



## Regionala skillnader i sjukskrivning

– hur ser de ut och vad beror de på?



I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare:           Enheten för analys

Upplysningar:     Jon Dutrieux, tel 786 98 28

                          Kent-Rune Sjöholm, tel 786 92 24

### Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

<b>RFV Föreskriver (RFFS)</b>	Författningar med bindande föreskrifter
<b>RFV Rekommenderar (RAR)</b>	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
<b>RFV Vägledning</b>	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
<b>RFV Analyserar</b>	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
<b>RFV Anser</b>	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
<b>RFV Informerar</b>	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
<b>RFV Redovisar</b>	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-556 799 29

Fax 08-760 58 95

E-post: [rfv@ontime.se](mailto:rfv@ontime.se) eller på Internet [www.rfv.se](http://www.rfv.se)

Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2003.

## ***Förord***

Den snabba ökningen av antalet sjukskrivna sedan år 1997 har satt fokus på frågan om vilka bakomliggande faktorer som kan förklara individers sjukskrivning. Eftersom det uppmärksammats att risken att sjukskrivas är betydligt högre i vissa län än i andra har regeringen uppdragit åt Riksförsäkringsverket, att i samråd med Socialstyrelsen klargöra omfattningen av och orsakerna till det varierande regionala mönstret för sjukskrivning, samt följderna för försäkringens kostnader.

För att svara på dessa frågor har flera olika studier genomförts. Beräkningar har gjorts på vilka effekterna av de regionala skillnaderna i sjukskrivning är för de totala finansiella kostnaderna. Statistik har tagits fram för att jämföra vilka skillnader som finns beträffande vilka diagnoser som används vid sjukskrivning i länen. Data på kommunnivå har använts för att ringa in vilka kommunegenskaper som påverkar kommunbefolkningens risk att sjukskrivas. I en studie framtagen av Socialstyrelsen analyseras regionala skillnader i sjukskrivningens längd för patienter som drabbats av någon av två väldefinierade diagnoser (akut hjärtinfarkt eller bröstcancer).

Denna rapport är en sammanställning av de resultat som hittills framkommit i ett antal rapporter som löpande har redovisats och som kommer att redovisas. Den syftar till att ge en överskådlig bild av omfattningen av de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret samt av vad som kan sägas om dess orsaker och konsekvenser.

Rapporten har skrivits av Jon Dutrieux vid Riksförsäkringsverkets analysenhet.

Carl-Göran Högås  
Chef för analysenheten

# ***Innehåll***

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>7</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>9</b>
<b>Både sjuktal och förtidspensionering är sedan tidigare högst i Norrland.....</b>	<b>12</b>
<b>Regionala skillnader i sjukfrånvaro – omfattning och konsekvenser .....</b>	<b>15</b>
<i>Stora regionala skillnader i sjukfrånvaro påverkar endast marginellt de totala utgifterna.....</i>	<i>15</i>
<i>Hög sjukfallsfrekvens främst i glesbygd och i Norrland .....</i>	<i>17</i>
<i>Längre sjukskrivningar vid sjukhusvård i Norrland.....</i>	<i>19</i>
<b>Orsaker till regionala skillnader i sjukfrånvaro .....</b>	<b>21</b>
<i>Lokala arbetsmarknader .....</i>	<i>21</i>
<i>Geografi, hälsa, sociala och ekonomiska faktorer .....</i>	<i>25</i>
<i>Befolkningsstrukturen har endast marginell betydelse.....</i>	<i>26</i>
<b>Diskussion .....</b>	<b>27</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>29</b>
<b>Studier som genomförts inom uppdraget.....</b>	<b>30</b>

## **Sammanfattning**

Denna rapport syftar till att klarlägga omfattningen av de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret samt att ringa in orsaker till och konsekvenserna av dessa. Rapporten är en sammanställning av de resultat som hittills framkommit i ett antal rapporter som löpande har redovisats och som kommer att redovisas. De viktigaste slutsatserna är följande:

Norrlandslänen har legat över riksgenomsnittet för ohälsotalet under hela perioden 1970–2001. I Hallands, Jönköpings och Uppsala län har ohälsotalen under hela denna period legat under riksgenomsnittet. De höga ohälsotalen i norrlandslänen förklaras främst av en stor grupp förtidspensionärer. Sjukfrånvaron i dessa län låg dock till i början på 1990-talet i nivå med riksgenomsnittet. Sjukfallsfrekvensen är idag överlag betydligt högre i glesbygd samt i landets norra delar än i övriga regioner. Relativt tätbefolkade norrlandskommuner hade år 2000 fler sjukfall per invånare för både män och kvinnor än glesbygdskommuner längre söderut medan glesbygdskommuner hade fler förtidspensionärer. Allra flest, både sjukfall och förtidspensionärer, hade de kommuner som låg i norrländsk glesbygd. Spridningen av sjukfrånvaron är dock stor även inom dessa kommungrupper.

En hög andel med ersättning från antingen sjukpenningen eller förtidspension sammanfaller med begränsade arbetsmarknadsmöjligheter. Det ligger nära till hands att tro att ett snävare val av alternativa arbetsställen på den lokala arbetsmarknaden utgör en del av förklaringen till detta.

Enligt de nuvarande regelsystemen byter den som är arbetslös och sjukskriven ersättningsform från arbetslöshetsersättning till sjukpenningersättning. En undersökning av fallängder visar att den tid det tar (år 2001) att avsluta en skrivningsperiod är ca 50 procent längre för den som är arbetslös jämfört med den som är anställd. Detta gäller för samtliga län. Även vid en djupare analys som tar hänsyn till en mängd individfaktorer – som kön, ålder, diagnos, stress och utbrändhet, yrkeskrav, sektor (privat, kommun, landsting, stat) – kvarstår detta resultat. Regioner där arbetslösheten är hög har följaktligen flera sjukskrivningsdagar per sjukskriven på grund av den betydligt längre sjukskrivningstiden för arbetslösa.

Näringsstrukturen skiljer sig åt mellan Sveriges län, men skillnader i bransch är inte en viktig förklaring till varför sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan kommuner. I kommuner där sjukskrivningen är allmänt låg har anställda inom en viss bransch (exempelvis personer som arbetar inom bank och försäkring eller äldreomsorg) lägre sjukskrivningskostnader per person än i

kommuner där den är allmänt hög. Sålunda är det inte förekomsten av en viss bransch inom en kommun, utan skillnader mellan kommunerna i sig, som avgör resultatet.

Variationer i befolkningsstrukturen förklarar endast marginellt skillnader i sjukskrivning. För de 10 procent av kommunerna med högst sjukfallsfrekvens kunde år 2000 omkring 5 procent av de längsta fallen förklaras av deras ålders- och könsstruktur. Antal kortare fall tycks i stort sett inte ha haft något samband alls med dessa kommuners befolkningsammansättning.

Vissa skillnader mellan gruppen långtidssjukskrivna i Sveriges län framstår som så framträdande att de svårigen kan förklaras med strukturella skillnader i befolkningsstruktur, arbetsmarknadssituation eller dylikt. Till exempel tyder skillnader när det gäller diagnosmönstret på att sjukskrivningspraxis varierar över landet. Sjukskrivningslängden vid sjukdomar som leder till sluten sjukhusvård följer ett mönster som liknar det för den totala sjukfrånvaron. För både hjärtinfarkts- och bröstcancerpatienter är sjukskrivningstiderna över lag längre i norrlandslänet och i glesbygdsregioner än i övrigt landet.

Framtida studier behöver belysa i vilken utsträckning de konstaterade regionala skillnaderna i sjukfrånvaron beror på hur sjukpenningförsäkringen administreras, den regionala fördelningen av resurser samt lokala och regionala attityder till användningen av sjukskrivning – hos alla inblandade parter.

Den snabba uppgången av sjukskrivningarna som ägt rum sedan år 1997 är inte något som skett enbart i vissa regioner, utan är en nationell företeelse. De regionala skillnader som kan konstateras idag var i stort sett desamma i mitten av 1990-talet. De stora regionala skillnaderna i sjukpenningutgifter per capita har endast marginell betydelse för de totala utgifterna. Anledningen är att kommunerna med den högsta sjukskrivningsfrekvensen är relativt små och därför väger lätt i Sveriges sammanlagda sjukskrivningsutgifter.

## **Inledning**

### *Uppdraget*

Regeringen har uppdragit åt Riksförsäkringsverket (RFV), att i samråd med Socialstyrelsen klargöra omfattningen av och orsakerna till det varierande mönstret för sjukskrivning, samt följderna för försäkringens kostnader (S2002/2312/SF – inkommet till RFV 2002-03-14).

I uppdraget fastställs att RFV i samråd med övriga ansvariga myndigheter skall analysera de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret samt försöka klarlägga vilka skillnader som kan bero på organisatoriska och resursmässiga faktorer hos Försäkringskassor och sjukskrivande läkare. Vidare skall klarläggas vilka skillnader som kan hänföras till lokala arbetsgivare samt vilka som följer av exempelvis befolkningens hälsa, socio-ekonomiska sammansättning och av situationen på lokala arbetsmarknader.

En delrapport översändes den 15 oktober 2002. Uppdraget skall slutligen redovisas den 15 februari 2003 (3 mars enligt särskild överenskommelse). I följande rapport redovisar RFV resultatet av ett flertal studier som genomförts inom uppdraget.

### *Disposition*

I föreliggande rapport beskrivs först kortfattat utvecklingen sedan början på 1970-talet av den regionala fördelningen av den ohälsorelaterade frånvaron. Sedan klargörs omfattningen av de regionala skillnaderna, sjukfrånvarons geografiska fördelning samt vilken effekt denna haft på försäkringens kostnader. Slutligen diskuteras möjliga förklaringar till de konstaterade skillnaderna.

Inom ramen för uppdraget har fyra delstudier genomförts. Dessa bifogas som bilagor till denna rapport.

I en första delstudie, RFV Analyserar 2003:4 *Regionala skillnader – Kommun och bransch*, vars resultat presenterades i december 2002, studeras sjukpenning, förtidspension och i viss mån arbetslöshetsersättning under 1990-talets andra hälft. Denna studie har även klarlagt i vilken utsträckning de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret kan förklara den allmänna uppgången av sjukskrivningskostnaderna sedan år 1997.

I studien RFV Redovisar 2002:8 *Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*, publicerad i december 2002, beskrivs gruppen långvarigt sjukskrivna i olika delar av landet, samt i vilken omfattning de återgår i arbete i olika län.

Studien *Omfattning och orsaker till den regionala skillnaden i sjukskrivningsmönstret*, innehåller dels en beskrivning av den geografiska fördelningen av antalet sjukfall per invånare i Sveriges kommuner, dels ett försök att med hjälp av en regressionsanalys skatta vilka kommunegenskaper som kan förklara denna fördelning.

I en studie framtagen av Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen, *Regionala skillnader i sjukskrivning efter slutet sjukhusvård*, analyseras regionala skillnader i sjukskrivningens längd för patienter som år 2000 drabbades av akut hjärtinfarkt eller bröstcancer.

### *Frågor för framtida studier*

Mot bakgrund av utredningsområdets omfattning samt att andra projekt med värdefull information ännu inte avslutats avser RFV att fortsätta arbetet även efter den 3 mars 2003 för en mera fullständig analys. Målsättningen är dessutom att i framtiden göra regelbundna uppföljningar på delar av de studier som nu tagits fram. Det bedöms som av särskild vikt att vidare studera följande aspekter.

- Sambandet mellan situationen och utvecklingen på den lokala arbetsmarknaden å ena sidan och sjukskrivning samt förtidspensionering å den andra.
- Selektiva befolkningsströmmars effekt på beståndet av förtidspensionärer. Flyttar förtidspensionärer i stor utsträckning tillbaka till hemorten efter ett arbetsliv i tätort?
- Hur Försäkringskassans resurser och/eller rutiner påverkar antalet sjukskrivningar. Skillnader mellan fördelning av ohälsotal och sjuktal.
- Effekter på försäkringens kostnader av de regionala skillnaderna i förtidspensionering.
- Ytterligare förklaringsvariabler till den regionala spridningen av sjukfrånvaron som olika datamaterial möjliggör att lyfta fram.



### **Regionala indelningar**

Regionala skillnader i sjukskrivningsmönstret har först konstaterats på länsnivå. Flera olika regionala indelningar är dock möjliga och vilken som skall föredras för en viss studie går inte att säga utan att föregripa vilka orsaker till de regionala skillnaderna som kan antas finnas. I denna rapport används fyra olika regionala indelningar för att möjliggöra flera angreppssätt.

**Län** Länsnivån ger en generell bild av landet och har fördelen att flertalet datamaterial vad gäller möjliga förklaringsvariabler finns på denna nivå. En nackdel är att län är så stora att de oftast innehåller orter av vitt skilda karaktärer.

**Kommuner** Har samma fördelar som länet men dessutom den fördelen att de genom sin mindre storlek blir mer enhetliga. Regressionsanalyser med paneldata på kommunnivå ger därför en möjlighet att försöka ringa in tänkbara förklaringsvariabler till de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret.

**H-regioner** Definieras efter befolkningstäthet. H-region 1 är Stockholmsregionen, H 3 kommuner med mer än 90 000 invånare inom 30 km från kommuncentrum, H 4 kommuner med mellan 27 000 och 90 000 invånare inom denna radie men mer än 300 000 invånare inom en radie på 100 km, H 5 som H 4 men med mindre än 300 000 invånare inom 100 km, H 6 kommuner med mindre än 27 000 invånare inom en radie av 30 km runt kommuncentrum, H 8 Göteborg och H 9 Malmö-Lund-Trelleborgs-regionen.

**LA-regioner** SCB identifierar för varje år ett hundratal så kallade lokala arbetsmarknader vilka är sammanslagningar av angränsande kommuner mellan vilka arbetspendling överstiger en viss nivå samt enskilda kommuner över vilkas gränser arbetspendling understiger en viss nivå.

## **Både sjuktal och förtidspensionering är sedan tidigare högst i Norrland**

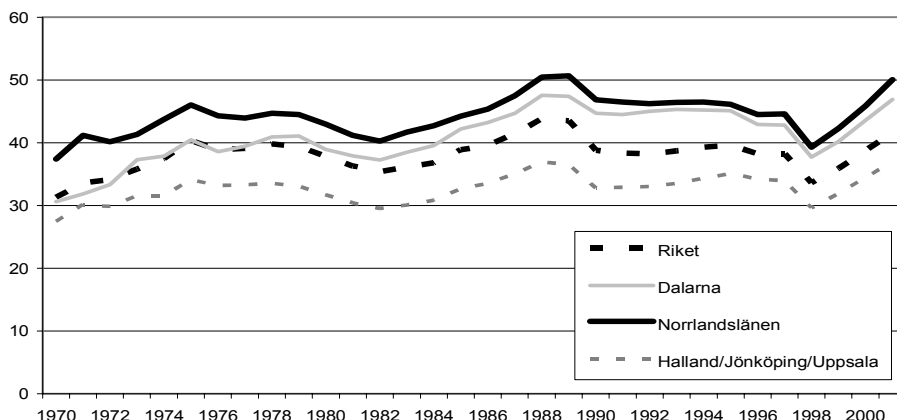
*Ett stort antal förtidspensionärer har sedan minst tre decennier fått den totala ohälsorelaterade frånvaron från arbete att ligga högre i Norrlandslänet än i övriga Sverige. Vad beträffar sjukskrivningarna har dock en tydlig förändring skett sedan slutet av 1980-talet. De tre storstädernas sjuktal, vilka legat bland de högsta, har sjunkit i relativa termer medan sjuktalet i Norrland ökat i förhållande till övriga landet. Idag är antalet både förtidspensionsdagar och sjukpenningdagar per capita fler i Norrland än i övriga landet.*

Under de tre senaste decennierna har förskjutningar skett av den regionala fördelningen av sjukskrivningsmönstret. Samtidigt kan vissa förhållandevis stabila mönster urskiljas. De högsta sjuktalet återfanns under lång tid i storstadskommunerna. År 1970 hade de tre storstäderna fortfarande egna stadskassor, vilkas sjuktal var de högsta i riket. I Göteborg och Malmö kvarstod dessa stadskassor fram till början av 1990-talet och sjuktalet låg konsekvent bland de högsta. Att storstäderna även vad sjukpenning beträffar övergått till att ligga under genomsnittet i landet som helhet är sålunda en utveckling som ägt rum först under 1990-talet. Figur 1 visar ohälsotalens<sup>1</sup> utveckling i ett antal län samt landet som helhet sedan år 1970.

---

<sup>1</sup> Ohälsotalen mäter totalt antal dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning eller förtidspension ställt i relation till totalt antal inskrivna försäkrade. Ohälsotalen har här skattats genom att beståndet av individer med förtidspension/sjukbidrag har multiplicerats med 365 för de med hel förtidspension och med 365/2 för de med partiell förtidspension. Summan av dessa två har sedan adderats med antalet utbetalda sjukpenningdagar för att få totala antalet dagar som ersatts från socialförsäkringen. Denna summa har slutligen dividerats med befolkningen i åldersgruppen 16–64 år för vissa år, antal sysselsatta vissa och sysselsatts plus förtidspensionärer vissa år. Rehabiliterings- och arbetsskadesjukpenning som idag står för en liten del av det totala ohälsotalen, men av vilka den senare under 1970- och 1980-talen var en relativt stor förmån, ingår endast under perioden 1990–1997. Dessutom bygger antalet sjukpenningdagar för vissa år på skattningar. Även om jämförbarheten över tid försvåras av dessa omständigheter är beräkningssättet för varje givet år detsamma för samtliga län varför utvecklingen av dessas relativa ohälsotal ändå kan studeras.

**Figur 1 Utvecklingen av ohälsotalets regionala fördelning**



Källa: Beräkningar gjorda utifrån den officiella statistiken

Norrlandsläna har samtliga legat över riksgenomsnittet för ohälsotalet under hela perioden 1970–2001. Skillnaden mellan norrlandsläna och riksgenomsnittet har dock legat på en förhållandevis konstant nivå. Inom gruppen norrlandslän har Västerbotten och Norrbotten gått från att ha haft de lägsta ohälsotalen år 1970 till att ha de högsta år 2001. För Dalarnas län låg ohälsotalet 1970 strax under riksgenomsnittet, men har sedan stigit kontinuerligt i förhållande till detta och ligger sedan början av 1990-talet högre än vissa av norrlandsläna.

I Hallands, Jönköpings och Uppsala län har ohälsotalen under hela perioden 1970–2001 legat under riksgenomsnittet. Hallands och Jönköpings län har dessutom under hela perioden varit de två län som haft det lägsta ohälsotalet av alla.

De höga ohälsotalen i norrlandsläna består under merparten av perioden främst av en stor grupp förtidspensionärer. Om fokus endast ligger på sjuktalet (vilket är den del av ohälsotalet som består av sjukpenningdagar), varierar detta för norrlandsläna runt riksgenomsnittet från år 1970 fram till slutet av 1980-talet då flertalet av dem drar ifrån även i denna bemärkelse. Samtliga norrlandslän ligger sedan dess över riksgenomsnittet även vad sjuktalet beträffar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att sjukskrivningarna sedan år 1997 har ökat betydligt i *samtliga* Sveriges både län och kommuner. Den inbördes rangordningen mellan läna vad gäller sjukpenningutgifter har dock föränd-

rats väsentligt. Däremot var rangordningen av länen enligt *ohälsotalet* nästan exakt densamma år 2001 som år 1996<sup>2</sup>. Att rangordningen vad gäller ohälsotal inte utvecklats som den för sjukpenningutgifterna tyder på att det fortfarande finns betydande skillnader beträffande i vilken mån långtidssjukskrivna förtidspensioneras i olika delar av landet. Framför allt finns en tendens till att en större andel sjukskrivna förtidspensionerats i de nordliga länen. En central fråga för fortsatta studier blir därför att närmare belysa och förstå skillnader i hur processen kring förtidspensionering av långtidssjukskrivna skiljer sig åt mellan olika regioner.

---

<sup>2</sup> RFV Analyserar 2003:4 *Regionala skillnader – Kommun Bransch*, sid 3.

## Regionala skillnader i sjukfrånvaro – omfattning och konsekvenser

*Skillnaderna i sjukfrånvaro är stora om man endast ser till läns- eller kommunnivå. Det är dock befolkningmässigt små orter som särskiljer sig med hög sjukfrånvaro, varför den finansiella betydelsen av de regionala skillnaderna är begränsad. Hög sjukfrånvaro, både genom antal fall och deras längd, är koncentrerad till glest befolkade kommuner och till kommuner i Norrland och Dalarna. Allra högst är sjukfrånvaron i de kommuner som ligger både i glesbygd och i norr. Även inom dessa kommungrupper är dock spridningen i sjukfrånvaron stor.*

### Stora regionala skillnader i sjukfrånvaro påverkar endast marginellt de totala utgifterna

En genomgång av fördelningen av antal sjukskrivningar per kommuninvånare bekräftar redan kända fakta<sup>3</sup>. Spridningen är stor mellan län och ännu större mellan kommuner. Spridningen av antal sjukfall per invånare i Sveriges kommuner framgår av Tabell 1.

**Tabell 1**      **Antal sjukfall per 100 invånare i olika falllängder i Sveriges kommuner år 2000**

Falllängd (dagar)	15–89		90–365		365+	
	<i>m</i>	<i(kv)< i=""></i(kv)<>	<i>m</i>	<i(kv)< i=""></i(kv)<>	<i>m</i>	<i>kv</i>
Min	2,8	6,8	1,5	3,3	0,8	1,7
Max	10,3	16,4	5,8	8,7	4,5	8,1
Medel, <i>oviktat*</i>	7	11,2	3	5	2,2	3,7
<i>Viktat*</i>	6,2	10,4	2,7	4,7	2	3,4

Källa: RFV, STORE

\* med kommunens befolkningsstorlek.

Skillnaderna är stora mellan kommuner med högsta och lägsta sjukfallsfrekvens. Antal fall över ett år per man i Bjurholm (4,5) var nästan 6 gånger högre än i Danderyd (0,8). Vid jämförelse mellan de kommuner som låg över

<sup>3</sup> Se bland annat SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.

riksgenomsnittet och de som låg under visar det sig att medeltalet av antal sjukfall per kommuninvånare för de förra låg mellan 25 och 45 procent över medeltalet för de senare.

Att det medelvärde som viktats med kommunens befolkningsstorlek genomgående är lägre än det oviktade är en följd av att mindre kommuner över lag har betydligt högre antal sjukfall per invånare än mer folkrika kommuner. Detta innebär även att kommuner med hög sjukfrånvaro väger förhållandevis lätt i de totala sjukskrivningsutgifterna. Samtidigt betalas större delen av sjukpenningen ut i storstadskommuner med relativt låga sjukfall.

En följd av att det är små kommuner som har den högsta sjukfrånvaron är att de stora skillnaderna i sjukpenningutgifter per capita endast får marginell betydelse för de totala utgifterna<sup>4</sup>. En illustration av detta är att det skulle räcka med att omfördela 6–7 procent av de totala sjukpenningutgifterna (1999), från kommuner med relativt höga sjukfall till kommuner med relativa låga, för att alla kommuner skulle få samma sjukpenning per capita. På samma sätt skulle det räcka med att omfördela knappt 11 procent av den totala ökningen av sjukpenningutgifterna mellan åren 1996 och 1999 från de kommuner som ökat mer än genomsnittet till de som ökat mindre för att uppnå samma ökning per capita. Detta motsvarar omkring 4 procent av de totala kostnaderna år 1999.

Den snabba uppgången av sjukpenningutgifterna som ägt rum sedan år 1997 är sålunda en nationell, och ingen regional, företeelse. För att uppnå det uppsatta målet om att halvera sjukpenningkostnaden mellan år 2002 och år 2008 måste landets genomsnittliga sjukpenningutgifter sänkas långt under nivån i den kommun som nu ligger lägst, Danderyd. Även denna kommun, vilken år 1999 låg 37 procent under genomsnittlig sjukpenningkostnad per capita, skulle således behöva sänka sina kostnader väsentligt för att uppnå det uppsatta målet. Besparingspotentialen av att få ner de regionala skillnaderna i sjukfrånvaron är därför begränsad.

---

<sup>4</sup> RFV Analyserar 2003:4 *Regionala skillnader – Kommun och bransch*.

## **Hög sjukfallsfrekvens främst i glesbygd och i Norrland**

De kommuner som har markant högre sjukfrånvaro än landet som helhet har inte endast relativt liten befolkning, de är dessutom över lag glest befolkade. Detta framgår vid en uppdelning av Sverige i så kallade H-regioner<sup>5</sup>. Framför allt är det de två mest glesbefolkade H-regionerna, i vilka ca 10 procent av befolkningen i åldern 16–64 bor, som utmärker sig med höga antal sjukfall per invånare.

Sjukfallsfrekvensen är även betydligt högre i landets norra delar än i de södra. I de nordliga länen<sup>6</sup> låg år 2000 endast 3 av 69 kommuner under riksgenomsnittet vad gäller antal sjukfall per invånare. Dessa var Övertorneå, Pajala och Haparanda, alla i Norrbottens län. Bland resterande, mer sydligt belägna kommuner, låg 90 av 220 under riksgenomsnittet i denna bemärkelse.

Till stor del sammanfaller koncentrationen av antal sjukfall till de nordliga länen med att de kommuner som har högst antal sjukfall ligger i de mest glesbefolkade delarna av Sverige. Frågan är därför om det främst är förhållanden specifika för nordliga län eller för glesbygd som leder till den högre sjukfallsfrekvensen. I Tabell 2 redovisas antal sjukfall i de kommuner som tillhör båda, endast en, eller ingen av dessa grupper (här är glesbygd definierad som H-region 5 och 6).

---

<sup>5</sup> Se faktaruta, sid. 11.

<sup>6</sup> Här benämns med ett samlingsnamn Dalarna och Norrlandslänet ”nordliga län”. Även om Dalarna inte tillhör Norrland visar det sig att länet vad gäller antal sjukfall har mer gemensamt med Norrlandslänet än med övriga.

**Tabell 2 Sjukfallsfrekvens i glesbygd och i de nordliga länen samt övriga år 2000**

	<i>Endast glesbygd<sup>1</sup></i>	<i>Endast nordliga län<sup>2</sup></i>	<i>Både glesbygd och nordligt län<sup>3</sup></i>	<i>Varken eller<sup>4</sup></i>	<i>Hela landet</i>
Andel av kommuner (%)	5,5	6,9	17	70,6	100
Andel av befolkning (%)	2,3	7,9	8,1	81,6	100
Sjukfall per 100 män	12,9	13,1	13,9	11,6	12,1
Sjukfall per 100 kvinnor	20,1	21,2	23,6	18,9	19,9
Sjukfall per 100 invånare	16,3	17	18,6	15,1	15,9
Ohälsotal män	38,8	35,8	43,1	30,1	31,4
Ohälsotal kvinnor	53,7	51,3	59,6	43,5	44,7
Ohälsotal totalt	45,9	43,3	51,0	36,6	37,9

Källa: RFV, STORE

1 Kommuner i H-regioner 5 och 6, dock ej de kommuner som ligger i Norrland eller Dalarna

2 De kommuner i Norrland och Dalarna som inte ligger i H-regioner 5 eller 6

3 Kommuner i H-regioner 5 och 6 som dessutom ligger i Norrland eller Dalarna

4 Kommuner som varken ligger i Norrland, Dalarna eller i H-region 5 eller 6

För både män och kvinnor hade relativt tätbefolkade nordliga kommuner fler sjukfall per invånare än glesbygdskommuner utanför de nordliga länen år 2000. Allra flest hade de kommuner som tillhör båda grupperna. Denna skillnad är framför allt betydande för antal fall per kvinna. Både glesbygdstillhörigheten och att bo i ett av de nordliga länen tycks ha en förhöjande effekt på sjukskrivningsrisken. Effekten av att tillhöra ett nordligt län är möjligen något starkare men förtar för den skull inte glesbygdseffekten. Detta eftersom kommuner som tillhör båda grupperna har märkbart fler sjukfall än de relativt tätbefolkade nordliga kommunerna.

Samtidigt som skillnaderna i omfattningen av sjukfrånvaron till stor del följer dessa uppdelningar i glesbygd/tätort samt nordliga/sydliga län så kvarstår en större variation inom respektive regional indelning än mellan dem. År 2000 hade Nynäshamn kommun i Stockholms län lika hög sjukfallsfrekvens som den genomsnittliga nordliga glesbygdskommunen medan Pajala i Norrbottens



län hade ett lägre antal sjukfall än den genomsnittliga storstadskommunen. Både variationen mellan och inom dessa kommungrupper måste söka klarläggas.

Vad gäller ohälsotalet framgår i stort sett samma mönster som för sjukfallsfrekvensen. Skillnaderna i ohälsotalet är dock ännu större, framför allt beroende på stor spridning av antal förtidspensionärer. Till skillnad mot antal sjukfall är andelen förtidspensionärer, och därmed ohälsotalet, framför allt koncentrerat till glesbygd (snarare än till de nordliga länen som sådana). Allra högst ohälsotal återfinns inom glesbygd i de nordliga länen. Det visar sig dessutom att den högre sjukfallsfrekvensen i glesbygd och Norrland även motsvaras av skillnader mellan sjukskrivningslängd i dessa och övriga regioner.

## **Längre sjukskrivningar vid sjukhusvård i Norrland**

Sjukskrivningstid för personer som år 2000 drabbades av antingen akut hjärtinfarkt eller bröstcancer har studerats för att dessa två diagnoser är bland de mest väldefinierade. Det visar sig att den regionala spridningen av sjukskrivningslängden över lag förklaras i ringa grad av geografiska faktorer. Trots detta kan tydliga skillnader konstateras mellan län eller H-regioner när jämförelser görs mellan de regioner som uppvisar de längsta respektive kortaste sjukskrivningstiderna.<sup>7</sup>

Bland hjärtinfarktspatienter hade norrlandslänen de längsta sjukskrivningstiderna, nästan 25 procent över riksgenomsnittet, medan Jönköping och Örebro län hade de kortaste. Sjukskrivningstider för hjärtinfarktspatienter är längre i gleset befolkade län än i mer tätbefolkade. Om de orter som ligger i Norrland bryts ut från glesbygds- respektive småstadsregionerna är dock sjukskrivningstiderna i samtliga fall längre i Norrland än i resten av landet.

Även bland bröstcancerpatienter låg samtliga norrlandslän över landet som helhet, även efter kontroll för demografisk struktur och övrig sjuklighet. Bland bröstcancerpatienter syns inget tydligt samband mellan befolkningstäthet och sjukskrivningens längd. Malmö H-region ligger dock lägst (ca 300 dagar), norrlandsstäderna och glesbygden har ca 100 dagar längre sjukskrivningstider och resten av landet ligger mitt emellan.

Den samlade bilden när dessa två diagnosgrupper sjukskrivningslängd jämförs med den regionala fördelningen av total sjukskrivning är att ett liknande

---

<sup>7</sup> Se Socialstyrelsens rapport *Regionala skillnader i sjukskrivning efter sluten sjukhusvård* för en utförlig beskrivning av metod och resultat.

generellt mönster framträder. Vissa sydliga län utmärker sig med lägre sjuktal och kortare sjukskrivningar än landet som helhet, medan norrlandslänen och glesbygdsregionerna ligger markant över genomsnittet i båda avseendena. Detta gäller således för två mycket väl avgränsade diagnoser där sjukskrivningslängden *a priori* kunde ha antagits uppvisa små variationer.

Samtidigt tyder skillnader när det gäller vilka diagnoser som ges på att sjukskrivningspraxis varierar över landet. Andelen långtidssjukskrivna med diagnoser relaterade till den psykiska ohälsan, vilken i hela landet ökat kraftigt under de senaste åren, är till exempel i det närmaste dubbelt så hög i Gävleborgs län som i Norrbottens län. I norrlandslänen dominerar rörelseorganens sjukdomar<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Se RFV Redovisar 2002:8 *Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*.

## Orsaker till regionala skillnader i sjukfrånvaro

*Situationen på den lokala arbetsmarknaden tycks ha två primära effekter på sjukfallsfrekvensen. I regioner med små lokala arbetsmarknader och hög långvarig arbetslöshet tyder mycket på att både förtidspension och sjukskrivning till viss del följer av svårigheterna att hitta alternativa inkomstkällor. Samtidigt tycks det som om mer konjunkturell arbetslöshet har en dämpande effekt på framför allt sjukskrivningarna. Då arbetslösas sjukskrivningar i snitt är längre innebär dessutom en högre arbetslöshet på den lokala arbetsmarknaden fler sjukpenningdagar per sjukfall. De nordliga länen och glesbygden har högre sjukfrånvaro och fler förtidspensionärer än övriga landet även då hänsyn tas till både arbetsmarknadssituation och andra förhållanden i kommunen. I övrigt tycks sjukfrånvaro på kommunnivå hänga samman med mindre gynnsamma både ekonomiska och sociala förhållanden. Befolkningsstrukturen kan endast marginellt förklara de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro.*

### Lokala arbetsmarknader

De högre sjuktalen i glesbygd och i nordliga kommuner sammanfaller med arbetsmarknader som erbjuder begränsade arbetsmöjligheter. Förvärvsgraden är lägre och arbetslösheten högre i dessa regioner än i övriga. En möjlig delförklaring till de höga sjuktalen i de nordliga länen som framförts är att svårigheter att finna alternativa inkomstkällor, kombinerat med utformningen av sjuk- respektive arbetslöshetsförsäkringen, kan ge ekonomiska drivkrafter för individen att försöka bli sjukskriven<sup>9</sup>.

Uppgifter för åren 1999–2001 visar att median- och medeltiden för ett sjukskrivningsfall är betydligt längre för den som är arbetslös än för den som har anställning. Tabell 3 visar att mediantiden för ett sjukskrivningsfall 15 dagar eller längre är nästan dubbelt så lång för den som arbetslös jämfört med den som är anställd och att medelvärdet på antalet dagar (där mätningen kapas av efter ca ett år) är koppas 50 procent högre. Variationen mellan kommuner är stor (skillnaderna är dock omringade av stora osäkerhetsintervall på grund av urvalets storlek). Resultatet att sjukskrivningslängden är ca 50 procent längre för arbetslösa än för anställda kvarstår trots detta även vid en multivariat analys som tar hänsyn till en mängd individfaktorer, som kön, ålder, diagnos,

---

<sup>9</sup> RFV Analyserar 2003:4 *Regionala skillnader – Kommun och bransch*, sid. 4.

stress och utbrändhet, sektor (privat, kommun, landsting stat). Regioner där arbetslösheten är hög har följaktligen flera sjukskrivningsdagar per sjukskrivning på grund av den betydligt längre sjukskrivningstiden för dessa.<sup>10</sup>

**Tabell 3 Sjukskrivningslängd i dagar år 2001 för arbetslösa och ej arbetslösa**

	<i>Ej arbetslösa</i>			<i>Arbetslösa</i>			<i>Samtliga</i>	
	<i>Andel av fall (%)</i>	<i>Medeltal</i>	<i>Median</i>	<i>Andel av fall (%)</i>	<i>Medeltal</i>	<i>Median</i>	<i>Medeltal</i>	<i>Median</i>
Stockholm	90,3	104,0	46,5	9,7	160,4	89,0	109,5	49,0
Uppsala	88,3	123,0	56,0	11,7	200,4	202,0	132,0	58,5
Södermanland	85,0	123,2	48,0	15,0	204,4	251,5	135,4	52,0
Östergötland	86,0	114,3	53,5	14,0	130,3	66,5	116,6	56,0
Jönköping	91,1	102,8	46,0	8,9	171,8	144,0	108,9	48,0
Kronoberg	91,7	98,9	37,5	8,3	222,9	294,0	109,2	44,0
Kalmar	84,9	94,6	44,0	15,2	192,7	154,0	109,4	56,5
Gotland	93,8	84,3	32,0	6,3	82,5	82,5	84,2	32,0
Blekinge	89,9	109,8	43,0	10,1	146,1	56,0	113,5	47,0
Skåne	85,1	104,6	45,0	14,9	149,9	80,0	111,3	47,0
Halland	90,3	100,8	41,0	9,7	168,3	113,0	107,3	42,0
Västra								
Götaland	88,8	99,3	45,0	11,2	154,2	67,0	105,5	46,0
Värmland	84,9	121,5	56,0	15,1	130,9	57,0	122,9	56,0
Örebro	85,2	109,1	45,0	14,8	139,3	74,0	113,5	47,0
Västmanland	88,6	100,1	48,5	11,5	136,3	45,0	104,2	48,0
Dalarna	83,7	127,5	65,5	16,3	184,3	189,0	136,8	68,5
Gävleborg	83,8	114,6	46,0	16,2	156,6	87,5	121,4	55,0
Västernorrland	84,7	111,0	38,0	15,3	148,0	60,0	116,7	43,0
Jämtland	85,0	125,6	81,0	15,0	176,8	157,0	133,3	83,0
Västerbotten	85,6	119,5	43,0	14,4	146,3	60,0	123,4	46,0
Norrbotten	82,0	114,7	39,0	18,0	158,6	85,0	122,6	46,0
<b>Riket</b>	<b>87,4</b>	<b>107,5</b>	<b>46,5</b>	<b>12,6</b>	<b>159,0</b>	<b>84,0</b>	<b>114,0</b>	<b>49,0</b>

Källa: Sickness compensation in Sweden – regional differences

<sup>10</sup> Sickness compensation in Sweden – regional differences. Daniela Andrén och Edward Palmer. Arbetsmanuskript. Riksförsäkringsverket. Maj 2003.

Eftersom en period med ersättning från Försäkringskassan inte räknas in i perioden med ersättning för arbetslöshet förlängs denna i praktiken av en sjukskrivningsperiod. För människor som är berättigade till högre sjukpenning än arbetslöshetsersättning finns dessutom en ytterligare anledning att snarare vara sjukskriven än att få arbetslöshetsersättning.

Enligt en nyligen publicerad studie har skillnaden i högsta ersättningsnivå mellan dessa två försäkringar för individer i detta inkomstintervall en tydlig förhöjande effekt på andelen arbetslösa som sjukskrivs. När perioden med arbetslöshetsersättning närmar sig sitt slut höjs dessutom individens benägenhet att bli sjukskriven. I slutet av arbetslöshetsperioden är sjukskrivningsrisken tre gånger högre jämfört med arbetslösa som ännu har hela ersättningsperioden (normalt 300 dagar) kvar. Detta kan förvisso till viss del bero på att en längre period av arbetslöshet har en negativ effekt på individens allmänna hälsotillstånd.<sup>11</sup>

Indirekt kan konstruktionen av regelsystemen för arbetslöshetsersättning och sjukpenning även förklara en del av de högre förtidspensionstalen i de nordliga länen. Detta är fallet i den mån den sjukpenning som föregår förtidspensioneringen är kopplad till brist på arbetstillfällen – vilket i sig kan tolkas som brist på möjlig rehabilitering för långtidssjukskrivna.<sup>12</sup> Viss praxis från 1970- och 1980-talen, då det fortfarande var möjligt att förtidspensionera människor på grund av arbetsmarknadsskäl kan av någon anledning leva kvar mer i de nordliga länen än i de södra.

En ytterligare skillnad mellan de kommuner som utmärker sig med högre sjukfallsfrekvens än övriga är att näringsstrukturen skiljer sig åt på flera områden. De kommuner som ligger i glesbygd inom något av de nordliga länen har en lägre andel anställda inom industrin, men en högre andel inom vård, skola och omsorg. Branschstatistik för år 1999 visar dock att de regionala skillnader i sjukfrånvaro som visar sig i riket i stort också framträder på branschnivå. År 1999 var det samma län som hade de högsta sjukpenningutgifterna per capita inom 30 stora branscher som undersökts, som inom befolkningen i stort<sup>13</sup>.

Samtidigt som det är de regioner som har högst arbetslöshet som även har högst sjukfallsfrekvens har tidigare studier kunnat visa att *utvecklingen* av den

---

<sup>11</sup> Laura Larsson *Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden.*

<sup>12</sup> RFV Analyserar 2003:4 *Regionala skillnader – Kommun och bransch.*

<sup>13</sup> Ibid.

totala sjukfrånvaron i Sverige har ett starkare *motsatt* samband med *utvecklingen* av arbetslösheten än i flera jämförbara länder.<sup>14</sup> Dessa till synes motstridiga resultat har sannolikt sin grund i att arbetslöshetens effekt på sjukfrånvaron skiljer sig åt beroende på om den är av konjunkturell eller av strukturell art. En uppgång av arbetslösheten till följd av en konjunktursvacka kan antas ha en avskräckande effekt på anställda, vilka blir mindre benägna att sjukskriva sig. Om de som blir arbetslösa över lag finner en ny anställning relativt snabbt borde heller inte deras benägenhet att söka sjukskriva sig öka markant.

Om arbetslösheten däremot går över till att bli av mer strukturell karaktär, med en stor andel långtidsarbetslösa, får detta två primära effekter. Båda dessa pekar i riktning mot en större benägenhet att sjukskrivas. Å ena sidan minskar den arbetslöses konkurrenskraft med arbetslöshetsperiodens längd vilket gör att den avskräckande effekten avtar med tiden. Å andra sidan ökar benägenheten att vilja sjukskriva sig allteftersom perioden med arbetslöshetsersättning löper mot sitt slut.

Eftersom större städer, vilka står för merparten av sjukskrivningsutgifterna, har en mindre andel långtidsarbetslösa än mer glest befolkade delar av landet kan denna uppdelning av arbetslösheten i en strukturell och en konjunkturell del förklara varför de totala sjukskrivningsutgifterna utvecklas åt motsatt håll jämfört med arbetslöshetsersättningen.

Detta synsätt stärks av en analys av effekten på sjukfallsfrekvensen av arbetslöshetsnivån i kommunen. I två regressionsanalyser på olika datamaterial är detta samband klart positivt om man endast testar arbetslöshetsvariabeln med andra arbetsmarknadsvariabler. Som redan konstaterats är det alltså över lag kommuner med hög arbetslöshet som dessutom har hög sjukfrånvaro. Samtidigt är sambandet mellan arbetslöshet och sjukfallsfrekvens negativt om man testar den samtidigt med geografiska- och välfärdsvariabler vilka i sig fångar in en viktig del av den strukturella effekten som en hög arbetslöshet vittnar om.<sup>15</sup> Med ofördelaktiga ekonomiska och sociala förhållanden i övrigt (vilka sammanfaller med en hög arbetslöshetsnivå), verkar det alltså som om arbetslösheten *i sig* har en dämpande effekt på sjukfrånvaron.

Det är inte endast nivån på sjukskrivningarna som påverkas av arbetslösheten på orten. Regionala skillnader i demografi, arbetsmarknad och näringsstruktur avspeglar sig till viss del i de långvarigt sjukskrivas egenskaper i olika

---

<sup>14</sup> Ds 2002:49 *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder* sid 111.

<sup>15</sup> Se Riksförsäkringsverket *Spelar bostadskommun roll för hur mycket vi sjukskrivs?*

län<sup>16</sup>. Andelen långvarigt sjukskrivna med en anställning var under perioden 1999–2001 högre än riksgenomsnittet i Uppsala, Kronoberg, Jönköping och Stockholms län, vilka alla hade relativt låg arbetslöshet. På samma sätt var andelen arbetslösa bland de långtidssjukskrivna relativt hög i Skåne, Örebro, Gävleborg och Västernorrland, vilka alla låg på, eller över genomsnittlig arbetslöshet i landet som helhet. Då Sveriges län jämförs sammanfaller även relativt hög återgång i förvärvsarbete efter en period av långtidssjukskrivning med att gruppen långtidssjukskrivna är förhållandevis ung, har högre utbildning, oftare har fast förankring på arbetsmarknaden samt har tillgång till en regional arbetsmarknad som kan erbjuda fler jobbalternativ.

## **Geografi, hälsa, sociala och ekonomiska faktorer**

Som tidigare nämnts har en kommuns geografiska placering, att ligga i glesbygd och/eller i ett nordligt län, en klart förhöjande effekt på sjukfrånvaron. Denna effekt kvarstår även efter beaktande av andra sociala och ekonomiska variabler. Inverkan på ohälsotalet är ungefär likvärdig av att ligga i glesbygd som av att ligga i ett nordligt län. Antal sjukfall påverkas dock betydligt starkare av att ligga i ett nordligt län än av att ligga i glesbygd. Då skillnaden i den regionala fördelningen mellan ohälsotal och sjukfallsfrekvens framför allt beror på antalet förtidspensionärer, innebär detta att sjukfallsfrekvensen framför allt är hög i de nordliga länen medan förtidspensionering mer är ett glesbygdsfenomen. När effekten av de sociala och ekonomiska variabler som testats tillkommer blir resultatet det som redovisas i Tabell 2, att skillnaden i sjuktal blir begränsad medan ohälsotalet visar sig vara betydligt högre i glesbygdskommuner än i relativt tätbefolkade norrlandskommuner.

Dödligheten inom kommunbefolkningen mellan 16 och 64 år liksom andelen änkor och änklingar i denna befolkning är visserligen mycket grova mått på hälsa men antas dock fånga upp just effekten av det allmänna hälsotillståndet i kommunen. Båda har en förhöjande effekt på ohälsotalet i kommunen, medan effekten är betydligt svagare för sjukfallsfrekvensen. En förklaring till detta kan vara att dessa variabler, liksom ohälsotalet, är mer åldersberoende än sjukfallsfrekvensen. Åldersgruppen över 60 år dominerar mer bland förtidspensionärer och bland långtidssjukskrivna än då totalt antal sjukfall som varat minst två veckor studeras. Det kan varken anses styrkt eller motbevisat att de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro delvis beror på skillnader i allmänt hälsotillstånd. Framför allt skulle användbara mått på hälsa inom respektive kommun behöva vara åldersstandardiserade.

---

<sup>16</sup> Se RFV Redovisar 2002:8 *Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*.

Det är sedan tidigare känt att socialt och ekonomiskt utsatta individer löper högre risk att bli sjukskrivna än till exempel höginkomsttagare och personer med en stabil social situation<sup>17</sup>. Detta innebär att det är som förväntat att även kommuner med relativt högt välstånd uppvisar en lägre sjukskrivningsnivå. Det visar sig dock att sjukfallsfrekvensen är lägre i kommuner som betalar ut förhållandevis mycket socialbidrag. Detta beror sannolikt dels på att socialbidragstagare ofta saknar sjukpenninggrundande inkomst, och därför inte kan komma i fråga för sjukpenning, dels på att socialbidragsberoende främst berör yngre och utrikes födda personer, och därför är koncentrerat till storstadsområden med relativt låg sjukfallsfrekvens. Generellt pekar dock resultaten på att hög sjukfrånvaro på kommunnivå är förknippad med relativt lågt ekonomiskt välstånd inom kommunen.

Betydelsen av variabler för att mäta social välfärd, såsom antal skilda, aborter och självmord ställt i relation till befolkningen, liknar effekterna av de ekonomiska välfärdsvariablerna, det vill säga att högre välfärd sammanfaller med lägre sjukfrånvaro. Detta innebär att sjukfrånvaron tycks ingå som en del av mer generella välfärdsskillnader mellan Sveriges kommuner.

## **Befolkningsstrukturen har endast marginell betydelse**

Då antalet sjukfall per individ har ett nära samband till ålder och kön är en förklaring som förts fram till de stora skillnaderna i sjukfallsfrekvens mellan regioner att deras respektive befolkningsstruktur skiljer sig åt. Detta är också till viss del fallet eftersom de små glesbygdskommuner som har de högsta relativa antalen sjukfall även har en förhållandevis hög medelålder.

Generellt sett kan befolkningsstrukturen dock bara förklara en begränsad del av spridningen i sjukskrivningsmönstret. För de 10 procent av kommunerna med högst antal sjukfall per invånare förklaras år 2000 omkring 5 procent av fallen som varat över ett år av deras ålders- och könssammansättning. Antal fall under 3 månader tycks i stort sett inte ha haft något samband alls med dessa kommuners befolkningssammansättning.

Omvänt, om det enda som skilde kommunerna åt varit deras befolkningsstruktur skulle skillnaden mellan de två kommunerna med högst respektive lägst sjukfallsfrekvens ha varit omkring en tiondel av den faktiska skillnaden.

---

<sup>17</sup> Se till exempel RFV Analyserar 2000:2 *Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna*.



## **Diskussion**

Uppdragets syfte är att klargöra omfattningen av och undersöka orsakerna till den regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret.

Vad som framträder klart är att det finns ett tydligt regionalt samband mellan höga sjukskrivningsutgifter och hög arbetslöshet. Några av de studierna som gjorts inom ramen för uppdraget har därför fokuserat på i vilken mån skillnader i sjukskrivning mellan regioner beror på skillnader i tillämpningen av socialförsäkringen för arbetslösa.

Sjuktalet i glesbygdskommuner och i mer allmänt i de nordliga länen är mycket högre än i riket i genomsnitt. En förklaring kan vara svaga lokala arbetsmarknader. För de som skulle behöva byta arbete finns inte många alternativ på nära håll. Alternativet är istället att flytta till en annan ort. För i synnerhet äldre arbetskraft är sjukskrivning och i förlängningen förtidspension ett alternativ till att flytta från kommunen för att finna en ny arbetssituation. Å andra sidan har vi inte haft möjlighet att inom den tidsram som finns undersöka i vilken utsträckning problemet inte består av en kulturellt betingad uppfattning om möjligheterna till att helt byta yrke (exempelvis från skogsarbete till omsorg) för att lösa situationen.

Mycket tyder dessutom på att det främst är den strukturella arbetslösheten som för med sig framför allt höga förtidspensionsnivåer men även högre sjukfallsfrekvens. I stort sett överlag i Sverige – inte bara i Skogslänen och i Norrland – är den normala längden för fall längre än 15 dagar, där den som är sjukskriven är arbetslös, 50 procent längre än fall där den som är sjukskriven har en anställning. Samtidigt visar ett flertal undersökningar för Sverige att konjunkturell arbetslöshet har motsatt effekt på sjukfrånvaron, det vill säga, allmänt sett ökar sjukskrivningen under en stigande konjunktur och sjunkande arbetslöshet.

Även näringsstrukturen skiljer sig väsentligt åt mellan Sveriges län vilket också det kan vara en delförklaring till de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönstret. Däremot visar en av studierna som gjorts inom ramen för uppdraget att skillnader i bransch i sig inte har varit avgörande för regionala skillnader i sjukskrivning. I de län där sjukskrivningsnivån är lägst, exempelvis Kronoberg, är sjukskrivningsutgifter per sjukskriven person lägst oavsett om den som är sjukskriven arbetar inom bank och försäkringsbranschen eller inom omsorg. I län med de högsta kostnaderna är sjukpenningkostnaden för både bank- och försäkringsbranschen och inom omsorg högst. Med andra ord

framträder de regionala skillnaderna vi observerar på riksnivå i stort sett även på branschnivå.

Faktorer som ålder, kön, födelseland, diagnos, utbildning och inkomst har i många undersökningar visat sig kunna förklara skillnader i sjukskrivning mellan individer. Sålunda har de också en inverkan på regionala skillnader i den utsträckning att regioner skiljer sig i dessa avseenden. Skillnader i sammansättningen av individer är emellertid inte en avgörande förklaring till de regionala skillnaderna. Dessa förhållanden kan visserligen tillsammans med bland annat situationen på den lokala arbetsmarknaden förklara en betydande del av *de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro* i olika befolkningsgrupper under ett givet år. För att förklara den snabba *kostnadsökningen* bidrar de dock bara marginellt. Det är således andra faktorer som ligger bakom kostnadsutvecklingen, vilka inte kunnat identifieras i de studier som hittills genomförts.

De regionala skillnaderna när det gäller diagnosmönstret är så stora att det tycks som att sjukskrivningspraxis kan variera över landet. Det visar sig även att sjukskrivningslängden vid sjukdomar som är så precist definierade som hjärtinfarkt och bröstcancer är markant högre i glesbygd och i Norrlandslänen än i regioner som även i övrigt har lägre sjukfrånvaro. Det har även visat sig att andelen blivande mödrar som sjukskrivs under de sista tre månaderna av graviditeten varierar mycket kraftigt mellan Sveriges län.

Samtidigt som en stor del av de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro ett givet år kan förklaras av de faktorer som testats i de olika delstudierna så kvarstår skillnader även efter att hänsyn tagits till dessa. Både Norrland och glesbygdsregioner har var för sig både högre sjuktal och fler förtidspensionärer än vad som kan förklaras av de studier som hittills genomförts. Det kan därför fortfarande inte uteslutas att regionala skillnader i tillämpningen av socialförsäkringen ligger bakom en del av skillnaderna.

Det kan slutligen konstateras att de stora regionala skillnaderna i sjukpenningutgifter per capita endast har marginell betydelse för de totala utgifterna. Detta förklaras av att tyngden i kostnaderna finns inom regioner som ligger närmare mitten av fördelningen, dvs. Stockholm, Skåne och Västra Götaland. Kommuner som med de högsta och lägsta utbetalningarna per capita är normalt väldigt små kommuner. I en av studierna som initierats inom ramen för uppdraget konstateras att ca 5 procent av ökningen i sjukpenningkostnader i slutet av 1990-talet kan förklaras av regionala skillnader.

## Referenser

Ds 2002:49 *Den svenska sjukvan – sjukfrånvaron i åtta länder* Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm

Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, *Regionala skillnader i sjukskrivning efter slutet sjukhusvård*

Larsson Laura *Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden* Working paper 2002:6 Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering

RFV Analyserar 2000:2 *Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna*

SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*

## **Studier som genomförts inom uppdraget**

### **Riksförsäkringsverket**

Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete, RFV Redovisar 2002:8

Regionala skillnader – Kommun och bransch RFV Analyserar 2003:4

### **Socialstyrelsen**

Regionala skillnader i sjukskrivning efter slutna sjukhusvård, *Epidemiologiskt Centrum*

### **Övrigt material som tagits fram till uppdraget**

Omfattning och orsaker till den regionala skillnaden i sjukskrivningsmönstret. *Daniela Andrén, Thomas Andrén och Edward Palmer Arbetsmanuskript. Mars 2003*

*Regionala skillnader i sjukskrivningsmönstret mellan Sveriges kommuner år 2000. Jon Dutrieux och Kent-Rune Sjöholm, Arbetsmanuskript, mars 2003*

Sickness compensation in Sweden – regional differences. Daniela Andrén och Edward Palmer. Arbetsmanuskript. Riksförsäkringsverket, mars 2003

Skattningar av skillnader mellan kommuner och branscher i utgifter för förtidspension och sjukpenning, 1992–2000