitt cirka sju procent av männen för deltidsanställda perioden. I Nederländerna är cirka 12 procent och i de resterande länderna är mellan tre och fem procent av männen deltidsanställda.

Tabell 2.7 nedan visar sjukfrånvaron för deltidanställda i relation till heltidsanställda som en kvot för åren 1985, 1990, 1995 och 2000.

Tabell 2.7 Kvot mellan sjukfrånvaro för deltidanställda och heltidsanställda i åldern 20–64 år 1985–2000

Land	1985	1990	1995	2000
Frankrike	0,89	0,75	0,88	1,17
Tyskland	1,00	0,71	0,94	0,88
Danmark	0,72	1,28	0,70	0,95
Finland**			0,65	0,83
Nederländerna	1,39	1,02	1,08	1,03
Norge**			1,65	1,18
Sverige*		1,17	1,26	1,32
Storbritannien	0,98	0,87	0,98	0,97

* Data saknas för 1985.

** Data saknas för åren 1985 och 1990.

Det framgår av tabell 2.7 att i Norge, Sverige och Nederländerna är sjukfrånvaron högre bland deltidanställda än heltidsanställda. I Finland och Storbritannien är det tvärtom och i de övriga länderna varierar relationen mellan åren.

Vad gäller sjukfrånvaron över tiden utvecklas relationen mellan deltid- och heltidsanställda kvinnor något olika mellan länderna. Tabell 2.7 ger en viss indikation över hur den relativa utvecklingen av sjukfrånvaron mellan del- och heltidsanställda ser ut men för att kunna uttala sig om någon trend bör relationen ses över hela perioden. När så görs visas att i Frankrike, Finland, Sverige och Storbritannien finns en svag trend uppåt, vilket tyder på att sjukfrånvaron ökar något snabbare hos deltidanställda i dessa länder. I Norge och Nederländerna däremot är trenden negativ, dvs. sjukfrånvaron ökar snabbare bland personer med heltidsarbete. Tyskland och Danmark uppvisar ingen trend alls.

2.7 Sjukfrånvaro och sektor

Ovan har konstaterats att den höga sysselsättningsgraden i framför allt de äldsta åldersgrupperna kan utgöra en delförklaring till den

höga sjukfrånvaron. I detta avsnitt undersöks om skillnader i sektorsammansättningen mellan länder kan vara ytterligare en förklaring till skillnaderna i sjukfrånvaro mellan länderna. De olika branscherna har här delats in i privat och offentlig sektor.²³

I tabell 2.8 visas sjukfrånvaron fördelad på offentlig och privat sektor samt andelen offentligt anställda av samtliga anställda i de åtta länderna.²⁴

Tabell 2.8 Sjukfrånvaro i offentlig och privat sektor samt andel offentligt anställda i åldern 20–64 år, genomsnitt 1996–2000, procent

Land	Andel offentligt anställda	Sjukfrånvaro offentligt anställda	Sjukfrånvaro offentligt anställda	Skillnad i sjukfrånvaro mellan offentlig och privat sektor ²⁵
Frankrike	36,8	2,44	2,36	3,5
Tyskland	29,8	1,36	1,41	-3,4
Danmark	38,9	1,68	1,51	9,8
Finland	35,5	2,37	2,24	5,2
Nederländerna	34,4	4,65	3,76	19,0
Norge	38,4	3,80	3,31	13,0
Sverige	40,7	3,70	2,80	24,2
Storbritannien	33,0	2,27	1,70	25,2

Andelen offentligt anställda är högst i de nordiska länderna. Sverige har en andel om närmare 41 procent offentligt anställda följt av Danmark och Norge med en andel om ca 39 respektive 38 procent. Lägst andel offentligt anställda har Tyskland och Storbritannien med ca 30 respektive 33 procent.

I samtliga länder utom Tyskland är sjukfrånvaron högre bland offentligt anställda jämfört med privatanställda. I Sverige och Storbritannien skiljer det så mycket som 25 procent. I Frankrike är

²³Sektorskodningen är gjord utifrån NACE 70 och NACE Rev. 1. Här bör dock noteras att det kan finnas skillnader i vad som betraktas som offentlig verksamhet i respektive land. Ett sådant exempel är hälso- och sjukvård, som här har klassificerats som tillhörande offentlig sektor. Privat vård kan dock var mera vanligt förekommande i andra länder än i Sverige. Den kan således bli felklassificerad i denna statistik. Branschindelningen kan dock användas som underlag till en grov fördelning mellan sektorerna.

²⁴Eftersom definitionerna av bransch ändrats 1992 redovisas endast siffror för perioden 1996–2000.

²⁵Sjukfrånvaron i den offentliga sektorn jämförs med sjukfrånvaron i den privata sektorn. Positiva värden indikerar högre frånvaro i den offentliga sektorn, negativa värden högre frånvaro i den privata sektorn.

skillnaden 3,5 procent. I Tyskland är tvärtom sjukfrånvaron i den privata sektorn 3,4 procent lägre jämfört med den offentliga. Det verkar med andra ord finnas en tendens till att en högre andel offentligt anställda kan förväntas innebära en högre nivå på sjukfrånvaron. I tabell 2.9 redovisas sjukfrånvaro fördelat på offentligt och privat anställda män respektive kvinnor.

Tabell 2.9 Sjukfrånvaro och andel anställda i åldern 20–64 år fördelat på kön och sektor, genomsnitt 1996–2000, procent

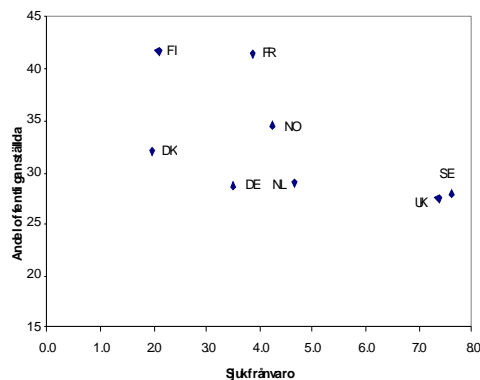
Land	Andel		Sjukfrånvaro			
	kvinnor offentlig sektor	kvinnor privat sektor	kvinnor offentlig sektor	kvinnor privat sektor	män offentlig sektor	män privat sektor
Frankrike	65,0	35,7	2,6	2,6	2,1	2,2
Tyskland	60,2	37,3	1,4	1,2	1,3	1,5
Danmark	69,0	34,0	1,9	1,6	1,2	1,5
Finland	73,2	37,6	2,5	2,7	2,1	2,0
Nederländerna	60,1	33,3	5,3	4,3	3,7	3,5
Norge	70,0	34,3	4,4	4,0	2,4	3,0
Sverige	73,8	34,3	4,3	3,5	2,2	2,4
Storbritannien	66,9	37,5	2,5	2,1	1,8	1,5

Andelen offentligt anställda kvinnor är genomgående hög i samtliga länder. Sverige har högst andel offentligt anställda med ca 74 procent. Nederländerna och Tyskland har lägst andel, ca 60 procent. För kvinnor är sjukfrånvaron högre i offentlig sektor i de flesta fall med undantag för Finland och Frankrike. Förhållandet är närmast det motsatta för män. Där är sjukfrånvaron högre i privat sektor för Sverige, Norge, Danmark, Tyskland samt för Frankrike och lägre för Finland, Nederländerna och Storbritannien.

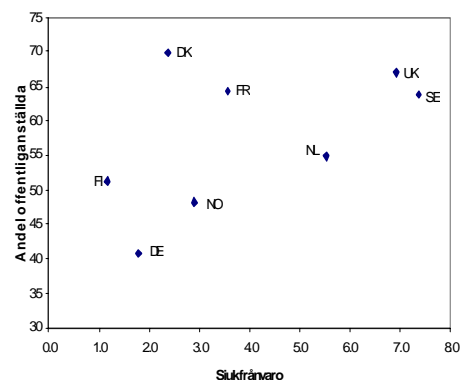
Av tabell 2.8 och 2.9 framgår att sjukfrånvaron är högre i offentlig sektor för framför allt kvinnor. Hur ser denna samvariation ut? I det följande visas punktdiagram för män respektive kvinnor för åldersgrupperna 20–59 år samt 60–64 år. Figuren visar den genomsnittliga andelen anställda i offentlig sektor och sjukfrånvaron för åren 1996–2000.

Figur 2.14 a–d Sjukfrånvaro och andel offentligt anställda, genomsnitt 1996–2000, procent

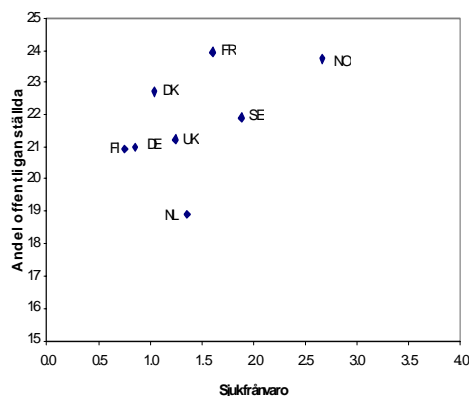
a) Män 60–64 år



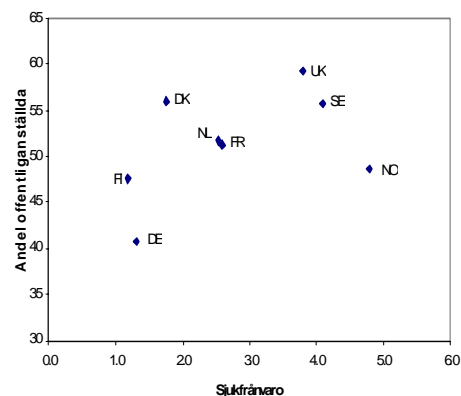
b) Kvinnor 60–64 år



c) Män 20–59 år



d) Kvinnor 20–59 år



I figurerna visas sjukfrånvaron på den horisontella axeln och andelen offentligt anställda på den vertikala. Varje punkt representerar ett lands kombination av sjukfrånvaro och andelen offentligt anställda. För män och kvinnor som helhet samt för kvinnor i åldersgruppen 60–64 år kan en viss samvariation skönjas. Däremot verkar det svårt att finna någon samvariation för män i åldersgruppen 60–64 år. Men bilden är inte entydig och utsluts exempelvis Sverige och Storbritannien i figur 2.14b blir det mycket svårt

att påvisa någon samvariation. Ett annat sätt att åskådliggöra sambandet mellan sjukfrånvaron och andelen offentligt anställda är att studera korrelationen mellan andelen anställda i offentlig sektor och sjukfrånvaron. I tabell 2.10 visas dessa för olika år, åldrar och kön.

Tabell 2.10 Korrelation mellan sjukfrånvaro och andel anställda i offentlig sektor

Genomsnitt för åren	Ålder	Korrelation		
		Män	Kvinnor	Samtliga
1996–2000	20–64	0,47	0,41	0,38
1996–2000	60–64	-0,29	0,47	0,30

Det är viktigt att poängtera att korrelationerna i tabell 2.10 bör tolkas med försiktighet eftersom de baseras på ett litet antal observationer. Resultatet kan trots det ge en viss indikation på om det finns någon samvariation mellan sjukfrånvaro och andelen anställda i offentlig sektor.

Genomgående är korrelationerna ganska låga. Att korrelationen är lägre för kvinnor än för män kan bero på att både andelen anställda och sjukfrånvaron uppvisar en större spridning i offentlig sektor mellan länderna för kvinnor jämfört med män. Den största skillnaden mellan könen finns i åldersgruppen 60–64 där korrelationen är -0,29 för männen och 0,47 för kvinnorna.

Sammantaget verkar det finnas en viss tendens till högre sjukfrånvaro i länder med hög andel anställda i offentlig sektor. Men detta samband är mycket svagt och frågan är hur detta samband ser ut. Att vi kan notera en högre sjukfrånvaro i offentlig sektor för några länder kan ha samband med att fler kvinnor är anställda i den sektorn och att kvinnor generellt har en högre sjukfrånvaro jämfört med män. Det går således inte automatiskt hävda att en hög andel offentligt anställda leder till högre sjukfrånvaro. Ett tecken på detta är att samvariationen mellan skillnader i sjukfrånvaro mellan privat och offentlig sektor för män är mycket svag.²⁶

²⁶ Korrelationen är -0,05.

3 Sjukfrånvaro – en analys av skillnader mellan sex europeiska länder

3.1 Dataupplägg och analysstrategi

I den deskriptiva delen i kapitel 2 har vissa skillnader mellan länder lyfts fram som möjliga förklaringar till skillnader i sjukfrånvaro. I detta avsnitt undersöks om några av dessa förklaringar fortfarande gäller om en multivariat regressionsanalys genomförs.

De frågor som ligger i fokus berör främst eventuella samband mellan sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad hos äldre på arbetsmarknaden och mellan sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad hos kvinnor. Vidare undersöker vi om nivån på arbetslösheten kan förklara skillnader i sjukfrånvaro och om en stark anställningstrygghet i länder med hög sjukfrånvaro kan utgöra en bidragande förklaring till de skillnader i sjukfrånvaro som kan observeras.

Syftet med att använda regressionsanalys är att vi kan studera hur vissa variabler samvarierar med sjukfrånvaro då värden på övriga variabler som ingår i regressionsmodellen hålls konstanta. Analysen möjliggör därmed statistiskt säkerställda slutsatser av olika faktorerers självständiga effekt på sjukfrånvaron.

Analysstrategi

Data som ligger till grund för regressionsanalysen läggs upp på följande sätt. Arbetskraftsundersökningarna för respektive land slås samman till en datamängd. Fem olika åldersgrupper (20–29, 30–39, 40–49, 50–59 och 60–64 år) för kvinnor respektive män i respektive land följs under tvåårsperioder från 1987 till 2000.²⁷ I

²⁷ Tvåårsperioder används istället för årsdata för att en observation skall innehålla tillräckligt många individer från den underliggande populationen. För alla länder som ingår i regressionsanalysen utom för Tyskland finns även information för 2001. En möjlighet hade varit att för dessa länder definiera den sista perioden som en treårsperiod dvs. slå ihop information för åren 1999, 2000 och 2001. För att alla perioder skall definieras lika för alla länder används tvåårsperioder i analysen. Om det sista året ingår i analysen eller inte har emellertid ingen betydelse för resultaten som erhålls i detta avsnitt.

analysen ingår endast Tyskland, Danmark, Frankrike, Nederländerna, Sverige och Storbritannien. Dessa länder har valts för att information finns för hela perioden 1987–2000.²⁸ En observation utgör på så sätt en given åldersgrupp med ett visst kön i ett visst land i en viss tvåårsperiod.

Detta upplägg av data ger totalt 420 observationer och därmed en större frihet att testa vissa hypoteser som inte hade kunnat göras med endast aggregerade tidsserier för respektive land.²⁹ För varje observation beräknas andelen av anställda sysselsatta som är frånvarande från arbetet under hela mätveckan på grund av sjukdom. Detta utgör den beroende variabeln i regressionsanalysen. Oberoende variabler i analysen är åldersgrupper, kön, land, andelen arbetslösa, andelen anställda med tillfälliga anställningskontrakt och sysselsättningsgrad. Andelen arbetslösa, andelen anställda med tillfälliga kontrakt och sysselsättningsgrad beräknas för varje observation. I tabell 3 i appendix presenteras sammanfattande deskriptiv statistik för hela perioden för respektive land. Samtliga regressionsmodeller innehåller perioddummyvariabler för att kontrollera för allmänna tids effekter såsom gemensamma konjunkturerffekter.³⁰

Regressionsanalysen genomförs i fem steg.

Steg 1: Grundmodell

I ett första steg skattas en grundmodell där de oberoende variablerna är en kategorivariabel för länder, en kategorivariabel för åldersgrupper och en dummyvariabel för kvinnor. Att inkludera en dummyvariabel för kvinnor innebär att vi skattar skillnaden mellan kvinnornas och männens nivå på sjukfrånvaron givet att värden på övriga variabler som ingår i regressionsmodellen hålls konstanta. På motsvarande sätt får vi skillnader i nivå på sjukfrånvaro mellan åldersgrupper och mellan länder. För länderna

²⁸ Fullständig information för Finland och Norge finns i lämplig form endast från 1995 och framåt. Det är fullt möjligt att i regressionsanalysen inkludera Norge och Finland med den begränsade informationen. Men på grund av aggregeringen till tvåårsperioder blir det endast tre perioder som inkluderas för dessa två länder. Det visade sig att detta inte gav tillräcklig variation i variablerna som ingår i regressionsanalysen för att några säkra slutsatser skulle kunna dras för Norge och Finland.

²⁹ 5 åldersgrupper, kvinnor och män, 7 perioder och 6 länder ger totalt 420 observationer ($5 \times 2 \times 7 \times 6 = 420$).

³⁰ Det kan också förekomma landsspecifika tidseffekter eftersom länder kan ligga i olika fas när det gäller konjunkturcykler. Även förändringar av regler i sjukförsäkringssystemet är landsspecifika. Landsspecifika perioddummyvariabler inkluderas i regressionsanalysen för att testa hur känsliga resultaten är för sådana effekter. Resultat från en sådan analys kommenteras i de fall de påverkar slutsatserna.

används Tyskland som referensland och den yngsta åldersgruppen 20–29 år utgör referensgrupp för ålderskategorierna. Dessutom inkluderas i regressionsmodellen arbetslösheten (i procent av arbetskraften) och andelen tillfälliga kontrakt. Genom att exempelvis inkludera arbetslöshet studeras hur en ökning i arbetslöshet påverkar sjukfrånvaron.

Steg 2: Modell med arbetslöshet

Grundmodellen är begränsad i den meningen att exempelvis arbetslöshet inte tillåts ha olika betydelse för exempelvis olika länder eller för olika åldersgrupper. Genom att inkludera så kallade interaktionsvariabler kan vi tillåta sådana effekter. En interaktionsvariabel mellan exempelvis arbetslöshet och länder skapas enkelt genom att multiplicera arbetslöshet med kategorivariabeln för länder. På motsvarande sätt kan vi skapa interaktionsvariabler mellan arbetslöshet och åldersgrupper och därmed tillåta att arbetslösheten kan påverka sjukfrånvaron olika i olika åldersgrupper. *I ett andra steg* studeras därför frågan om arbetslöshet har olika betydelse för sjukfrånvaron för olika länder och för olika åldersgrupper.

Steg 3: Modell med tillfälliga anställningskontrakt

I ett tredje steg undersöks om andelen anställda med tillfälliga anställningskontrakt har olika betydelse för sjukfrånvaron för olika länder och för olika åldersgrupper.

Steg 4: Modell med sysselsättningsgrad

I det fjärde steget i regressionsanalysen inkluderas sysselsättningsgraden. För att undersöka om en ökning i sysselsättningsgraden har olika betydelse för olika åldersgrupper inkluderas en interaktionsvariabel mellan sysselsättningsgrad och åldersgrupper. Även interaktionsvariabler mellan sysselsättningsgrad och olika länder inkluderas.

Steg 5: Modell för män och kvinnor

Slutligen undersöker vi skillnader i sjukfrånvaro mellan länder när det gäller kvinnor och män. Här görs motsvarande skattningar som i steg 1–4 men separat för kvinnor och män.

Vi har valt att inte inkludera andelen som arbetar inom offentlig sektor i analysen. Skälet till detta är att variabeln ger svårtolkade resultat. I några specifikationer medför en ökning i andelen som arbetar i offentlig sektor att sjukfrånvaron minskar

och ibland har den en omvänd effekt. I Sverige genomfördes kraftiga nedskärningar i den offentliga sektorn samtidigt som konjunktunedgången inträffade under första hälften av 1990-talet. Det kan alltså föreligga starka selektionseffekter när det gäller andelen inom offentlig sektor där personer med en genomsnittlig låg sjukfrånvaro är de som är kvar vid nedskärningar. Som tidigare diskuterats är det heller inte självklart att variabeln är jämförbar mellan länderna.

3.2 Betydelsen av ålder, kön, land, anställningskontrakt och arbetslöshet

Resultaten från regressionsanalysens steg 1–4 redovisas i tabellerna 3.1a–c. Tabellerna skall läsas på följande sätt. Plus (minus) innebär att en ökning i en viss variabel signifikant ökar (minskar) sjukfrånvaron eller att sjukfrånvaron för en viss kategori är högre (lägre) jämfört med referenskategorin. De fullständiga regressionsresultaten redovisas i tabell 4 och 5 i appendix.

Tabell 3.1a. Betydelsen av ålder, kön, land, anställningskontrakt och arbetslöshet för sjukfrånvaro i sex länder 1983–2001

<i>Steg 1</i>	<i>(1)</i>	<i>Steg 2</i>	<i>(2)</i>
Länder jämfört med Tyskland:		Arbetslöshet i länder jämfört med Tyskland:	
• Danmark	0	• Danmark	0
• Frankrike	+	• Frankrike	0
• Nederländerna	+	• Nederländerna	0
• Sverige	+	• Sverige	–
• Storbritannien	+	• Storbritannien	0
Arbetslöshet	0		
Andel tillfälliga kontrakt:	–		
Åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:		Arbetslöshet i åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:	
• 30–39	0	• 30–39	0
• 40–49	0	• 40–49	0
• 50–59	+	• 50–59	0
• 60–64	+	• 60–64	–
Kvinnor jämfört med män	+		

+ (-) innebär att en ökning i en viss variabel signifikant ökar (minskar) sjukfrånvaron eller att sjukfrånvaron för en viss kategori är högre (lägre) jämfört med referenskategorin. 0 noll betyder att ingen effekt föreligger.

Referensgrupp för länderna är Tyskland. Referensgrupp för åldersgrupperna är 20–29 år.

Enligt resultatet har Sverige en signifikant högre genomsnittlig sjukfrånvaro jämfört med Tyskland (kolumn 1). Detta resultat gäller även övriga länder utom för Danmark där genomsnittlig sjukfrånvaro inte skiljer sig från sjukfrånvaron i Tyskland. Utifrån de fullständiga regressionsresultaten konstateras att Sverige har den högsta sjukfrånvaron som i genomsnitt är 3,2 procentenheter högre jämfört med Tyskland (se tabell 4 i appendix). Nederländerna har den näst högsta genomsnittliga sjukfrånvaron som i genomsnitt är 2,7 procentenheter högre jämfört med Tyskland. Vi ser också att åldersgrupperna 50–59 och 60–64 har högre en sjukfrånvaro jämfört med den yngsta åldersgruppen 20–29. Sjukfrånvaron för åldersgruppen 60–64 är 2,1 procentenheter högre jämfört med åldersgruppen 20–29. För 50–59-åringar är motsvarande siffra 1,6.

Kvinnorna har en signifikant genomsnittlig högre sjukfrånvaro jämfört med männen och skillnaden är en halv procentenhet. Korrelationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro är insignifikant. Däremot medför en ökad andel anställda med tillfälliga kontrakt en signifikant minskning i sjukfrånvaron. Dessa resultat undersöks i större detalj i de följande avsnitten där landspecifika effekter redovisas.

3.3 Betydelsen av arbetslöshet för respektive land och åldersgrupp

Att arbetslösheten inte har någon betydelse för sjukfrånvaron enligt resultatet från grundmodellen betyder inte att detta resultat nödvändigtvis gäller för varje enskilt land eller för varje åldersgrupp. Vi har tidigare i denna rapport visat på ett tydligt mönster mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro för Nederländerna, Norge och Sverige där en ökning i arbetslösheten motsvaras av en nedgång i sjukfrånvaron. Genom att inkludera interaktionsvariabler mellan länder och arbetslöshet och arbetslöshet och åldersgrupper kan vi undersöka om arbetslöshet har olika betydelse för respektive land och för respektive åldersgrupp.

Resultatet visar att en ökad arbetslöshet kraftigt minskar sjukfrånvaron i Sverige (kolumn 2 i tabell 3.1a). En bidragande förklaring till Sveriges relativt höga sjukfrånvaro kan således vara Sve-

riges relativt sett genomsnittligt låga arbetslöshet sett över hela perioden 1987–2000 (se tabell 3 i appendix). Även om Sverige i början av 1990-talet upplevde den djupaste lågkonjunkturen under hela efterkrigstiden måste vi hålla i minnet att hela perioden 1987–2000 ingår i analysen. Arbetslösheten i Sverige i slutet av 1980-talet var mycket låg samtidigt som sjukfrånvaron i ett historiskt perspektiv var extremt hög. Under den efterföljande lågkonjunkturen i början av 1990-talet minskade sjukfrånvaron kraftigt och steg under andra hälften av 1990-talet samtidigt som ekonomin återhämtade sig.

För den läsare som vill studera de fullständiga regressionsresultaten hänvisas till tabell 4 i appendix. Att koefficienten för dummyvariabeln som representerar Sverige blir högre jämfört med motsvarande koefficient enligt grundmodellen (*steg 1*) beror på att den visar vilken sjukfrånvaro Sverige skulle ha haft vid en arbetslöshet på 0 procent. En arbetslöshet på 0 procent är i sig orimligt men det visar att Sverige skulle ha en mycket hög sjukfrånvaro (4,4 procentenheter högre jämfört med Tyskland) vid en extremt låg arbetslöshet och helt i linje med resultatet från regressionsmodellen.

Att en hög arbetslöshet har en dämpande effekt på sjukfrånvaron kan ha flera förklaringar. En möjlighet är att en högre arbetslöshet ökar risken för att bli uppsagd och på så sätt blir det mer riskfyllt för den anställda att sjukskriva sig vid hög arbetslöshet. Det kan också vara så att anställda med en genomsnittligt hög sjukfrånvaro är de som först blir uppsagda vid en konjunkturedgång och då blir anställda med lägre sjukfrånvaro kvar. När konjunkturen sedan vänder anställs personer med högre sjukfrånvaro igen.

Vidare visar resultatet att en ökning i arbetslöshet minskar sjukfrånvaron endast för åldersgruppen 60–64. Den äldsta åldersgruppen verkar således ligga bakom den pro-cykliska sjukfrånvaron. Detta är ett intressant resultat såtillvida att tidigare studier har funnit att arbetslöshet och sjukfrånvaro är negativt korrelerade utan att visa att detta resultat endast gäller för vissa åldersgrupper. Både disciplinerings-effekten och selektionseffekten verkar kunna påverka åldersgruppen 60–64 år. Analysen kan dock inte klargöra i vilken mån det är frågan om att gruppens benägenhet att sjukskriva minskar vid lågkonjunktur och i vilken mån det är resultat av selektion av äldre med sämre hälsostatus till arbetslöshet.³¹

³¹ Analysresultaten visar att konjunkturen påverkar sjukfrånvaron oavsett om arbetslöshet eller landsspecifika tidseffekter, som tar hänsyn till alla förändringar över tid, används som mått på konjunkturrella förändringar.

En begränsning med denna ovanstående analys är att arbetslöshetens effekt på sjukfrånvaron i olika åldersgrupper antas vara lika för alla länder. Det är därför intressant att skatta separata regressionsmodeller för varje land. En sådan analys visar att en ökning i arbetslösheten i åldersgruppen 60–64 minskar sjukfrånvaron endast i Nederländerna och Sverige. Trots att ingen effekt fanns för Nederländerna när alla länder inkluderas i en och samma regressionsmodell verkar det finnas en sådan effekt för den äldsta åldersgruppen i Nederländerna om en separat regressionsmodell för Nederländerna skattas. Det är Sverige och Nederländerna som ligger bakom resultatet att en förändring i arbetslöshet påverkar sjukfrånvaron bland äldre.³² Det är viktigt att notera här att Norge inte ingår i regressionsanalysen.

3.4 Betydelsen av anställningskontrakt för respektive land och åldersgrupp

Om vi tillåter andelen anställda med tillfälliga kontrakt påverka sjukfrånvaron olika för olika länder och för olika åldersgrupper visar resultatet att en ökning i andelen tillfälliga kontrakt i Sverige minskar sjukfrånvaron (kolumn 1 i tabell 3.1b).³³ Givet den aggregering av data vi har gjort för regressionsanalysen har Sverige jämförelsevis en genomsnittligt hög andel med tillfälliga kontrakt. Detta resultat verkar inte kunna bidra till att förklara varför Sverige har en hög nivå på sjukfrånvaron. Men resultatet kan vara ett tecken på att anställningskontraktets utformning har betydelse för sjukfrånvaron där anställda med svagare anställningstrygghet – tillfälliga kontrakt i det här fallet – har en lägre sjukfrånvaro givet att värden på övriga variabler som ingår i regressionsmodellen hålls konstanta. Om en högre grad av anställningstrygghet medför en högre nivå på sjukfrånvaron skulle skillnader i anställningstrygghet mellan länder kunna vara en bakomliggande faktor till skillnader i sjukfrånvaro. Ett sådan förklaring skulle även kunna gälla för Sve-

³² Det kan vara så att variationen i arbetslöshet för äldre i Nederländerna inte är tillräcklig stark relativt variationen i arbetslöshet för de yngre åldersgrupperna i alla länder för att det skall ge utslag i regressionsmodellen där alla länder ingår. Om däremot en separat regressionsmodell skattas för Nederländerna visar det sig att det finns en variation i arbetslöshet bland äldre som ger en signifikant effekt på sjukfrånvaron. Av utrymmesskäl presenteras inte fullständiga resultat från separata regressionsanalyser för respektive land. Resultaten finns tillgängliga hos författarna.

³³ I Nederländerna kan anställda ha tillfälliga kontrakt som varierar mellan ett till två år medan det i Sverige är vanligt med provanställningar på sex månader.

rige trots att landet i genomsnitt har en hög andel med tillfälliga kontrakt.

Tabell 3.1b Betydelsen av anställningskontrakt i olika åldersgrupper för sjukfrånvaro i sex länder 1983–2001

<i>Steg 3</i>	<i>Samband</i>
Andelen tillfälliga kontrakt i länder jämfört med Tyskland:	
• Danmark	0
• Frankrike	0
• Nederländerna	0
• Sverige	–
• Storbritannien	0
Andelen tillfälliga i åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:	
• 30–39	0
• 40–49	0
• 50–59	0
• 60–64	–

Se tabell 3.1a.

Ett problem med denna analys är att långa sjukskrivningar kan vara överrepresenterade i data. Eftersom fast anställda rimligtvis har varit anställda längre jämfört med tillfälligt anställda varar deras sjukskrivningar sannolikt längre i genomsnitt. Därmed skulle sjukfrånvaron överkattas för de fast anställda jämfört med tillfälligt anställda. Den bakomliggande orsaken till att andelen tillfälliga kontrakt och sjukfrånvaro är negativt korrelerade enligt resultatet från regressionsmodellen kan därför vara att anställda med tillfälliga kontrakt har en lägre sjukfrånvaro på grund av detta statistiska problem. Resultaten bör således tolkas med detta problem i åtanke.

En slutsats vi drar är att det är viktigt för framtida forskning att studera samspelet mellan olika områden på arbetsmarknaden. Lagar och regler på arbetsmarknaden kan ha betydelse för benägenheten att sjukskriva sig. Ett exempel är samspelet mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen där Larsson (2002) visar att övergångssannolikheten från arbetslöshet till sjukskrivning ökar när personer närmar sig slutet för perioden för arbetslöshetsersättningen. Detta skulle kunna tolkas som att sjukskrivning används i syfte att spara dagar med arbetslöshetsersättning.

3.5 Betydelsen av sysselsättningsgrad i olika länder och i olika åldersgrupper

Resultaten från en regressionsmodell där sysselsättningsgraden inkluderas i grundspecifikationen visar att en ökad sysselsättningsgrad generellt medför en ökning i sjukfrånvaron. Detta betyder emellertid inte att effekten behöver gälla för alla länder eller för alla åldersgrupper. Det kan mycket väl vara så att vissa åldersgrupper eller länder ger upphov till denna effekt. I stället för att inkludera endast sysselsättningsgraden tillåter vi sysselsättningsgraden att ha olika betydelse för sjukfrånvaron för olika länder och för olika åldersgrupper (tabell 3.1c).

Tabell 3.1c Betydelsen av sysselsättningsgrad i olika åldersgrupper för sjukfrånvaro i sex länder 1983–2001

<i>Steg 4</i>	<i>Samband</i>
Sysselsättningsgrad i länder jämfört med Tyskland:	
• Danmark	+
• Frankrike	–
• Nederländerna	0
• Sverige	0
• Storbritannien	+
Sysselsättningsgrad jämfört med åldersgruppen 20–29:	
• 30–39	0
• 40–49	0
• 50–59	0
• 60–64	+

Se tabell 3.1a.

En ökad sysselsättningsgrad ökar sjukfrånvaron endast i Storbritannien och Danmark. När det gäller Frankrike har sysselsättningsgraden en omvänd effekt där en ökad sysselsättningsgrad i stället minskar sjukfrånvaron. Det kan därför tänkas att vid en låg sysselsättningsgrad medför en ökad sysselsättning att de personer som tillkommer har relativt bra hälsa och en låg genomsnittlig sjukfrånvaro. Det kan gälla Frankrike som har en låg sysselsättningsnivå.

Vidare visar analysen att en ökad sysselsättningsgrad endast ökar sjukfrånvaron hos åldersgruppen 60–64 och inte i de övriga åldersgrupperna. Separata regressionsanalyser för respektive land visar dessutom att en sådan effekt endast är signifikant för Sverige. Sverige har en hög sysselsättningsgrad hos åldersgruppen 60–64 jämfört med övriga länder som ingår i regressionsmodellen och detta skulle kunna vara en förklaring till att en ökad sysselsättning ökar sjukfrånvaron i just Sverige hos åldersgruppen 60–64. Om sysselsättningsgraden är hög kan de personer som tillkommer vid en sysselsättningsökning vara personer med sämre hälsa och en hög genomsnittlig sjukfrånvaro. Det kan gälla länder som exempelvis Sverige.

Det är här viktigt att poängtera att i regressionsmodellen inkluderas även arbetslöshet så att effekten av en ökad sysselsättningsgrad på sjukfrånvaron inte fångar en omfördelning från arbetslöshet till sysselsättning utan resultatet gäller givet att vi håller arbetslöshetens nivå konstant.³⁴

Det skall också tilläggas att det kan vara problematiskt att i en och samma regressionsmodell inkludera sysselsättningsgrad och arbetslöshet samtidigt eftersom dessa två variabler samvarierar. Exempelvis kan en ökad sysselsättningsgrad bero på att arbetslösa blir sysselsatta. Men en ökad sysselsättningsgrad kan också genereras av att personer som tidigare varit utanför arbetskraften träder in på arbetsmarknaden. Dessutom är sysselsättningsgraden här definierad som anställda sysselsatta av den totala befolkningen medan arbetslösheten är definierad som alla arbetslösa av befolkningen. Ett flöde från arbetslöshet till sysselsättning kan vara att en person startar eget företag och detta skulle alltså inte påverka det mått på sysselsättningsgrad som vi använder. Det skall slutligen noteras att slutsatserna vad gäller sysselsättningsgradens betydelse i olika åldersgrupper inte ändras om arbetslöshet inkluderas eller inte i regressionsmodellen.

Baserat på ovanstående analys kan en del av Sveriges relativt höga sjukfrånvaro förklaras av att Sverige har en hög sysselsättningsgrad hos den äldre befolkningen jämfört med de andra länderna i studien. Vi har tydligt visat att åldersgruppen 60–64 har en betydligt högre sjukfrånvaro jämfört med övriga åldersgrupper och att Sverige jämfört med andra länder har en betydligt högre sysselsättningsgrad i denna åldersgrupp. I Sverige förefaller det också vara så att det är personer med en genomsnittligt hög sjukfrånvaro i

³⁴ Resultatet gäller oavsett om vi kontrollerar för alla länders gemensamma tidseffekter eller om vi kontrollerar för landsspecifika tidseffekter.

åldersgruppen 60–64 som har lämnat arbetskraften. Detta är ett naturligt resultat eftersom förändringar i sysselsättningsgraden hos denna åldersgrupp endast påverkar sjukfrånvaron i Sverige. Utifrån detta perspektiv är inte den höga sjukfrånvaron enbart att se som ett problem utan snarare ett tecken på att Sverige lyckas med att behålla fler äldre i arbetskraften. Men en hög sysselsättningsgrad kan inte förklara alla skillnader i sjukfrånvaro mellan länderna. I avsnitt 2.4.2 visades att bland yngre åldersgrupper har Sverige relativt många andra länder en hög sjukfrånvaro samtidigt som sysselsättningsgraden är lägre i Sverige jämfört med vissa länder (se Figur 2.11a–d).

3.6 Skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män i olika länder

Regressionsanalysen som genomförts hittills, steg 1–4, genomförs nu separat för kvinnor och män. Resultaten skall tolkas med viss försiktighet eftersom antalet observationer automatiskt halveras vid separata regressioner för kvinnor och män. Av detta skäl undviker vi också att skatta separata könsregressioner för respektive land. Resultaten sammanfattas i tabellerna 3.2a och b. Vi ser att resultaten för kvinnor respektive män uppvisar ett liknande mönster.

Det som kan vara värt att notera är att resultatet från grundmodellen visar att en ökad andel tillfälliga kontrakt endast minskar sjukfrånvaron bland kvinnorna (kolumn 1, tabell 3.2a). En ökad arbetslöshet minskar sjukfrånvaron i Sverige för både kvinnor och män (kolumn 2, tabell 3.2a). När det gäller en ökad arbetslöshet bland äldre visar resultatet att sjukfrånvaron minskar endast för kvinnorna.

Tabell 3.2a Betydelsen av ålder, land, anställningskontrakt och arbetslöshet för sjukfrånvaro för kvinnor och män i sex länder 1983–2001

<i>Steg 1</i>	<i>Kv. (1)</i>	<i>Män (1)</i>	<i>Steg 2</i>	<i>Kv. (2)</i>	<i>Män (2)</i>
Länder jämfört med Tyskland:			Arbetslöshet i länder jämfört med Tyskland:		
• Danmark	+	–	• Danmark	0	0
• Frankrike	+	+	• Frankrike	0	0
• Nederländerna	+	+	• Nederländerna	0	0
• Sverige	+	+	• Sverige	–	–
• Storbritannien	+	0	• Storbritannien	0	0
Arbetslöshet	0	0			
Andelen tillfälliga kontrakt	–	0			
Åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:			Arbetslöshet i åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:		
• 30–39	0	0	• 30–39	0	0
• 40–49	0	0	• 40–49	0	0
• 50–59	+	+	• 50–59	0	0
• 60–64	+	+	• 60–64	–	0

Se tabell 3.1a.

Tabell 3.2b Betydelsen av anställningskontrakt och sysselsättningsgrad i olika åldersgrupper för sjukfrånvaro för kvinnor och män i sex länder 1983–2001

<i>Steg 4</i>	<i>Kv.</i> <i>(3)</i>	<i>Män</i> <i>(3)</i>	<i>Steg 5</i>	<i>Kv.</i> <i>(4)</i>	<i>Män</i> <i>(4)</i>
Andelen tillfälliga kontrakt i länder jämfört med Tyskland:			Sysselsättningsgrad i länder jämfört med Tyskland:		
• Danmark	0	0	• Danmark	+	+
• Frankrike	0	0	• Frankrike	0	–
• Nederländerna	0	–	• Nederländerna	+	0
• Sverige	–	–	• Sverige	+	0
• Storbritannien	0	0	• Storbritannien	+	+
Andelen tillfälliga kontrakt i åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:			Sysselsättningsgrad i åldersgrupper jämfört med åldersgruppen 20–29:		
• 30–39	0	0	• 30–39	0	0
• 40–49	0	0	• 40–49	0	0
• 50–59	0	0	• 50–59	+	0
• 60–64	–	–	• 60–64	+	+

Se tabell 3.1a.

Tillåter vi sysselsättningsgraden att ha olika betydelse för sjukfrånvaron för olika länder och för olika åldersgrupper men nu separat för kvinnor och män ser vi att en högre sysselsättningsgrad för kvinnorna framför allt driver upp sjukfrånvaron i Danmark, Nederländerna, Sverige och Storbritannien. För männen finns igen skillnad mellan Nederländerna och Tyskland. Dessutom innebär en ökad sysselsättning i Frankrike att sjukfrånvaron minskar jämfört med Tyskland.

När det gäller sysselsättningsgraden i olika åldersgrupper finner vi att för kvinnorna medför en ökad sysselsättningsgrad att sjukfrånvaron ökar både i åldersgrupperna 50–59 och 60–64 jämfört med referensåldersgruppen 20–29. Från den underliggande regressionsanalysen finner vi att denna effekt är särskilt stark för åldersgruppen 60–64.

Eftersom en högre sysselsättningsgrad hos äldre åldersgrupper leder till högre sjukfrånvaro för både kvinnor och män är det intressant att konstatera att även en hög kvinnlig sysselsättningsgrad i dessa åldersgrupper kan bidra till att förklara länderskillnader i sjukfrånvaro. Motsvarande tolkning kan emellertid inte göras för

Nederländerna som har en relativt låg sysselsättningsgrad hos kvinnor.

En viktig fråga här är att ta reda på orsaker till varför kvinnor har en högre sjukfrånvaro jämfört med män. Lidwall (2001) och Andréén (2001) går i sina rapporter igenom flera skillnader mellan kvinnor och män som kan förklara skillnader i sjukfrånvaro mellan dessa två grupper. Baserat på tidigare studier beror en del av skillnaderna i sjukfrånvaro på kvinnornas svagare position på arbetsmarknaden – kvinnorna arbetar i en högre utsträckning än männen i dåliga fysiska och psykosociala arbetsmiljöer. Kvinnornas svagare position på arbetsmarknaden gör det också svårare att rehabilitera tillbaka kvinnorna i arbete. En annan aspekt är skillnader i hur mycket kvinnor och män arbetar om hänsyn även tas till hemarbete. Eftersom hemarbete är vanligare hos kvinnor så skulle detta kunna leda till en ökad stressituation åtminstone hos heltidsarbetande kvinnor. Detta skulle i sin tur kunna öka sjukfrånvaron. Att kombinera en yrkeskarriär med huvudansvar för exempelvis hem och hämtning av barn på daghem kan skapa stressituationer. En traditionell arbetsfördelning i hemmet kan i sin tur också förklara kvinnornas svagare position på arbetsmarknaden. Frågan är om kvinnorna har en orimlig arbetsbelastning i form av dubbelarbete som leder till en ökad sjukfrånvaro.

3.7 Summering av resultat

Resultaten från ovanstående analys kan sammanfattas på följande sätt:

- Sjukfrånvaron ökar med ålder
- Kvinnor har en högre sjukfrånvaro jämfört med män
- Bland 60–64-åringar i Sverige och Nederländerna ökar sjukfrånvaron när konjunkturen förbättras och minskar när den försämraras
- En ökning i andelen tillfälliga kontrakt minskar sjukfrånvaron endast i Sverige
- En ökad sysselsättningsgrad bland 60–64-åringar ökar sjukfrånvaron endast i Sverige

Sambanden som vi funnit i analysen verkar också gälla för båda könen separat. Vid separata regressionsanalyser för kvinnor respektive män halveras emellertid antalet observationer varför sådana analyser bör tolkas med en viss försiktighet. Vissa preliminära slutsatser kan ändå dras.

- Den negativa korrelationen mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet och mellan andelen tillfälliga kontrakt och sjukfrånvaro verkar vara särskilt framträdande bland kvinnor
- Bland kvinnor medför en ökad sysselsättningsgrad att sjukfrånvaron ökar i båda åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år

Att förklara varför Sverige i ett longitudinellt perspektiv har hög sjukfrånvaro i förhållande till många andra länder är en svår uppgift. För att göra detta krävs att man på ett fullständigt sätt hantarerar bland annat skillnader i demografi, arbetsmarknad och hälsotillstånd hos befolkningen samt skillnader i sjukförsäkringen mellan länderna. Alla dessa skillnader är viktiga bestämningsfaktorer för sjukfrånvaron. Det räcker inte att hänsyn tas till skillnader i dessa faktorer vid en viss tidpunkt. Hänsyn måste även tas till det faktum att dessa faktorer förändras över tid och att de förändras olika över tid i olika länder.

Trots dessa svårigheter har vi i denna rapport pekat på några förklaringar till Sveriges höga sjukfrånvaro jämfört med Tyskland, Frankrike, Danmark och Storbritannien. Konjunkturläget verkar vara av stor betydelse. I länder som Nederländerna, Norge och Sverige där sjukförsäkringens regelsystem är rätt så generöst verkar det finnas ett tydligt mönster vad gäller arbetslöshet och sjukfrånvaro. Om kostnaden i termer av ersättningsnivå och risken för uppsägning är liten skulle ett visst överutnyttjande av sjukersättningen kunna vara en förklaring. Sverige har haft en relativt låg arbetslöshet sett över en lång period jämfört med andra länder. I ett resonemang kring relativa nivån på sjukfrånvaron är det också viktigt att ta hänsyn till hur sjukfrånvaro samspelar med utformningen av lagar och regler på arbetsmarknaden. Ett tecken på detta är att vi funnit att sjukfrånvaron bland annat beror på om anställda har en fast eller tillfällig anställning. På så sätt kan skillnader i anställningstrygghet också bidra till att förklara skillnader i sjukfrånvaron mellan länder.

En annan viktig slutsats är att den höga sjukfrånvaron i Sverige inte enbart behöver vara ett problem. I Sverige lyckas man behålla äldre personer kvar i sysselsättning. En liten del av Sveriges höga

sjukfrånvaro verkar faktiskt hänga samman med den relativt höga sysselsättningsgraden hos äldre och hos kvinnor. Eftersom både äldre och kvinnor har en högre sjukfrånvaro är det naturligt att en hög sysselsättning inom dessa grupper bidrar till hög sjukfrånvaro. I detta perspektiv är det viktigt att skapa goda förutsättningar bland annat på arbetsplatser för att behålla äldre i arbetskraften.

4 Diskussion

4.1 Högt pris för högt arbetskraftsdeltagande i Sverige?

I Sverige är sjukfrånvaron hög internationellt sett. Ur ett svenskt perspektiv är ett av huvudresultaten av studien att det finns ett starkare samband mellan sjukfrånvaron och konjunkturcykeln i Sverige än i övriga länder. En annan slutsats som kan dras här är att en hög sysselsättningsgrad bland de äldsta bidrar till att antalet äldre som riskerar att bli frånvarande från arbetet på grund av nedsatt arbetsförmåga blir större i Sverige än i länder där färre personer är kvar i arbetslivet efter 50-årsåldern och i synnerhet efter 60-årsåldern. Sysselsättningen i åldersgruppen 55 år och äldre är mycket hög i Sverige internationellt sett (Palmer 1999).

Den höga sjukfrånvaron utgör ett stort samhällsligt problem i Sverige. Samtidigt deltar många äldre, såväl män som kvinnor, i arbetskraften och gör en värdefull insats för samhället. Det skulle vara en skenlösning att minska sjukfrånvaron genom ökad förtidspensionering och marginalisering av de äldre ut ur arbetslivet. Sverige behöver ha de äldre kvar i arbete i så stor utsträckning som möjligt för att förebygga arbetskraftsbrist och trygga välfärden. Om vi vill hindra utslagningen av de äldre ur arbetslivet och trygga tillgången till arbetskraft under de kommande åren i Sverige bör arbetsförhållanden förbättras och göras mera flexibla så att även de äldre, speciellt kvinnor, kan fortsätta att arbeta långt upp i åren.

4.2 Fler studier behövs

Denna studie utgör en unik jämförelse av sjukfrånvaro mellan många länder under lång tid. Arbetskraftsundersökningar erbjuder ett bra underlag för jämförelser. De är dock primärt avsedda för

andra syften och kan därför inte omfatta alla faktorer som är av intresse för förklaringen till skillnader i sjukfrånvaron mellan länderna.

En viktig faktor som inte har kunnat beaktas i denna studie är socialförsäkringens regelverk i de olika länderna. Regelverket har betydelse både för sjukfrånvaron förekomst och omfattning och därigenom även dess kostnader. Det gäller exempelvis karensdagar, förekomst och längd av sjuklöneperiod, ersättningsnivå osv. Även tidpunkten för pensionering och förtidspensionering påverkar utfall i de olika länderna. De äldre som arbetar i länder där få äldre deltar i arbetskraften, exempelvis Frankrike och Tyskland, och de äldre som arbetar efter pensionsåldern representerar inte genomsnittet av befolkningen utan utgör en grupp som med stor sannolikhet har relativt god hälsa och arbetsförmåga och har låg sjukfrånvaro. I länder med hög sysselsättningsgrad bland äldre deltar även många med sämre arbetsförmåga i arbetskraften och bidrar därmed till sjukfrånvaro.

Ytterligare exempel är förtidspension som i de flesta länder kan beviljas endast som full förmån. Å andra sidan finns sex partiella förmånsnivåer i Nederländerna och tre i Sverige. Det innebär att det i Nederländerna och Sverige kan ingå en större andel personer med nedsatt arbetsförmåga i gruppen sysselsatta än i övriga länder. Dessa grupper kan ha högre sjukfrånvaro i sin deltidssysselsättning än grupper utan förtidspension och därmed bidra till hög sjukfrånvaro.

Dessa få exempel illustrerar vikten av att även studera effekter av regelskillnader mellan länderna. Utträde ur arbetskraften har ofta studerats i relation till pensionssystemet (exempelvis Palme & Svensson 1999, Wadensjö & Sjögren 2000, RFV 2001b, Bäckbro, Holmgren, Lundkvist 2002). Däremot finns det få studier som explicit belyser de äldres sjukfrånvaro och den process som medelålders och äldre genomgår när arbetsförmågan börjar svikta. För Sverige visar emellertid en studie av Palme och Svensson (1999) att ohälsa (sjukskrivning och förtidspension) är den vanligaste utträdesformen före 65-årsåldern, och att det finns betydande sektorskillnader.

Det är också viktigt att verka för att det skapas gemensamma jämförbara indikatorer för sjukfrånvaro mellan länderna som tar hänsyn till både sjukfrånvarons förekomst och längd. Vidare bör hänsyn tas till de olika kompletterande system som ersätter delar av inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro. Ett annat område där mera forskning och studier behövs är hur sjukförsäkringsregler skapar

drivkrafter för att vara frånvarande från arbete. Vidare finns mycket knapphändiga kunskaper om hur försäkringsadministrationen i olika länder klarar av sin roll som grindvakt för försäkringen och hur de samlade samhällssystemen ger stöd och hjälp till den enskilde vid nedsatt arbetsförmåga.

Det är också viktigt att notera att denna studie baseras på aggregerade data, inte på individdata. Longitudinella individdata skulle vara att föredra för identifieringen av sjukfrånvaros bestämningsfaktorer. Analyser av individdata skulle kunna förklara varför människor ändrar sjukskrivningsbeteende vid förändringar i arbetslivet och i andra förhållanden och vilka drivkrafter i socialförsäkringen eller arbetsmarknadslagstiftningen som kan påverka deras sjukfrånvaro.

5 Sammanfattning av bilagan

Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron i Sverige sedan 1998 har väckt frågan om motsvarande utveckling förekommer i andra länder. Huvudsyftet med denna studie är att undersöka huruvida den snabba ökningen av sjukfrånvaron är ett unikt svenskt fenomen eller om motsvarande utveckling även förekommer i andra länder i Europa. Syftet är även att söka förklaringar till eventuella skillnader i förekomsten och utvecklingen av sjukfrånvaron mellan länderna.

Sjukfrånvaron i Sverige sätts i denna rapport i relation till sjukfrånvaron i Danmark, Finland, Norge, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien. För att belysa frågeställningen i ett längre perspektiv studeras utvecklingen sedan 1980-talet. Studien baseras på arbetskraftsundersökningar som genomförs på samma sätt i dessa länder.

Sjukfrånvaron mäts som andelen *anställda* i åldern 20–64 år som har varit frånvarande från arbetet *en vecka eller längre* på grund av sjukdom.

5.1 Hög sjukfrånvaro i Sverige jämfört med många andra länder

Sedan 1980-talet har sjukfrånvaron bland anställda varit betydligt högre i Sverige, Norge och Nederländerna än i Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland.

Gemensamt för Sverige, Norge och Nederländerna är även att sjukfrånvaron har varierat starkt under de senaste 15 åren och att den ökade kraftigt under senare delen av 1990-talet. För Norge och Nederländerna verkar de senaste årens uppgående trend av sjukfrånvaron dock vara bruten år 2001 medan frånvaron fortsatte att öka i Sverige.

5.2 Kraftig ökning av sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna under senare år

Ökningen av sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna noteras i alla åldersgrupper bland män och kvinnor. I Sverige ökade frånvaron synnerligen kraftigt, drygt 150 procent, i den äldsta och yngsta åldersgruppen under perioden 1995–2001. Sjukfrånvaron för de anställda har för Sveriges och Nederländernas del dock ännu inte nått upp till samma höga nivå som noterades i slutet av 1980-talet respektive i början av 1990-talet. År 2001 var 4,4 procent av de svenska anställda frånvarande från arbetet minst en vecka på grund av sjukdom. År 1988 låg sjukfrånvaron på 5,7 procent. De senaste årens ökning av frånvaron föregicks av en drastisk minskning till den för Sveriges del låga nivån på 2,5 procent under första hälften av 1990-talet.

I Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland noterades ingen ökning av sjukfrånvaron under andra hälften av 1990-talet. Frånvaron höll sig stadigt på låg nivå under 2,5 procent.

5.3 Hög sjukfrånvaro i Sverige för den äldre arbetskraften – särskilt kvinnor

Kvinnor hade högre sjukfrånvaro än män i alla åldersgrupper i alla länder med undantag för Tyskland. I Sverige var skillnaden störst. Under perioden 1987–2001 var i genomsnitt 3,3 procent av männen och 5 procent av kvinnorna frånvarande från arbetet på grund av sjukdom. Sjukfrånvaron var således drygt 50 procent högre för kvinnor än för män i Sverige.

Den genomsnittliga sjukfrånvaron var högst i den äldsta åldersgruppen 60–64 år i alla länder med undantag för Nederländerna. I Sverige var frånvaron i denna åldersgrupp mer än dubbelt så hög som i de övriga åldersgrupperna, cirka nio procent. I Norge var skillnaden mellan åldersgrupperna mindre och frånvaron för de äldsta lägre än i Sverige, sju procent. Dessa tal kan jämföras med fem procent i åldrarna 60–64 år i Finland och med knappt tre procent i Danmark, som ligger lägst. Samtidigt är det betydligt fler äldre och kvinnor som deltar i arbetskraften i Sverige och Norge än i de övriga länderna.

5.4 Skillnader i sjukfrånvaro för kvinnor och män i olika sektorer

Det är också värt att notera att kvinnor i den offentliga sektorn i Danmark och Storbritannien, och i synnerhet i Sverige och Nederländerna, var frånvarande på grund av sjukdom i mycket större utsträckning än kvinnor i den privata sektorn. I Sverige och Nederländerna var frånvaron 23 procent, i Danmark 18 procent och i Storbritannien 19 procent högre bland offentligt anställda kvinnor än bland privatanställda. Samtidigt återfinns 60 procent eller mer av de anställda kvinnorna i den offentliga sektorn i samtliga länder; i Sverige inte mindre än 74 procent.

Mäns sjukfrånvaro var däremot högst i den privata sektorn i flertalet av länderna.

Då skillnader i sjukfrånvaro mellan sektorerna analyserades mera ingående visade det sig dock att inga statistiskt säkra slutsatser kan dras av betydelsen av sektorstillhörighet. Skillnader mellan sektorerna kan förklaras av skillnader i sammansättningen av deras anställda, exempelvis vad gäller kön och åldersstruktur i respektive sektor.

5.5 Sjukfrånvaron i allmänhet låg bland tillfälligt anställda

Sjukfrånvaron var generellt signifikant lägre hos anställda med tillfälliga anställningskontrakt jämfört med anställda som har tillsvidareanställning. I åldersgruppen 60–64 år hade tillfälligt anställda män och kvinnor signifikant lägre sjukfrånvaro än de tillsvidareanställda. I denna åldersgrupp har således anställda med starkare anställningstrygghet även högre sjukfrånvaro och vice versa.

5.6 Konjunkturen påverkar sjukfrånvaron i Sverige

I Sverige, Norge och Nederländerna uppträder ett tydligt mönster mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet över tiden. I perioder av hög arbetslöshet är sjukfrånvaron låg och vice versa. Detta mönster kan även skönjas i övriga länder men är inte lika tydligt och mönstret gäller endast för vissa delperioder. Den statistiska analysen visar att en ökning i arbetslöshet minskar sjukfrån-

varon i Sverige och i Nederländerna i åldersgruppen 60–64 år och att denna effekt verkar vara särskilt framträdande bland kvinnor.³⁵

5.7 Sverige är unikt

Sammanfattningsvis kan det utifrån denna studie konstateras att ålder, kön och sysselsättningsgrad är viktiga förklaringar till de skillnader i sjukfrånvaro vi kan observera mellan de i denna rapport studerade länderna. Den höga sjukfrånvaron i Sverige förstärks framför allt av att sysselsättningsgraden hos kvinnor i åldern 50–59 år och 60–64 år är mycket högre i Sverige jämfört med Danmark, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien. Denna effekt är särskilt stark och signifikant hos kvinnor i åldersgruppen 60–64 år.

Det kan också konstateras att det finns ett statistiskt signifikant samband mellan sjukfrånvaron och konjunkturcykeln i Sverige men inte i de övriga fem länderna. Den slutsats som kan dras här är att en hög sysselsättningsgrad bland de äldsta bidrar till att antalet äldre som riskerar att bli frånvarande från arbetet på grund av nedsatt arbetsförmåga blir större i Sverige än i länder där färre personer är kvar i arbetslivet efter 50-årsåldern och i synnerhet efter 60-årsåldern. Sysselsättningen i åldersgruppen 50 år och äldre är mycket hög i Sverige internationellt sett. Trots den höga sjukfrånvaron bland äldre bör det dock noteras att hög arbetslöshet och brist på anställningstrygghet på grund av tillfällig anställning tenderar att minska sjukfrånvaron i denna åldersgrupp i Sverige, speciellt vad gäller kvinnor. Sverige är således unikt i många avseenden.

³⁵ Norge ingår inte analysen på grund av brist på data.

Referenser till bilagan

- Andrén, D (2001) *Work, Sickness, Earnings, and Early Exits from the Labor Market. An Empirical Analysis Using Swedish Longitudinal Data*. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Nationalekonomiska institutionen. Akademisk avhandling.
- Arai, M & Skogman Thoursie, P (2001) *Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism*. FIEF Working Paper Series 2001 no. 167, Stockholm: Stiftelsen Fackföreningens Institut för Ekonomisk Forskning.
- Askildsen, J E, Bratberg, E & Nilsen O A (2002) *Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study*. IZA Discussion Paper No. 466, Bonn: The Institute for the Study of Labor.
- Barmby, T A, Orme, C D & Treble, J G (1991) *Worker Absenteeism: An Analysis using Microdata*. *Economic Journal*, 101, 214–229.
- Barmby, T A, Sessions, J & Treble, J G (1994) *Absenteeism, Efficiency Wages and Shirking*. *Scandinavian Journal of Economics*, 96, 561–566.
- Barmby, T A, Orme, C D & Treble, J G (1995) *Worker Absence Histories: A Panel Data Study*, *Economic Journal*, 2, 53–65.
- Barmby, T A, Orme, C D & Treble, J G (2001) *Sickness Absence: An International Comparison*. Draft, University of Bangor.
- Brown, S & Sessions, J (1996) *The Economics of Absence: Theory and Evidence*. *Journal of Economic Surveys*, 10, 23–53.
- Bäckbro, K, Holmgren, N & Lundkvist, L (2002) *Äldres utträde ur arbetskraften – nu och i framtiden*. RFV Analyserar 2002:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Council of Europe (1998, 1999) *Recent Demographic Developments in Europe, United Nations: Demographic Yearbook. New York: United Nations*.

- Ds 1996:49 *Samhällets stöd till barnfamiljerna i Europa*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm.
- Ds 1999:61 *Samhällets stöd till de äldre i Europa*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm.
- Ds 2000:23 *Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking i Sverige*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm.
- Europeiska gemenskapernas kommission (1999) *En samordnad strategi för att modernisera social trygghet, KOM (1999) 347*.
- Gruber, J & Weiss, D (1999) *Social Security and Retirement around the World*. NBER, University of Chicago Press.
- Henrekson, M & Persson, M (2000) *The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System*. SSE/EFI Working Paper Series in Economics and Finance No. 444, Stockholm: Stockholm School of Economics.
- Ichino, A. & Riphahn, R. T. (2001) *The Effect of Employment Protection on Worker Effort. A Comparison of Absenteeism During and After Probation*. CESifo Working Paper No. 596, Munich: Centre for Economic Studies & Ifo Institute for Economic Research.
- Ilmarinen, J (1999) *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki: Ministry of Labour.
- Johansson, P & Palme, M (1996) *Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using micro data*. Journal of Public Economics, 59, s 195–218.
- Järvholm, B (1996) *Arbetsliv och Hälsa – en kartläggning*. Arbetslivsinstitutet.
- Kaivanto, K (1997) *An Alternative Model of Pro-Cyclical Absenteeism*. Economic Letters, 54, 29–34.
- Kangas, O (1991) *Behov eller rättighet? Sjukfrånvarons strukturella och institutionella bestämningsfaktorer i OECD-länderna*. Sociologisk Forskning 3. 1991
- Karlsson, H, Klingstedt, M & Rylander, O. (1997) *Utveckling av den ersatta ohälsan 1985–1996*, i Marklund, S (red) Risk och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Kroenik van de Sociale Verzekering 2001. den Haag: LISV.
- Lantto, K & Lindblom, E (1987) *Är arbetslösheten hälsosam?* Ekonomisk Debatt 1987:4, s 333–336

- Lantto, K (1992) *Optimal Deterrents to Malingering*. Akademisk avhandling, Stockholm: Department of Economics, Stockholm University.
- Larsson, L (2002) *Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden*. IFAU Working Paper Series 2002:6. Uppsala: Institute for Labor Market Policy Evaluation.
- Leigh, J P (1985) *The Effects of Unemployment and the Business Cycle on Absenteeism*. Journal of Economics and Business, 51, 159–170.
- Lidwall, U & Örnhall, S (1991) *Sjukpenningreformens effekter på sjukfrånvaron med hänsyn tagen till arbetsmarknadssituationen – En analys av reformerna 1987 och 1991*. Stockholm: National-ekonomiska Institutionen, Stockholm universitet.
- Lidwall, U & Skogman Thoursie, P (2000a) *Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna* i Marklund, S (red.) Arbetsliv och Hälsa 2000. Arbetslivsinstitutet, s 91–124.
- Lidwall, U & Skogman Thoursie, P (2000b) *Sjukfrånvaro och Förtidspension*. RFV Analyserar 2000:2, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lidwall, U (2001) *Sjukfrånvaro i Sverige 1955–1999*. Examensarbete på påbyggnadskurs i sociologi, Stockholm: Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Marklund, S & Lidwall, U (1997) *Vilka blir långtidssjukskrivna? I* Marklund, S (red.) Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. RFV Redovisar 1997:6. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- MISSOC (2000) *Sickness Cash Benefits* (www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2000/index_en.htm).
- NOSOSCO (2000) *Social Protection in the Nordic Countries 1998. Scope, expenditure and financing*. Nordic Statistical Committee 14:2000
- OECD (2000) *Employment Outlook*, June 2000. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Palme, M & Svensson, I (1999) *Social Security, Occupational Pensions and Retirement in Sweden* i Gruber, J. och Weiss, D. (red.) Social Security and Retirement around the World. National Bureau of Economic Research. Chicago: University of Chicago Press.

- Palmer, E (1999) *Exit from the Labour Force for Older Workers: Can the NDC Pension System Help?* The Geneva Papers on Risk and Insurance 24 (4) Geneva: Blackwell Publishers.
- Riksförsäkringsverket (1993) *Socialförsäkring 1989 och 1990*. Sveriges officiella statistik.
- Riksförsäkringsverket (1995a) *RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering*. RFV Redovisar 1995:20.
- Riksförsäkringsverket (1995b) *Socialförsäkring 1991 och 1992*. Sveriges officiella statistik.
- Riksförsäkringsverket (1996) *Socialförsäkring 1993 och 1994*. Sveriges officiella statistik
- Riksförsäkringsverket (1998) *Socialförsäkringsstatistik Fakta 1998*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksförsäkringsverket (2001b) *Vad får oss att arbeta fram till 65?* RFV Analyserar 2001:4. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Wadensjö, E & Sjögren, G (2000) *Arbetslinjen för äldre i praktiken*. Stockholm: Institutet för social forskning.

Appendix

Data från Labour Force Survey (LFS), EUROSTAT, och nationella arbetskraftsundersökningar 1983–2001

Land	1983	1984	1984	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Danmark	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Finland	i.u.	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Frankrike	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tyskland	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nederländerna	*	i.u.	*	i.u.	*	*	*	*	*	*
Norge	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	**	**	**	**
Sverige	*	*	*	*	**	**	**	**	**	**
Storbritannien	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Land	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Danmark	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Finland	**	**	*	*	*	*	*	*	*
Frankrike	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tyskland	*	*	*	*	*	*	*	*	i.u.
Nederländerna	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Norge	**	**	*	*	*	*	*	*	*
Sverige	**	**	*	*	*	*	*	*	**
Storbritannien	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* = LFS.

** = nationell arbetskraftsundersökning.

i.u. = uppgift saknas.

Tabell 1a Fördelning av män i studiepopulationen efter ålder 1985 och 1990, procent

Män	20-49				50-59				60-64			
	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva
1985												
DK	87,3	86,8	6,4	7,3	76,5	81,2	6,3	13,4	64,1	45,5	3,6	52,8
FI	86,5	86,5	5,0	9,0	72,4	69,8	5,8	25,9	52,7	35,6	5,1	62,4
FR	85,8	86,9	8,1	5,5	71,3	71,7	6,6	23,3	41,5	24,4	2,2	75,0
DE	89,7	86,3	5,8	8,3	83,8	81,4	5,4	14,0	65,7	32,1	3,2	66,8
NL	89,8	81,3	9,7	10,0	83,7	71,0	6,1	24,4	66,6	28,8	4,4	69,9
NO	84,2	90,2	2,0	7,8	80,6	87,1	1,1	11,9	80,5	70,6	1,3	28,4
SE*	88,0	88,8	2,6	8,8	83,2	88,4	1,5	10,3	77,9	62,7	3,1	35,3
UK	85,2	84,2	11,6	4,8	83,7	79,3	8,8	13,0	83,2	49,8	10,3	44,5
1990												
DK	87,5	85,6	8,4	6,5	76,7	83,1	6,7	10,9	68,1	48,8	4,7	48,8
FI*	83,3	88,2	3,1	9,0	73,6	72,6	3,3	24,9	51,1	30,0	0,8	69,7
FR	85,0	86,4	7,2	7,0	72,1	70,0	6,0	25,5	43,3	16,0	2,2	83,6
DE	90,3	87,8	3,7	8,8	84,9	83,1	5,1	12,4	68,4	32,9	4,8	65,4
NL	90,4	86,2	5,6	8,7	82,8	72,9	3,9	24,1	55,1	22,4	1,5	77,2
NO	88,2	85,1	5,6	10,0	81,0	82,7	3,7	14,7	81,4	62,1	3,3	35,8
SE	88,2	90,9	1,5	7,7	82,9	89,4	0,9	9,8	78,0	63,7	1,5	35,3
UK	81,2	88,6	6,6	5,1	78,1	79,8	6,9	14,3	79,9	49,4	9,4	45,5

* Data 1987.

♦ Fr.o.m. år 1989 används en ny definition av arbetslösa och inaktiva.

Anställda = Andelen anställda av sysselsatta.

Sysselsatta = Andelen sysselsatta (anställda, egenföretagare, medhjälpare familjemedlemmar av den totala befolkningen).

Arbetslösa = Andelen arbetslösa av arbetskraften (sysselsatta + arbetslösa).

Inaktiva = Andelen utanför arbetskraften av den totala befolkningen.

Tabell 1a Fördelning av män i studiepopulationen efter ålder 1995 och 2000, procent

Män	20-49				50-59				60-64			
	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva
1995												
DK	89,5	86,0	5,4	9,1	82,7	81,5	6,0	13,3	69,4	47,5	6,6	49,2
FI	83,0	72,6	16,8	12,7	74,7	58,9	15,8	30,1	37,7	21,3	1,7	78,3
FR	86,2	81,4	10,4	9,2	77,2	69,3	7,7	25,0	45,4	10,9	2,7	88,8
DE	89,0	85,0	5,9	9,6	84,5	76,8	7,7	16,8	69,1	30,2	6,0	67,8
NL	88,8	85,2	6,2	9,1	79,6	71,0	4,1	26,0	45,9	19,8	2,5	79,7
NO	89,1	83,3	5,9	11,5	83,6	83,2	2,8	14,4	81,0	56,9	4,6	40,4
SE	85,7	79,0	10,6	11,6	79,2	82,5	6,8	11,5	78,8	50,9	8,6	44,2
UK	83,3	83,2	9,8	7,8	75,9	73,5	9,0	19,2	72,8	45,1	10,0	49,9
2000												
DK	89,9	87,7	3,9	8,8	82,3	81,9	3,9	14,8	70,5	37,8	4,0	60,7
FI	85,1	82,8	8,6	9,4	76,6	71,2	8,6	22,0	57,9	25,6	5,7	72,8
FR	88,1	83,0	8,6	9,2	79,3	71,7	7,1	22,9	54,3	10,6	4,1	88,9
DE	88,4	86,7	5,4	8,4	83,6	76,0	8,0	17,4	70,6	29,2	7,2	68,5
NL	88,7	91,5	1,9	6,7	83,0	79,2	1,5	19,6	61,5	26,2	2,2	73,2
NO	91,5	87,4	3,3	9,6	87,5	84,9	1,7	13,7	80,3	57,8	1,3	41,5
SE	87,6	80,3	5,5	15,0	81,3	82,4	6,3	12,0	74,4	49,0	8,3	46,6
UK	86,5	86,7	5,5	8,3	79,0	76,9	5,3	18,8	74,8	47,3	6,1	49,6

Anställda = Andelen anställda av sysselsatta.

Sysselsatta = Andelen sysselsatta (anställda, egenföretagare, medhjälpande familjemedlem mar av den totala befolkningen).

Arbetslösa = Andelen arbetslösa av arbetskraften (sysselsatta + arbetslösa).

Inaktiva = Andelen utanför arbetskraften av den totala befolkningen.

Tabell 1b Fördelning av kvinnor i studiepopulationen efter ålder 1985 och 1990, procent

Kvinnor	20-49				50-59				60-64			
	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva
1985												
DK	92,6	77,4	9,8	14,1	84,8	59,9	7,5	35,3	81,3	25,3	4,6	73,5
FI	90,5	77,9	3,9	15,7	80,4	71,5	5,6	29,3	52,7	38,6	6,9	68,0
FR	88,8	62,2	12,0	29,3	72,4	44,5	7,6	51,8	54,4	14,4	6,1	84,7
DE	90,8	57,5	8,6	37,1	81,8	40,7	7,1	56,2	58,9	10,9	3,0	88,8
NL	90,5	45,8	11,9	48,0	79,7	22,7	6,4	75,7	74,9	6,9	1,9	92,9
NO	88,2	71,8	3,2	26,0	89,3	65,5	1,5	64,0	94,2	44,8	x	55,2
SE*	95,2	86,2	2,6	11,5	92,0	81,5	1,4	17,3	90,9	46,5	2,9	52,1
UK	92,8	61,1	11,1	31,2	93,2	54,8	6,3	41,5	88,7	17,6	6,5	81,2
1990												
DK	94,0	79,2	9,2	12,8	86,0	65,4	8,5	28,5	85,2	26,9	4,8	71,7
FI*	90,3	79,1	2,1	15,7	84,3	73,8	2,3	27,1	66,4	24,4	1,0	79,0
FR	90,2	63,7	12,5	27,3	75,4	46,1	8,3	49,7	60,2	11,8	4,5	87,6
DE	92,2	64,6	6,0	31,3	85,6	47,2	7,4	49,0	63,6	11,6	5,4	87,7
NL	88,3	56,4	10,8	36,7	72,8	29,7	7,4	67,9	55,2	8,3	4,8	91,3
NO	93,1	73,9	4,8	22,4	89,8	66,8	2,3	31,6	91,3	45,5	2,1	54,5
SE	95,2	88,1	1,3	10,7	92,3	83,1	0,6	16,4	93,3	50,3	2,7	48,3
UK	91,6	69,1	6,7	25,9	92,2	58,7	4,7	38,4	90,4	21,8	4,4	77,2

* Data 1987.

♦ Fr.o.m. år 1989 används en ny definition av arbetslösa och inaktiva.

x = Ingen data.

Anställda = Andelen anställda av sysselsatta.

Sysselsatta = Andelen sysselsatta (anställda, egenföretagare, medhjälpande familjemedlem mar av den totala befolkningen).

Arbetslösa = Andelen arbetslösa av arbetskraften (sysselsatta + arbetslösa).

Inaktiva = Andelen utanför arbetskraften av den totala befolkningen.

Tabell 1 b Fördelning av kvinnor i studiepopulationen efter ålder 1995 och 2000, procent

Kvinnor	20-49				50-59				60-64			
	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva	Anställda	Sysselsatta	Arbetslösa	Inaktiva
1995												
DK	95,0	75,2	8,6	17,7	88,2	60,9	7,9	33,9	77,6	20,0	7,4	78,4
FI	91,4	67,3	16,1	19,8	85,8	61,9	10,3	31,0	58,6	17,7	1,2	82,1
FR	91,1	63,8	14,8	25,0	82,8	51,2	8,9	43,8	66,2	10,2	2,2	89,6
DE	92,4	65,3	6,6	30,1	87,5	49,8	8,6	45,5	70,2	11,8	4,2	87,7
NL	90,6	63,8	8,3	30,4	76,8	36,7	5,9	61,0	56,4	7,6	3,2	92,1
NO	93,9	74,5	6,2	20,5	92,0	69,7	2,4	28,6	89,6	45,2	2,3	53,7
SE*	94,0	77,2	8,0	16,1	91,6	78,9	5,8	16,3	90,4	43,4	9,2	52,2
UK	92,7	68,7	7,0	26,1	89,6	60,4	4,8	36,5	85,8	24,6	1,6	75,0
2000												
DK	96,0	79,1	5,2	16,5	88,8	72,2	3,8	24,9	83,7	23,4	1,3	76,3
FI*	92,1	74,3	10,7	16,7	89,3	71,9	7,7	22,1	76,4	20,3	6,6	78,3
FR	93,2	66,5	12,8	23,7	87,3	56,5	8,5	38,2	72,5	9,8	5,3	89,7
DE	93,0	70,3	5,0	26,0	89,3	54,9	8,3	40,2	77,0	13,8	5,4	85,5
NL	91,5	74,0	3,0	23,7	83,8	48,2	2,9	50,3	60,1	10,9	4,3	88,6
NO	95,3	79,9	2,9	17,7	94,8	75,3	0,6	24,3	92,4	44,2	1,4	55,2
SE	94,9	76,3	5,4	19,3	93,0	80,3	3,2	17,0	93,6	43,2	7,2	53,5
UK	93,2	72,4	4,6	24,1	90,7	64,0	3,1	34,0	83,7	25,4	2,4	74,0

Anställda = Andelen anställda av sysselsatta.

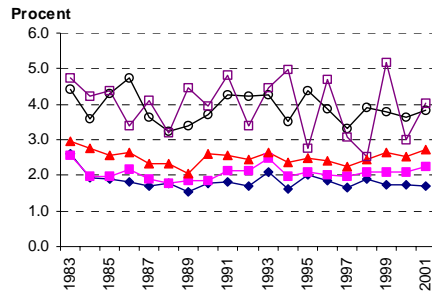
Sysselsatta = Andelen sysselsatta (anställda, egenföretagare, medhjälpande familjemedlemmar av den totala befolkningen).

Arbetslösa = Andelen arbetslösa av arbetskraften (sysselsatta + arbetslösa).

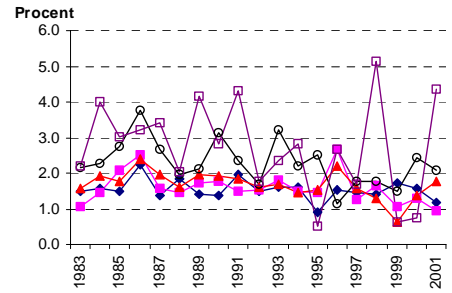
Inaktiva = Andelen utanför arbetskraften av den totala befolkningen.

Figur 3.1 a–f Sjukfrånvaro bland anställda per land uppdelat efter ålder 1983–2001

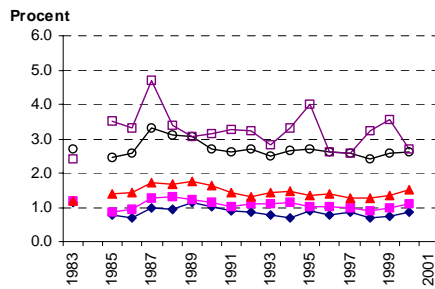
Figur 3.1a. Frankrike



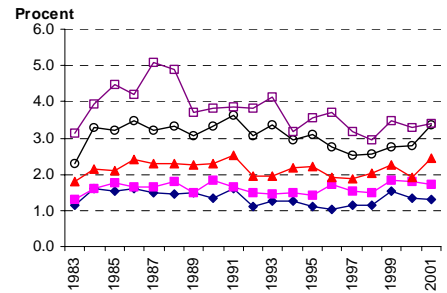
Figur 3.1b. Danmark



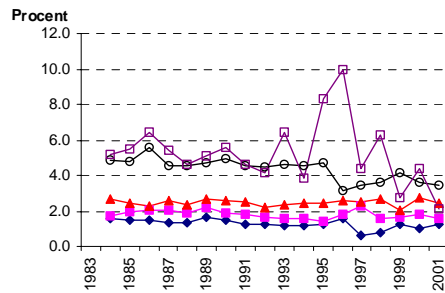
Figur 3.1c. Tyskland



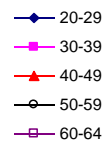
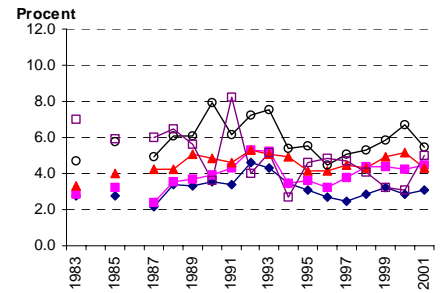
Figur 3.1 d. Storbritannien



Figur 3.1e. Finland



Figur 3.1f. Nederländerna



Tabell 3.2a Tillfälligt anställda i åldern 20–29 år 1985, 1990, 1995 och 2000, procent

Land	1985	1990	1995	2000
FR	6,7	19,7	25,7	32,3
DE	13,0	15,47	15,8	23,9
DK	18,7	18,0	22,5	21,2
FI			34,5	36,2
NL	11,7	11,3	16,6	19,8
NO			20,8	19,2
SE		15,7	26,5	28,5
UK	5,8	4,9	8,3	8,6

Tabell 3.2b Tillfälligt anställda i åldern 30–59 år 1985, 1990, 1995 och 2000

Land	1985	1990	1995	2000
FR	1,7	4,5	6,9	8,9
DE	3,5	4,0	3,8	5,2
DK	5,0	4,6	6,2	5,4
FI			11,1	10,5
NL	4,1	4,2	6,1	8,1
NO			7,5	5,2
SE		5,0	8,0	9,4
UK	4,2	3,8	5,5	5,1

Tabell 2c Tillfälligt anställda i åldern 60–64 år 1985, 1990, 1995 och 2000

Land	1985	1990	1995	2000
DE	3,9	3,9	3,2	3,1
DK	4,9	7,5	6,7	5,9
FI			3,0	5,6
NL	1,9	8,1	9,7	11,6
NO			4,3	3,9
SE		3,7	4,2	7,9
UK	4,1	5,0	6,2	7,9

Tabell 3 Medelvärden i procent för hela perioden 1987–2000. Standardavvikelse (SA) i parentes och min/max kursivt

	Andelen sjukfrånvaro	Arbetslöshet	Andelen tillfälliga kontrakt	Sysselsättningsgrad
	Medelv. (SA) <i>Min/Max</i>	Medelv. (SA) <i>Min/Max</i>	Medelv. (SA) <i>Min/Max</i>	Medelv. (SA) <i>Min/Max</i>
Tyskland	1.8 (1.0) <i>0.7/4.6</i>	7.3 (1.8) <i>3.3/11.5</i>	6.7 (5.9) <i>2.0/24.9</i>	59.7 (25.9) <i>6.3/92.4</i>
Danmark	1.9 (0.8) <i>0.9/4.7</i>	7.4 (2.8) <i>2.2/15.0</i>	8.3 (6.3) <i>2.2/25.1</i>	68.4 (21.7) <i>16.5/91.5</i>
Frankrike	2.8 (1.0) <i>1.4/5.0</i>	10.7 (4.5) <i>4.7/23.3</i>	8.6 (8.1) <i>0.9/33.8</i>	55.5 (27.5) <i>5.4/90.8</i>
Nederländerna	4.6 (1.4) <i>2.0/8.1</i>	6.8 (3.4) <i>1.3/17.4</i>	9.3 (5.4) <i>1.1/21.2</i>	55.7 (29.3) <i>4.0/93.7</i>
Sverige	5.0 (3.2) <i>0.9/14.4</i>	5.4 (3.6) <i>0.8/21.0</i>	9.4 (7.7) <i>1.5/34.6</i>	74.8 (15.6) <i>42.0/94.4</i>
Storbritannien	2.4 (1.0) <i>0.8/5.5</i>	8.2 (3.4) <i>1.6/16.7</i>	5.7 (2.1) <i>1.7/9.6</i>	64.2 (19.5) <i>16.5/88.9</i>

Tabell 4 Betydelsen av hur olika variabler påverkar andelen anställda som var frånvarande från arbetet minst en vecka på grund av sjukdom. Fullständiga regressionsresultat av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer. Standardfel inom parentes

<i>Variabler</i>	<i>Koefficienter (Steg 1)</i>	<i>Koefficienter (Steg 2)</i>
<i>Länder:</i>		
– Danmark	0.002 (0.002)	-0.010 (0.007)
– Frankrike	0.011*** (0.002)	0.002 (0.007)
– Nederländerna	0.027*** (0.002)	0.029*** (0.007)
– Sverige	0.032*** (0.002)	0.044*** (0.006)
– Storbritannien	0.005*** (0.002)	-0.002 (0.008)
<i>Åldersgrupper:</i>		
– 30–39 år	-0.0002 (0.003)	-0.001 (0.005)
– 40–49 år	0.003 (0.003)	-0.0003 (0.005)
– 50–59 år	0.016*** (0.003)	0.022*** (0.005)
– 60–64 år	0.021*** (0.003)	0.031*** (0.005)
Tillfälliga kontrakt	-0.033* (0.018)	-0.044** (0.029)
Arbetslöshet	-0.020 (0.021)	0.007 (0.083)
<i>Arbetslöshet och länder:</i>		
Arbetslöshet x Danmark	–	0.141 (0.099)
Arbetslöshet x Frankrike	–	0.075 (0.090)
Arbetslöshet x Nederländerna	–	-0.018 (0.091)
Arbetslöshet x Sverige	–	-0.228*** (0.087)
Arbetslöshet x Storbritannien	–	0.079 (0.091)
<i>Arbetslöshet och åldersgrupper:</i>		
Arbetslöshet x 30–39 år	–	0.019 (0.048)
Arbetslöshet x 40–49 år	–	0.069 (0.058)
Arbetslöshet x 50–59 år	–	-0.079 (0.053)
Arbetslöshet x 60–64 år	–	-0.121** (0.057)
Kvinna (1,0)	0.006*** (0.001)	0.005*** (0.001)
Intercept	0.014*** (0.004)	0.012 (0.007)
Observationer	420	420
Justerat R2	0.66	0.70
F-test	46.1***	36.9***

***, ** och * innebär signifikant på 1,5 och 10 procent signifikansnivå.

Tyskland utgör referensgrupp för länder.

20–29 år är referensgrupp för åldersgrupper.

Samtliga regressionsmodeller innehåller perioddummyvariabler.

Tabell 5 Betydelsen av hur olika variabler påverkar andelen anställda som var frånvarande från arbetet minst en vecka på grund av sjukdom. Fullständiga regressionsresultat av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer. Standardfel inom parentes

<i>Variabler</i>	<i>Koefficienter (Steg 1)</i>	<i>Koefficienter (Steg 2)</i>
<i>Länder:</i>		
– Danmark	-0.003 (0.003)	-0.027*** (0.005)
– Frankrike	0.008 (0.003)	0.023*** (0.004)
– Nederländerna	0.031*** (0.003)	0.031*** (0.004)
– Sverige	0.040*** (0.003)	0.016* (0.009)
– Storbritannien	0.007 (0.005)	-0.020*** (0.005)
<i>Åldersgrupper:</i>		
– 30–39 år	0.005 (0.005)	0.009 (0.012)
– 40–49 år	0.009* (0.005)	0.010 (0.012)
– 50–59 år	0.022*** (0.005)	0.020 (0.012)
– 60–64 år	0.042*** (0.005)	0.010 (0.013)
Arbetslöshet	-0.050** (0.022)	-0.079*** (0.021)
Tillfälliga kontrakt	0.040 (0.032)	0.022 (0.016)
<i>Tillfälliga kontrakt och länder:</i>		
Tillfälliga kontrakt x Danmark	0.060* (0.031)	–
Tillfälliga kontrakt x Frankrike	0.028 (0.031)	–
Tillfälliga kontrakt x Nederländerna	-0.016 (0.035)	–
Tillfälliga kontrakt x Sverige	-0.112*** (0.029)	–
Tillfälliga kontrakt x Storbritannien	0.012 (0.073)	–
<i>Tillfälliga kontrakt och åldersgrupper:</i>		
Tillfälliga kontrakt x 30–39 år	0.017 (0.049)	–
Tillfälliga kontrakt x 40–49 år	0.039 (0.056)	–
Tillfälliga kontrakt x 50–59 år	0.042 (0.065)	–
Tillfälliga kontrakt x 60–64 år	-0.237*** (0.044)	–
Sysselsättningsgrad	–	0.018 (0.018)
<i>Sysselsättningsgrad och länder:</i>		
Sysselsättningsgrad x Danmark	–	0.034*** (0.007)
Sysselsättningsgrad x Frankrike	–	-0.013** (0.006)
Sysselsättningsgrad x Nederländerna	–	-0.002 (0.006)
Sysselsättningsgrad x Sverige	–	0.005 (0.011)
Sysselsättningsgrad x Storbritannien	–	0.034*** (0.008)

<i>Variabler</i>	<i>Koefficienter (Steg 1)</i>	<i>Koefficienter (Steg 2)</i>
<i>Sysselsättningsgrad och åldersgrupper:</i>		
Sysselsättningsgrad x 30–39 år	–	-0.009 (0.016)
Sysselsättningsgrad x 40–49 år	–	-0.006 (0.016)
Sysselsättningsgrad x 50–59 år	–	0.006 (0.016)
Sysselsättningsgrad x 60–64år	–	0.118*** (0.019)
Kvinna (1,0)	0.005*** (0.001)	0.012*** (0.001)
Intercept	0.006 (0.005)	-0.010 (0.015)
Observationer	420	420
Justerat R2	0.72	0.79
F-test	41.47***	58.5***

Se tabell 4.

Bilaga 2

Beräkningar av de demografiska effekterna

av

Kjell Nyman

Bilaga 2 Beräkningar av de demografiska effekterna

De beräkningar som genomförts av den effekt som åldersstrukturens och sysselsättningsgradens förändring haft på utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige under de senaste fem åren baseras på SCB:s arbetskraftsundersökningar (se tabell 1, 2 och 3).

Tabell 1 **Antal och andelen individer fördelade i olika åldersklasser**

Ålders- kategori	1996		2001		Antal 2001 -96 års åldersstr.
	Antal	Procent	Antal	Procent	
20-64	5 130 000	100,0	5 218 000	100,0	5 218 000
20-29	1 192 000	23,2	1 104 000	21,2	1 212 000
30-39	1 222 000	23,8	1 262 000	24,2	1 243 000
40-49	1 234 000	24,0	1 169 000	22,4	1 255 000
50-59	1 078 000	21,0	1 241 000	23,8	1 096 000
60-64	404 000	7,9	443 000	8,5	411 000

Den demografiska effekten (åldersstrukturens förändring) har beräknats genom att hålla åldersstrukturen under den aktuella tidsperioden konstant. Den totala befolkningen 2001 (5 218 000) har fördelats i olika ålderskategorier utifrån den procentuella fördelningen 1996 (tabell 1, kolumn 2 "Procent"). Som framgår av tabell 1 (kolumn 5 "Antal 2001") resulterar det i färre antalet individer över 50 år samtidigt som det blir fler mellan 20–29 och 40–49. Andelen anställda i de olika ålderskategorierna antas vara lika stor som den de facto var 2001 (tabell 3, kolumn 1 "Andelen anställda"). Likaså antas andelen som är frånvarande p.g.a. sjukdom under minst en vecka vara densamma som den var 2001 (tabell 3, kolumn 3 "Andelen sjuka").

Tabell 2 Anställda och sjukfrånvarande¹ år 1996

<i>Ålders- kategori</i>	<i>Andel an- ställda %</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Andelen sjuka %</i>	<i>Antalet sjuka</i>
20-64		3 407 000	2,5	85 000
20-29	58,7	700 000	1,0	7 000
30-39	71,4	873 000	2,1	18 000
40-49	73,9	912 000	2,7	25 000
50-59	69,3	747 000	3,7	28 000
60-64	43,5	176 000	4,1	7 000

Tabell 3 Anställda och sjukfrånvarande år 2001 beräknad utifrån 1996-års åldersfördelning i befolkningen

<i>Ålders- kategori</i>	<i>Andel an- ställda %</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Andelen sjuka %</i>	<i>Antalet sjuka</i>	<i>Ant. sjuka med 2001 års fördel.</i>
20-64		3 664 000	4,4	158 000	161 000
20-29	65,8	798 000	2,4	19 000	18 000
30-39	77,4	963 000	3,4	33 000	33 000
40-49	76,5	960 000	4,5	44 000	41 000
50-59	70,6	774 000	6,2	48 000	54 000
60-64	41,2	169 000	8,5	14 000	15 000

Utifrån denna beräkning har antalet sjukfrånvarande individer i de olika ålderskategorierna, om den demografiska strukturen sett likadan ut 2001 som 1996, erhållits (tabell 3, kolumn 4 "Antalet sjuka"). Det totala antalet sjuka har sedan beräknats genom att summera antalet sjuka i de olika ålderskategorierna. Som framgår av tabell 3 hade det totala antalet sjuka vid oförändrad åldersstruktur i befolkningen varit ca 3 000 lägre än vad det enligt arbetskraftsundersökningen de facto var 2001 (jfr. kolumn 4 och 5). Det motsvarar ca 0,1 procentenhet räknat utifrån antalet anställda (3 000/3 664 000) eller ca 5 procent av den totala ökningen på 1,9 procentenheter.

Av beräkningarna framgår att antalet sjuka bland de anställda som är över 50 år och som har en hög sjukfrånvaro visserligen skulle ha varit lägre eftersom ökningen av antalet personer i den

¹ Antalet individer som varit sjukfrånvarande i minst 7 dagar enligt AKU

åldern då skulle ha varit betydligt mer begränsad. Det motverkas dock delvis att antalet sjuka i åldern 40-49 skulle ha varit något högre till följd av att deras andel av befolkningen i så fall varit större.

Den demografiska effekten visar sig vara relativt begränsad även när man analyserar sjukfrånvarons utveckling separat för de som är över 50 år. I ålderskategorin 50-59 respektive 60-64 har antalet sjukfrånvarande ökat från 28 000 respektive 7 000 år 1996 (tabell 2, kolumn 4 "Antalet sjuka") till 54 000 respektive 15 000 år 2001 (tabell 3, kolumn 5 "Antalet sjuka"). Endast 24 respektive 13 procent av denna ökning kan förklaras av att de blivit betydligt fler (jämför utvecklingen med den beräkning som presenteras i tabell 3, kolumn 4 "Antalet sjuka").

De olika ålderskategoriernas bidrag till den totala sjukfrånvaron (tabell 4, kolumn 1 och 2) har beräknats genom att dividera antalet sjuka i de olika kategorierna med totala antalet anställda (tabell 2 och 3). De olika ålderskategoriernas bidrag till ökningen av sjukfrånvaron 1996-2001 har därefter räknats fram på motsvarande sätt.

Tabell 4 Olika ålderskategoriers bidrag till den totala sjukfrånvaron, procentenheter

Ålderskategori	1996	2001	Ökning	Andel av total ökning
20-64	2,5	4,4	1,9	100,0 %
20-29	0,2	0,5	0,3	14,6 %
30-39	0,5	0,9	0,4	19,7 %
40-49	0,7	1,1	0,4	19,8 %
50-59	0,8	1,5	0,7	34,8 %
60-64	0,2	0,4	0,2	11,0 %

Av beräkningarna framgår att anställda i åldern 50-59 står för drygt en tredjedel (kolumn 4 "andel av total ökning") av den totala ökningen. Deras sjukfrånvaro har visserligen inte ökat snabbare än bland övriga ålderskategorier men de väger i sammanhanget tungt eftersom de redan i utgångsläget hade många sjukfrånvarande. Den ålderskategori, som bidragit minst till den ökning som registrerats, är 60-64 åringarna. Eftersom antalet anställda med den åldern är förhållandevis liten spelar det i sammanhanget mindre roll att sjukfrånvaron ökat mest i just denna ålderskategori (jämför kolumn 3 "Andelen sjuka" i tabellerna 2 och 3).