

DETTA ÄR ETT UTDRAG UR ANTOLOGIN:

Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar

*Staffan Marklund, Mats Bjurvald, Christer Hogstedt,
Edward Palmer och Töres Theorell (red)*



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling.

Vi ska bidra till ett arbetsliv med goda villkor och utvecklingsmöjligheter för både kvinnor och män. I dialog med arbetslivets aktörer arbetar vi också för en hälsosam arbetsmiljö som är anpassad till människors olika fysiska och psykiska förutsättningar.

Vår forskning bedrivs inom områden som hälsa och ohälsa i arbetslivet, arbetsmarknad och sysselsättning, arbetsrätt, arbetets organisering, ergonomi och belastning, fysikaliska och kemiska hälsorisker, integration och mångfald samt utvecklingsprocesser i arbetslivet. Vi strävar efter att vår forskning ska vara mångvetenskaplig och vara till nytta för arbetslivet.

Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information. Här kan du läsa om aktuell forskning, prenumerera på våra nyhetsbrev, låna litteratur från vårt bibliotek, beställa böcker eller ladda hem rapporter. Du hittar också kontaktuppgifter till Arbetslivsinstitutets omkring 400 anställda och adresser till våra kontor.

© Arbetslivsinstitutet och författarna 2005

Arbetslivsinstitutet

113 91 Stockholm

Telefon 08-619 67 00, fax 08-656 30 25

Förlagstjänst 08-619 69 00, fax 0150-788 88

forlag@arbetslivsinstitutet.se

www.arbetslivsinstitutet.se

Inlaga: Eric Elgemyr

Omslag: Lena Karlsson

ISBN: 91-7045-737-9

Tryck: Lenanders Grafiska AB, Kalmar 2005

14.

Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron? Försök till syntes

*Mats Bjurvald, Christer Hogstedt, Staffan Marklund, Edward Palmer
och Töres Theorell*

SJUKFRÅNVARON HAR MÅNGA DIMENSIONER och kan ses ur många olika synvinklar. De båda SAFIR-antologierna liksom som en stor mängd andra utredningar och forskningsrapporter visar på denna komplexitet. Att väga samman dessa aspekter till en helhetsbedömning är inte lätt, men i högsta grad önskvärt. En syntes var också målsättningen när SAFIR-arbetet startade för två år sedan och vi avslutar här med ett försök till en bedömning av huvudsakliga och bidragande orsaker till den höga sjukfrånvaron i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Utvecklingen bör dock egentligen ses i ett längre perspektiv, eftersom även mer långsiktiga strukturella förändringar under de gångna två decennierna kan ha påverkat de senaste årens utveckling.

Avstampet utgörs av den analys av orsakerna bakom sjukfrånvaroökningen som presenterades i den så kallade AHA-utredningen (*Kunskapsläge sjukförsäkringen*, SOU 2002:62). Där fann man att följande faktorer bidragit till ökningen:

- ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet,
- arbetskraftens åldrande,
- förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare,
- sämre psykosocial arbetsmiljö,
- mer restriktiva förtidspensionsbedömningar,
- administrativa tillkortakommanden.

Däremot ansåg inte utredningen att det gick att hävda att en sämre hälsa hos den förvärvsarbetande befolkningen hade påverkat sjukfrånvaron märkbart. Inte heller kunde man belägga att attitydförändringar i befolkningen eller i läkarkåren spelat roll.

I den första SAFIR-antologin formulerades och prövades ytterligare några tänkbara förklaringar. Hypotesen att många av dem som var arbetslösa under lågkonjunkturen i början av 1990-talet istället blev sjukskrivna i slutet av

decenniet fick ett visst stöd, men relationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro är dubbelriktad genom att personer med omfattande sjukfrånvaro också har en ökad risk för arbetslöshet. Det går inte att hävda att försämrad fysisk arbetsmiljö kan förklara den höga sjukfrånvaronivån, men däremot har flera av indikatorerna på försämrad psykosocial arbetsmiljö tydlig effekt på ökningen. Det gäller framförallt de aspekter som visar ett ökat arbetstempo och att balansen mellan krav i arbetet och graden av autonomi försämrats. Samtidigt visade analyser att arbetslivet i ökad grad kräver att anställda ska vara helt friska för att kunna arbeta.

I den föreliggande antologin fördjupas analysen ytterligare och en del helt nya hypoteser prövas. Bland annat gäller det en mer precis analys av sambandet mellan hälsoförändringar och sjukfrånvaro, fördjupningar kring mobbning och konflikter respektive om ohälsoproblem i ungdomen kan ha långsiktiga effekter i form av sjukskrivning och förtidspension i 50-årsåldern. En fördjupad granskning av vilka faktorer som gör att vissa verksamheter inte drabbats lika hårt av förhöjd sjukfrånvaro som andra, tillsynes likvärdiga, genomförs också. Dessutom studeras vilken roll olika former av coping spelar för att individen ska kunna undvika sjukskrivning. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av sjukfrånvaro beskrivs också. En helt ny analys genomförs av alkoholkonsumtionens samband med sjukfrånvaron, där det framkommer att den ökade konsumtionen kan vara en bidragande faktor och att såväl storkonsumenter som nykterister har en förhöjd sjukskrivningsrisk. Var och en av dessa studier bidrar till ytterligare kunskaper och ger bidrag till en samlad bedömning av den höga sjukfrånvarons viktigaste orsaker.

Trots att bilden av orsaker inte är fullständig, menar vi att det är möjligt och meningsfullt att förmedla vår aktuella syn på vilka faktorer som skulle kunna betraktas som huvudorsaker och vilka som kan ses som bidragande orsaker till den höga sjukfrånvaron under de senaste åren i Sverige. Vissa orsaker kan ha gemensam bakgrund, faktorerna kunde ha grupperats annorlunda och det finns ingen knivskarp gräns mellan huvudorsaker och bidragande orsaker, men beskrivningen nedan är den som enligt vår uppfattning bäst sammanfattar dagens kunskapsläge.

Huvudorsaker till den höga sjukfrånvaron

Arbetsliv och arbetsmarknad. En strukturell förändring mot slimmade organisationer inom båda privata och offentliga verksamheter har ökat kraven

på de anställda. Särskilt tycks delar av den svenska offentliga sektorn lida av brister i organisationen, vilket avspeglas i den relativt höga sjukfrånvaron inom vård, skola och omsorg, där en stor andel av de anställda är kvinnor. Den höga sjukfrånvaron inom dessa verksamheter kan samtidigt vara ett resultat av strukturer i Sverige som accepterar frånvaro istället för att söka konstruktiva lösningar på organisationsproblem.

En lägre tolerans inom arbetslivet för olikheter i prestation är sannolikt en huvudförklaring till hög sjukskrivning och förtidspensionering. Den fysiska arbetsmiljön, i form av fysiska belastningar, kemiska exponeringar, buller och andra yrkeshygieniska faktorer, har inte försämrats i någon större utsträckning – i själva verket tyder mycket på att flera aspekter av fysisk arbetsmiljö har förbättrats, i synnerhet inom den mansdominerade industrisektorn. Däremot har arbetets produktivitetsaspekter och tidsmässiga dimensioner kommit mer i fokus, i takt med ökat konkurrenstryck, sparbetning, out-sourcing, slimmade organisationer och så vidare. Statistiken visar att inflytande och kontroll har minskat för stora grupper av anställda under senare år och detta innebär att den psykosociala arbetsmiljön försämrats. Samtidigt som kraven har ökat har inte möjligheterna till individuell kontroll över hur dessa krav ska kunna uppfyllas alltid hängt med. Exempelvis finns stora krav inom vård, omsorg och utbildning, men organisationsformer och avsatta resurser tycks inte tillåta arbetstagarna kontroll över arbetssituationen i tillräckligt stor utsträckning. Det är tydligt att många anställda i ökande grad upplever arbetet som mycket pressat. Att alltför länge kämpa utan tillräckligt stöd av en organisation och utan tillräckliga möjligheter till återhämtning leder till en överrisk för stressrelaterade besvär och sjukfrånvaro. Det finns belägg för en förstärkt tendens till utsortering av personer som inte fungerar optimalt i sin yrkesutövning.

Arbetskraftens åldrande. Arbetskraften har blivit äldre i Sverige, särskilt inom den offentliga sektorn. Detta är dels ett resultat av att en betydande del av de stora årskullarna födda under 1940-talet anställdes inom offentliga verksamheter när dessa expanderade på 1960-talet, dels av effekter av det tidiga 1990-talets rationaliseringar och de arbetsrättsliga principerna om "sist in, först ut". Det råder ingen tvekan om att stigande ålder ökar risken för sjukfrånvaro och för längre sjukfall, även om det är stor variation mellan yrkesgrupper och individer. Ålderseffekten förstärks sannolikt också av att möjligheterna till pauser och återhämtning har täppts till, samtidigt som det är känt att det är särskilt viktigt med återhämtning för äldre yrkesverk-

samma. Det är också känt att den äldre arbetskraftens yrkeskunnighet och lojalitet ofta utgör en motvikt till en försämrad fysisk prestationsförmåga.

Sysselsättning och arbetslöshet. Ökad sysselsättning efter den ekonomiska krisen i början av 1990-talet och minskad faktisk arbetslöshet har sannolikt haft marginell inverkan på ökningen av sjukfrånvaron. Det har under lång tid funnits ett tydligt konjunktursamband i sjukfrånvaroutvecklingen i Sverige som inneburit att sjukfrånvaron stigit under perioder med låg arbetslöshet. Hypotesen att andelen med nedsatt hälsa, och därmed med högre risk för sjukfrånvaro, skulle öka påtagligt vid ökad sysselsättning har däremot inte gått att styrka på ett entydigt sätt. Konjunktursambandet kan snarast tolkas så att stödsystemen för arbetslöshet och sjukskrivning är delvis kommunicerande kärl. Individer som tidigare klassats som arbetslösa, om än med skavanker och hälsoproblem, blir i högre utsträckning sjukskrivna och hamnar ofta som slutstation i förtidspension. Denna mekanism förstärktes sannolikt påtagligt av det starka politiska trycket från regeringen att minska arbetslöshetssiffrorna i mitten av 1990-talet.

Administrativa brister. Administrativa tillkortakommanden inom Försäkringskassan har medfört dels att många långa sjukskrivningar inte avslutats genom beslut om förtidspension i ”rätt” tid, dels att alltför många behövande inte erbjudits rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete. Samspelet mellan Försäkringskassan, arbetsgivarna, arbetsmarknadsmyndigheterna och hälso- och sjukvården har fungerat långt ifrån optimalt. Ju mer belastade försäkringskassorna blev med utbetalningar, desto mindre tid för snabba kontakter med arbetsgivarna för att påskynda återgång i lämpligt arbete. Jämförelser av hur försäkringen är utformad och fungerar i Sverige, jämfört med andra länder med ambitionen att ge en hög ersättning när arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller skada, tyder på att Sverige har mycket att lära om utformningen av systemet i länder som Finland och Tyskland. Även om en mer effektiv försäkringsadministration skulle leda till högre arbetslöshet är detta sannolikt att föredra, då arbetslöshet i princip är en mellanstation, ett tillfälligt avbrott mellan jobb eller yrkesbyten. Arbetslöshet ses dessutom generellt som ett fenomen som kan och bör hanteras genom arbetsmarknadsåtgärder snarare än åtgärder som rör hälsan. Sjukskrivning riskerar att dölja det verkliga problemet och förhindra bra lösningar om den sjukfrånvarandes problem i första hand gäller brist på lämpligt arbete.

Bidragande orsaker

Belastningar i privatlivet. Om belastningar i privatlivet och på fritiden har ökat under den här perioden och om det i så fall skulle ha någon inverkan på sjukskrivningarna är svårt att belägga. Ett stegradt samhällstempo, där människor allt oftare ställs i valsituationer av skilda slag (välja barnens skolor, vårdinstitutioner att placera sina gamla föräldrar på, el- och telebolag, pensionsförvaltare och så vidare), kan ha påverkat sjukskrivningarna, men några studier som visar detta finns inte. Ett gradvis mer oförutsägbart samhälle med omstruktureringar av företag och organisationer med mera kan ha bidragit till en minskning av en grundläggande tillit till samhället och dess välfärdssystem, vilket i sin tur kan ha försvagat spärrarna mot att utnyttja de välfärdsförmåner som står till buds. Men även dessa hypoteser saknar belägg. Det finns belägg för att stora belastningar i privatlivet, stora privata omsorgskrav och allvarliga händelser i privatlivet ökar risken för sjukskrivning i det enskilda fallet, men det finns än så länge inga studier som kunnat koppla detta till ökningen i sjukfrånvaron.

Försämrat hälsotillstånd. Det finns inga tydliga indikationer på att hälsotillståndet i Sverige radikalt försämrats just under de här aktuella åren, även om tecken på minskat psykiskt välbefinnande, särskilt i yngre åldrar, är oroande. Detsamma gäller den ökande alkoholkonsumtionen och ökad övervikt i befolkningen. Dessa faktorer förklarar, tillsammans med rökning, sannolikt en del av den höga sjukfrånvaron. Ökningen av alkoholkonsumtionen och den ökade fetman kan troligen leda till en ännu högre nivå på sjukskrivningen på sikt.

Mer restriktivt förtidspensionssystem. De förändringar i bedömningen av förtidspensioner i mer restriktiv riktning som genomfördes 1997 kan ha bidragit till att fler "blivit kvar" i långa sjukskrivningar. Den senaste tidens ökning av antalet förtidspensionerade är ett resultat av strävandena att minska antalet sjukskrivna. Kriterierna för förtidspension är desamma.

Fusk och beteendeanpassningar. I laglig mening är fusk ett lagbrott, exempelvis om man arbetar mot ersättning samtidigt som man uppstår sjukpenningersättning. Även om det förekommer finns inget stöd för att fusk nämnvärt skulle bidra till Sveriges internationellt sett höga sjukfrånvarostatistik, och inte heller bakom den dramatiska ökningen som ägde rum från mitten av 1990-talet. I stället tyder forskningsresultaten på att enskilda individer "an-

vänder” sjukförsäkringssystemet som ett ”bästa-alternativ” för försörjning, i situationer där alternativen skulle ha varit arbetslöshetsersättning, föräldrapenning eller förtidspension. Exempelvis är arbetslösa sjukskrivna betydligt längre än anställda. Skälet kan vara att detta förlänger den sammanlagda perioden under vilken den arbetslöse är berättigad till arbetslöshetsersättning. Dessutom har många sjukpenningersättning långt över ett år, trots lagstiftarens intention att övergång till förtidspension (numera kallad sjukersättning) – vilket normalt ger en lägre ersättningsgrad än sjukpenning – ska provas. Vidare är gravida kvinnor i ökande grad sjukskrivna en längre tid före barnets födelse, utan att det finns något som talar för att sjukligheten i den gruppen skulle ha ökat markant. Denna ”praxis” förlänger ersättningsperioden kring barnets födelse och detta indikerar att sjukförsäkringen övertagit en del av uppgiften för de alternativa ersättningsformerna havandeskappenning och föräldrapenning. Slutligen är det sannolikt många som har varit sjukskrivna en längre period i situationer där den rätta ersättningen hade varit arbetslöshetsersättning – under en sökperiod för ett nytt jobb. Sjukpenningen döljer alltså en del av bland annat arbetslösheten och föräldraledigheten.

Försämrad copingförmåga. Förändringar i arbetstagarnas coping-mekanismer – det vill säga sättet att hantera bekymmersamma vardagssituationer i arbetslivet – kan ha fått ökad betydelse, genom de strukturella organisationsförändringar som skett de senaste två decennierna. Det finns en tydlig tendens till ”allt tystare arbetsplatser”, det vill säga att allt färre anställda klagar över missförhållanden – och ytterst säger upp sig – utan istället sjukskriver sig. En sådan förändring ökar risken för höga sjuktal samtidigt som det döljer missförhållanden, minskar rörligheten på arbetsmarknaden och försvårar lösningar på arbetsplatsen. Effekterna av detta verkar falla ut olika för män och kvinnor och kan vara en orsak till den höga sjukskrivningsnivån inom delar av den offentliga sektorn.

Ändrade attityder bland läkare. Det finns inga studier som belägger att det utvecklats ett förändrat synsätt bland läkare när det gäller bedömning av sjukdom och arbetsoförmåga under den aktuella perioden. Möjligen kan man anta att det sker långsiktiga förändringar i läkarnas bedömningar, som kan innebära att fler och andra tillstånd accepteras som sjukdom och anledning till sjukfrånvaro. ”Produktionstrycket” på läkare, det vill säga kravet att behandla (för) många patienter per tidsenhet med åtföljande (för) korta

besökstider, kan leda till att sjukskrivning blir en enkel åtgärd att ta till istället för konstruktiva samtal och andra åtgärder som stödjer patienten i en snabbare återgång i arbete. Dessutom kan det vara så att de strukturer som diskuterats ovan gör att patienter i alltför stor utsträckning själva ser sjukskrivning som den självklara lösningen i stället för att tackla arbetsrelaterade situationer på ett mer direkt sätt. Läkarkåren har sannolikt fått svårare att stå emot ökade anspråk på att få ett sjukintyg från individer som befinner sig i besvärliga situationer i arbetet och i livet i övrigt.

Försvagad företagshälsovård och bristande yrkesrehabilitering. Företagshälsovården miste statsbidraget 1993 och Svenska Arbetsgivarföreningen sa upp de centrala arbetsmiljöavtalen med de fackliga parterna strax därefter. Företagshälsovården blev en kommersiell marknadsvara, som måste inrikta sig på kundens önskemål snarare än på förebyggande arbete i ett mer samhällsligt perspektiv. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har inte alls byggts ut resursmässigt för att svara mot den kraftiga ökningen av antalet långtidssjuka. Marknaden för rehabiliteringsaktörer fungerar inte tillräckligt väl i stora delar av landet. Rehabiliteringen sätts ofta in mycket sent i sjukskrivningen och alltför stora resurser används till utredningar istället för till aktiva åtgärder. Flaskhalsar i sjukvården bidrar till onödigt långa sjukskrivningar.

Ekonomiska drivkrafter. Ersättningsnivåerna har betydelse för inställningen till sjukskrivning som sådan. Förändringarna i de ekonomiska drivkrafterna för individ och arbetsgivare har emellertid troligen varit för små för att ha haft någon avgörande betydelse på ökningen av sjukfrånvaron. Den tidigare helt kollektiva finansieringen av sjukförsäkringen, det vill säga att den enskilde arbetsgivarens avgift inte varit beroende av sjukskrivningsnivån i företaget, gav inte denne några tydliga ekonomiska incitament att motverka en hög sjukskrivningsnivå. Särskilt betydelsefullt kan man anta att detta varit för de längre sjukfallen, genom att vikarielösningar och anpassningar till frånvarosituationen kunnat äga rum. Arbetsgivarnas medfinansieringsansvar som trädde ikraft 2005-01-01 kan sannolikt motverka detta, men det har gått för kort tid för att effekterna av reformen ska kunna bedömas.