

Hälsoeffekter av arbetsmarknadspolitiska insatser

Marco Caliendo

Robert Mahlstedt

Gerard van den Berg

Johan Vikström

Hälsoeffekter av arbetsmarknadspolitiska insatser^a

av

Marco Caliendo^b, Robert Mahlstedt^c, Gerard van den Berg^d och
Johan Vikström^e

2020-10-19

Sammanfattning

Den här rapporten studerar om arbetsmarknadsutbildning och sanktioner påverkar individers hälsa. Arbetsmarknadsutbildning och sanktioner representerar två olika strategier för att få arbetslösa i arbete. Medan utbildning fokuserar på stöd är sanktioner ett sätt att utöva kontroll över den arbetslöse. Vi finner att arbetsmarknadsutbildning har positiva hälsoeffekter: hjärtproblem och mentala hälsoproblem minskar med 7,5 respektive 6,5 procent. Effekterna är som störst för personer med lägre utbildningsnivå och personer utan tidigare hälsoproblem. Vår tolkning är att de positiva hälsoeffekterna av utbildning förklaras av bättre dagliga rutiner, mer meningsfulla sociala kontakter och förbättrat självförtroende. Sanktioner leder istället till en kortsiktig ökning av mentala hälsoproblem, troligen till följd av negativ ekonomisk stress. På längre sikt ser vi inga hälsoeffekter av sanktioner.

^a Rapporten är en populärvetenskaplig version av forskningsuppsatsen Caliendo m.fl. (2020). Vi tackar Anders Forslund, Markus Gehrsitz, Aderonke Osikominu, Ulrika Vikman och seminariedeltagare vid IFAU, Copenhagen University, Potsdam University, Hamburg University, EALE 2018 (Lyon), IAB workshop Unemployment and Well-Being 2018 (Nuremberg), ESPE 2019 (Bath), Verein für Socialpolitik 2019 (Leipzig), the Annual Meeting of the VfS Committee for Population Economics 2020 (Basel) för synpunkter. Vikström tackar för stöd från Forte (2015–00971) och Caliendo tackar för stöd från German Research Foundation (DFG, CA 829/7–1).

^b University of Potsdam, IZA Bonn, DIW Berlin, IAB Nuremberg.

^c University of Copenhagen and IZA Bonn.

^d University of Bristol, IFAU Uppsala och IZA Bonn.

^e johan.vikstrom@ifau.uu.se, IFAU och Uppsala Universitet.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Tänkbara hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning och sanktioner.....	4
3	Studiens upplägg.....	6
3.1	Data arbetslöshet, program och sanktioner.....	6
3.2	Hälsodata	6
3.3	Hur skattas hälsoeffekterna?.....	7
4	Hälsoeffekter av utbildning och sanktioner	10
4.1	Hälsa under månaden före insatserna	10
4.2	Arbetsmarknadsutbildning och hälsa.....	10
4.3	Sanktioner och hälsa.....	12
4.4	Effekter för olika grupper	13
5	Slutsatser.....	15
	Referenser	17

1 Inledning

Den här rapporten studerar hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning och sanktioner i arbetslöshetsförsäkringen. Eftersom arbetsmarknadspolitiska insatser kan tänkas påverka individers hälsa på flera olika sätt, är det relevant att närmare undersöka insatsernas hälsoeffekter. Om arbetsmarknadspolitiska insatser leder till ökad jobbchans och kortare tid i arbetslöshet, kan de ha positiva hälsoeffekter eftersom tidigare forskning har visat att arbetslöshet kan försämra hälsan. Utbildning och sanktioner kan också ha mer direkta hälsoeffekter. Exempelvis kan utbildning leda till förbättrade dagliga rutiner, mer meningsfulla sociala kontakter och bättre självförtroende. Det talar för att utbildning skulle kunna förbättra deltagarnas hälsa. Sanktioner leder däremot till lägre inkomst, vilket kan skapa negativ stress och därigenom försämrad hälsa.

En anledning till att vi studerar arbetsmarknadsutbildning och sanktioner är att de motsvarar två olika vanligt förekommande strategier att få arbetslösa i arbete (Arni m.fl., 2017). Utbildning fokuserar på att ge den arbetslöse stöd och nya kunskaper, medan sanktioner syftar till att öka kontrollen och sätta press på den arbetslöse att mer aktivt söka arbete. Hälsoeffekterna av utbildning och sanktioner kan ge viktig information om hur insatser som fokuserar på stöd respektive kontroll påverkar individers hälsa.

Vidare är det välkänt att arbetslöshet och företagsnedläggningar kan påverka individers hälsa. Exempelvis har tidigare litteratur visat att arbetslöshet och företagsnedläggningar är förknippade med ökat hälsofarligt beteende, såsom rökning och alkoholintag (Eliason & Storrie, 2009; Black m.fl., 2015), mer drogmissbruk (Carpenter m.fl., 2017), fler sjukhusinläggningar (Keefe m.fl., 2002; Browning & Heinesen, 2012), och högre dödlighet (Sullivan & von Wachter, 2009; Eliason & Storrie, 2009; Browning & Heinesen, 2012). Arbetslöshet är också relaterat till försämrad mental och fysisk hälsa (Dooley m.fl., 1996; Catalano m.fl., 2000; McKee-Ryan m.fl., 2005). Det är därför intressant att undersöka om arbetsmarknadspolitiska insatser som syftar till att få arbetslösa fortare tillbaka i arbete, kan motverka delar av dessa negativa hälsokonsekvenser av arbetslöshet och företagsnedläggningar.

Hälsoeffekter är också relevanta eftersom de kan vara viktiga att hänsyn till när man jämför för- och nackdelar med olika arbetsmarknadspolitiska insatser. Tidigare forskning har framförallt fokuserat på hur arbetsmarknadsutbildning och sanktioner påverkar ekonomiska utfall. Exempelvis visar svenska utvärderingar att arbetsmarknadsutbildning generellt har positiva sysselsättningseffekter, i synnerhet på längre sikt (de Luna m.fl., 2008; Liljeberg, 2016; Vikström & van den Berg, 2017). Internationella studier ger liknande resultat (ex. Lechner m.fl., 2011; Card m.fl., 2017). Vidare visar både svenska studier (van den Berg

& Vikström, 2014; Lombardi & Vikström, 2019) och internationella studier (van den Berg m.fl., 2004; Lalive et al., 2005; Arni m.fl., 2013) att sanktioner leder till högre jobbchans men också till lägre löner. Men för att få en fullständig bild av för- och nackdelar med olika insatser behöver vi också ta hänsyn till eventuella hälsoeffekter.

För att studera hälsoeffekterna av utbildning och sanktioner använder vi data från Arbetsförmedlingen, och hälsodata baserat på läkemedelsregistret och sjukskrivningsdata. Från Arbetsförmedlingen använder vi information om alla som blev arbetslösa under perioden 2006–2007.¹ Läkemedelsregistret innehåller information om uttag av alla receptbelagda läkemedel i Sverige. Vi använder information om läkemedel för hjärtproblem och mentala hälsoproblem. En anledning att vi väljer att använda data på detta är att tidigare forskning har kopplat samman arbetslöshet och hjärtproblem, exempelvis eftersom arbetslöshet kan påverka dagliga rutiner, fysisk aktivitet och stress. Mentala hälsoproblem orsakade av stress och depression har också kopplats samman med arbetslöshet (Iversen & Sabroe, 1988; Clark & Oswald, 1994; Maier m.fl., 2006). Vi använder även sjukskrivning som ett kompletterande hälsomått. Att se på sjukskrivning är relevant eftersom arbetslösa som blir sjuka kan få ersättning från sjukförsäkringen istället för från arbetslöshetsförsäkringen. Därför kan sjukskrivningar belysa andra underliggande hälsoproblem som vi inte fångar upp via läkemedelsregistret.

2 Tänkbara hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning och sanktioner

Arbetsmarknadsutbildning och sanktioner representerar två olika strategier för att få arbetslösa tillbaka i arbete. Arni m.fl. (2017) diskuterar olika insatser utifrån en indelning i morot och piska. Arbetsmarknadsutbildning ses som ”morot” eftersom den fokuserar på att ge den arbetslöse stöd och utbildning, medan sanktioner ses som ”piska” eftersom de syftar till att öka kontrollen och pressa de arbetslösa att mer aktivt söka arbete.

I den här studien studerar vi yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning som syftar till att ge deltagarna nya kunskaper och kvalifikationer som gör att de kan få och behålla ett arbete. Utbildningen ska också motverka bristen på arbetskraft inom bristyrken. Det är vanligt med utbildningar riktade mot tillverkningsindustrin, vård och omsorg, transport och maskinoperatörer. Vilka kurser som ges

¹ Anledningen är att vi endast har tillgång till hälsodata fram till 2010 och vi vill kunna följa deltagarna en tid efter påbörjad utbildning respektive sanktion.

och inriktningen på kurserna har dock varierat över tid (Liljeberg 2016). Utbildningen pågår normalt i sex månader. För en närmare beskrivning av arbetsmarknadsutbildning i Sverige hänvisar vi till Liljeberg (2016), Vikström & van den Berg (2017) och Caliendo m.fl. (2020).

Sanktionsreglerna inom arbetslöshetsförsäkringen beskrivs bland annat av IAF (2009) och Lombardi & Vikström (2019). Under perioden 2006–2009, som vi studerar i den här rapporten, fanns det flera grunder för en sanktion. Inledningsvis omfattade grundvillkoren för arbetslöshetsförsäkringen bland annat att den arbetslöse ska vara beredd att ta och aktivt söka ett lämpligt arbete. Annars upphörde rätten till a-kassa tills villkoren återigen var uppfyllda. Vidare kunde ersättning reduceras under en viss tid om den arbetslöse avvisade ett erbjudet lämpligt arbete utan godtagbart skäl. Då sänktes ersättningen i grundfallet med 25 procent i 40 dagar.

Arbetsmarknadsutbildning och sanktioner kan påverka individers hälsa på flera olika sätt. För det första visar flera studier att både utbildning och sanktioner ökar jobbchansen och kortar tiden i arbetslöshet. Studier för arbetsmarknadsutbildning inkluderar de Luna m.fl. (2008), Liljeberg (2016) Vikström & van den Berg (2017), och studier om sanktioner innefattar van den Berg & Vikström (2014) och Lombardi & Vikström (2019). Eftersom arbetslöshet ofta är förknippat med försämrad hälsa, förväntar vi oss att både sanktioner och utbildning har en positiv indirekt effekt på individers hälsa via kortare tid i arbetslöshet.

Men utbildning och sanktioner kan också ha mer direkta hälsoeffekter. Exempelvis kan utbildning skapa förbättrade dagliga rutiner, vilket kan vara betydelsefullt för många arbetslösa (Goodman m.fl., 2017). Utbildning kan också förbättra sociala kontakter. Vidare är tanken med utbildning att den ska ge nya kunskaper och erfarenheter. De nya kunskaperna och erfarenheterna från utbildningen kan leda till ett ökat självförtroende. Allt detta talar för att arbetsmarknadsutbildning kan förbättra deltagarnas hälsa.

Sanktioner har ett annat syfte än utbildning. De är en del av kontrollarbetet, där en grundläggande tanke är att yttre press ska göra att den arbetslöse mer aktivt söker arbete. Sanktioner leder också till lägre inkomst under sanktions-tiden, vilket kan skapa negativ stress hos den arbetslöse, och tidigare forskning visar att negativ stress ofta försämrar mental hälsa och leder till andra hälsoproblem (Cohen, 1996).

Sammantaget betyder detta att vi förväntar oss positiva hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning, både på grund av förbättrad jobbchans och dess hälsoeffekter, och på grund av förbättrade dagliga rutiner, sociala kontakter och nya erfarenheter. För sanktioner är de förväntade hälsoeffekterna mer oklara. En ökad jobbchans efter en sanktion kan förbättra individers hälsa, men den

kontrollerande aspekten av sanktioner och den negativa stressen efter en sanktion kan leda till försämrad hälsa.

3 Studiens upplägg

Vi studerar hur arbetsmarknadsutbildning och sanktioner i arbetslöshetsförsäkringen påverkar individers hälsa. Här ges en övergripande förklaring av de data och metoder som används. En mer ingående beskrivning finns i Caliendo m.fl. (2020).

3.1 Data arbetslöshet, program och sanktioner

Vi hämtar information från flera olika datakällor. Arbetsförmedlingens register (Datalagret) innehåller information om när varje arbetslöshetsperiod börjar och slutar, orsaken till att perioden avslutas samt information om deltagande i olika arbetsmarknadspolitiska program, såsom arbetsmarknadsutbildning. Vi använder också Datalagret för att skapa bakgrundsfaktorer för varje arbetslös. Ytterligare bakgrundsfaktorer genereras från olika register som sammanställs av SCB, till exempel LOUISE. Från registret ASTAT har vi uppgifter om alla med ersättning från arbetslöshetsförsäkringen med information om alla sanktioner som utfärdats, inklusive startdatum, längd och omfattning.

Från dessa register väljer vi ut samtliga arbetslöshetsperioder som påbörjades under perioden januari 2006 till december 2007. Vi väljer vidare ut personer i åldern 20–60 år som inte varit inskrivna vid Arbetsförmedlingen under de senaste 180 dagarna. Det ger oss totalt 368 487 arbetslöshetsperioder, varav 7 725 deltog i arbetsmarknadsutbildning och 2 898 personer fick en sanktion.

3.2 Hälsodata

Vår hälsoinformation baseras framförallt på data från det svenska läkemedelsregistret som sammanställs av Socialstyrelsen. Det innehåller information om uttag av receptbelagda mediciner, med uppgifter om exempelvis typ av läkemedel och datum för uttaget. Uppgifterna finns från och med juli 2005 och i den här studien har vi tillgång till information fram till 2010. Flera studier har visat att läkemedelsregistret håller hög kvalitet (Wettermark m.fl., 2007) och det används löpande i forskning inom epidemiologi (Kramers, 2003; Hollander m.fl., 2013; Mezuk m.fl., 2014). Alla läkemedel klassificeras enligt klassificeringssystemet Anatomic Therapeutic Chemical (ATC), som grupperar alla läkemedel på olika nivåer utifrån indikationsområde.

Med hjälp av läkemedelsregistret identifierar vi hälsoproblem som kan påverkas av arbetsmarknadspolitiska insatser. Vi väljer därför ut hjärtproblem (ATC-kod C) och mentala hälsoproblem (ATC-kod N05 och N06). En anledning till att vi studerar hjärtproblem är att tidigare forskning indikerar att de är vanligare bland arbetslösa (en översikt är Lehnert, 1997). Exempelvis kan arbetslöshet påverka dagliga rutiner, fysisk aktivitet och stress, vilket tidigare forskning kopplat samman med hjärtproblem. Mentala hälsoproblem är ofta relaterade till stress och depression, och tidigare forskning har kopplat samman stress och depression med arbetslöshet (Iversen & Sabroe, 1988; Clark & Oswald, 1994; Maier m.fl., 2006).

Som ett kompletterande hälsomått använder vi sjukskrivning. Det är relevant eftersom arbetslösa som blir sjuka kan få ersättning från sjukförsäkringen. Det kan därför fånga andra hälsoproblem som vi inte fångar genom läkemedel för hjärtproblem och mentala hälsoproblem. Som utfall använder vi uppgifter om antal sjukskrivningsdagar och sjukfrånvaro länge än 7 dagar (kräver läkarintyg).

3.3 Hur skattas hälsoeffekterna?

Vi vill studera hur arbetsmarknadsutbildning och sanktioner påverkar individens hälsa. För att göra detta kommer vi använda andra arbetslösa som jämförelsegrupp. En utmaning med en sådan jämförelse är att utbildningsdeltagarna och de som får en sanktion kan skilja sig åt från jämförelsegruppen på många andra sätt. Det är till exempel möjligt att skillnader i hälsa som fanns redan innan utbildningen eller sanktionen påverkar om man får delta i utbildning eller får en sanktion. Vi använder olika strategier för att hantera detta. För det första kontrollerar vi för en rad relevanta bakgrundsfaktorer. För att välja ut relevanta bakgrundsfaktorer utgår vi från tidigare studier (Dolton & Smith, 2011; Lechner & Wunsch, 2013; Vikström & van den Berg, 2017). Bakgrundsfaktorer som vi använder inkluderar bland annat socioekonomisk information (ex. kön och civilstånd) och arbetsmarknadshistorik (ex. tidigare arbetslöshet).

För det andra använder vi information från läkemedelsregistret för att kontrollera för befintliga skillnader i hälsa. Framförallt använder vi information om hjärtproblem och mentala hälsoproblem redan innan utbildningen/sanktionen. Här använder vi information om uttag av läkemedel för dessa två hälsoorsaker under sex månader före utbildningen eller sanktionen. Denna information används i en så kallad difference-in-difference metod där vi jämför med jämförelsegruppen. I korthet använder vi först bakgrundsvariabler för att hitta jämförelsegrupper som har liknade egenskaper som de som deltar i utbildning respektive får en sanktion. Därefter justerar vi för redan existerande hälsoskillnader genom att studera skillnaden i hälsa mellan tiden före och efter insatserna.

Om hälsan förändras mer bland de med utbildning/sanktion bland de i jämförelsegruppen, ser vi det som en effekt av insatserna. Grundtanken är alltså att använda data före respektive insats för att kontrollera för redan existerande hälsoskillnader.

Beskrivande statistik för vårt urval ges i Tabell 1. Den visar deskriptiv statistik för deltagare i arbetsmarknadsutbildning (kolumn 2), arbetslösa som fått minst en sanktion (kolumn 3), samt arbetslösa som inte deltagit i arbetsmarknadsutbildning och inte fått en sanktion (kolumn 1). Kolumnerna 2–3 visar med andra ord de två behandlingsgrupperna och kolumn 1 vår jämförelsegrupp. Tabellen visar bland annat att utbildningsdeltagarna i genomsnitt har bättre tidigare hälsa och högre tidigare inkomst än jämförelsegruppen. Vidare är män, personer utan högskoleutbildning och småbarnsföräldrar överrepresenterade bland deltagarna i arbetsmarknadsutbildning. Bland de som får en sanktion återfinns fler män, fler äldre personer och en högre andel gifta jämfört med jämförelsegruppen.

Tabell 1 Beskrivande statistik för urvalet som används i analysen

	Jämförelse- grupp	Deltagare i arbetsmarknads- utbildning	Arbetslösa med minst en sanktion
	(1)	(2)	(3)
Antal observationer	357 864	7 725	2 898
Tidigare sjukdomar (läkemedel)			
Antal recept hjärtproblem	0,040	0,035	0,040
Antal recept mental hälsa	0,104	0,096	0,106
Totalt antal recept	2,442	2,060	2,261
Bakgrundsvariabler			
Andel kvinnor	0,526	0,337	0,475
Ålder			
20–24 år	0,247	0,270	0,210
25–34 år	0,342	0,351	0,316
35–44 år	0,231	0,236	0,232
45–54 år	0,131	0,118	0,172
55–60 år	0,048	0,026	0,071
Andel gifta	0,314	0,303	0,300
Utbildningsnivå			
Grundskola	0,219	0,223	0,207
Gymnasium	0,465	0,544	0,529
Högskola	0,317	0,233	0,264
Barn i åldern 0–6			
Ett barn	0,156	0,157	0,143
Två eller fler barn	0,087	0,098	0,086
Arbetsmarknadshistorik			
Antal dagar i arbetslöshet			
1 år före arbetslöshetsperioden	31,04	32,39	35,43
2 år före arbetslöshetsperioden	45,55	52,15	54,56
3 år före arbetslöshetsperioden	40,49	44,74	47,57
Årlig arbetsinkomst (SEK)			
1 år före arbetslöshetsperioden	83 824	85 733	126 115
2 år före arbetslöshetsperioden	79 644	79 512	116 053
3 år före arbetslöshetsperioden	77 702	78 010	106 795
Årlig inkomst från a-kassa (SEK)			
1 år före arbetslöshetsperioden	7 217	6 534	10 582
2 år före arbetslöshetsperioden	10 084	10 209	13 944
3 år före arbetslöshetsperioden	8 753	8 717	11 841

Not: Medelvärden för hela urvalet och arbetslösa som deltar i arbetsmarknadsutbildning respektive de som fått minst en sanktion.

4 Hälsoeffekter av utbildning och sanktioner

4.1 Hälsa under månaden före insatserna

Inledningsvis studerar vi hälsoförändringar under månaden före utbildningen respektive sanktionen. Utgångspunkten är att utbildningsdeltagarna normalt informeras om att de får plats på utbildningen och får det exakta startdatumet ungefär en månad före utbildningen startar (Richardson & van den Berg, 2013). De som får en sanktion får också vetskap om det ungefär en månad i förväg, eftersom en sanktion föregås av en underrättelse till a-kassan och det sedan normalt tar 2–3 veckor innan sanktionsbeslutet kommer. Frågan är om det går att se några hälsoförändringar redan efter denna information om en framtida utbildning/sanktion.

Tabell 2 redovisar effekter på hälsa under månaden före utbildningen eller sanktionen. För arbetsmarknadsutbildning ser vi inga tecken till förändrad hälsa under månaden före utbildningen. De skattade effekterna för både hjärtproblem och mentala hälsoproblem är små och inte statistiskt signifikanta. För sanktioner ser vi dock en relativt betydande ökning (0,9 procentenheter) av uttag av läkemedel för mentala hälsoproblem under månaden före sanktionen. En tänkbar förklaring är att förväntan och hotet om en framtida sanktion leder till ökad ekonomisk stress och därigenom försämrad mental hälsa.

Tabell 2 Hälsoeffekter månaden före utbildningen eller sanktionen

	Hjärtsjukdomar (1)	Mentala hälsoproblem (2)
Arbetsmarknadsutbildning	0,0021* (0,0012)	-0,0005 (0,0016)
Sanktioner	-0,0024 (0,0019)	-0,0090*** (0,0034)

Not: Tabellen redovisar genomsnittliga effekter av arbetsmarknadsutbildning. Effekt relativt medelvärdet inom hakparentes. Standardfel inom parentes. ***/**/* indikerar att den skattade effekten är statistiskt säkerställt skild från noll på 1/5/10-procentsnivån.

4.2 Arbetsmarknadsutbildning och hälsa

Tabell 3 redovisar hälsoeffekter efter att arbetsmarknadsutbildningen startat, med uppdelade effekter för de första 3, 6 och 12 månaderna. Över 12 månader efter utbildningens start minskar uttaget av läkemedel för hjärtproblem med 0,44 procentenheter (kolumn 1) och för mentala hälsoproblem med 0.63 procentenheter (kolumn 2). Det motsvarar minskningar med 7,5 procent respektive 6,5 procent.

Vi har också undersökt effekter på sjukskrivningar.² Vidare visar resultaten i kolumnerna 3 och 4 att sjukfrånvaron också minskar. Exempelvis minskar sannolikheten att ha en sjukfrånvaroperiod längre 7 dagar inom 12 månader efter utbildningen med 12 procent. Med andra ord indikerar både läkemedels- och sjukfrånvarodata att arbetsmarknadsutbildning förbättrar deltagarnas hälsa, och effekterna får anses vara betydande.

Tabell 3 Effekter av arbetsmarknadsutbildning på ohälsa

	Läkemedel hjärt- sjukdomar	Läkemedel mentala hälsoproblem	Sjukfrånvaro (dagar)	Sjukfrånvaro (längre än 7 dagar)	Utflöde till jobb
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1 till 3 månader	-0,0015 (0,0017) [-3,7%]	-0,0051** (0,0024) [-5,7%]	-0,1812*** (0,0280) [-28,9%]	-0,0101*** (0,0012) [-37,4%]	-0,0478*** (0,0037) [-31,8%]
1 till 6 månader	-0,0028 (0,0018) [-5,8%]	-0,0057** (0,0026) [-5,7%]	-0,2106*** (0,0396) [-23,5%]	-0,0130*** (0,0020) [-29,3%]	0,0348*** (0,0052) [+14,9%]
1 till 12 månader	-0,0044** (0,0021) [-7,5%]	-0,0075*** (0,0028) [-6,5%]	-0,2607*** (0,0572) [-19,5%]	-0,0086** (0,0035) [-12,0%]	0,1336*** (0,0057) [+42,3%]
Antal observationer	365 589	365 589	365 589	365 589	365 589

Not: Tabellen redovisar genomsnittliga effekter av arbetsmarknadsutbildning. Effekt relativt medelvärdet inom hakparentes. Standardfel inom parentes. ***/**/* indikerar att den skattade effekten är statistiskt säkerställt skild från noll på 1/5/10-procentsnivån.

Nästa steg är att undersöka vad som kan förklara de positiva hälsoeffekterna av arbetsmarknadsutbildning. Inledningsvis visar Kolumn 5 i Tabell 3 effekter av utbildning på utflöde till jobb. Där framkommer ett mönster som vi sett i flera tidigare studier (ex. de Luna m.fl., 2008). Under de första månaderna, när utbildningen fortfarande pågår, är utflödet till jobb lägre bland deltagarna (negativ effekt). Däremot senare när utbildningen avslutats och deltagarna kan dra nytta

² För denna analys finns det dock ett par viktiga databegränsningar. I alla tidigare analyser använder vi hälsodata innan utbildningen/sanktionen för att kontrollera för skillnader i hälsa som fanns redan före utbildningen/sanktionen. För sjukskrivningar skulle vi helst på samma sätt kontrollera för tidigare sjukskrivningar. Det är dock inte möjligt eftersom vi har sämre data på sjukskrivningarna för perioden innan individerna i vårt urval blev arbetslösa. Anledningen är att arbetsgivarna betalar sjukersättning under de första dagarna och vi ser inte sådan frånvaro i våra data. När de blir arbetslösa betalas dock alla sjukersättning direkt av Försäkringskassan och det syns i våra data.

av sina nya kunskaper, ser vi positiva effekter på utflödet till jobb. Men eftersom de positiva hälsoeffekterna av utbildning uppstod direkt efter utbildningen, d.v.s. även under perioden med negativa effekter på utflöde till jobb, kan dessa sysselsättningseffekter rimligtvis inte förklara de positiva hälsoeffekterna. Det talar för att hälsoeffekterna förklaras av mer direkta konsekvenser av utbildning, såsom förbättrade dagliga rutiner, ändrade sociala kontakter och att de nya kunskaperna ger bättre självförtroende.

4.3 Sanktioner och hälsa

Kom ihåg att vi i avsnitt 4.1 såg en ökning av mentala hälsoproblem under månaden före en sanktion. Tabell 4 visar nu hälsoeffekterna efter beslutet om nedsatt ersättning (sanktionen). Inledningsvis indikerar kolumnerna 1–2 att sanktioner inte påverkar andelen med hjärtproblem och mentala hälsoproblem. För sjukfrånvaro ser vi dock en ökning för dem som fått en sanktion (kolumnerna 3–4). En förklaring skulle kunna vara att sanktioner leder till ökad stress, och att det i sin tur leder till hälsoproblem och ökad sjukfrånvaro. Vi kan därför inte utesluta att sanktioner också har negativa hälsoeffekter under månaderna efter sanktionen.³

Vi ser alltså mer begränsade hälsoeffekter av sanktioner än för arbetsmarknadsutbildning. En förklaring kan vara att sanktioner kan ha både positiva och negativa hälsoeffekter. En sanktion kan leda till ekonomisk stress med negativa hälsokonsekvenser. Resultaten i kolumn 5 i Tabell 4 visar dock samtidigt att sanktioner leder till högre utflöde till jobb, vilket kan ha positiva hälsokonsekvenser. Dessa två motverkande effekter kan vara en förklaring att vi ser mer begränsade hälsoeffekter av sanktioner än av arbetsmarknadsutbildning.

³ En annan tänkbar förklaring till den ökande sjukfrånvaron är att det kan vara ett sätt att undvika de negativa ekonomiska konsekvenserna av en sanktion. Anledningen är att sanktionerna endast gäller för ersättning från arbetslöshetsförsäkringen och inte ersättning från sjukförsäkringen.

Tabell 4 Effekter av sanktioner på hälsa

	Läkemedel hjärt- sjukdomar	Läkemedel mentala hälsoproblem	Sjukfrånvaro (dagar)	Sjukfrånvaro (längre än 7 dagar)	Utflyt till jobb
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1 till 3 månader	-0,0014 (0,0030) [-3,4%]	0,0003 (0,0046) [+0,3%]	0,2714*** (0,0082) [+43,2%]	0,0162*** (0,0043) [+60,0%]	0,0093 (0,0077) [+6,1%]
1 till 6 månader	-0,0014 (0,0034) [-2,9%]	0,0003 (0,0049) [+0,3%]	0,2834*** (0,0101) [+31,3%]	0,0261*** (0,0062) [+58,8%]	0,0346*** (0,0089) [+14,8%]
1 till 12 månader	-0,0040 (0,0037) [-6,8%]	-0,0024 (0,0053) [-2,1%]	0,1042 (0,1226) [+7,8%]	0,0273*** (0,0081) [+38,0%]	0,0440*** (0,0093) [+13,9%]
Antal observationer	360 762	360 762	360 762	360 762	360 762

Not: Tabellen redovisar genomsnittliga effekter av arbetsmarknadsutbildning. Effekt relativt medelvärdet inom hakparentes. Standardfel inom parentes. ***/**/* indikerar att den skattade effekten är statistiskt säkerställt skild från noll på 1/5/10-procentsnivån.

4.4 Effekter för olika grupper

Vi har också studerat hälsoeffekter för olika grupper. Inledningsvis delar vi upp urvalet på personer med och utan hälsoproblem redan före utbildningen eller sanktionen (med och utan uttag av läkemedel under sex månader före respektive insats). Resultaten från denna analys i Tabell 5 visar att de positiva hälsoeffekterna av arbetsmarknadsutbildning till stor del beror på att utbildningen förhindrar nya hälsoproblem bland gruppen utan tidigare hälsoproblem (kolumnerna 1–2). Vår tolkning är att utbildning motverkar underliggande hälsoproblem och därigenom medför att vissa personer som annars skulle ha behövt läkemedel klarar sig utan dem.

Resultaten för gruppen med tidigare hälsoproblem indikerar också att arbetsmarknadsutbildning leder till bättre hälsa men de skattade effekterna är inte statistiskt signifikanta (kolumnerna 3–4).

Tabell 5 Heterogena effekter uppdelat på tidigare hälsa

	Ej tidigare hälsoproblem		Tidigare hälsoproblem	
	Hjärtsjukdomar (1)	Mentala hälsoproblem (2)	Hjärtsjukdomar (3)	Mentala hälsoproblem (4)
Arbetsmarknadsutbildning	-0,0054*** (0,0019)	-0,0080*** (0,0025)	-0,0017 (0,0071)	-0,0023 (0,0106)
Antal observationer	301 345	301 345	64 244	64 244
Sanktioner	-0,0013 (0,0037)	0,0021 (0,0051)	-0,0126 (0,0112)	-0,0171 (0,0174)
Antal observationer	297 244	297 244	63 518	63 518

Not: Tabellen redovisar genomsnittliga effekter av arbetsmarknadsutbildning. Effekt relativt medelvärdet inom hakparentes. Standardfel inom parentes. ***/**/* indikerar att den skattade effekten är statistiskt säkerställt skild från noll på 1/5/10-procentsnivån.

I nästa analys delar vi upp urvalet utifrån utbildningsnivå. En anledning är att tidigare studier visar att personer med lägre utbildning oftare har sämre dagliga rutiner, mindre varierande sociala kontakter och i genomsnitt sämre självförtroende (Waters & Moore, 2002). Om de positiva hälsoeffekterna av arbetsmarknadsutbildning förklaras av förbättrade dagliga rutiner, sociala kontakter och självförtroende, förväntar vi oss därför att se större positiva hälsoeffekter bland personer med lägre utbildningsnivå. Detta är också vad resultaten i Tabell 6 visar. För personer utan gymnasial utbildning leder arbetsmarknadsutbildning till betydligt färre hjärtsjukdomar och mentala hälsoproblem (kolumnerna 1–2), medan hälsoeffekterna är betydligt mindre för dem med gymnasial utbildning (kolumnerna 3–4).

Tabell 5 och Tabell 6 visar också motsvarande skattningar för sanktioner. Efter en sanktion ser vi inga hälsoeffekter för någon av grupperna. Resultaten är i linje med resultaten för hela urvalet, som vi presenterade i avsnitt 4.2.

Tabell 6 Heterogena effekter uppdelat på utbildningsnivå

	Ej gymnasial utbildning		Gymnasial utbildning	
	Hjärtsjukdomar (1)	Mentala hälsoproblem (2)	Hjärtsjukdomar (3)	Mentala hälsoproblem (4)
Arbetsmarknadsutbildning	-0,0148*** (0,0047) [-20,1%]	-0,0154** (0,0060) [-12,4%]	-0,0020 (0,0022) [-3,6%]	-0,0052* (0,0031) [-4,6%]
Antal observationer	79 953	79 953	285 636	285 636
Sanktioner	-0,0127 (0,0083) [-17,4%]	-0,0089 (0,0119) [-7,1%]	-0,0017 (0,0041) [-2,8%]	-0,0006 (0,0059) [-0,5%]
Antal observationer	78 829	78 829	281 933	281 933

Not: Tabellen redovisar genomsnittliga effekter av arbetsmarknadsutbildning. Effekt relativt medelvärdet inom hakparentes. Standardfel inom parentes. ***/**/* indikerar att den skattade effekten är statistiskt säkerställt skild från noll på 1/5/10-procentsnivån.

5 Slutsatser

I den här studien har vi undersökt hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning och sanktioner i arbetslöshetsförsäkringen. Dessa två insatser representerar två olika strategier för att få arbetslösa tillbaka i arbete. Utbildning fokuserar på att ge den arbetslöse stöd och utbildning, medan sanktioner har ett kontrollerande fokus som bland annat syftar till att pressa den arbetslöse att mer aktivt söka arbete. Våra resultat visar att dessa två strategier – stöd och kontroll – har väldigt olika hälsoeffekter. Arbetsmarknadsutbildning leder till en betydande minskning av hjärtproblem och mentala hälsoproblem, och till färre sjukskrivningar. Dessa positiva hälsoeffekter är som störst för arbetslösa med lägre utbildningsnivå och personer utan tidigare hälsoproblem. Sanktioner leder istället till en kortsiktig ökning av mentala hälsoproblem, men har därefter begränsade hälsoeffekter. Mer generellt talar detta för att stödjande insatser kan ha positiva hälsoeffekter och att man bör vara vaksamma på eventuella negativa hälsoeffekter av mer kontrollerande insatser.

Vi har också undersökt vad som kan förklara hälsoeffekterna. För arbetsmarknadsutbildning drar vi slutsatsen att de positiva hälsoeffekterna inte kan förklaras av sysselsättningseffekter. Istället förefaller de positiva hälsoeffekterna av utbildning förklaras av mer direkta konsekvenser av utbildning, såsom förbättrade dagliga rutiner, mer meningsfulla sociala kontakter och förbättrat självförtroende. De mindre negativa hälsoeffekterna av sanktioner förklaras sannolikt av negativ ekonomisk stress.

Dessa hälsoeffekter av arbetsmarknadsutbildning och sanktioner är viktiga att ta hänsyn till när man jämför fördelar och nackdelar med olika arbetsmarknadspolitiska insatser.

Referenser

- Arni, P., R. Lalive, & G. J. van den Berg (2017), "Treatment versus regime effects of carrots and sticks", IFAU Working Paper 2017:25.
- Arni, P., R. Lalive, & J. C. Van Ours (2013): "How effective are unemployment benefit sanctions? Looking beyond unemployment exit", *Journal of Applied Econometrics*, 28, 1153–1178.
- Black, S. E., P. J. Devereux, & K. G. Salvanes (2015), "Losing heart? The effect of job displacement on health", *Industrial & Labor Relations Review*, 68, 833–861.
- Browning, M. & E. Heinesen (2012), "Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization", *Journal of Health Economics*, 31, 599–616.
- Caliendo, M. & S. Tubbicke (2020), "Do Start-Up Subsidies for the Unemployed affect Participants' Well-Being? A Rigorous Look at (Un)Intended Consequences of Labor Market Policies," forthcoming in *Evaluation Review*.
- Card, D., J. Kluve, & A. Weber (2017), "Active labour market policy evaluations: A meta-analysis", *Economic Journal*, 120, F452–F477.
- Carpenter, C. S., C. B. McClellan, & D. I. Rees (2017), "Economic conditions, illicit drug use, and substance use disorders in the United States," *Journal of Health Economics*, 52, 63–73.
- Catalano, R., E. Aldrete, W. Vega, B. Kolody, & S. Aguilar-Gaxiola (2000), "Job loss and major depression among Mexican Americans," *Social Science Quarterly*, 477–487.
- Clark, A. E. & A. J. Oswald (1994), "Unhappiness and unemployment," *Economic Journal*, 104, 648–659.
- Cohen, S. (1996), "Psychological stress, immunity, & upper respiratory infections," *Current Directions in Psychological Science*, 5, 86–89.
- de Luna, X., A. Forslund, & L. Liljeberg (2008), "Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning för deltagare under perioden 2002–04", IFAU Rapport 2008:1.
- Dolton, P. J. & J. A. Smith (2011), "The Impact of the UK New Deal for Lone Parents on Benefit Receipt," IZA Discussion Paper No. 5491.
- Dooley, D., J. Fielding, & L. Levi (1996), "Health and unemployment," *Annual Review of Public Health*, 17, 449–465.

- Eliason, M. & D. Storrie (2009), "Does job loss shorten life?," *Journal of Human Resources*, 44, 277–302.
- Goodman, W. K., A. M. Geiger, & J. M. Wolf (2017), "Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, 4–11.
- Hollander, A., D. Bruce, B. Burström, & S. Ekblad (2013), "The association between immigrant subgroup and poor mental health: A population-based register study," *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201, 645–652.
- Iversen, L. & S. Sabroe (1988), "Psychological well-being among unemployed and employed people after a company closedown: A longitudinal study," *Journal of Social Issues*, 44, 141–152.
- Keefe, V., P. Reid, C. Ormsby, B. Robson, G. Purdie, & J. Baxter (2002), "Serious health events following involuntary job loss in New Zealand meat processing workers," *International Journal of Epidemiology*, 31, 1155–1161.
- Kramers, P. (2003), "The ECHI project: Health indicators for the European Community," *European Journal of Public Health*, 13, 101–106.
- Lalive, R., J. C. Ours, & J. Zweimüller (2005), "The effect of benefit sanctions on the duration of unemployment," *Journal of the European Economic Association*, 3, 1386–1417.
- Lechner, M., R. Miquel, & C. Wunsch (2011), "Long-run effects of public sector sponsored training in West Germany," *Journal of the European Economic Association*, 9, 742–784.
- Lechner, M. & C. Wunsch (2013), "Sensitivity of matching-based program evaluations to the availability of control variables," *Labour Economics*, 21, 111–121.
- Lombardi, S. & J. Vikström (2019), "Arbetsförmedlingens kontrollarbete, sanktioner och de arbetslösas sökbeteende", IFAU Rapport 2019:23.
- Maier, R., A. Egger, A. Barth, R. Winker, W. Osterode, M. Kundi, C. Wolf, & H. Ruediger (2006), "Effects of short- & long-term unemployment on physical work capacity and on serum cortisol," *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79, 193–198.

- McKee-Ryan, F., Z. Song, C. R. Wanberg, & A. J. Kinicki (2005), "Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study." *Journal of Applied Psychology*, 90, 53.
- Mezuk, B., K. Cederin, X. Li, K. Rice, K. Kendler, J. Sundquist, & K. Sundquist (2014), "Immigrant enclaves & risk of diabetes: A prospective study," *BMC Public Health*, 14.
- Richardson, K. & G. J. van den Berg (2013), "Duration dependence versus unobserved heterogeneity in treatment effects: Swedish labor market training and the transition rate to employment," *Journal of Applied Econometrics*, 28, 325–351.
- Sullivan, D. & T. von Wachter (2009), "Job Displacement & Mortality: An Analysis Using Administrative Data," *Quarterly Journal of Economics*, 124, 1265–1306.
- van den Berg, G. J. & J. Vikström (2014), "Monitoring job offer decisions, punishments, exit to work, & job quality," *Scandinavian Journal of Economics*, 116, 284–334.
- Vikström, J. & G.J. van den Berg (2017), "Långsiktiga effekter av arbetsmarknadsutbildning", IFAU Rapport 2017:17
- Waters, L. E. & K. A. Moore (2002), "Predicting self-esteem during unemployment: The effect of gender, financial deprivation, alternate roles, and social support," *Journal of Employment Counseling*, 39, 171–189.
- Wettermark, B., N. Hammar, C. MichaelFored, A. Leimanis, P. Otterblad Olausson, U. Bergman, I. Persson, A. Sundström, B. Westerholm, & M. Rosen (2007). "The new Swedish Prescribed Drug Register opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months," *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16, 726–735.

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med placering i Uppsala.

IFAU ska främja, stödja och genom forskning genomföra uppföljningar och utvärderingar. Uppdraget omfattar effekter av arbetsmarknads- och utbildningspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen.

I rapportserien presenteras såväl IFAU:s forskning som resultat av samarbeten med andra nationella och internationella forskningsorganisationer.

IFAU delar årligen ut bidrag till olika forskningsprojekt, vars resultat publiceras i rapportserien.

Rapporterna kan vara fristående eller publiceras tillsammans med ett Working paper.

Alla IFAU:s publikationer finns på www.ifau.se