

# Kommittédirektiv

## Sjukförsäkringen



Dir.  
1999:54

---

Beslut vid regeringssammanträde den 23 juni 1999

### Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall göra en analys av sjukförsäkringen.

Utredaren skall

- fördjupa analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- så långt som möjligt identifiera vilka faktorer som direkt eller indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling och därvid noga analysera arbetsmiljöaspekterna i förhållande till sjukfrånvaron
- beakta vikten av förebyggande insatser och arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att minska individers risk att drabbas av långvarigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt redovisa hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- klarlägga sambanden mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet och särskilt belysa effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen
- granska den sjukskrivande läkarens och försäkringsläkarens roll
- lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och för att reducera utgifterna inom sjukförsäkringen
- som ett led i arbetet med att identifiera förklarande faktorer till sjukfrånvaron och utgifterna för denna analysera hur en modell för att förutsäga utgiftsutvecklingen inom sjukförsäkringen skulle kunna utformas

- redovisa vilken statistik som finns inom området, klargöra eventuella brister och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets databaser
- redovisa en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Vägledande principer för arbetet är att sjukförsäkringen skall vara trygg, rättvis och effektiv. Detta skall uppnås bl.a. genom en generell offentlig försäkring som ger standardtrygghet genom att ersätta inkomstbortfall och som är statsfinansiellt hållbar.

## Bakgrund

Den som är inskriven hos försäkringskassan är sjukpenningförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring om han eller hon har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) av eget arbete som uppgår till minst 24 procent av prisbasbeloppet. Vid beräkning av SGI bortses från inkomster som överstiger sju och en halv gånger prisbasbeloppet.

Sjukpenningförsäkringen har fyra ersättningsnivåer – hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels sjukpenning. Hel sjukpenning utges vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan osv.

Genom lagen (1991:1047) om sjuklön har sjukpenning till anställda i samband med kortare sjukfrånvaro minskat i betydelse då rätten till sjuklön avser att täcka inkomstbortfallet för de fjorton första dagarna i ett sjukfall.

Ersättningsnivån inom sjukpenning- och sjuklönesystemet är 80 procent av ersättningsunderlaget med undantag för den första dagen som utgör karensdag.

För personer som insjuknar på nytt inom fem kalenderdagar från det en tidigare sjukperiod avslutats samt för personer som har särskilt omfattande sjukfrånvaro eller har en sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder finns särskilda regler.

För den som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering utges rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Ersättningsnivån för rehabiliteringspenningen är i likhet med sjukpenning och sjuklön 80 procent av ersättningsunderlaget.

Utöver den sjukpenning som utges med 80 procent kan den enskilde via t.ex. kollektivavtalade sjukersättningar täcka ytterligare omkring 10 procent av inkomstförlusten.

### Behovet av en översyn

På grund av den kraftigt ökade sjukfrånvaron har utgifterna för sjukpenning ökat kraftigt för år 1998 i förhållande till de budgeterade medlen.

De senaste prognoser som finns för kostnadsutvecklingen för sjukförsäkringen visar på en fortsatt ökning av utgifterna. Det finns därför ett behov av att förbättra analysen av de faktorer som styr utgiftsutvecklingen i syfte att bl.a. kunna göra bättre och mer tillförlitliga prognoser över utgifterna inom sjukförsäkringen.

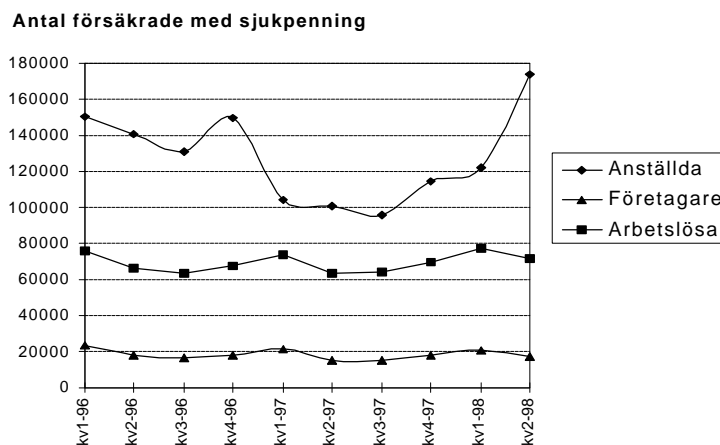
Med anledning av att utgiftsökningen för sjukpenningen under 1998 skett under en förhållandevis kort tidsperiod har tidigare bedömningar om utgifterna underskattat ökningen. De senaste bedömningarna pekar därför på mycket stora avvikelser mellan de medel för sjukpenningen som regeringen föreslog i budgetpropositionen för år 1999 och nuvarande prognostiserade utgifter. Det finns därför skäl att fördjupa analysen av orsakerna till sjukförsäkringskostnaderna samt att ta fram förslag som syftar till att bryta kostnadsökningen och reducera kostnaderna. Vidare finns det skäl att, genom en översyn, pröva om den ökade sjukfrånvaron t.ex. speglar en försämrad arbetsmiljö eller ett generellt försämrat hälsoläge bland de förvärvsaktiva.

I budgetpropositionen för år 1999 redovisade regeringen mål för sysselsättningen. Målet är att andelen reguljärt sysselsatta av befolkningen mellan 20 och 64 år skall öka från 74 procent 1997 till 80 procent 2004. Utvecklingen av sjukfrånvaron och de eventuella effekter som det kan ha på förtidspensioneringen är av stor betydelse för möjligheten att nå målet för sysselsättning.

Inom Regeringskansliet har ett särskilt arbete genomförts för att analysera orsakerna till de ökade utgifterna inom sjukförsäkringen och för att finna förbättrade prognosmetoder. I detta arbete har det bl.a. framgått att utgiftsutvecklingen, vid sidan av regelsystemets utformning, är beroende av konjunkturutvecklingen. Riksförsäkringsverket (RFV) har inom ramen för ovan nämnda arbete tagit fram vissa fakta runt den senaste tidens ökade sjukskrivning. Ytterligare fördjupning av analysen krävs dock bl.a. för att

identifiera de långsiktiga faktorer som förklarar utnyttjandet av sjukförsäkringen.

Diagram 1.

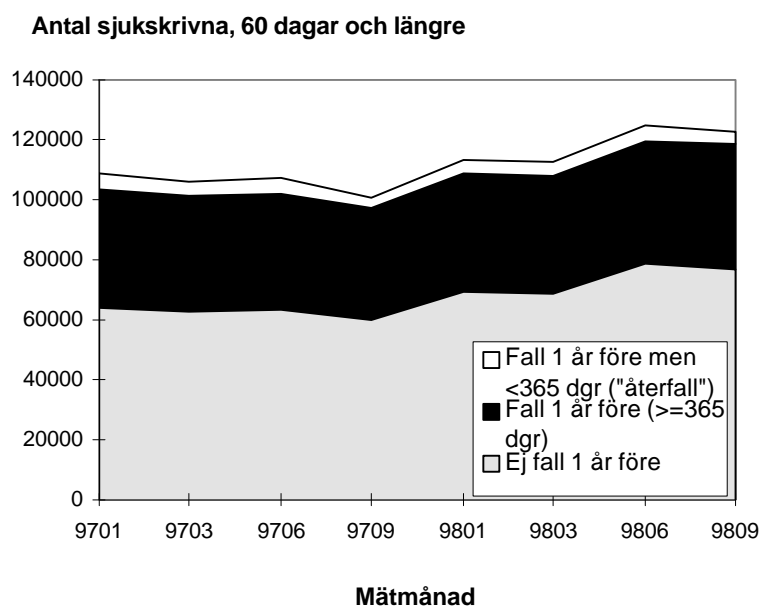


Källa: Riksförsäkringsverket. Sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden har inte medräknats. Sjuklöneperioden – som infördes år 1992 – omfattar de första fjorton dagarna i varje sjukfall. (Under tiden januari 1997–mars 1998 de 28 första dagarna).

Av diagram 1 framgår att det är inom gruppen anställda som den stora ökningen av sjukpenningdagar finns. De övriga grupperna – arbetslösa och egenföretagare – uppvisar inte några anmärkningsvärda förändringar av sjukskrivningsfrekvensen. Det bör dock observeras att de sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden inte har varit möjligt att inkludera i diagrammet. Det påverkar också tolkningen av hur sjukpenningdagarna har utvecklats för de anställda.

Av diagram 2 nedan framgår vidare att det framför allt är antalet ”nya sjukfall” som har ökat, dvs. sådana sjukpenningfall där personen inte haft någon tidigare sjukpenningperiod inom ett år.

Diagram 2.



Källa: Riksförsäkringsverket.

RFV har i syfte att få en beskrivning av vilka personer som är sjukskrivna genomfört en enkätundersökning med hjälp av försäkringskassorna. Undersökningen redovisar en bild av de sjukskrivningar som pågick den 4 september 1998. Enkätundersökningen gjordes eftersom RFV:s register saknar uppgifter om t.ex. diagnos och yrke.

Enkätundersökningen visar att 60 procent av de sjukskrivna är kvinnor och 40 procent är män. Av enkätundersökningen framgår vidare att ca 75 procent av dagarna vid mättidpunkten var dagar med hel sjukpenning. Den huvudsakliga "sysselsättningen" vid sjukfallens början utgjordes av ca 70 procent anställda, ca 20 procent arbetslösa samt 10 procent övriga.

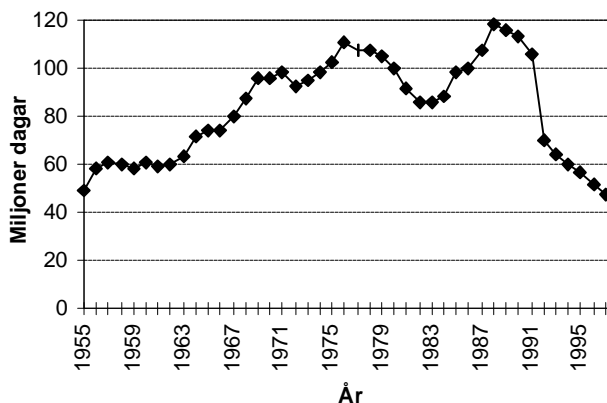
I en enkätundersökning (arbetsmiljöundersökning) som utförts av Arbetarskyddsstyrelsen 1997 uppger 59 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att arbetstakten har ökat. Det framgår vidare av undersökningen att stressen i arbetslivet har ökat. T.ex. kan över 40 procent inte koppla av tankarna från jobbet under

fritid och 30 – 40 procent måste dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem.

För att förstå den beskrivna utvecklingen är det viktigt att sätta in den i sitt historiska sammanhang. Av diagram 3 framgår att antalet ersatta sjukpenningdagar oavsett ökningen mellan år 1997 och år 1998 fortfarande ligger på en historiskt låg nivå.

Diagram 3.

#### Antal sjukpenningdagar, miljoner dagar



*Källa:* Finans- och Socialdepartementet. Sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden har inte medräknats. Sjuklöneperioden – som infördes år 1992 – omfattar de första fjorton dagarna i varje sjukfall. (Under tiden januari 1997–mars 1998 de 28 första dagarna).

Antalet sjukpenningdagar har varierat kraftigt sedan 1955. Det finns dock en trendmässig ökning av sjukpenningdagarna fram till och med 1990. Efter 1990 minskar antalet sjukpenningdagar mycket kraftigt. Den beskrivna utvecklingen är bland annat en effekt av att regelsystemen har justerats och att antalet personer som har kunnat erhålla sjukpenning har förändrats mycket under perioden. Det är därför viktigt att man tolkar dessa siffror med stor försiktighet.

## Uppdraget

Utredaren skall analysera varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden dels i ett långsiktigt perspektiv, dels med inriktning på att peka ut och kvantifiera de faktorer som främst förklarar den senaste periodens ökning av sjukfrånvaron och sjukförsäkringsutgifterna.

Utredaren skall försöka att identifiera vilka faktorer som direkt och indirekt kan anses avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling. Arbetsmiljöaspekterna bör därvid analyseras noga i förhållande till sjukfrånvaron.

Utredaren skall lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och för att reducera utgifterna inom sjukförsäkringen i syfte att bidra till ett statsfinansiellt hållbart system för sjukförsäkringen. Förslagen skall ha en sådan inriktning att risken för en ökad förtidspensionering i möjligaste mån undviks. I sin analys skall utredaren klarlägga samband mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet och i detta sammanhang särskilt belysa effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen.

Vidare skall utredaren i sin analys beakta vikten av förebyggande insatser och arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att minska risken för långvarigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt redovisa hur incitament för individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna.

Det finns ett stort antal studier kring sjuklighet, sjukfrånvaro och långvarig sjukfrånvaro som belyser skillnaderna mellan kvinnor och män, även om få studier fokuserat på könsskillnader. Många av dessa studier har genomförts inom RFV, men det har också gjorts en del studier vid olika universitetsinstitutioner. Några studier har också genomförts i samverkan mellan RFV och enskilda forskare och med hjälp av data från RFV. Det är av stor vikt att utredaren i sitt arbete beaktar de skillnader som finns mellan kvinnor och män vad avser sjukfrånvaro.

Utredaren skall även belysa skillnader som kan vara av betydelse mellan andra grupper. Här kan t.ex. nämnas skillnader mellan åldersgrupper, vilket i sin tur kan påverka sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspensioner.

Utredaren skall vidare försöka finna samband mellan diagnoser och yrken, t.ex. om sjukdomar i rörelseorganen är vanligare inom

vissa yrken. Utredaren skall även – utifrån bl.a. de särskilda rapporter som Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) publicerat om sjukskrivning och förtidspensionering – ta ställning till om det är möjligt att – och i så fall på vilket sätt – t.ex. de diagnostiska center som finns i landet kan användas i syfte att minska antalet sjukskrivningar.

För närvarande finns ca 25 000 behandlande läkare som sjukskriver patienter. Flera undersökningar har visat att olika läkare sjukskriver olika mycket. Skillnader har funnits både vad avser diagnoser, antalet sjukskrivningstillfällen, sjukskrivningarnas längd samt notering om arbetsuppgifter i läkarintygen. Det kan ifrågasättas om en läkare ensam skall ha rätt att sjukskriva personer över lång tid, på grund av dels att sambanden mellan t.ex. ohälsa och arbetsmiljö i dag är mycket komplexa, dels att flertalet läkare inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett skiftande arbetsliv.

Hos den allmänna försäkringskassan skall det finnas en eller flera försäkringsläkare, vilka skall biträda kassan i frågor som kräver medicinsk sakkunskap samt verka för ett gott samarbete mellan kassan och de läkare som är verksamma inom dess område. Hos försäkringskassan har försäkringsläkaren således en rådgivande funktion i medicinska frågor. Försäkringsläkaren tar inte ställning i frågor om rätt till ersättning. Sådana beslut fattas av kassans handläggande tjänstemän eller av en socialförsäkringsnämnd.

Utredaren skall granska den sjukskrivande läkarens och försäkringsläkarens roll i syfte att eventuellt föreslå förändringar samt pröva frågan om alla läkare skall ha rätt att sjukskriva.

Som ett led i arbetet med att identifiera förklarande faktorer till sjukfrånvaron och utgifterna för denna skall utredaren analysera hur en modell för att förutsäga utgiftsutvecklingen inom sjukförsäkringen skulle kunna utformas. Utredaren skall i detta sammanhang även redovisa vilken statistik som finns inom området, klargöra eventuella brister och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets databaser.

Utredaren skall slutligen även redovisa en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.



## Arbetets upplägning

Utredaren skall samråda med utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44), utredningen om översyn av läkemedelsförmånen (dir. 1999:35) samt organisationskommittén med uppdrag att förbereda inrättandet av försäkringsmedicinska center (dir. 1999:30).

Utredaren skall vidare i sitt arbete beakta det pågående beredningsarbete inom Regeringskansliet som rör det reformerade förtidspensionssystemet.

Utredaren skall lämna en rapport senast den 15 februari 2000 vad avser:

- den fördjupade analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- vilka faktorer som direkt och indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling
- hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet och effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt frågan om hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen
- en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Utredaren skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2000.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv

## Tilläggsdirektiv till Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11)



Dir.  
1999:54

---

Beslut vid regeringssammanträde den 28 oktober 1999.

### Sammanfattning av uppdraget

Den särskilde utredaren skall lämna en rapport senast den 1 juli 2000 vad avser:

- den fördjupade analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- vilka faktorer som direkt och indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling
- hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensions-systemet och effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt frågan om hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen
- en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Utredaren skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2000.

### Uppdraget

Regeringen beslutade den 23 juni 1999 att en särskild utredare skall göra en analys av sjukförsäkringen (dir. 1999:54).

Med stöd av regeringens bemyndigande samma dag tillkallade statsrådet Thalén den 27 oktober 1999 en särskild utredare med

uppdrag att göra en analys av sjukförsäkringen. Utredaren skall enligt direktiven lämna en rapport senast den 15 februari och slutredovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2000.

Regeringen har därefter beslutat att den i direktiven nämnda rapporten i stället skall avlämnas senast den 1 juli 2000 och att utredaren, i stället för vad som anges i direktiven, skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2000.

(Socialdepartementet)

# Sammanfattning av delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72)

I *kapitel 1* framhåller utredningen att sjukförsäkringen utgör en väsentlig och integrerad del av det svenska välfärdssystemet. Utredningen avser att i detta delbetänkande redovisa och analysera de omständigheter som kan förklara den mycket stora uppgång av kostnaderna för sjukförsäkringen som skett under de senaste åren. Den stora kostnadsökningen kan dölja bakomliggande problem med ohälsa och stress i arbets- och privatlivet.

De ökande kostnaderna innebär också en stor belastning på statens budget. Tidsramen för denna studie är mycket snäv. Utredningen har ur det stora statistik- och utredningsmaterial som redan finns valt ut sådant som ger påtagligt och stort utfall.

Sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika sektorer och mellan olika arbetsplatser. Utvecklingen under senare år har förstärkt dessa skillnader. Utredningen har därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro.

Utredningen har eftersträvat en öppenhet i utredningsarbetet gentemot alla intresserade, inte minst allmänheten. En hemsida har öppnats för en fortlöpande diskussion. Adressen är "[www.sjukforsakring.gov.se](http://www.sjukforsakring.gov.se)".

Samråd har skett med andra utredningar och arbetsgrupper. Resultatet av utredningens hittillsvarande arbete presenteras framför allt i *kapitel 5* och *9*. Utredningens sammanställning av fakta och analys redovisas i *kapitel 5*. I det avslutande *kapitel 9* presenterar utredningen inriktningsmål och utvecklingslinjer för det fortsatta arbetet.

Kompletterande analyser skall göras under hösten 2000. Utredningens slutliga ställningstaganden kommer att redovisas i ett slutbetänkande som skall avlämnas till regeringen den 1 december 2000.

Sjukförsäkringsutredningen redovisar i *kapitel 5* en sammanställning av tillgänglig statistik som främst avser att ringa in de väsentligaste faktorerna bakom de senaste årens kraftiga ökning av sjukfrånvaron. Utredningen konstaterar sammanfattningsvis följande:

Under 1999 hanterade försäkringskassorna mer än 900 000 sjukersättningsfall. Det var 300 000 fler än 1997.

Totalt ersattes 75 miljoner sjukdagar av sjukförsäkringen 1999. Det var 25 miljoner fler än under 1997.

Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns.

Nära 500 000 individer – 284 000 kvinnor och 214 000 män – hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år eller uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Det var mer än 30 000 fler än vid årsskiftet 1997/98.

Kvinnor utgjorde 62 procent av de sjukskrivna vid årsskiftet 1999/2000 och svarade för 66 procent av ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 1999.

33 000 anställda kvinnor hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år. Det var en ökning med 84 procent från 1997.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting har en väsentligt högre sjukfrånvaro än andra kvinnor. 80 procent av anställda inom kommuner och landsting är kvinnor.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting utgör ca 21,5 procent av alla anställda men svarar för ca 30 procent av sjukfrånvaron.

75 procent av ersatta dagar i pågående fall vid årsskiftet 1999/2000 avsåg fall som hade pågått längre tid än ett år.

70 procent eller nära 500 000 av de fall som avslutades under 1999 hade pågått kortare tid än två månader.

De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är stora. Sjukskrivningsfrekvenserna för kvinnorna varierar från 4,5 procent i Kronobergs och Hallands län till 8,7 procent i Västerbotten. Männens tal varierar från 2,7 procent i Kronobergs län till 4,35 procent i Västerbotten.

Utredningen redovisar i *kapitel 9* "Inriktningsmål och utvecklingsmöjligheter" som ett underlag för en fortsatt diskussion. Målen är i huvudsak en summering av vad som i dag är en gängse och allmänt accepterad beskrivning av systemets huvudingredienser. Utredningen anser att dessa mål bör kunna utgöra en grund för en fortsatt effektivisering och utveckling av sjukförsäkringssystemet.

Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.

Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc.

Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.

Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringssystemet skall vara statsfinansiellt hållbart.

Sjukförsäkringen skall, enligt direktiven fortsatt vara ett generellt offentligt försäkringssystem.

Utredningen konstaterar dock att nuvarande utformning av systemet på åtskilliga punkter inte motsvarar den idag gällande uppsättningen av mål. I *kapitel 9* presenterar utredningen ett antal utvecklingsmöjligheter och förändringar av nuvarande system. Avsikten är att dessa förslag skall vidarebearbetas inför utredningens slutliga ställningstaganden. Då kommer också en samlad konsekvensbeskrivning att göras. Utredningens tankegångar har sammanfattats på följande sätt:

Sjuklöneperioden förlängs till två månader.

Arbetsgivarkollektivets avgift för sjukförsäkringen f.n. 8,5 procent sänks.

Arbetsgivaren har under sjuklöneperioden, liksom hittills, tillsammans med behandlande läkare det fulla ansvaret för "sjukskrivning" under sjuklöneperioden.

Arbetsgivare och, läkare i samråd med den försäkrade skall omedelbart informera försäkringskassan om behov föreligger av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Företagshälsovårdens roll förstärks.

Försäkringskassan tar över ansvaret för utbetalning av sjukpenning efter 60 dagar.

Försäkringskassan skall snarast bedöma om ett anmält sjukfall behöver utredas djupare. En sådan djupare och bredare bedömning bör ske med hjälp av en teamuppbyggd verksamhet som uppfyller fastställda kvalitetskriterier.

De försäkrade med behov av rehabilitering garanteras personligt anpassade insatser.

Arbetsgivaren erlägger en självrisk i form av en begränsad sjuklön också under resten av sjukskrivningsperioden.

Högekostnadsskydd införs för småföretag.

Sjukskrivningsperioden tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden kan sjukpenningen ersättas av månatlig sjukersättning vid fortsatt medicinsk rehabilitering eller månatlig rehabiliteringslön eller lönebidrag vid fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering.

De personliga riskskydden för enskilda utvecklas och förstärks.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall tas bort.

En myndighet bör ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och löpande redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro bör göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

Utredningen konstaterar avslutningsvis i kapitel 9 att

Alla läkare skall som hittills ha rätt att utfärda läkarintyg.

Försäkringskassan skall ges ett förstärkt mandat att följa den enskilde läkarens intygsgivning.

Försäkringsmedicin bör ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.

I *kapitel 2* görs en genomgång av de regler i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som gäller försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Vidare redovisas för sjukförsäkringen viktiga avsnitt i arbetsmiljölagen, samt tilläggsförsäkringar. Avslutningsvis görs en genomgång av sjukskrivningsprocessen.

Utredningen redovisar i *kapitel 3* viktiga händelser inom sjukförsäkringens område under 1900-talet och i *kapitel 4* sammanställs erfarenheter från utvecklingen i Norge. Precis som i Sverige har sjukskrivningarna ökat och en utredning är tillsatt för att förklara sjukförsäkringens ökade kostnader

Statskontoret har anlåtats för att för utredningens räkning beskriva sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen. Statskontorets rapporter återfinns i bilagor till utredningen och sammanfattas i *kapitel 6 och 7*. I utredningens uppdrag ingår att ta fram förslag till hur en modell för att förutsäga utgifterna skulle kunna utformas. I *kapitel 8* beskriver utredningen nuvarande prognosmodell och lämnar förslag till förbättringar. Ett arbete pågår inom socialdepartementet för att förbättra det nuvarande prognosarbetet. Utredningen deltar i detta arbete.



# Långtidssjukskrivna

Bakgrund, diagnos och återgång i arbete. En beskrivning av utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999

Riksförsäkringsverket

Utredningsenheten

Eva Olkiewicz

Ulrik Lidwall



## Inledning

*Studien är en jämförelse mellan långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet och 1999*

Riksförsäkringsverket genomför sedan lång tid tillbaka undersökningar för att studera vilka de långtidssjukskrivna är, hur försäkringskassan arbetar med dessa sjukfall, och effekterna av försäkringskassans åtgärder. För att belysa utvecklingen under 1990-talet har två av dessa undersökningar sammanställts. Den ena undersökningen speglar situationen i slutet av 1980-talet, och omfattar sjukfall som påbörjades under tiden 1986-1991.<sup>1</sup> Den andra undersökningen speglar utvecklingen under slutet av 1990-talet och omfattar sjukfall, som påbörjades under första hälften av februari 1999.<sup>2</sup>

*Långtidssjukskrivna är personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar*

Vi har valt ut sjukfall som var 60 dagar eller längre, och dessa har följts som längst under ett år, oavsett hur långa dessa sjukfall har varit i verkligheten. Vi har också valt ut de frågor, som ingick i båda undersökningarna. På så sätt har vi skapat två grupper, som kan jämföras med varandra, när det gäller egenskaperna hos gruppen långtidssjukskrivna, diagnoserna och hur sjukfallen avslutas under denna tid. Dessa två grupper har också analyserats utifrån skillnader mellan kvinnor och män.

### De långtidssjukskrivna – förändringar mellan slutet av 1980-talet och 1999

#### **Egenskaper och bakgrundsfaktorer**

*Andelen kvinnor och äldre har ökat*

Antalet långtidssjukskrivna har ökat mycket kraftigt under 1990-talet. Mellan december 1992 och december 1999 ökade antalet

---

<sup>1</sup> LS-undersökningen.

<sup>2</sup> RFV-LS-undersökningen.

långtidssjukskrivna från 154 000 till 175 000, det vill säga en ökning med 21 000 sjukfall. Det var emellertid bara kvinnorna som hade ökat, från 84 000 till 109 000. Männerna hade däremot minskat från 70 000 till 66 000. Antalet långtidssjukskrivna kvinnor ökade således med 25 000 personer mellan 1992 och 1999, medan antalet långtidssjukskrivna män minskade med 4 000 personer under samma tid.

Andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna ökade från 58 till 63 procent mellan slutet av 1980-talet och 1999. Det betyder att kvinnorna nu utgör nästan två tredjedelar av alla långtidssjukskrivna.

Andelen äldre, det vill säga personer som var 55 år och äldre, ökade från 22 till 27 procent bland de långtidssjukskrivna mellan slutet av 1980-talet och 1999. Det fanns 1999 en större andel män än kvinnor bland dem som var äldre, 29 jämfört med 26 procent.

#### *Andelen som har arbete har minskat*

Andelen långtidssjukskrivna med arbete minskade från 91 procent till 82 procent. Minskningen har samband med den lågkonjunktur som inträffade i början av 1990-talet. Både att de långtidssjukskrivna blev äldre och att de i högre utsträckning inte hade förankring på arbetsmarknaden innebar att de som grupp betraktat kan ha blivit svårare att rehabilitera arbetslivsmässigt. Tidigare studier har visat att risken för förtidspension bland långvarigt sjukskrivna ökar med stigande ålder och är större bland arbetslösa än bland dem som har arbete.<sup>3</sup> Det var en lägre andel av männen bland de långtidssjukskrivna som hade arbete än bland kvinnorna, 79 respektive 84 procent.

#### *Ett stort nytillskott av långtidssjukskrivna*

En annan signifikant förändring under denna tidsperiod är att andelen personer, som hade haft ett längre sjukfall under den tolv månadersperiod, som föregick det aktuella sjukfallet, minskade från 39 till 19 procent under 1990-talet. Det innebär att de långtidssjuka i hög utsträckning numera utgörs av ett nytillskott, som inte tidigare har varit sjukskrivna under någon längre tid.

---

<sup>3</sup> Se till exempel *Risk- och friskfaktorer*. RFV REDOVISAR 1997:6

Detta gäller i något större utsträckning männen än kvinnorna – bland männen var det bara 17 procent och bland kvinnorna 21 procent, som hade haft ett tidigare långt sjukfall. Mönstret är dock detsamma för både kvinnor och män.

## Diagnoser

### *De psykiska diagnoserna har ökat kraftigt bland kvinnorna*

Den största och kanske mest intressanta förändringen under 1990-talet gäller de psykiska sjukdomarna. Det är kvinnorna som har ökat i denna diagnosgrupp, från 13 procent i slutet av 1980-talet till 18 procent 1999. Bland männen finns däremot inga signifikanta öknings. Männen andel var 16 procent i slutet av 1980-talet och 17 procent 1999. Det innebär att kvinnorna ser ut att vara på väg att passera männen, när det gäller psykiska diagnoser.

### *Utbrändhet – diagnosen hos två procent av kvinnorna och en procent av männen*

Utbrändhet är en diagnos som har varit uppmärksammas i medierna under de senaste åren. Den fanns inte som term i början av 1990-talet, men tillkom i den nya utgåvan av "Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997",<sup>4</sup> och då i ett nytt kapitel. Det var emellertid fortfarande 1999 en liten del av de långtidssjuk-skrivna som fick diagnosen utbrändhet – två procent av kvinnorna och en procent av männen.

### *De fysiska diagnoserna har minskat*

Andelen långtidssjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen har minskat från 40 procent i slutet av 1980-talet till 37 procent 1999. Minskningen är emellertid bara signifikant bland männen, inte bland kvinnorna. Skador och förgiftningar har minskat från elva till åtta procent. Den diagnosen är vanligast bland männen, och minskningen är störst bland dem. Sjukdomar i matsmältnings-

---

<sup>4</sup> Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av ICD-10. Socialstyrelsen.

organen har minskat från fyra till två procent. Även här är minskningen störst bland männen.

#### *Symptomdiagnoserna har minskat*

Andelen långtidssjukskrivna som ingår i diagnosgruppen symptom har minskat från fem till tre procent mellan 1990 och 1999. I denna grupp kan troligen både fysiska och psykiska sjukdomsorsaker ingå.<sup>5</sup>

#### **Hur många som blir arbetsföra inom ett år**

##### *Andelen som friskskrivs inom ett år har minskat*

Under den senare hälften av 1980-talet friskskrevs 70 procent av de långtidssjukskrivna under det första året efter sjukfallets början. Denna andel minskade till 53 procent under 1999.

##### *Andelen som fortfarande är sjukskrivna efter ett år har ökat*

En annan bild av utvecklingen får vi, när vi ser hur stor andel av de långtidssjukskrivna som fortfarande är sjukskrivna ett år efter det att sjukfallet började. Denna andel har ökat mellan de två undersökningsperioderna. Under den senare hälften av 1980-talet var 23 procent fortfarande sjukskrivna. Under 1999 ökade andelen till 36 procent.

##### *Få får förtidspension inom ett år*

Ett relativt fåtal fick förtidspension under det första året efter sjukfallets början. Andelen var tre procent under slutet av 1980-talet, och fyra procent 1999, något högre för män än för kvinnor.

---

<sup>5</sup> "I allmänhet innefattar kategorierna i detta kapitel sådana mindre väl definierade tillstånd och symptom, vilka med ungefär lika stor sannolikhet pekar mot två eller flera sjukdomar eller två eller flera organsystem och där ännu tillräckligt underlag saknas för en slutlig diagnos." Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av ICD-10. Socialstyrelsen

## Sammanfattning och diskussion

Studien är en jämförelse mellan två undersökningar av långtids-sjukskrivna i slutet av 1980-talet och 1999. Urvalet består av personer som har varit sjukskrivna i minst 60 dagar. Sjukfallen har följts som längst under ett år, oavsett hur långa dessa sjukfall varit i verkligheten.

### *Större inflöde...*

Antalet långtidssjukskrivna har ökat mycket kraftigt under 1990-talet. Mellan december 1992 och december 1999 ökade antalet långtidssjukskrivna från 154 000 till 175 000, det vill säga en ökning med 21 000 sjukfall. Det var kvinnorna som stod för ökningen. Antalet långtidssjukskrivna kvinnor ökade med 25 000 under tidsperioden, medan antalet långtidssjukskrivna män minskade med 4 000.

Den andel av de långtidssjukskrivna, som hade varit sjukskrivna en längre period året före det aktuella sjukfallet, minskade samtidigt från 39 i slutet av 1980-talet till 19 procent 1999. Det innebär att det har skett ett betydande nytillskott till gruppen långtidssjukskrivna under de senaste åren.

### *...och mindre utflöde av långtidssjukskrivna 1999*

Samtidigt återgick allt färre till arbete under det första året efter sjukfallets början, vilket betyder att utflödet ur gruppen minskade. Sålunda återgick 70 procent av de långtidssjukskrivna i arbete i slutet av 1980-talet, jämfört med 53 procent under 1999.

### *Större andel kvinnor än män bland de långtidssjukskrivna 1999*

Andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna har ökat från 58 till 63 procent under tidsperioden. Det innebär att kvinnorna nu utgör två tredjedelar av de långtidssjukskrivna.

Andelen äldre bland de långtidssjukskrivna har också ökat under tidsperioden. En annan och mycket allvarlig förändring är att andelen långtidssjukskrivna som har arbete har minskat från 91 till

82 procent. Kvinnorna har arbete i något större utsträckning än männen.

*De psykiska diagnoserna har ökat kraftigt bland kvinnorna*

Bland kvinnorna har andelen psykiska diagnoser ökat från 13 procent i slutet av 1980-talet till 18 procent 1999. Andelen psykiska diagnoser bland männen var 16 procent i slutet av 1980-talet och 17 procent 1999. Det innebär att kvinnorna ser ut att vara på väg att passera männen när det gäller andelen långtidssjukskrivna inom denna diagnosgrupp. En diagnos, som tilldragit sig stor uppmärksamhet i massmedia på senare tid är utbrändhet. Den fanns inte med som term i den första undersökningen, utan tillkom först 1997. Den utgjorde två procent bland kvinnorna och en procent bland männen i 1999 års undersökning. Sammantaget innebär det dock att diagnoser, som berör den psykiska ohälsan, uppgår till 20 procent bland kvinnorna och 18 procent bland männen.



**Bilaga 1**

*Tabell 1.* Andelen långtidssjukskrivna med olika bakgrunds-faktorer och avslutningsanledningar dels i slutet av 1980-talet dels 1999. Jämförelser mellan slutet av 1980-talet och 1999 dels för samtliga, dels för kvinnor och män separat. Jämförelse mellan kvinnor och män 1999.

Bakgrundsfaktorer	Samtliga			Män			Kvinnor			Jämförelse mellan kvinnor och män 1999
	1990	1999	Sign.	1990	1999	Sign.	1990	1999	Sign.	Signifikanta skillnader
55 år eller äldre	22	27	Ja	24	29	Ja	20	26	Ja	Ja
Arbetslösa	6	17	Ja	8	20	Ja	4	15	Ja	Ja
Har arbete	91	82	Ja	90	79	Ja	92	84	Ja	Ja
Haft ett långt sjukfall året före det aktuella	39	19	Ja	38	17	Ja	39	21	Ja	Ja
Återgått i arbete inom ett år	70	53	Ja	68	52	Ja	72	54	Ja	-
Fortfarande sjuk-skriven efter ett år	23	36	Ja	26	38	Ja	22	35	Ja	Ja
Sjukbidrag/förtids-pension inom ett år	3	4	Ja	4	5	Ja	3	4	Ja	-

Tabell 2. Andelen långtidssjukskrivna med olika diagnoser dels i slutet av 1980-talet dels 1999. Jämförelser mellan slutet av 1980-talet och 1999 dels för samtliga, dels för kvinnor och män separat. Jämförelse mellan kvinnor och män 1999.

Diagnoser	Samtliga			Män			Kvinnor			Jämförelse mellan kvinnor och män 1999
	1990	1999	Sign.	1990	1999	Sign.	1990	1999	Sign.	Signifikanta skillnader
Infektionssjukdomar	0	1	-	0	1	-	0	1	-	-
Tumörer	2	4	Ja	3	4	Ja	2	3	Ja	-
Sjukdomar i endokrina systemet och ämnes- omsättningen	1	2	-	1	2	-	1	1	-	-
Psykiska sjukdomar	14	18	Ja	16	17	-	13	18	Ja	-
Sjukdomar i nervsys- temet och sinnes- organen	4	4	-	4	5	-	4	4	-	-
Sjukdomar i cirkulationsorganen	5	5	-	8	9	-	3	3	-	Ja
Sjukdomar i andningsorganen	3	2	-	3	2	-	3	2	-	-
Sjukdomar i matsmältningsorganen	4	2	Ja	5	2	Ja	3	2	Ja	-
Hudsjukdomar	2	1	Ja	2	1	-	2	1	Ja	-
Sjukdomar i rörelse- organen	40	37	Ja	38	35	Ja	41	39	-	Ja
Sjukdomar i urin och könsorgan	2	1	Ja	1	1	-	3	1	Ja	Ja
Graviditetskomplika- tioner	6	4	Ja	-	-	-	11	7	Ja	Ja
Medfödda miss- bildningar	0	0	-	0	0	-	0	0	-	-
Symptom	5	3	Ja	4	2	Ja	6	3	Ja	Ja
Skador och förgiftnin- gar	11	8	Ja	15	12	Ja	7	6	Ja	Ja
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet, varav:	-	3	Ja	-	3	Ja	-	4	Ja	Ja
Utbrändhet					1	Ja		2	Ja	
Annat					2	Ja		2	Ja	

# REGIONALA SJUKFALLSTUDIER

AnnaKarin Danielsson

fil.kand. i socialpsykologi och fil.mag. i kriminologi

Rapport till sjukförsäkringsutredningen  
(S 1999:11)

2000-09-15



## Sammanfattning

- Antalet sjukfall i länen har ökat under de senaste åren. Mest markant är ökningen bland kvinnorna, som även står för en klar majoritet av sjukfallen. De sjukskrivna kvinnornas andel uppgår till 60 procent, medan männen svarar för 40 procent av sjukskrivningarna.
- Majoriteten av sjukfallen runt om i länen avser personer som är i åldrarna 50–59 år.
- Den vanligaste diagnosen är *problem i rörelseorganen*, men den *psykiska ohälsan* ökar i samtliga undersökta län.
- Från några län konstateras att hjärt- och kärlsjukdomar och skador/olycksfall är typiskt manliga diagnoser, medan psykiska besvär och reumatism/ledsjukdomar har en kvinnlig övervikt.
- Specialstudier av sjukskrivningar relaterade till stress och utbrändhet visar att andelen sjukskrivna för dylika besvär ökar. Kvinnorna är överrepresenterade och majoriteten är i åldrarna 40–59 år. Diagnosen är vanlig bland tjänstemän och högre tjänstemän, men även bland anställda i offentlig sektor, såsom kommunens barn – och ungdomsomsorg.
- Arbetare, med ingen eller kort yrkesutbildning, utgör den största gruppen bland de sjukskrivna. Yrkesgrupper som framhålls som speciellt drabbade är för kvinnorna: vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, lokalvårdare och kontorsarbetare och för männen: metallarbetare, verkstadsarbetare, chaufförer samt ospecificerade tjänstemän på mellannivå.
- Kommunen, med äldreomsorg, barnomsorg och skola, framstår som den dominerande arbetsgivaren, vad avser de sjukskrivnas arbetsförhållanden.
- De sjukskrivna arbetslösa är överrepresenterade i samtliga län i förhållande till den totala andelen arbetslösa. I många län utgör de arbetslösa nära en fjärdedel av sjukfallen och är samtidigt den största gruppen. Studier uppmärksammar att sjukfallstiden tenderar att bli längre för de arbetslösa och att arbetslösa sjukskrivna är betydligt yngre än sjukskrivna med arbete. De sjukskrivna arbetslösa har en klar överrepresentation när det gäller diagnosen *psykisk ohälsa*.

- Primärvården eller sjukhusen står för en majoritet av sjukskrivningarna. Studier pekar på att kvinnor oftare har läkarintyg från primärvården och männen istället från sjukhusen samt att sjukhusläkare sjukskriver längre än övriga och att det följaktligen är vanligare att kvinnor sjukskrivs kortare tid än män.
- Heltidssjukskrivningarna dominerar i samtliga undersökta län. Andelen sjukskrivna på heltid varierar mellan 70 och 80 procent. Kvinnor sjukskrivs på deltid i större utsträckning än män.
- Företagshälsovården använder sig i större utsträckning än andra vårdinstanser av partiell sjukskrivning, vilket kanske kan förklaras med dess större inblick i förekommande arbetsuppgifter. Företagshälsovården är oftare den sjukskrivande instansen vid sjukfall relaterade till stress/utbrändhet och denna diagnos leder i större utsträckning till deltidssjukskrivningar och kortare sjukskrivningstider än övriga diagnoser.
- Medicinsk behandling framträder som den klart dominerande rehabiliteringsåtgärden i länen. Dock påpekas från flera håll att en stor andel av läkarintygen saknar uppgifter om rehabiliteringsbehov och det är följaktligen svårt att utifrån ett begränsat material dra några långtgående slutsatser.
- När det gäller sjukfallsstudiernas utformning framhålls det önskvärda i att i framtida studier eftersträva större enhetlighet. De brister som är särskilt påtagliga idag är *avsaknaden av definitioner, de varierande undersökningsperioderna, olika undersökningsområden, icke angivna urval, knapphändiga uppgifter om åtgärder samt varierande undersökningsvariabler.*

## Innehåll

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>250</b>
<b>2</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>251</b>
2.1	Kön – Ålder .....	251
2.2	Diagnos.....	252
2.2.1	Könsskillnader .....	254
2.2.2	Stress/utbrändhet.....	254
2.2.3	Arbetslösa .....	255
2.3	Sysselsättning – Bransch.....	256
2.3.1	Andel sjukskrivna arbetslösa.....	257
2.4	Sjukskrivande instans.....	259
2.5	Sjukskrivningens omfattning.....	260
2.6	Åtgärder.....	261
2.6.1	Uppsala län.....	262
<b>3</b>	<b>STUDIERNAS UTFORMNING.....</b>	<b>264</b>
3.1	Definitioner .....	264
3.2	Tidsperioder.....	265
3.3	Län – kommun – stad .....	265
3.4	Urval 265.....	
3.5	Åtgärder.....	266
3.6	Variabler.....	266
3.7	”Goda exempel” .....	267

## 1 INLEDNING

Officiell statistik visar att de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är stora. Norrlandslänen med Västerbotten, Jämtland och Norrbotten har betydligt högre andel sjukskrivna än övriga landet. Störst variation i sjukskrivningsfrekvens uppvisar kvinnorna med 4,5 procent sjukskrivna i Kronobergs och Hallands län och 8,7 procent i Västerbotten. För männen är motsvarande siffror 2,7 respektive 4,4 procent.<sup>1</sup>

I försök att finna förklaringar till dessa skillnader har bl.a. *olikheter i ålderstrukturer, arbetslöshetens utveckling samt tradition och inställningar till sjukskrivningar* diskuterats. Några entydiga svar har dock ej kunnat erhållas och i framtida studier är det önskvärt att undersöka eventuella medicinska, miljömässiga, organisatoriska och/eller andra förklaringar till de regionala skillnaderna.<sup>2</sup>

Denna rapport bygger på en sammanställning av ett 50-tal sjukfallsstudier från 15 län och syftar till att ge en fördjupad bild av variationerna mellan länen vad avser sjukskrivningsmönster.<sup>3</sup> Rapporten skrivs på uppdrag av sjukförsäkringsutredningen och de variabler som behandlas är *kön, ålder, diagnos, sysselsättning, bransch, sjukskrivningens omfattning samt vidtagna åtgärder*.<sup>4</sup> Studiernas utformning och förslag till förbättringar kommer även att diskuteras.

Det faktum att sjukfallsstudierna saknar enhetligt upplägg medför vissa problem vid sammanställning och tolkning av desamma. Resultaten nedan bör med andra ord tolkas med försiktighet.

---

<sup>1</sup> SOU 2000:72, sid 83.

<sup>2</sup> SOU 2000:72, sid 86.

<sup>3</sup> För komplett förteckning av genomgångna studier, se sid. 22-26.

<sup>4</sup> För utförligare uppdragsbeskrivning, se bilaga 1.



## 2 RESULTAT

Nedan följer en redovisning av de undersökta sjukfallsstudierna. Då materialet består av såväl totalundersökningar på länsnivå, som urvalsstudier på en viss ort och innefattar sjukfall som varat minst 30, 40 och 60 dagar, redogörs här endast i begränsad omfattning för relationerna i procentsiffror, länen emellan. Viktigt att påpeka är även att länen uppvisar stor variation avseende vilka variabler de valt att undersöka. Således är nedanstående sammanställning på intet vis heltäckande.

### 2.1 Kön – Ålder

I majoriteten av de undersökta studierna konstateras att antalet sjukfall ökat under de senaste åren. Från flera län påpekas även att längden på sjukfallen ökat.

Mest markant är ökningen bland kvinnorna, som i samtliga undersökta län även står för en klar majoritet av sjukfallen. De sjukskrivna kvinnornas andel är i näst intill samtliga studier 60 procent, medan männen svarar för 40 procent av sjukskrivningarna.

Vad gäller åldersfördelningen uppvisar länen överensstämmande uppgifter i det att majoriteten av sjukfallen är i åldrarna 50–59 år. Det konstateras även att de långa sjukfallen ökar med stigande ålder. Den största ökningen kan konstateras bland kvinnor i åldern 50–59 år anställda i offentlig sektor med vård- och omsorgsarbeten. Kvinnornas andel är högre i samtliga undersökta ålderskategorier och har ökat under den studerade tidsperioden. För männen är förändringarna de väntade med hänsyn tagen till åldersutvecklingen, medan ökningen av antalet sjukfall bland kvinnorna, framförallt i åldersgrupperna 40–49 och 50–59 år, är större än vad som kan förklaras med förändringar i åldersstrukturen.

I en sjukfallsstudie från Västra Götalands län diskuteras tänkbara förklaringar till detta i termer av en allmän hälsoförsämring och en förändrad diagnosbild. Det konstateras att kvinnor är mer sjukskrivna än män inom samtliga diagnoser, utom hjärt- och kärlsjukdomar. De senaste årens uppgång av antalet sjukfall har varit kraftigare för kvinnorna än männen inom samtliga åldersklasser. En stor ökning vad gäller diagnosen utbrändhet och stressyndrom, vanlig för anställda inom offentlig sektor, noteras och det påpekas att

kvinnor inom denna sektor ofta är svåra att omplacera. Som andra tänkbara förklaringar till den aktuella utvecklingen nämns att Försäkringskassans arbete försämrats på grund av minskade resurser och att problem förekommer inom sjukvården, med många veckors väntetid och läkarbrist.<sup>5</sup> Dessa problem kan dock knappast förklara de sjukskrivnas sneda könsfördelning, då de kan antas drabba såväl män som kvinnor.

Även studier från Södermanlands län diskuterar eventuella förklaringar till att fler kvinnor än män är sjukskrivna. Här framhålls det faktum att kvinnor i större utsträckning än män har visat sig ha arbeten som är jäktiga, enformiga och inte lämnar något utrymme för egen påverkan av arbetssituationen, som en bidragande orsak.<sup>6</sup> Dylika arbeten har konstaterats leda till högre sjukfrånvaro. Arbetsmiljön och arbetsuppgifterna i typiskt manliga yrken, såsom industrin, har förbättrats, medan trenden för lågutbildade kvinnor verkar vara den motsatta med t.ex. nedskärningar inom den offentliga sektorn.<sup>7</sup>

Ovanstående resonemang syftar till att belysa tänkbara förklaringar till den sneda könsfördelningen bland de sjukskrivna och redogör ej för den stora skillnaden *länen* emellan. Även med hänsyn tagen till ålderstrukturen uppvisar t.ex. Norrbotten, Västerbottens och Jämtlands län på betydligt högre sjuktal än övriga län för både män och kvinnor.<sup>8</sup>

## 2.2 Diagnos

Nedanstående siffror bygger på högst varierande uppgifter från såväl enskilda orter som län, totalundersökningar och stickprov samt olika undersökningsperioder. De bör med andra ord tolkas med stor försiktighet. Syftet med framställningen är dock att visa på den utveckling som skett i länen under de senaste åren.

Den klart vanligaste diagnosen är *problem i rörelseorganen*, den *psykiska ohälsan* har ökat, medan *hjärt- och kärlsjukdomar* och *skador* ligger på tämligen konstanta nivåer. Det är dock i många fall oklart vad exakt som avses med psykisk ohälsa. I flertalet län innefattar diagnosen såväl psykisk sjukdom, såsom mentala rubbningar, depressioner och ångest och psykiska störningar, såsom stress,

---

<sup>5</sup> Rapport 3a.

<sup>6</sup> Studie 7e.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> SOU 2000:72, sid. 85.

utbrändhet etc. Siffrorna nedan är följaktligen en sammanslagning av dessa båda diagnoser.

Tabell 1. Olika diagnosers procentuella andel av det undersökta antalet sjukskrivna i olika län.

Län:	Diagnos:														
	Rörelseorganens sjukdomar			Psykisk ohälsa			Hjärt- och kärl-sjukdomar			Skador genom olycksfall mm.			Övriga sjukdomar		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
AB (samtliga intyg)	36	37	-	19	22	-	4	4	-	3	2	-	38	45	-
D/Område Syd* (≥28 dgr)	-	47	-	-	19	-	-	7	-	-	5	-	-	22	-
E (≥15 dgr)	59	52	-	13	16	-	5	5	-	3	3	-	20	24	-
F 1** (≥60 dgr)	-	54	-	-	11	-	-	4	-	-	9	-	-	22	-
F 2*** (≥30 dgr)	-	-	48	-	-	10	-	-	7	-	-	9	-	-	26
G (- dgr) <sup>9</sup>	-	-	50	-	-	19	-	-	5	-	-	5	-	-	21
K (≥30 dgr)	37	32	-	19	23	-	9	9	-	6	-	-	29	-	-
OPR 1**** (≥40 dgr)	41	-	-	16	-	-	7	-	-	7	-	-	29	-	-
OPR 2***** (≥60 dgr)	44	-	-	27	-	-	6	-	-	2	-	-	21	-	-
S (≥60 dgr)	46	44	-	20	24	-	8	7	-	6	6	-	20	19	-
X (≥59 dgr)	45	45	-	19	22	-	11	10	-	4	4	-	21	19	-
Y (≥30 dgr)	-	45	43	-	12	17	-	10	8	-	6	5	-	27	27
Z (≥60 dgr)	54	52	-	13	16	-	8	6	-	5	3	-	20	23	-
BD (≥59 dgr)	55	-	-	8	-	-	8	-	-	6	-	-	23	-	-

\* Nyköping, Oxelösund, Gnesta och Trosa kommun. \*\* Sävsjö \*\*\* Gnosjö \*\*\*\* Skaraborg \*\*\*\*\* Göteborg

<sup>9</sup> Sjukfallsstudien bygger på en stickprovsundersökning från samtliga läkarintyg och någon tidsperiod anges ej.

Tabell 2. Län och län i klartext.

Län	Län i klartext	Län	Län i klartext	Län	Län i klartext
AB	Stockholm	I	Gotland	U	Västmanland
C	Uppsala	K	Blekinge	W	Dalarna
D	Sörmland	LM	Skåne	X	Gävleborg
E	Östergötland	N	Halland	Y	Västernorrland
F	Jönköping	OPR	Västra Götaland	Z	Jämtland
G	Kronoberg	S	Värmland	AC	Västerbotten
H	Kalmar	T	Örebro	BD	Norrbottn

### 2.2.1 Könsskillnader

Från Jämtlands och Västernorrlands län konstateras att hjärt – och kärlsjukdomar och skador/olycksfall är typiskt manliga diagnoser, medan psykiska besvär och reumatism/ledsjukdomar har en kvinnlig övervikt. I Västernorrland svarar kvinnorna för 66 procent av den psykiska ohälsan och männen för 62 procent av hjärt- och kärlsjukdomarna.

Samtidigt noteras även att diagnosen psykiska besvär har en hög andel bland kommun- och landstingsanställda, där kvinnorna är i klar majoritet, och är betydligt mer sällsynt bland privat anställda och egna företagare, vilka i större utsträckning är män.<sup>10</sup>

Studier från Värmlands län visar att av de sjukskrivna inom kommunens äldreomsorg är 59 procent sjukskrivna på grund av problem med rörelseapparaten jämfört med totalt 48 procent för sjukskrivna med arbete.<sup>11</sup>

### 2.2.2 Stress/utbrändhet

Västernorrlands län har gjort en specialstudie av sjukskrivningar relaterade till stress och utbrändhet där det konstateras att andelen sjukskrivna för dylika besvär ökar. Kvinnorna är överrepresenterade och majoriteten är i åldrarna 40–59 år. Diagnosen är vanlig bland tjänstemän och högre tjänstemän, men även bland anställda i offentlig sektor. Även i yrken av ledarskapskaraktär blir diagnosen psykiska besvär allt vanligare. De arbetslösa är i minst utsträckning sjukskrivna på grund av stress/utbrändhet. Denna studie pekar

<sup>10</sup> Studie 1a och 4.

<sup>11</sup> Studie 15c.

även på att diagnosen stress/utbrändhet oftare leder till deltidssjukskrivningar och kortare sjukskrivningstider än andra diagnoser samt att företagshälsovården oftare är den sjukskrivande instansen.<sup>12</sup>

En liknande studie från Värmlands län ger stöd åt dessa uppgifter. Här konstateras att av samtliga sjukskrivna på grund av stress/utbrändhet är nära 78 procent kvinnor. Bland anställda inom kommunens barn- och ungdomsvård innehar nära 37 procent diagnosen psykisk ohälsa och hela 22 procent av dessa utgörs av stress/utbrändhet. Motsvarande siffror för landstingsanställda är 35 respektive 21 procent.<sup>13</sup>

Även Gävleborgs län har specialstuderat diagnosen psykiska besvär och visar på att var tredje intyg för kvinnor handlar om utbrändhet, krisreaktion, ångest och/eller depression. Diagnosen utbrändhet har, enligt denna studie, högst andel bland lärare/rektorer och sjuksköterskor. Krisreaktion, ångest och depression förekommer i 36 procent hos läkare och i 27 procent hos lärare/rektorer.<sup>14</sup>

En studie från Uppsala visar att psykiska besvär nästan är dubbelt så vanligt bland offentligt anställda som hos privat anställda för såväl män som kvinnor.<sup>15</sup>

### 2.2.3 Arbetslösa

När det gäller gruppen arbetslösa går resultaten något isär. Från Västernorrlands håll påpekas att sjukskrivningsorsakerna för arbetande respektive arbetslösa är olika, där de förstnämnda i större utsträckning sjukskrivs för problem i rörelseorganen och de sistnämnda på grund av psykisk ohälsa.<sup>16</sup> I studien från Jämtlands län konstateras att fördelningen mellan diagnoserna i stora drag är densamma bland anställda och arbetslösa.<sup>17</sup>

En specialstudie från Eskilstuna av sjukskrivna arbetslösa visar att de arbetslösa är "sjukare" än de arbetande, i den bemärkelsen att de ofta har fler diagnoser.<sup>18</sup> Studier i Blekinge pekar på att nästan

---

<sup>12</sup> Studie 1b.

<sup>13</sup> Studie 15b.

<sup>14</sup> Studie 13e.

<sup>15</sup> Studie 12b.

<sup>16</sup> Studie 1a.

<sup>17</sup> Studie 4.

<sup>18</sup> Studie 7b.

en tredjedel av de sjukskrivna arbetslösa har diagnosen psykiatriska besvär.<sup>19</sup>

Från Värmlands län konstateras att var tredje arbetslös kvinna har psykiska besvär jämfört med var fjärde arbetslös man.<sup>20</sup> Studier i Östergötland och Värmland visar att en större andel av de sjukskrivna arbetslösa männen har sammansatta psykosociala problem, såsom missbruk och psykiska problem. Missbruksproblematiken är ej lika framträdande hos de arbetslösa kvinnorna, som dock i stor utsträckning är sjukskrivna på grund av psykiska problem.<sup>21</sup>

En fråga värd att diskutera är huruvida arbetslösheten då beror på de psykiska besvären, eller om dessa uppstått som en följd av arbetslösheten!

### 2.3 Sysselsättning – Bransch

När det gäller de sjukskrivnas arbetsförhållanden uppvisar länen tämligen överensstämmande uppgifter. Kommunen, med äldreomsorg och skola, framstår som den dominerande arbetsgivaren. Arbetare, med ingen eller kort yrkesutbildning, har en större andel sjukskrivna än övriga grupper.

I Västernorrland är nära 80 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna anställda hos en offentlig arbetsgivare och hälften av dessa är kommunalt anställda i äldreomsorg, skola eller barnomsorg. Det är även i denna grupp som den mest markanta ökningen av sjukfall sker.<sup>22</sup>

Ett undantag är Östergötland där andelen sjukskrivna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst minskat i samma utsträckning som andelen inom varuhandel, restaurang och hotell ökat. Dock påpekas att dessa resultat ej är statistiskt säkerställda.<sup>23</sup>

Studier i Värmland visar att antalet pågående sjukfall för anställda inom den offentliga sektorn har ökat med 34 procent mellan 1998 och 1999. En lika stor ökning uppvisar den privata sektorn. Det är kvinnorna som står för större delen av ökningen inom den förstnämnda sektorn, medan männen svarar för ökningen inom den sistnämnda. Gruppen sjukskrivna egna företagare har även den en

---

<sup>19</sup> Studie 8d.

<sup>20</sup> Studie 16c.

<sup>21</sup> Studie 11c och 15a.

<sup>22</sup> Studie 1d.

<sup>23</sup> Studie 11a.

klar manlig dominans.<sup>24</sup> Något förenklat kan det uttryckas så att kvinnorna dominerar i de lägre inkomstgrupperna och männen i de högre, även om siffror från Östergötland visar att andelen sjukskrivna läkare ökar och att 80 procent av dessa är kvinnor.

Sammantaget är det dock, som tidigare påpekats, arbetarna som utgör den största gruppen bland de sjukskrivna. De yrkesgrupper som framhålls som speciellt drabbade är för kvinnorna: vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, lokalvårdare och kontorsarbetare och för männen: metallarbetare, verkstadsarbetare, chaufförer samt ospecificerade tjänstemän på mellannivå. Det kan konstateras att arbetande i tre specifika branscher, nämligen vård, industri och kontor, står för en stor andel av sjukfallen runt om i länen.

Studier från Östergötlands län visar att riskfaktorerna för sjukskrivning är något olika för män och kvinnor. För männens del ökar riskerna om du är över 50 år, arbetslös, har minst 60 sjukdagar de senaste två åren, är sjukskriven på grund av psykiska besvär eller är född i ett annat land. För kvinnorna ger muskuloskelatala systemets sjukdomar, civilstånd som ogift, att vara icke facklärd arbetare, ha minst 60 sjukdagar de senaste två åren, att vara arbetslös eller anställd i service- alternativt tekniska yrken förhöjda risker för sjukskrivning.<sup>25</sup>

När det gäller riskfaktorer för sjukskrivning på grund av stress och utbrändhet visar en studie från Västernorrland att kvinnor, tjänstemän, offentligt anställda samt människor i åldern 40–49 år löper större relativa risker än övriga grupper.<sup>26</sup>

### 2.3.1 Andel sjukskrivna arbetslösa

De sjukskrivna arbetslösa är överrepresenterade i samtliga län i förhållande till totala andelen arbetslösa. De arbetslöshetssiffror som nämns för länen varierar mellan tre och tio procent, medan andelen sjukskrivna som också är arbetslösa ligger på mellan 16 och 26 procent.

Tabellen nedan redogör för andelen sjukskrivna respektive sjukskrivna arbetslösa i de undersökta länen.

---

<sup>24</sup> Studie 15d.

<sup>25</sup> Studie 11c.

<sup>26</sup> Studie 1b.

Tabell 3. Andel arbetslösa och andel sjukskrivna arbetslösa i de undersökta länen, 1998-2000

Län	Andel arbetslösa (%)	Andel sjukskrivna arbetslösa (%)
AB	3	18
D*	4	25
E	-	20
F**	-	20
G	3-4	16
K	-	27
OPR	-	25
S	5	24
X	8	22
Y	6	23
Z	10	19
BD	7	26

\*Område Syd

\*\*Skaraborg

Från flertalet län konstateras att arbetslösheten är högre bland de sjukskrivna männen än bland kvinnorna. Jämförelser med tidigare mätningar visar dock att denna skillnad minskat och i vissa län är andelen kvinnor nu även störst bland de sjukskrivna arbetslösa.

Från Göteborg konstateras en kraftig minskning av arbetslösheten för kvinnor samtidigt som de svarar för den största ökningen av långa sjukfall. Det är med andra ord gruppen anställda som står för den största ökningen.<sup>27</sup>

I många län utgör de arbetslösa nära en fjärdedel av sjukfallen och är samtidigt den största gruppen. I de län där antalet sjukskrivna arbetslösa ökar har de dock en mindre *relativ ökning* än övriga grupper. I vissa län har minskad total arbetslöshet även följts av minskad andel sjukskrivna arbetslösa, medan det motsatta kan konstateras i andra län. Det påpekas dock från flera håll att sjuk-

<sup>27</sup> Studie 3b.



skrivningarna ökar både när arbetslösheten ökar och när den minskar.

Som en av de största riskgruppen för sjukskrivning anges de arbetslösa. Flera studier uppmärksammar det faktum att sjukfallstiden tenderar att bli längre för de arbetslösa och att arbetslösa sjukskrivna är betydligt yngre än sjukskrivna med arbete. Samtidigt påpekas att de arbetsmarknadsmässiga åtgärderna reducerats, vilket torde kunna bidra till de arbetslösa sjukskrivnas längre sjukfallstider.

## 2.4 Sjukskrivande instans

När det gäller uppgifter om sjukskrivande instans är länens sjukfallsstudier något knapphändiga. De vårdinstanser som främst diskuteras är:

- Primärvård
- Sjukhus
- Företagshälsovård

Bland de län som angivit sjukskrivande instans står antingen primärvård eller sjukhus för majoriteten av sjukskrivningarna. Utvecklingen i länen är dock tämligen olikartad. Jämtland uppvisar en förskjutning från privat till primärvård, medan Blekinge visar på ett ökat antal sjukskrivningar från sjukhus, psykiatri och privata sektorn och minskningar för primärvård och företagshälsovård. I Värmland ökar primärvården sin andel av sjukskrivningar i samma utsträckning som sjukhusen minskar sin. Sjukhusen står för de flesta sjukskrivningarna i Södermanland (Område Syd), men här ökar Företagshälsovården sin andel med hela 106 procent under ett år. Det påpekas dock att denna ökning kan vara relaterad till en enskild läkare.

I de fall diagnoser diskuteras i relation till sjukskrivande instans kan inga större skillnader urskiljas. Majoriteten av sjukskrivningar rör problem i rörelseorganen för samtliga vårdinstanser förutom den psykiatriska vården. En studie från Västernorrland visar att sjukskrivningar på grund av stress/utbrändhet oftare görs av Företagshälsovården.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Studie 1b.

Från några län konstateras att kvinnor oftare har läkarintyg från primärvården och männen istället från sjukhusen. Vissa studier pekar även på att sjukhusläkare sjukskriver längre än övriga och att det följaktligen är vanligare att kvinnor sjukskrivs kortare tid än män. Några samband mellan ålder och sjukskrivningslängd har ej gått att finna och långa sjukskrivningsperioder kan med andra ord vara lika vanliga bland 16–29-åringar som bland de äldsta.<sup>29</sup> Från Blekinge konstateras dock att primärvården har den högsta andelen långtidssjukskrivna och den största andelen av det totala antalet långtidssjukskrivna.<sup>30</sup> Det är med andra ord svårt att utifrån detta begränsade material dra några långtgående slutsatser.

## 2.5 Sjukskrivningens omfattning

I samtliga undersökta län dominerar heltidssjukskrivningarna. Andelen sjukskrivna på heltid varierar mellan 70 och 80 procent och andelen partiellt sjukskrivna följaktligen mellan 20 och 30 procent. När det gäller sjukskrivna arbetslösa pekar några studier på att nära 95 procent av denna grupp är heltidssjukskrivna.

Företagshälsovården använder sig i större utsträckning än andra vårdinstanser av partiell sjukskrivning och en större andel kvinnor än män blir sjukskrivna på deltid. Dock konstateras från Väster-norrlands län att andelen kvinnor som sjukskrivs på heltid ökar i relation till männen.<sup>31</sup> Studier från Värmlands län pekar på att samtliga sjukskrivande instanser, dvs. vårdcentral, sjukhus, företags-hälsovård och privatläkare har minskat andelen partiellt sjuk-skrivna.<sup>32</sup>

I sjukfallsstudien från Stockholms län spekuleras i anledningar till att kvinnor i större utsträckning än män sjukskrivs på deltid. Man frågar sig om kvinnorna kanske uppsöker läkare vid mindre allvarliga tillstånd än männen och att bedömningen att det finns restarbetsförmåga således är korrekt. Det faktum att Företags-hälsovården står för en större andel av deltidssjukskrivningarna kan kanske förklaras med att den har en större inblick i förekommande arbetsuppgifter och följaktligen lättare kan bedöma möjlig-heterna att arbeta partiellt. Andra tänkbara orsaker som diskuteras är att kvinnorna, till skillnad mot männen, kanske alltid blir tillfrå-

---

<sup>29</sup> Studie 15a.

<sup>30</sup> Studie 8d.

<sup>31</sup> Studie 1a.

<sup>32</sup> Studie 15d.

gade om restarbetsförmåga, t.ex. hushållsarbete och att de eventuellt även är mer öppna för partiellt arbete än männen. En ytterligare tänkbar förklaring är att det på kvinnodominerade arbetsplatser är vanligare att man kan arbeta deltid.<sup>33</sup>

Studier från Östergötland visar att partiell sjukskrivning är vanligare inom tekniska, humanistiska och administrativa yrken.<sup>34</sup> Eventuella samband mellan yrken och sjukskrivningsgrad diskuteras dock inte närmare i övriga studier, varför jämförelser inom detta område ej är möjliga.

## 2.6 Åtgärder

Endast ett fåtal av länen redogör i sina studier för vilka åtgärder som vidtagits för de sjukskrivna. Ur ett högst begränsat material framträder dock medicinsk behandling som den klart dominerande rehabiliteringsåtgärden. Det konstateras från flera håll att en stor andel av läkarintygen saknar uppgifter om rehabiliteringsbehov samt att administrativa dröjsmål medför att många sjukskrivna går och väntar på åtgärder.

Studier i Gävleborgs län visar att kvinnor oftare än män bedöms vara i behov av rehabiliteringsåtgärder. Dock minskar den totala andelen som anses behöva medicinsk och/eller annan behandling, från 38 procent 1996 till 18 procent 1999.<sup>35</sup>

Från Blekinge län konstateras att män i större utsträckning får medicinsk behandling och kvinnorna kombinerad medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.<sup>36</sup> Eventuella orsaker till detta, eller följder därav diskuteras dock inte. Studier i Östergötlands län pekar på vikten vid att vid rehabilitering arbeta med ansamlingen av riskfaktorer. Dock konstateras även att hela 86 procent av de som blivit friska efter ett års sjukskrivning har blivit det utan rehabiliteringsåtgärd. Här påpekas emellertid skillnader beroende på sjukskrivningsorsak. De med muskuloskelatala besvär tillfrisknar i mindre utsträckning.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Studie 2a.

<sup>34</sup> Studie 11c.

<sup>35</sup> Studie 13e.

<sup>36</sup> Studie 8a.

<sup>37</sup> Studie 11c.

### 2.6.1 Uppsala län

Från Uppsala län har två utvärderingar, avseende samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Akademiska sjukhuset i det ena fallet och Försäkringskassan, vårdcentralen och Arbetsmarknadsinstitutet i det andra, inhämtats.<sup>38</sup> Det förstnämnda projekten syftade till att *samordna resurserna kring arbetslivsinriktad rehabilitering* och det senare till *aktiv rehabilitering för arbetslösa*.

Då projekten framstår som goda exempel på vad som kan göras för de sjukskrivna och kan tänkas fungera som inspirationskälla för övriga län redogörs här kort deras upplägg och effekter.

I det ena samverkansprojektet placerade Försäkringskassan två handläggare på Akademiska sjukhuset, vilka arbetade med fem deltagande divisioner. Närhetsprincipen, som var kärnan i projektet, genererade för samtliga medverkande effekter i form av *utökat samarbete, kvalitetsförbättring, tydligare ansvarsfördelning, kontinuitet och tidsvinst*.

I praktiken innebar detta tidigare upptäckt av rehabiliteringsbehov, gemensam kartläggning och planering av insatser samt mer *aktivt förebyggande* arbete på divisionerna. För de försäkrade ökade tilliten till handläggarna, hoppet om en lyckad process samt *delaktigheten* i den egna rehabiliteringen.

Försäkringskassans statistik bekräftar även att de långa sjukfallen och förtidspensioneringarna minskat och att andelen med partiell ersättning ökat. Det faktum att den försäkrade behåller kontakten med arbetsplatsen medför även att passiva sjukskrivningsperioder kan undvikas.

Det andra projektet syftade till att aktivt rehabilitera arbetslösa sjukskrivna i en kommundel i Uppsala. Försäkringskassan, Arbetsmarknadsinstitutet och kommundelens vårdcentral gick samman för att gemensamt arbeta med människor som var i behov av samtidig insats. Målet var att minska antalet sjukskrivningsdagar för arbetslösa och möjliggöra återgången eller entrén i arbetslivet.

Projektet resulterade i att 50 procent av deltagarna helt eller delvis *återfick arbetsförmågan, kände ökad livskvalitet, fick ökat självförtroende och högre motivation att själva aktivt medverka till en förbättrad livssituation*. Siffrorna kan jämföras med kontrollgruppen där endast 28 procent uppnådde hel eller partiell arbetsförmåga. Andelen som beviljades förtidspension var nästan tre gånger fler i kontrollgruppen än i undersökningsgruppen.

---

<sup>38</sup> Studie 12a och 12e.

Det konstateras att utökad samverkan mellan de olika instanserna medfört att behovet av samordnade insatser upptäckts tidigare och även kunnat sättas igång i förebyggande syfte.

### 3 STUDIERNAS UTFORMNING

Detta avsnitt avser att belysa studiernas utformning, de problem som varit aktuella vid sammanställningen av desamma. Här ges även förslag till ett mer enhetligt upplägg inför framtida sjukfallsstudier.

#### 3.1 Definitioner

En påtaglig brist i många av de undersökta sjukfallsstudierna är avsaknaden av definitioner. Som tidigare påpekats uppstod t.ex. problem vad gäller diagnosen psykisk ohälsa. Några län har valt att slå samman diagnoserna psykisk sjukdom och psykiska besvär till en, medan andra redogör för dem separat. Vad som avses med begreppet psykisk ohälsa blir följaktligen oklart. Det faktum att somliga län dessutom visar på skillnader i dessa båda diagnosers utveckling och även påtalar vissa könsskillnader diagnoserna emellan, gör det önskvärt att i framtida studier hålla dessa särskilda.

Att allt fler människor sjukskrivs på grund av stress och utbrändhet, som i vissa län ingår i diagnosen psykiska besvär, torde rimligtvis medföra ett ökat intresse från Försäkringskassornas håll att undersöka just denna grupp närmare.

Bristen på definitioner gäller även andra diagnoser, såsom t.ex. problem i rörelseorganen/muskuloskelata besvär, där det ej heller alltid framgår vilka sjukdomar som innefattas. Detta försvårar tolkningen av angivna siffror och jämförelser länen emellan.

Ett ytterligare definitionsproblem avser gruppen arbetslösa. Det är något oklart huruvida de som uppges vara arbetslösa verkligen är det, eller om de räknas in i denna kategori då uppgifter om anställning saknas. Det faktum att en stor andel av läkarintygen saknar många uppgifter medför självfallet stora brister i samtliga sjukfallsstudier och är väl snarast något som får tillskrivas de ifyllande läkarna. Det är med andra ord tänkbart att *mörkertalet* för vissa undersökta kategorier är stort och att den erhållna statistiken i vissa fall är missvisande.

### 3.2 Tidsperioder

Som framgår av tabell 1. är det högst varierande vid vilken tidpunkt Försäkringskassorna gjort sina urval. Från ett och samma län erhöles t.ex. en studie om minst 30, en om 40 och en om minst 60 sjukfallsdagar. För framtida studier är det önskvärt med ett mer enhetligt upplägg, vilket skulle underlätta jämförelser såväl över tid som mellan länen.

RFV-LS är namnet på två studier om sjukskrivning och rehabilitering som kommer att genomföras årligen på landets Försäkringskassor. Den ena studien omfattar ett urval av samtliga och den andra ett urval av långa sjukfall, dvs. sjukfall som omfattar minst 60 dagar. I dessa studier skall uppgifter om bl.a. yrke, diagnos, arbetsgivare och vidtagna åtgärder inhämtas. I första hand skall RFV genomföra studierna för att belysa förhållandena på riksnivå, men det blir även möjligt för enskilda Försäkringskassor att genomföra motsvarande undersökningar i länen och på så sätt möjliggöra jämförelser med riket, andra län och över tid.

### 3.3 Län – kommun – stad

Önskvärt för framtida studier är även ett mer enhetligt upplägg avseende vilket område det är som undersöks. Denna sammanställning bygger på uppgifter från sjukfallsstudier i såväl enskilda städer, som kommuner och hela län. Återigen är alltså underlaget varierat och de siffror som anges för olika kategorier eventuellt aningen missvisande. Möjligheten att utifrån detta material dra några långtgående slutsatser blir med andra ord liten.

Från Jämtlands län konstateras att variationerna mellan olika lokalkontor är stor. För framtida studier vore det intressant att undersöka dylika faktorer, eventuella skillnader mellan orter och mellan stad och land samt tänkbara orsaker därtill.

### 3.4 Urval

I flertalet av länens sjukfallsstudier bygger uppgifterna på ett urval av samtliga sjukskrivna. Ofta anges dock inte hur detta urval gjorts och det blir följaktligen svårt att tolka de uppgifter som lämnats. Det bör framgå huruvida urvalet kan antas vara representativt för länets samtliga sjukskrivna, eller om vissa variabler fått styra vid

valet av undersökningsgrupp. Utan dessa uppgifter kan resultaten av studierna ej generaliseras och varken jämförelser med andra län, hela riket eller uppföljande studier vid senare tidpunkter blir möjliga.

Det faktum att urvalen i en del studier är relativt små kan medföra att de presenterade resultaten inte är statistiskt säkerställda, något som också konstateras i en studie från Östergötlands län.<sup>39</sup> Att dra slutsatser utifrån ett dylikt material ter sig något vanskligt.

### 3.5 Åtgärder

Uppgifterna om vilka åtgärder, i form av medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering, som vidtagits för de sjukskrivna är från många län knapphändiga. Här hänvisas dock ofta till det faktum att läkarintygen ofta saknar denna uppgift och att en sammanställning av densamma således ej är genomförbar. Vikten av läkarna verkligen fyller i samtliga uppgifter på läkarintygen bör med andra ord understrykas, om det i framtida studier skall vara möjligt att undersöka olika åtgärders eventuella effekter för de sjukskrivna.

### 3.6 Variabler

Variablerna ålder, kön, diagnos, sjukskrivningens omfattning samt anställning förekommer i näst intill samtliga studier. Några län har även vidrört faktorer, såsom civilstånd, antal barn i hemmet och utländskt medborgarskap, om än i begränsad omfattning. Detta är dock intresseväckande och något som skulle kunna belysas ytterligare i framtida studier. Ett klarläggande av de sociala faktorernas betydelse vid sjukskrivningar skulle även kunna medföra helt andra insatser eller åtgärder än de som är aktuella idag.

Något som även vore önskvärt i kommande undersökningar är studier av mer kvalitativt slag. Allt som oftast bygger sjukfallsstudierna endast på statistiska uppgifter och de sjukskrivnas röst är något som saknas. En studie från Östergötlands län baseras på en befolkningsenkät och syftar till att belysa östgötarnas självskattade hälsa.<sup>40</sup> En annan från Uppsala län bygger på intervjuer av långtids-sjukskrivna och ej långtidssjukskrivna och avser undersöka skillna-

---

<sup>39</sup> Studie 11a.

<sup>40</sup> Studie 11d.



der i förhållanden och attityder i dessa båda grupper.<sup>41</sup> Dyliga studier är ett bra komplement till de statistiska undersökningarna, som är högst begränsade när det gäller att åskådliggöra de sjuk-skrivnas livssituation.

Ovanstående resonemang kan åskådliggöras på ett tydligt sätt med hjälp av ett citat från en av de undersökta sjukfallsstudierna:

”Inriktningen har under senare år blivit alltmer inriktad mot att mäta kvantitativt. Vi saknar fokus kring resultat, dvs. möjligheten att sätta kvalitativa mått på vad som i själva verket sker i arbetslivsinriktad rehabilitering.”<sup>42</sup>

### 3.7 ”Goda exempel”

Avslutningsvis framhålls några län, vilkas sjukfallsstudier är att betrakta som ”goda exempel” och till viss mån kan tänkas fungera som mallar för framtida undersökningar.

De två län som främst utmärker sig är Blekinge och Värmlands län. I dessa båda län har upprepade undersökningar genomförts under de senaste åren, vilket gör det möjligt att följa utvecklingen av antalet sjukskrivna. Studierna har ett enhetligt upplägg, avseende undersökta tidsperioder, variabler och urval. Denna *kontinuitet* i undersökningsförfarandet möjliggör jämförelser mellan och återblickar till tidigare genomförda studier och eventuella *trender* i sjukskrivningsmönstren kan således skönjas.

Studierna från Värmlands län innehåller dessutom ett avslutande kapitel där resultaten diskuteras och analyseras, eventuella orsaker till de senaste årens sjukfallsutveckling ventileras och åtgärdsprojekt presenteras. Liknande avsnitt förekommer till viss del i andra läns studier, men saknas också i många. Det verkar vara tämligen vanligt att begränsa studierna till att enbart presentera erhållna siffror, utan att närmare analysera eventuella orsaker till eller effekter av desamma.

Avsaknaden av analytiska resonemang medför bristfälliga åtgärdsförslag. Då sjukfallstudierna från samtliga län visar att antalet sjukfall ökat under senare år och detta innebär höga kostnader för såväl sjukförsäkring och arbetsgivare, som personliga förluster för de sjukskrivna, borde det rimligtvis vara av intresse för samtliga inblandade att finna åtgärder som bryter denna trend.

<sup>41</sup> Studie 12d.

<sup>42</sup> Studie 11c.

## Förteckning över de sammanställda sjukfallsstudierna:

**1. Västernorrlands län**

- 1a) "Långa sjukfall i Västernorrland – en studie av pågående långa sjukfall i februari 1999"  
Olsson, 1999
- 1b) "Sjukskrivningar som varat 30 dagar eller mer i Västernorrlands län feb. 2000 – fokus på sjukskrivningar relaterade till stress och utbrändhet"  
Goine, 2000
- 1c) "Långa sjukfall"  
F-kassan, 2000
- 1d) "30-dagars studien"  
Selander, 2000

**2. Stockholms län**

- 2a) "Läkarintygstudien 1999"  
Lagerdahl, 1999
- 2b) "Läkarintygstudien våren 1998"  
Åhlund, 1998

**3. Västra Götalands län**

- 3a) "Sjukfallsutvecklingen i Bohuslän 1993–98"  
Bengtsson, 1998
- 3b) "Sjukskrivna mer än 60 dagar"  
Söderlund, 1998
- 3c) "Sjukfall över 40 dagar i Skaraborg 1998-11-01"  
Johansson, 1998
- 3d) "En studie av långtidssjukskrivna i Masthuggsområdet under 1996"  
Lagermark, 1996

**4. Jämtlands län**

- "De långa sjukfallen i Jämtlands län"  
Jonsson, 1999

**5. Norrbottens län**

- 5a) "Några fakta om långtidssjukskrivna i Norrbottens län"  
Lundberg/Granlund, 1998
- 5b) "Statistik över pågående sjukfall i Norrbottens län (mars-99)"  
Lundberg, 1999

**6. Jönköpings län**

- 6a) "Uppföljning, Öbengranskning – sjukpenning och rehabiliteringsåtgärd"  
Andersson/Andersson/Rickardsson, 1998
- 6b) "Uppföljning, Öbengranskning – sjukpenning och rehabiliteringsåtgärd"  
Andersson/Andersson/Rickardsson, 1999
- 6c) "Så ser sjukfallen ut i Sävsjö"  
Rickardsson, 1999
- 6d) "Så ser sjukfallen ut i Gnosjö"  
Ericsson, 2000

**7. Södermanlands län**

- 7a) "Projekt gender 1999"  
Eklund, 1999
- 7b) "Projekt sjukskrivna arbetslösa"  
Hanborg, 1999
- 7c) "Om 60-tals kvinnor"  
Hanborg, 2000
- 7d) "Sjukfallsutvecklingen – studie i försäkringskasseområde Väst Södermanland"  
Lander-Henriksson/Kruger, 1998
- 7e) "Kartläggning av sjukfall i Område Syd"  
Fredin/Henriksson m.fl, 1999
- 7f) "För rehabilitering med en försäkring – projekt långa sjukfall, slutrapport"  
Jalkebo/Björnberg m.fl, 1997

**8. Blekinge län**

- 8a) "Projekt rehab i samverkan – sjukfallsinventering i Blekinge län"  
Resebo, mars 1998
- 8b) "Projekt rehab i samverkan – sjukfallsinventering"  
Resebo/Dahlström, oktober 1998
- 8c) "Projekt rehab i samverkan – sjukfallsinventering"  
Dahlström/Resebo, april 1999
- 8d) "Sjukfallsinventering i Blekinge"  
Dahlström/Resebo, 2000

**9. Västmanlands län**

-endast stencil

**10. Västerbottens län**

"Flexibel sjukskrivning för bröstcanceropererade kvinnor i Västerbotten"  
F-kassan, 2000

**11. Östergötlands län**

- 11a) "Länsresultat från undersökningen av pågående sjukfall den 4 sept. 1999"  
Hultman/Johansson, 1999
- 11b) "Verksamhetsplan Landstinget/ Tillverkning/ Kommunen",  
2000
- 11c) "Riskfaktorer för långvarig sjukskrivning"  
F-kassan, 1998
- 11d) "Östgötens hälsa och miljö 2000"  
Ekberg/Noorlind m.fl, 2000

**12 Uppsala län**

- 12a) "Samvinst – enkelhet, kvalitet och lärande i rehabilitering av anställda"  
Pärssinen, 2000
- 12b) "Sjukskrivna män och kvinnor inom privat och offentlig sektor – studie ur genderperspektiv"  
Unetag, 2000
- 12c) "Stängda dörrar"  
Arbetsförmedlingen, Kommunen, F-kassan, 1998
- 12d) "Förhållanden och attityder bland långtidssjukskrivna och ej långtidssjukskrivna personer"  
Runesson/Westerberg m.fl, -
- 12e) "Aktiv rehabilitering för arbetslösa – ett projekt för arbetslösa sjukskrivna i Gottsunda kommun, Uppsala"  
F-kassan, 1998
- 12f) "Utdrag ur delrapporten "Nulägesanalys- åtgärder mot ohälsa"  
stencil från Modellkontoret i Enköping, 1999

**13. Gävleborgs län**

- 13a) "Vem sjukskriver Gävleborna och varför?"  
F-kassan, 1994
- 13b) "Vem sjukskriver Gävleborna och varför?"  
F-kassan, 1996
- 13c) "Pågående sjukfall i september 1998"  
F-kassan, 1998
- 13d) "Vem sjukskriver Gävleborna och varför?"  
F-kassan, 1998
- 13e) "Långa sjukfall hösten 1999"  
F-kassan, 1999

**14. Kronobergs län**

- "Rapport om sjukfallsundersökningen i Kronobergs län"  
F-kassan, 2000

**15. Värmlands län**

- 15a) *"Sjukskrivningen i Värmlands län – en studie av sjukskrivningsmönster och sjukfallsflöde i Värmlands län"*  
Elfstrand/Lundberg/Mattson, rapport 9/1998
- 15b) *"Stress/utbrändhet – ett nytt arbetsmiljöproblem"*  
Elfstrand/Lundberg, rapport 14/1998
- 15c) *"Den ökande ohälsan"*  
Elfstrand/Lundberg, rapport 16/1999
- 15d) *"Pågående sjukfall – en studie i november av sjukskrivningsmönster och sjukfallsflöde i Värmlands län"*  
Elfstrand/Lundberg/Mattson, rapport 20/2000

# Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?

**Kristina Alexanderson, docent**

Forskare vid Riksentrum för Försäkringsmedicinsk Forskning,  
Försäkringskassan, Linköping

Universitetslektor vid Socialmedicin och folkhälsovetenskap,  
IHM, Hälsouniversitetet, Linköping





## Sammanfattning

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och sjukfrånvaron ökar snabbare för kvinnor. Flera deskriptiva studier visar detta, däremot finns det ytterst få vetenskapliga studier om orsaker till detta, och ännu färre om möjligheter att påverka dessa förhållanden.

Möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro är att kvinnor är sjukare än män, att kunskapen inom medicin är mindre vad gäller diagnostisering, behandling, rehabilitering respektive prevention av kvinnors besvär, att kvinnor oftare har arbeten som är ergonomiskt och/eller psykosocialt krävande. Andra aspekter är att kvinnor och män eventuellt behandlas olika när de får besvär, inom sjukvården, försäkringen och på arbetsplatser, så att detta främjar högre sjukskrivning för kvinnor.

En annan frågeställning är varför kvinnors sjukfrånvaro ökar snabbare än mäns. En stor del av förklaringen torde ligga i den ökning av kraven i de kvinnodominerade jobben som skett de senaste 10–15 åren, både för de kvinnor och män som arbetar där. Eftersom antalet män där ju är få så slår detta hårdare mot kvinnor. Andra generella utvecklingstendenser i samhället som kan ha samband med detta är neddragningar i välfärdssystemet, vilka ökar kraven i, framförallt kvinnors, obetalda arbete, den negativa utvecklingen för ensamstående föräldrar, varav merparten är kvinnor, samt de ökande klyftorna i samhället i sjuklighet. Förändringar i kvinnors och mäns förvärvsfrekvens och -intensitet är andra faktorer av betydelse.

Inom båda frågeställningarna är det centralt att beakta faktorer på olika strukturella nivåer i samhället; på internationell, nationell, lokal, arbetsplatsnivå, liksom på individnivå.

Den vetenskapligt baserade kunskapen om sjukfrånvaro och förtidspensionering är förvånansvärt liten, inte minst med hänsyn till de stora konsekvenser sjukfrånvaro har för samhällets, företags och försäkringsorganisationers ekonomi, för ekonomi och livskvalitet för individer och familjer samt arbetstillfredsställelse för alla de som i sitt yrke arbetar med förvaltning av försäkringen, med sjukskrivningsfrågor och rehabilitering, utan att ha en trygg kunskapsbas att basera detta arbete på. Antalet vetenskapliga studier är överlag mycket begränsat inom detta område, men kanske speciellt så när det gäller mekanismer bakom könsskillnader i sjukfrånvaro. Kunskap behövs om faktorer på olika strukturella nivåer i samhället, och om hur dessa samverkar med varandra. Vidare

behövs studier ur olika perspektiv; den försäkrades, försäkringens, sjukvårdens, arbetsgivarens och samhällets perspektiv, och med olika teoretiska och metodologiska utgångspunkter.

### Kvinnors sjukfrånvaro

När det gäller kvinnors sjukfrånvaro i Sverige är två frågor aktuella, den ena är varför kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, den andra är varför kvinnors sjukfrånvaro ökar snabbare än mäns. Dessa två frågeställningar kan delvis ha skilda förklaringar, varför de här kommer att behandlas var för sig. En annan fråga man kan ställa är om kvinnors sjukfrånvaro är för låg eller för hög, t.ex. i förhållande till kvinnors sjuklighet, jämfört med sambandet mellan mäns sjukfrånvaro i förhållande till mäns sjuklighet.

Kvinnor har alltså högre sjukfrånvaro än män, oberoende av om hur denna sjukfrånvaro mäts, dvs. om den mäts som incidens (antal sjukskrivna/tidsenhet) eller som sjukfrånvarolängd, duration (t.ex. antal sjukdagar/person eller sjukfall). Detta gäller för sjukfrånvaro på en övergripande nivå (1). På en mer detaljerad nivå är mönstret dock inte lika entydigt: i vissa diagnosgrupper, i vissa yrken, respektive hos vissa arbetsgivare har män högre sjukfrånvaro (2). *Hur* sjukfrånvaron mäts har dessutom betydelse för ev funna könsskillnader (3). I vissa diagnoser har kvinnor t.ex. en högre incidens medan durationen är längre för männen (4). Den forskning som finns om sjukfrånvaro på en mer detaljerad nivå är dock ännu alltför knapp för att slutsatser om detta skall kunna dras.

Överhuvudtaget är en mycket central aspekt när det gäller könsskillnader i sjukfrånvaro att *den vetenskapligt baserade kunskapen ännu är synnerligen begränsad* (5-7). I olika studier, nationella såväl som internationella, konstateras m.a.o. att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. Förklaringar till detta förhållande saknas dock i princip (6). Studier saknas, på en mer detaljerad nivå, oklarhet om riskpopulation råder, och framförallt är de flesta studier som genomförts inte utformade för att identifiera orsaksmekanismer. På samma sätt saknar vi i stor utsträckning förklaringar till varför sjukfrånvaro varierar så starkt t.ex. med socialgrupp och med etnicitet (8).

I det följande kommer möjliga orsaker och teorier om detta, som återfinns i litteraturen, att belysas.

Ohälsan är extremt snedfördelad i befolkningen; vissa grupper drabbas betydligt mer än andra av sjukdom och för tidig död (9, 10). Personer från lägre socialgrupper, invandrare, marginaliserade grupper och kvinnor har t.ex. högre sjuklighet. Sjukfrånvaro kan ses som ett mått bland andra på morbiditet, men också som ett *mått på sociala konsekvenser av sjukdom*, i termer av arbetsförmåga (11). De sociala konsekvenserna av den snedfördelade sjukligheten är dessutom ofta större för dessa grupper än för andra. Det innebär att det inte bara är större risk för personer i vissa grupper att få sjukdom eller skada, det är även större risk för att denna sjukdom eller skada leder till arbetsförmåga, sjukfrånvaro, för dem, pga. att det är svårare att, med nedsatt funktionsförmåga, sköta många av de arbetsuppgifter dessa personer har/.

### Möjliga förklaringar till att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män

Sjukfrånvaro är ett multifaktoriellt fenomen, dvs. nivån av sjukfrånvaro i en population, en grupp eller hos en individ påverkas av flera olika faktorer, som dessutom kan interagera med varandra på skilda sätt. Faktorer på flera strukturella nivåer (nationellt, lokalt, på arbetsplatser, familjen och hos individen) har betydelse (12). Då sjukfrånvaro och förtidspension är relaterat till sjukdom respektive till möjlighet att behandla/rehabilitera denna sjukdom kommer här först aspekter som är relaterade till detta att lyftas fram, ur ett könsperspektiv.

### Medicinsk kunskap och praxis

De fyra största diagnosgrupperna vad gäller sjukfrånvaro är muskeloskeletala besvär, psykiska besvär, olycksfall samt övre luftvägsinfektioner. Kvinnor har högre sjukfrånvaro i samtliga dessa diagnoser, med undantag av olycksfall. De riktigt långa sjukfallen, sjukbidragen och förtidspensionerna sker dock i de två första diagnosgrupperna (2).

En central aspekt här är att *kunskapsnivån vad gäller både Muskeloskeletala och psykiatriska besvär* är lägre än inom andra stora diagnosgrupper. Betydligt mer forskningsmedel har t.ex. riktats mot forskning om cancer och hjärt-kärlsjukdomar. Det innebär att kunskapsbasen vad gäller diagnos, behandling, rehabilitering samt

prevention är mycket ofullständig för dessa besvär (13, 14). Detta är ett problem i största allmänhet, men speciellt så inom sjukförsäkringen eftersom dessa är de, utan jämförelse, två största diagnosgrupperna både bakom sjukfrånvaro och förtidspension. Muskeloskeletala och psykiatriska diagnoser står för ca 70 % av alla sjukskrivningar. Om vi hade bättre kunskap om metoder för att diagnostisera, behandla och rehabilitera dessa besvär skulle eventuellt längden av sjukskrivningarna kunna påverkas avsevärt.

### Mer kunskap om män inom medicin

En annan aspekt, som delvis kan ha samband med den förra, är det förhållandet att vi har mer kunskap om män, mäns kroppar och sjukdomar, eftersom vi bedrivit mer medicinsk forskning om män (15-22). Även i studier av försöksdjur, en annan viktig källa till medicinsk kunskap, har hanar använts oftare än honor (21). Medvetenheten om detta har ökat starkt de senare åren och man har bl.a. från regeringshåll lyft fram detta som ett centralt problem inom medicinsk forskning, praktik och utbildning (23, 24).

Vid en genomgång av den internationella litteraturen på området framkommer följande gemensamma kritik av medicinsk vetenskap och praktik (15, 16, 22, 24-27):

Medicinsk forskning har inriktats mer på män än på kvinnor. *Mannen har blivit norm* för vad som är normalt, för vad som är friskt och sjukt, både somatiskt, psykiskt och socialt. Mannen får representera arten människa, t ex ses det manliga "stabila" hormonmönstret som normalt, det kvinnliga cykliska som avvikande och problematiskt. Gränsvärden, behandlingsmetoder etc, som är framtagna för män har på ett ovetenskapligt sätt generaliserats till att gälla även för kvinnor.

Normaltillstånd hos kvinnor har *medikaliserats* oftare än hos män.

Vidare har ohälsans samband med kvinnors *arbetsliv* (betalt och obetalt) inte studerats i samma utsträckning som sådana samband för män. Istället har forskning om kvinnors hälsa mer fokuserat på kvinnors olika sociala roller. Sambandet mellan ohälsa och kvinnors *livsvillkor* i samhället behöver belysas mer liksom kvinnors underordnade position, den horisontella och vertikala könssegregeringen, våld mot kvinnor och andra riskfaktorer som är speciella för kvinnor.

*Symptom* som kvinnor ofta lider av har inte väckt samma intresse som de besvär män lider av, t.ex. muskelsmär, urinvägsbesvär, inkontinens, gynekologiska åkommor. Inte sällan tolkas kvinnors symptom som mentala problem och/eller tas inte på allvar.

Medicinsk verksamhet har vidare, enligt flera forskare, varit en institution för *social kontroll* av kvinnor.

Forskningen har alltså inte varit värdenneutral eller objektiv, varken i val av vetenskapliga metoder, frågeställningar eller studieobjekt (28-30).

Att det finns mindre kunskap om kvinnors besvär innebär bl.a. att kvinnor oftare än män råkar ut för att det inte, med dagens kunskapsnivå inom medicin, går att sätta en diagnos på de besvär de presenterar, eller att de får symptomdiagnoser. Vidare är kunskapen om adekvat behandling och rehabilitering lägre, vilket innebär att en eventuell sjukfrånvaro riskerar att bli längre för kvinnor och att en sjukroll permanentas.

Sammanfattningsvis innebär detta att de sjukdomar kvinnor oftast är sjukskrivna för har vi mindre kunskap om vad gäller diagnosättning, behandling, rehabilitering och prevention. För bl.a. hjärt-kärlsjukdom har studier visat att inte bara behandling (31, 32) utan även rehabilitering har varit mer utformad efter mäns behov och situation, vilket inneburit att kvinnor inte börjat eller fullföljt programmen i samma utsträckning som män. Det finns anledning att antaga att samma förhållande gäller även för rehabiliteringsprogram avseende andra diagnosgrupper.

### **Skillnader mellan kvinnor och män när det gäller handläggningen av försäkringen?**

En annan fråga som ställs i detta sammanhang är i vilken utsträckning det finns en skillnad i hur kvinnor och män bemöts i handläggningen av sjukfrånvaro- förtidspensions-, arbetsskade- och rehabiliteringsärenden. Denna fråga gäller olika aktörer, t.ex. på försäkringskassan, hos arbetsgivare, inom länsarbetsnämnden, sjukvården etc. Detta rör sig alltså inte om orsaker till sjukdom eller skada utan om vad som därefter kan påverka sjukdomsförloppet.

Det här området är hittills mycket lite studerat och forskning om arbetslivsinriktad rehabilitering har sällan en könsteoretisk inriktning (24). De få studier som genomförts tyder dock på att det

finns en sådan skillnad, och att denna skillnad ofta är till nackdel för kvinnorna, t.ex. främjar långa sjukskrivningar hos kvinnor (33-36).

Utvecklingen av ett rehabiliteringsärende påverkas av ett flertal faktorer såsom personers kön, ålder, utbildning, arbetsplats, invandrarstatus samt diagnos, liksom inblandade personers kompetens och attityder. Kvinnor och män erbjuds i viss mån olika rehabiliteringsåtgärder för liknande problem (34, 37). Som rehabiliteringsåtgärd får män oftare utbildning; kvinnor får oftare arbets träning (33). Kvinnor får rehabiliteringspenning under kortare period än män (33). Kvinnor får oftare sjukbidrag och förtidspension på deltid, män på heltid; män får vidare oftare förtidspension, kvinnor sjukbidrag (38).

I en studie av arbetslivstjänster (35) beskrivs t.ex. att när en man får problem informerar han sin arbetsledare, som vidtar någon konkret åtgärd. En kvinna med liknande problem tenderar att avvakta längre innan hon informerar sin arbetsledare. Denne uttrycker då deltagande och rekommenderar henne att gå till läkare. Läkaren är också deltagande, sjukskriver, skriver remiss till sjukgymnast och recept på värktabletter. Men hennes arbetsplats förändras inte. Detta är en enskild studie vars resultat naturligtvis måste bekräftas av andra. Men utifrån resultaten kan man formulera en hypotes att olika aktörer i en rehabiliteringsprocess kanske tenderar att främja coping-strategier som handlar om att bemästra/förändra situationen när det gäller män och strategier som handlar om att hantera känslor hos kvinnor (39, 40).

Fler kvinnor än män nybeviljas förtidspension/sjukbidrag varje år (53 respektive 47 % 1996) vilket kan relateras till kvinnors högre sjuktal. Däremot beviljas männen oftare heltidsförtidspension. 45 % av kvinnorna fick partiella förmåner, endast 33 % av männen. Bedömer handläggare på försäkringskassan män och kvinnor med olika mallar? Kan t.ex. skillnaden i andel med heltids förtidspension delvis förklaras av att männens arbetsförmåga endast relateras till förvärvsarbete medan även familjesituation och hemarbete beaktas för kvinnor? Kunskap saknas om i vilken utsträckning kvinnor och män med partiell förtidspension har deltidsanställning respektive hemarbetar (39).

Fler män än kvinnor uppbär *handikappersättning* som självständig förmån med högsta ersättningsnivån (33). Är det lättare för män att få bilstöd för resor till arbetet; medan kvinnor i stället förtidspensioneras? Enligt en undersökning får fler män än kvinnor

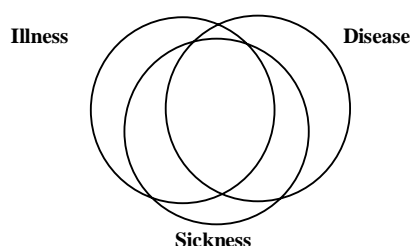
sina ansökningar om handikappersättning beviljade och männen för oftare högsta beloppet. I diagnosgrupper med en jämn könsfördelning bland sökande gäller ej detta, men om det finns fler av ett kön i en handikappkategori utsattes kvinnorna för negativ diskriminering.

## Sjukdom

I detta sammanhang finns det anledning att skilja på olika aspekter av begreppet sjukdom. I svenska språket finns bara ett ord för sjukdom varför vi ofta använder de engelska begreppen *illness*, *disease* och *sickness* (figur 1) (12, 41). *Illness* står då för de besvär en person själv upplever, medan *disease* står för den sjuklighet läkarvetenskapen vid en speciellt tid kan diagnostisera som sjukdom. Det senare förändras över tid, t.ex. fanns inte diagnoserna hiv/aids eller fibromyalgi för 20 år sedan, medan andra diagnoser upphör att användas (42).

*Sickness* står för en helt annan dimension av sjuklighet, nämligen den sociala, dvs. den sociala roll en person som har *illness* eller *disease* tar eller ges i ett samhälle. Vad som berättigar till en sjukroll kan variera mycket över tid och mellan kulturer (43, 44).

Figur 1.



Inom de olika dimensionerna är det funktions- eller prestationsförmåga, och förändringar av dessa, som är det centrala, dvs. en persons psykiska (t.ex. koncentrationsförmåga, minne), fysiska och/eller sociala prestationsförmåga, hur dessa upplevs respektive bedöms.

Hur mycket de olika cirkelarna överlappar varandra kan skilja mycket mellan diagnosgrupper.<sup>1</sup> Illness- och disease- cirkelarna torde t.ex. täcka varandra i betydligt större utsträckning för benbrott än för muskuloskeletala diagnoser. På motsvarande sätt finns sjukfrånvarocirkeln mer inom illness-cirkeln för muskuloskeletala besvär än för andra diagnoser för vilka det är lättare att ställa diagnoser med dagens diagnostiska kunskapsnivå. För psykiatriska diagnoser torde dock sjukfrånvarocirkeln ligga nästan helt inom disease-cirkeln, dvs. det torde vara relativt ovanligt att någon är sjukskriven med en psykiatrisk diagnos utan att ha en diagnostiserad psykiatrisk sjukdom (45).

I samtliga dessa tre dimensioner har kvinnor högre sjuklighet än män. I enkät- och intervjustudier rapporterar kvinnor mer sjuklighet, liksom fler kvinnor är sjuka enligt olika register över diagnostiserad sjuklighet. En vanlig källa till sickness-data är sjukfrånvaro- och förtidspensionsregister, och även där har alltså kvinnor högre siffror (10, 12). Kvinnors högre sjuklighet återfinns dock inte inom de mer allvarliga, dödliga sjukdomstillstånden (46-48).

*Utifrån att kvinnor har högre sjuklighet både i termer av illness och disease verkar det inte förvånande att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. Det saknas emellertid studier av hur personers sjuklighet är relaterat till deras sjukfrånvaro.*

Hittills har studier av arbetsrelaterad sjukdom främst baserats på data om 'disease' och skador, och i mindre utsträckning på data om 'sickness', trots att sjukfrånvarodata bl.a. ger information om två stora diagnosgrupper av central betydelse för yrkesverksamma personer, muskuloskeletala och psykiatriska problem, vilka det är svårt att få data om på andra sätt.

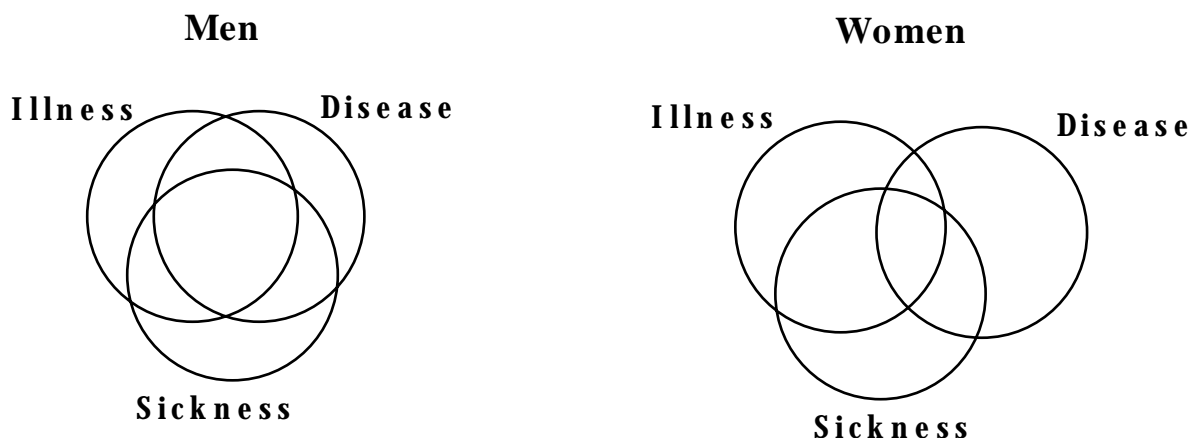
Som nämnts tidigare är kunskapen större om sjukdomar hos män än om sjukdomar hos kvinnor och det finns medicinska diagnoser för fler av de besvär som drabbar män än för de sjukdomar som drabbar kvinnor. Detta innebär att cirkelarna för 'illness', 'disease' och 'sickness' täcker varandra i större utsträckning för män än för kvinnor. Detta förhållande kan illustreras som i figur 2.

---

<sup>1</sup> För tydlighetens skull har cirkelarna här gjorts lika stora. Deras inbördes storlek kan naturligtvis variera.



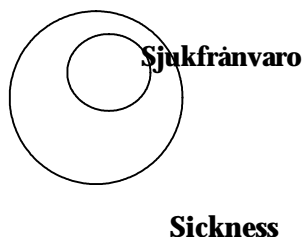
Figur 2.



Redan på 1950-talet diskuterade sociologen Parsons (49) olika aspekter av sjukrollen och hävdade att den innebär fyra olika institutionaliserade förväntningar, av vilka två är skyldigheter och två är rättigheter. Skyldigheter i form av att vilja bli frisk, uppfatta situationen som icke önskvärd samt att söka sjukvård och samarbeta för att bli bra. Rättigheter i form av att slippa vissa sociala förpliktelser, t.ex. att inte arbeta, samt att ej hållas ansvarig för sitt tillstånd. Senare har detta delvis kritiserats, bl.a. för att mer gälla akuta tillstånd (50).

Endast en mindre del av den sjukroll en person tar/ges manifesteras i form av sjukfrånvaro (figur 3). En persons prestationsförmåga kan t.ex. vara nedsatt p.g.a. illness eller disease så att han tar en sjukroll i hemmet, t.ex. gör mindre eller får hjälp med vissa saker, men ändå går till jobbet. Även på jobbet kan man ta en sjukroll utan att vara sjukskriven, t.ex. en viss dag inte kunna göra vissa saker p.g.a. av smärta, infektion etc. I vilken utsträckning detta sker beror bl.a. på graden av s.k. *sjukdomsflexibilitet* på arbetsplatsen – det vill säga i vilken utsträckning det finns en flexibilitet för att arbetsförmågan hos de som arbetar där kan skifta beroende på hälsoproblem. Det innebär att storleken på sjukfrånvaro-cirkeln i figur 3 varierar med olika sociala aspekter, såsom sjukdomsflexibiliteten på arbetsplatsen.

Figur 3.



### Förklaringsmodeller till könsskillnader i sjukdom

Det finns flera förklaringsmodeller till existerande könsskillnader i sjuklighet (12, 20). De två största fokuserar på biologiska förklaringar respektive på sociokulturella förklaringar till skillnaderna.

#### Biologiska skillnader

Biologiska orsaker är dels mäns något sämre immunförsvar, dels att kvinnors reproduktiva organ är mer komplicerade, vilket innebär att risken för sjukdom i dem är större (20). Andra biologiska skillnader, såsom att män har tjockare hud, mindre procent fettvävnad, större muskelmassa, större syreupptagningsförmåga etc (51) är inte något som i sig leder till vare sig större eller mindre risk för sjukdom. Om däremot t.ex. arbetslivet är format för att passa mäns fysiologi, om det manliga är norm för hur gränsvärden etc. sätts (27), innebär det risk för skador och sjukdom hos de som inte passar in i denna norm, ofta kvinnor. Här är det alltså snarare sociala, än biologiska faktorer som påverkar sjukdomsförekomsten.

#### Sociokulturella skillnader

Sociokulturella förklaringsmodeller utgår från en syn på genus, hälsa och sjukdom som socialt konstruerade faktorer i en specifikt kulturell kontext. Här finns flera olika riktningar (20, 39).

Den *epidemiologiska* utgår från att exponering av riskfaktorer (art, duration resp. intensitet) på flera sätt skiljer sig åt för kvinnor och män under livet. Exempel på detta är genuskillnader i beteende (ex risktagande, kost, motion, alkohol och

tobaksvanor), i livssituation och livsvillkor såsom arbete, arbetsförhållande, ekonomiska resurser, möjlighet till inflytande, familjesituation och socialt nätverk.

I *sjukroll- eller sjukdomsbeteendemodellen* utgår man ifrån att män och kvinnor har socialiserats till att uppfatta symptom som tecken på möjlig sjukdom i olika hög grad, och till att hantera dessa symptom på delvis olika sätt, t ex när det gäller att identifiera, uppfatta, värdera, framställa och åtgärda symptom, att söka vård eller gå in i en sjukroll. Däremot finns inte mycket som tyder på att genuskillnaderna i benägenhet att ta på sig en sjukroll och uppge ohälsa, eller i känslighet för symptom, skulle kunna förklara den högre sjukdomsfrekvensen hos kvinnor. Snarare tycks förhållandet vara det motsatta vad gäller känsligheten för symptom: män har i flera studier visat en större benägenhet än kvinnor att beklaga sig vid samma symptomnivå (12).

*Stämplingsmodellen* innebär att det medicinska systemet och omvärlden 'stämplar' symptom som sjukdom i olika hög grad, eller på olika sätt, beroende på om de presenteras av kvinnor eller av män. Young (52) pekade t.ex. på att "social forces help determine which people get which sicknesses" när de har samma typ av symptom.

## Faktorer som påverkar sjukfrånvaro

Faktorer som påverkar sjukfrånvaro återfinns på olika strukturella nivåer i samhället, dvs. på samhällsnivå, lokalsamhällesnivå, arbetsplatsnivå respektive individnivå (1, 12, 53).

I detta sammanhang är det åter viktigt att komma ihåg att *antalet vetenskapliga studier om sjukfrånvaro och förtidspension är få* (5-7, 53-55). Inom flera områden saknas vetenskaplig kunskap och från flera av de studier som gjorts går det ej att dra generella slutsatser på grund av deras design. De flesta är tvärsnittstudier, vilket innebär att man i bästa fall kan finna ett samband mellan studerade faktorer och sjukfrånvaro, men att det inte går att säga något om riktningen på sambandet, dvs. om vad som beror på vad. Ett annat stort problem är att i de flesta studier har endast faktorer på en eller möjligtvis två strukturella nivåer inkluderats (53). Att dra slutsatser om könsskillnader i sjukfrånvaro i en studie där faktorer som t.ex. mäns och kvinnors förvärvsfrekvens, förvärvsintensitet, arbetslös-

hetsnivå etc. inte redovisas, ter sig mycket otillräckligt, bl.a. på grund av selektionsmekanismer (53).

### Faktorer, på olika strukturella nivåer, som kan ha betydelse för könsskillnader i sjukfrånvaro

Här görs inte en allmän genomgång av faktorer som kan påverka sjukfrånvaro, utan fokus ligger på faktorer som kan ha betydelse för könsskillnader.

#### 1. Samhällsnivå

*Förvärvsfrekvens*, och könsskillnader i den, är en central faktor då den är starkt relaterad till selektion in i och ut från arbetsmarknaden (10). Ju högre förvärvsfrekvens ju högre sjukfrånvaro, eftersom det innebär att större andel personer med nedsett arbetsförmåga på grund av sjukdom ingår i arbetskraften. I Sverige är könsskillnader i förvärvsfrekvens relativt små nu. Dock är dessa siffror svåra att jämföra internationellt eftersom en mycket större del av den kvinnliga arbetskraften i vissa länder arbetar 'svart' eller inte kommer med i statistiken av andra orsaker, t.ex. att deltidsarbete under en viss procent inte inkluderas.

*Förvärvsintensitet*, dvs. antal arbetade timmar under en vecka. Kvinnors förvärvsintensitet har ökat, men fortfarande arbetar ungefär hälften av alla kvinnor deltid, och många kvinnor är föräldralediga (56). Om kvinnors förvärvsintensitet varit densamma som mäns är det troligt att sjukfrånvarosiffrorna sett annorlunda ut.

Könsskillnader i *arbetslöshet*. Andel arbetslösa har betydelse både för sjukfrånvaro och sjuklighet (9, 57). Vid hög arbetslöshet är ofta sjukfrånvaron låg. Förklaringar till detta som nämnt i litteraturen är dels selektionseffekter dels disciplinerings-effekter (6, 58).

Den kraftiga *könssegregationen* av arbetsmarknaden har, enligt de få studier som är gjorda inom området, ett starkt samband med sjukfrånvaro. Arbetsmarknaden är könssegregerad i alla länder, men i större utsträckning i Sverige än i de flesta andra. Här nämns två former av könssegregation (39, 59-63), nämligen;

den *horisontella* könssegregationen, dvs. att flertalet av yrken är antingen mans- eller kvinnodominerade.  
den *vertikala* könssegregationen, dvs. att kvinnor i mycket mindre utsträckning återfinns på högre positioner inom arbetsmarknaden (39).

Könssegregationen innebär att kvinnor och män i stor utsträckning dels exponeras för olika arbetsmiljöer, både i betalt och obetalt arbete, dels att de arbetsmiljöförhållanden kvinnor utsätts för oftast är sämre (39, 64-66).

När det gäller den *horisontella* könssegregationen har både kvinnor och män lägre sjukfrånvaro i gruppen av könsintegrerade yrken (där 40-60 % av de anställda är kvinnor), högre i gruppen av mans- eller kvinnodominerade yrken och högst i gruppen av extremt mansdominerade (< 10 % kvinnor) och extremt kvinnodominerade (> 90 % kvinnor). Sambandet mellan grad av könssegregation och sjukfrånvaro är störst för kvinnor (1, 14, 67). Andra studier visar samma samband för både illness och disease-data med den horisontella könssegregationen (39). Ett motsvarande samband finns även mellan könssegregation och känsla av inflytande, på så sätt att både kvinnor och män har högre *känsla av inflytande* i könsintegrerade yrken (39). Låg grad av känsla av inflytande har visat sig ha samband med hög sjukdom (68).

En annan aspekt av den horisontella könssegregationen är att det finns färre *traditionella kvinnoyrken* på arbetsmarknaden, vilket innebär att det är svårare för kvinnor att finna ett alternativ till sjukskrivning/förtidspension i form av annat jobb, om de pga. sjukdom inte kan vara kvar i sitt ordinarie arbete (10).

Den *vertikala* könssegregationen torde ha betydelse på tre sätt. Ett är att sjukligheten är högre bland personer som har en lägre position på arbetsmarknaden, ett andra att de sociala konsekvenserna av ohälsan i form av sjukfrånvaro dessutom är större i lägre socialgrupper. En tredje hypotes är att den frustration, stress och ifrågasättande kvinnor kan uppleva när de under sin yrkeskarriär 'slår i det s.k. glastaket' i sig på olika sätt kan leda till sjukdom, och därmed i förlängningen till sjukfrånvaro.

Utformning av *sjukförsäkringen*, om den är privat eller offentlig, i vilken utsträckning den gäller respektive tillämpas lika för kvinnor och män, inträdeskrav, karensdagar, hur stor del av inkomstförlusten den täcker, utformning av andra sociala försäkringar etc. I Sverige finns en allmän sjukförsäkring som

täcker större delen av populationen i yrkesverksamma åldrar och som är könsneutralt skriven. Många personer har dessutom frivilliga sjukförsäkringar, där det eventuellt kan finnas könsskillnader i antal och i förmåner. Ersättningsnivån bygger på den s.k. standardförsäkringsprincipen, och är alltså relaterad till inkomst av arbete. Dessutom finns ett tak för hur mycket ersättning per dag en person kan få inom den allmänna försäkringen. Det innebär att personer med hög inkomst förlorar en procentuellt högre andel av sin ordinarie lön vid sjukfrånvaro än personer med lägre lön. Enligt ekonomiska teorier skulle det kunna innebära att de drar sig för att vara sjukskrivna (7). Eftersom fler män än kvinnor har högre inkomst innebär det att detta i större utsträckning gäller män. I en nyligen genomförd studie fann man vidare att det finns ett samband med höjning av ersättningsnivåerna under 1998 fler långvariga sjukskrivningar för män (58).

### Lokalsamhällsnivå

Centrala faktorer här är

Lokal arbetsmarknad; grad av könssegregering, tillgång till jobb för både kvinnor och män.

Eventuella könsskillnader i arbetslöshet och förvärvsfrekvens, Tillgång till och praxis inom hälso- och sjukvård.

Eventuell könsskillnad i praxis vad gäller sjukskrivning/förtidspension bland läkare, på försäkringskassan samt i socialförsäkringsnämnder, t.ex. könsskillnader i hur snabbt personer får sjukbidrag/förtidspension, praxis kring godkännande av arbets-skada/arbetsjukdom.

Tillgång till, kostnad för och kvalitet på barnomsorg och äldreomsorg.

Tillgång till allmänna kommunikationer (kvinnor är ofta beroende av dem).

Könsskillnader i arbetskraftens åldersfördelning, eftersom längden på sjukfrånvaro generellt ökar med ålder.

Grad av våld och kriminalitet i området.

## Arbetsplatsnivå

Könssegregering, horisontell och vertikal.

Könsskillnader vad gäller arbetsmiljö; ergonomiskt, biologiskt, kemiskt, fysiskt, psykosocialt (inklusive sexuella trakasserier).

Företagshälsovårdens utformning och inställning till kvinnor respektive män.

Förekomst av våld eller hot om våld (69).

Könsdiskriminering.

Könsskillnader i frånvarokultur.

Könsskillnader vad gäller krav och inflytande.

I vilken utsträckning arbetsplatsen är utformad med ett kön som norm.

Könsskillnader vad gäller arbetsplatser storlek, sjukdomsflexibilitet, preventiva insatser, selektionspolicy, rehabilitering-åtgärder.

Det kan vara lättare för personer av ett kön att vara sjukfrånvarande utan att anmäla detta (8). Denna faktor torde dock ha störst förklaringsvärde när det gäller korta sjukfall, ej de över två veckor som är aktuella här.

## Individnivå

### *Biologiska*

Könsskillnader i sjukdom. Detta har diskuterats tidigare i bilagan.

Graviditet. I den internationella debatten ifrågasätts ibland i vilken utsträckning kvinnors sjukfrånvaro verkligen beror på deras sjukdom, om de inte istället är hemma för att ta hand om *sjuka barn*. Detta torde inte vara vanligt förekommande i Sverige eftersom vi har ett väl utbyggt system för ersättning till föräldrar vid vård av sjukt barn och läkarintyg krävs vid längre tids vård. Däremot är sjukskrivning under *graviditet* en icke obetydlig faktor när det gäller könsskillnader i sjukfrånvaro. I en studie av samtliga personer 16–45 år gamla i Östergötland 1985 visade det sig att hälften av könsskillnaderna i sjukfrånvaro försvann om gravida kvinnor och deras graviditetsrelaterade sjukfrånvaro exkluderades (1).

### *Beteende*

Könsskillnader vad gäller:

Sjukbeteende.

Personlighet.

Beredvillighet att ta en sjukroll, i attityder till arbete och sjukfrånvaro.

Livsstil (ex vad avser beroendeframkallande medel, motion, kost, sexuella vanor).

Tidigare sjukfrånvaro. Flera studier visar att tidigare sjukfrånvaro (naturligtvis) har stort samband med fortsatt sådan. Fler kvinnor än män har varit exponerade för detta, vilket delvis har samband med högre sjuklighet, men också med mindre medicinsk kunskap, olika förhållningssätt till kvinnor vid handläggning av försäkringen, färre 'reträtyrken', ofta mindre möjlighet till stöd i hemmet vid sjukdom etc, etc.

Copingstrategier, där det eventuellt, som sagt, finns en tendens att inte i lika stor utsträckning främja copingstrategier som handlar om att förändra den situation som har samband med sjukdom för kvinnor som för män.

### *Livsvillkor*

Tillgång till service och stöd i hemmet.

Obetalt arbete.

Ekonomiska resurser.

Arbetslöshet.

Socialt nätverk och rollen i detta.

Civilstånd. Gifta eller samboende personer har lägre sjukfrånvaro än ensamstående, både för kvinnor och män, även om den positiva effekten av att leva i parförhållande förefaller vara något större för män. Här finns ett viktigt undantag: utlandsfödda kvinnor som är gifta eller fränskilda har tvärtom de högsta riskerna för sjukfrånvaro och förtidspension (70)! Eftersom majoriteten av invandrarkvinnorna är gifta eller samboende har det stor betydelse för sjuktal.

Livskvalitet.

Kvinnomisshandel.

Yrke.

Utbildning.



Arbetsstillfredsställelse (55).

Anställningsformer. Större andel kvinnor än män har tillfälliga anställningsformer, t.ex. som projekt- eller behovsanställda (64, 71).

Skiftarbete.

Arbetstid (39).

Tid och form för resor till arbetet.

Krav i arbetet. Flera studier visar att större andel av de förvärvsarbetande kvinnorna är exponerade för ergonomisk belastning och dålig psykosocial arbetsmiljö (64).

Livshändelser.

Tidigare anställning och exponeringar i arbetslivet.

Samtliga dessa faktorer kan alltså var för sig ha samband med könsskillnader i sjukfrånvaro. De kan vidare interagera med varandra på olika sätt, så att de motverkar varandra, har en additiv respektive en multiplikativ effekt. Kunskapen om detta är ännu mycket bristfällig.

### **Möjliga förklaringar till att kvinnors sjukfrånvaro ökar snabbare än mäns**

Kvinnors sjukfrånvaro har inte bara varit högre än mäns utan även ökat mer än mäns de senaste 20 åren (56). Åren 1967–78 hade män högre sjuktal (58).

Förändringar i sjukfrånvaronivå i en grupp kan bero på många olika faktorer, på olika strukturella nivåer. En faktor som ofta nämns är förändringar i sjukförsäkringens utformning (72). Eftersom det inte varit några könsskillnader i de förändringar som genomförts i den svenska sjukförsäkringen, diskuteras ej detta som en möjlig orsak till utvecklingen.

De faktorer som istället kommer att tas upp är bl.a.: förändringar i hälsa, i arbetsförhållanden (i betalt och obetalt arbete), och i förvärvsfrekvens.

*Arbetsförhållanden.* Det finns ett mycket stort antal studier som visar att yrkesarbete är en viktig komponent för bra hälsa hos kvinnor, liksom det är det för män. Däremot finns det naturligtvis hälsorisker inom vissa arbeten, både för kvinnor och för män. En omfattande forskning har visat att ergonomiska, kemikaliska, fysikaliska och psykosociala arbetsmiljöaspekter har

betydelse för hälsa och sjuklighet (10, 26, 68, 73-75). Som nämnts ovan är dels den svenska arbetsmarknaden starkt könssegregerad, dels finns det skillnader mellan de kvinnodominerade och mansdominerade yrkena som i viss mån kan förklara skillnader i ohälsa mellan kvinnor och män. Detta kan förklara en del av könsskillnaderna i sjukfrånvaro, men dock inte varför skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ökar.

Däremot tyder olika studier på att kraven på flera sätt ökat de senare 10–15 åren i framförallt kvinnodominerade yrken – både för de kvinnor och män som arbetar där (64, 76, 77). Eftersom det dock främst är kvinnor som arbetar där innebär det att stressen och pressen i betalt arbete generellt ökat mer för kvinnor än för män, vilket torde vara en central förklaring till att sjukfrånvaron ökat mer för kvinnor än för män.

De *nedskränningar i offentlig sektor* som skett senaste årtiondet drabbar inte bara kvinnojobben. Nedskränningarna påverkar även det obetalda arbetet på så sätt att en större mängd av framförallt omvårdnadsarbetet nu måste ske obetald, och detta sköts oftast av kvinnor. Detta innebär att även de obetalda arbetsbördan ökat för framförallt kvinnor. Det är möjligt att nedskränningarna även påverkar indirekt, via en minskad känsla av trygghet och tillit. Även här saknas det studier.

Sverige har en mycket hög *förvärvsfrekvens*, både bland kvinnor och män, särskilt i högre åldrar. Under 1980-talet sjönk förvärvsfrekvensen bland äldre män, medan den ökade bland kvinnor i alla åldrar, vilket förklarar en del av de ökade könsskillnaderna i sjukfrånvaro då (10). Vi har en åldrande befolkning, och effekten av ökning av andelen äldre på långa sjukfall är större för kvinnor än för män (58). Eventuellt har detta ett samband både med nedskränningarna i offentlig sektor, där de som har haft anställning längst ofta blir kvar, dvs äldre kvinnor i kombination med de ökade kraven i kvinnoyrken.

Kvinnors *förvärvsintensitet*, dvs. antal arbetade timmar under en vecka har ökat mer än mäns.

Att *arbetslösheten sjunkit* under slutet av 1990-talet har inneburit att de långa sjukskrivningarna sjunkit bland männen, men inte bland kvinnorna (58).

Bl.a. i de svenska nationella folkhälsorapporterna (9, 78, 79) har visats att könsskillnaderna i *sjuklighet*, illness och disease, ökat, på så sätt att mäns hälsa förbättras snabbare än kvinnors. Även detta är en möjlig orsak till ökade skillnader i sjukfrånvaro.

En hypotes som framlagts är att kvinnors *attityder* förändrats under det senaste årtiondet. Tidigare har många kvinnor gått ner i arbetstid eller helt slutat förvärvsarbete när deras arbetsförmåga sviktat pga. av sjukdom, dvs. kvinnor och deras ev. familjer har mer individualiserat problemet och dess lösning. Nu har kvinnor istället börjat göra som män, nämligen sökt sjukskrivning och förtidspension för detta.

Andelen '*reträtyrken*' minskar i och med strukturomvandlingar på arbetsmarknaden – om detta sker i större utsträckning för kvinnor än för män är oklart.

Det finns ytterst få studier av *konsekvenser av sjukskrivning* för t.ex. livskvalitet, hälsa, arbetsförmåga, återgång i arbete, socialt stöd, marginalisering, etc. Risk för negativa konsekvenser av sjukskrivning är dock stor (38). Eftersom kvinnor exponeras för sjukskrivning i större utsträckning än män drabbar alltså denna risk kvinnor i större utsträckning.

*Ensamstående föräldrar*, vilka i övervägande majoritet är kvinnor, har av många visat sig vara en mycket utsatt grupp, ekonomiskt, socialt och hälsomässigt (80), och deras utveckling har även varit negativ i förhållande till andra grupper i samhället. Även detta torde kunna vara en orsak till att kvinnors sjukfrånvaro ökar mer. Dessa grupper är också särskilt känsliga för nedskärningar i trygghetssystemen.

## Kön, klass och etnicitet

Tre aspekter har betydelse när det gäller skillnader i sjukfrånvaro, nämligen kön, klass och etnicitet. Flera av de faktorer som gått igenom här har relevans även för de stora skillnader som finns i sjukfrånvaro mellan personer i olika socialgrupper och personer med olika etnicitet. Vidare finns det en kraftig interaktion mellan dem. Kvinnor som tillhör vissa sociala strata och etniska grupper har betydligt högre sjukfrånvaro både än kvinnor i andra och än männen i samma grupper.

Precis som bland svenskar har kvinnor födda utanför Sverige högre sjukfrånvaro än männen födda i samma land. Andelen långtidssjukskrivna varierar dock kraftigt med ursprungsland, liksom storleken på könsskillnaden. Framförallt är det kvinnor (och män) från sydeuropeiska länder som har mycket hög sjukfrånvaro och förtidspensionering. En central orsak till detta är, enligt RFV, att

de "har den sämsta yrkesstrukturen av samtliga kvinnor i Sverige. Andra grupper av invandrarkvinnor skulle ha samma höga utnyttjande om de var placerade i samma riskfyllda yrken" (81, sid. 10). Det torde vara rimligt att antaga att detta även skulle gälla om män, vare sig de har svenskt eller annat ursprung, var placerade i dessa yrken.

### Behov av forskning

Trots att vi sedan länge vet att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män är det slående hur lite kunskap som finns om kvinnors sjukdomar, och om könsskillnader i sjukfrånvaro (6). De få studier som finns är oftast deskriptiva, få är analytiska och ännu färre är interventiva. Ett annat problem är att de flesta studier är av tvärsnittskaraktär. Ytterst få är longitudinella, och av de få som finns täcker bara en handfull mer än 1–4 år (82). Detta är särskilt allvarligt då de sjukdomar som är aktuella här oftast är av kronisk eller återkommande natur. Det finns alltså ett stort behov av prospektiva, longitudinella studier som sträcker sig över minst 10–20 år.

Vidare finns det behov av studier på en mer detaljerad nivå, vad gäller diagnoser, arbetsplatser, yrken etc. Även om flera sjukfrånvarostudier har gjorts av personer inom medicinsk vetenskap har sällan medicinska teorier och kunskaper använts, dvs hälsoaspekter av sjukfrånvaron har ej inkluderats (83). Könsskillnader i administration av sjukfrånvaro, dess prevention och av rehabilitering behöver studeras. För att få ökad kunskap om just könsskillnader behöver ett genusperspektiv, teoretiskt och metodologiskt, inkluderas i studier om sjukfrånvaro (26, 84). En genomgående kritik av forskningen inom området är dess bristande teori- och begreppsutveckling. Kanske behöver även ett mansperspektiv utvecklas inom området (85). Överhuvudtaget behöver olika perspektiv, olika teorier och olika metoder för att utveckla den vetenskapliga kunskapsbasen inom området (6, 7, 54, 55, 86–89)

För detta krävs bl.a. tillgång till bra dataregister, hög metodologisk och teoretisk kompetens, tvärvetenskapliga forskarmiljöer, internationell förankring samt ekonomiska resurser (54).

## Referenser

1. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
2. Bjurulf P, Johansson G, Ljungdahl L, Persson H, Levin J-E, Åstrand G. Sjukskrivning i förhållande till diagnos och yrke 1985–87. Linköping: Inst för Samhällsmedicin; 1990.
3. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998;26(2):133-145.
4. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder – higher incidence among women and longer duration for men. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:740–746.
5. Englund L. Sick-listing – Attitudes and doctors' practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care. Uppsala: Uppsala universitet; 2000.
6. Alexanderson K, Söderberg E. Försäkringsmedicinsk forskning – en litteraturgenomgång. Linköping: Rikscentrum för Försäkringsmedicinsk Forskning; 2000.
7. Hansen H, editor. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-talet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning; 1999.
8. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley M, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *Br Med J* 1993;306:361-366.
9. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. Stockholm; 1997.
10. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989: SCB; 1992.
11. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:124-130.
12. Alexanderson K. Hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1999.

13. SBU. Ont i ryggen, ont i nacken, en evidensbaserad kunskaps-sammanställning. Stockholm: Offset AB; 2000.
14. Hensing G. Sickness absence and psychiatric disorder – epidemiological findings and methodological considerations. Linköping: Section of Social Medicine, IHM, Linköping University; 1997.
15. Alexanderson K. A protocol for gender analyses of medical textbooks. *Women and Health* 1998;29(2):81-98.
16. Forsberg P, Bjuremark A, editors. Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping. Linköping: University of Linköping, LEO; 1996.
17. Cotton P. Women´s Health Initiative Leads Way as Research Begins to Fill Gender Gaps. *Journal of the American Medical Association* 1992;267(4):469-470.
18. Palca J. Women left out at NIH. *Science* 1990;248:1601-2.
19. Fee E, editor. *Women and health: the politics of sex in medicine*. Farmingdale, N.Y.: Baywood Publishing Company, Inc.; 1982.
20. Schei B, Botten G, Sundby J, editors. *Kvinnomedicin*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB; 1994.
21. Sechzer JA, Rabinowitz VC, Denmark FL, McGinn MF, Weeks BM, Wilkens CL. Sex and Gender Bias in Animal Research and in Clinical Studies of Cancer, Cardiovascular Disease, and Depression. *Annals New York Academy of Sciences* 1994;736:21-48.
22. Miles A. *Women, health and medicine*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press; 1991.
23. Regeringsproposition. 1993/94.
24. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor: Socialdepartementet; 1996. Report No.: SOU, 1996:133.
25. Doyal L. *What makes women sick?* London: Macmillan Press LTD; 1995.
26. Kilbom Å, Mesing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. *Yrkes-verksamma kvinnors hälsa*. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
27. Ekenvall L, Härenstam A, Karlqvist L, Nise G, Vingård E. Kvinnan i den vetenskapliga studien – finns hon? *Läkartidningen* 1993;90(43):3773-3776.
28. Ehrenreich B, English D. *For her own good. 150 years of the experts' advice to women*. New York: Anchor Books; 1979.

29. Lawrence SC, Bendixen K. His and Hers: Male and Female Anatomy in Anatomy texts for U.S Medical Students, 1890-1989. *Social Science and Medicine* 1992;37(7):925-934.
30. Koblinsky M, Timyan J, Gay J, editors. *The health of women. A global perspective.* Oxford: Westview Press; 1993.
31. Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *The New England Journal of Medicine* 1993;329(4):247-256.
32. Swahn E. Hjärt- och kärlsjukdom. In: Forsberg P, Bjuremark A, editors. *Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping.* Linköping: University of Linköping, LEO; 1996. p. 109-115.
33. RFV. *En socialförsäkring för kvinnor och män.* Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1998.
34. Bäckström I. *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män.* Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 1997.
35. Josefsson M, Törnblom I. *Två rehabiliteringsprojekt granskade ur könsperspektiv.* Göteborg: Arbetslivstjänster; 1995.
36. Marklund S. *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 1999.
37. Marklund S, editor. *Risk- och friskfaktorer- sjukskrivning och rehabilitering i Sverige.* Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1997.
38. Alexanderson K, Hensing G, Borg K, Kjellman G, Nordqvist C, Ringsberg K, et al. *Sjukfrånvaro, hälsa och livsvillkor – en 12 års uppföljning.* Linköping: Socialmedicin och Folkhälsovetenskap,
39. IHM, Hälsouniversitetet; 2000.
40. Alexanderson K, Östlin P. *Kvinnors och mäns arbete och hälsa.* In: Marklund S, editor. *Arbete och hälsa 2000.* Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
41. Östergren PO. Coping – ett beteendemedicinskt nyckelbegrepp med ett brett tvärvetenskapligt tillämpningsområde. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995(1):2-3.
42. Twaddle A, Nordenfelt L. *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health.* Linköping: Linköpings universitet; 1993.
43. Johannisson K. *Den mörka kontinenten.* Södertälje: Norstedts Förlag, AB; 1995.

44. Sachs L. Medicinsk antropolog. Stockholm: Liber; 1987.
45. Sachs L, Krantz I. Anthropology of Medicine and Society. Stockholm: Repro Print AB; 1991.
46. Alexanderson K. Psykiatrisk försäkringsmedicin. Socialmedicinsk tidskrift 2000, In press.
47. Gijsbers van Wijk CMT, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. Soc. Sci. Med. 1997;45(2):231-246.
48. Gove WR, Hughes M. Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health: An Empirical Investigation. American Sociological Review 1979;44(February):126-146.
49. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Social Science and Medicine 1996;42(4):617-624.
50. Parsons T. The Social System. New York: Tavistock Publications Ltd.; 1952.
51. Falkum E, Larsen ø. Sjukdomsuppfattningar i praxis. In: Nordenfelt L, editor. Hälsa, sjukdom, dödsorsak. Malmö: Liber; 1986.
52. Wingren G. Arbets- och miljömedicinsk epidemiologi. In: Forsberg P, Bjuremark A, editors. Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping. Linköping: University of Linköping, LEO; 1996.
53. Young A. The anthropologies of illness and sickness. Ann.Rev.Anthropol. 1982;11:257-85.
54. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. Scand J Soc Med 1998;26(4):241-249.
55. RFV, SFR. Forskning och forskningsbehov inom socialförsäkringsområdet. Stockholm: GOTAB; 1997.
56. Olsen KM, Mastekaasa A. Forskning om sykefravær – en oppsummering og vurdering av perioden 1980-96: Institutt for samfunnsforskning, Oslo; 1997 Januari 1997. Report No.: Rapport 97:3.
57. RFV. Till frågan om en ny socialförsäkring. Stockholm; 1993. Report No.: 2.
58. Janlert U. Arbetslöshet som folkhälsoproblem: Folkhälso-gruppens rapport, Stockholm.; 1992. Report No.: 17.
59. Lidwall U, Skogman-Thoursie P. Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. In: Marklund S,



- editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
60. Wahl A. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling. [Ekonomi doktorsexamen]: Handelshögskolan i Stockholm; 1992.
  61. Gonäs L, Spånt A. Trends and Prospects for Women's Employment in the 1990s. Solna: National Institute for Working Life; 1997.
  62. Gonäs L, Plantenga J, Rubery J. Den könsuppdelade arbetsmarknaden – ett europeiskt perspektiv. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
  63. Neremo M. Yrkessegregering efter kön – ett internationellt perspektiv. Stockholm; 1997. SOU 1997:137.
  64. Anker R. Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world. Geneva: International Labour Organization; 1998.
  65. Bäckman O, Edling C. Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. In: Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
  66. Arbetslivsdelegationen, editor. Individerna och arbetslivet. Perspektiv på det samtida arbetslivets kring sekelskiftet 2000. Stockholm; 1999.
  67. Lagerlöf E. Women, work and health. National report, Sweden. Stockholm: Ministry of health and social affairs; 1993.
  68. Hensing G, Alexanderson K. Jämn könsfördelning bra för hälsan? In: Bladh C, Cedersund E, Hagberg J, editors. Kvinnor och män som aktörer och klienter. En antologi som skildrar tidigt 1800-tal och framåt. Stockholm: Nerednius & Santéus förlag; 1997.
  69. Hall EM. Women's Work: An Inquiry into the Health Effects of Invisible and Visible Labor. Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; 1990.
  70. Menckel E. Hot, våld och trakasserier i arbetsliv och skola. In: Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
  71. Kindlund H. Förtidspensionering och sjukfrånvaro 1990 bland invandrare och svenskar. In: Persson G, Roselius M, editors. Invandras hälsa och sociala förhållanden. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.

72. Wikman A. Arbetsmarknadens utveckling i Sverige. In: Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
73. Aarts L, De Jong P, Prinz C. Literature Study on Determinants of Disability Benefit Recipiency. The Hague, Haag: Aarts & De Jong B.V.; 2000.
74. Karasek, Therell. Healthy work. New York: Basic Books; 1990.
75. Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C. Klass och ohälsa – en antologi om orsaker till den ojämlika ohälsan: Tiden-Folksam; 1991.
76. Marklund S, editor. Arbete och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
77. Lundberg O. Recent trends in women's psychosocial work environment and health. In: Seminar on women, stress and heart disease.; 1994; Stockholm; 1994.
78. Härenstam A. Seminarium om kvinnors sjukfrånvaro. In:; 2000 2000.09.29; Stockholm: RFV; 2000.
79. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994.
80. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. SoS-rapport 1991:11; 1991.
81. Socialstyrelsen. Social rapport: Socialstyrelsen; 1997.
82. RFV. Invandrarna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering under 1990-talet; 1996. Report No.: Redovisar 1996:11.
83. Borg K, Carstensen J, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pensions – A 12-year follow up of young persons on sick-leave due to neck-, shoulder and back diagnoses. Scandinavian Journal of Public Health 2000;In Press.
84. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. Scandinavian Journal of Social Medicine 1998;26(4):241-249.
85. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. Kön och ohälsa, en antologi om könskillnader ur ett folkhälsooperseptiv. Lund: Studentlitteratur; 1996.
86. Mellström U. Engineering lives. Linköping: Affärstryck i Linköping AB; 1995.
87. Aarts LJM, De Jong PR. Economic aspects of disability behavior. Amsterdam: North-Holland (?); 1992.

88. Kerz J, Wernwer M, Wesser E. Vad vet vi om rehabilitering? Svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993. Ystad: Bokbox Förlag; 1995.
89. Englund L. Sick-listing – attitudes and doctor´s practice. With special emphasis on sick-listing practice in primary health care. Uppsala: Uppsala universitet; 2000.
90. Löfvander M. Illness, disease, sickness. Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches. Karolinska Institutet Stockholm; 1997.

# Hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland män och kvinnor födda 1945, 1955 och 1965

Eva Vingård, Docent, Leg läkare

Per Lindberg, Ergonomie Magister

Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, Stockholm.



## Sammanfattning

### Syfte

- Att beskriva hur män och kvinnor i olika åldrar, med olika bakgrund och arbetsförhållanden upplever sin hälsa och arbets-situation
- Att belysa sambanden mellan hälsa, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro och sjuknärvaro och därmed identifiera goda och dåliga arbetsmiljöer
- Att analysera hur individens ekonomiska situation och gällande regelverk påverkar sjukfrånvaro/sjuknärvaro
- Att ge underlag för förslag till åtgärder i syfte att öka hälsan och minska sjukfrånvaron.

### Studiegrupp

Den undersökta gruppen bestod av män och kvinnor födda 1945, 1955, 1965 och 1975. Totalt tillfrågades 23 999 individer, varav 14 945 besvarat enkäten, en svarsfrekvens på 62,3 %. Då svarsfrekvensen var något låg bland 25-åringarna utslöts dessa från vidare bearbetningar och analyser. Svarsfrekvensen för samtliga 35-55-åringar blev då 64,2 %.

Var och en av de fyra åldersgrupperna bestod i sin tur av en grupp från befolkningsregistret kallad "normalbefolkningsgruppen" och en grupp från Riksförsäkringsverkets (RFV) register över sjukskrivna kallad "sjukskrivengruppen". *Normalbefolkningsgruppen* representerades i respektive åldersgrupp av cirka 4 000 män och kvinnor. Dessa valdes slumpmässigt från Statistiska Centralbyråns (SCB) register över totalbefolkningen med aktualitet den 31 december 1999. *Sjukskrivengruppen* valdes slumpmässigt från RFV:s register över de som den 31 december 1999 hade varit sjukskrivna > 4 veckor (dvs. 329 dagar) och uppbar sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller förebyggande sjukpenning.

### Metod

Undersökningen var en enkätundersökning och uppgifter samlades in om hälsa, livskvalitet, sömn och återhämtning, läkarkontakt, sjuknärvaro, sjukfrånvaro, anställningsförhållanden samt fysiska,

psykosociala och organisatoriska arbetsförhållanden. Enkäten distribuerades och registrerades av SCB.

Från SCB:s befolkningsregister har uppgifter om kön, ålder, civilstånd, födelseland, medborgarskap, läns- och kommuntillhörighet samt inkomst hämtats.

## Resultat

Både bland normalbefolkningen och de sjukskrivna > 4 veckor minskade andelen som rapporterade god hälsa med stigande ålder. Samma mönster förelåg när det gällde att skatta sin arbetsförmåga två år framåt. Två tredjedelar av befolkningen gick sjuka till arbetet under senaste året, vanligast var det bland 35- och 45-åringar. Karensdagen liksom sjukersättningens storlek medförde att drygt en tredjedel respektive drygt en fjärdedel avstod från att sjukanmäla sig. Vanligaste orsakerna till sjuknärvaro var att man inte hade råd att vara sjuk, att man inte kunde det p.g.a. arbetsuppgifterna och av lojalitet mot arbetskamraterna. Den vanligaste läkarkontakten skedde på vårdcentral. Bland långtidssjukskrivna hade högre andel män jämfört med kvinnor kontakt med sjukhusläkare. Hälsokontroller var den vanligaste anledningen till att man hade haft kontakt med företagshälsovård.

En tredjedel ville minska sin arbetstid och endast några få öka den, främst kvinnor. Bland kvinnorna rapporterade 45- och 55-åringar och hälften av de som arbetade inom kommuner och lands-ting fysiskt tungt arbete, bland männen var det de yngsta och de inom privat sektor. Fler kvinnor än män hade hög psykisk arbets-tyngd med höga krav och låg kontroll. Statligt anställda upplevde något sämre arbetsklimat än andra. Överordnade inom privat sektor, jämfört med andra sektorer var något bättre på att visa uppskattning gentemot sina underlydande. Hela 20 % av normalbefolkningen tyckte att närmsta chef inte utövade ett väl fungerande ledarskap.

De univariata analyserna visade associationer mellan en rad av olika exponeringsfaktorer och risken att bli sjukskriven > 4 veckor. Tydliga associationer fanns för var och en av följande exponeringar: ansträngd ekonomi, att bo ensam, låg utbildning, risk för neddragningar på arbetsplatsen, bli arbetslös liksom att bo ihop med någon som inte var i arbete, dåligt arbetsklimat i arbetsgruppen, att sällan eller aldrig vara nöjd med hur man kan utföra sin arbetsuppgift,

höga krav kombinerat med låg kontroll i arbetet, att inte få uppskattning för sin arbetsinsats, dåligt ledarskap från närmsta chef, kroppsligt ansträngande arbete samt för kvinnor att ha kommunal anställning. Vid analys av vilken betydelse karensdagen och sjukpenningens storlek hade för att inte sjukskriva sig visade det sig att risken att ha mycket sjuknärvaro ökade med betydelsen av dessa två faktorer i försäkringssystemet.

De multivariata analyserna av dessa tvärsnittsdata visade ett klart samband mellan ålder och risken att bli långtidssjukskriven. I övrigt visades entydigt på att förhållanden på arbetet både av fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär hade betydelse för långtidssjukskrivning. Högsta riskerna uppmättes för de män och kvinnor som hade en hög fysisk belastning och inte var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. De som enbart angav en av dessa exponeringar hade också förhöjda risker och riskerna kvarstod då resultaten kontrollerades för andra faktorer som kan ha betydelse för om man blir långtidssjukskriven. Dåligt arbetsklimat i gruppen var en annan exponering som gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtidssjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning hos kvinnor. Analyserna är även utförda på personer förda till olika inkomstklasser. De med lägst inkomst hade högst risk för långtidssjukskrivning. Detta var förmodligen inte en effekt enbart av en sämre ekonomi, generellt eller i samband med långtidssjukskrivning, utan indikerar ytterligare att arbetsförhållanden är av intresse då arbeten med låga löner ofta även har de sämsta arbetsförhållandena.

Om de samband som redovisas här är sanna orsakssamband kan de etiologiska fraktionerna och därmed den förebyggande potentialen beräknas. Dessa fraktioner var höga för ett flertal exponeringar i yrkeslivet. Främst gällde det hög fysisk belastning, dåligt arbetsklimat i gruppen, höga krav och låg kontroll över arbetet.

## **Konklusion**

Flera faktorer har framkommit som i denna tvärsnittsstudie ger en ökad risk för långtidssjukskrivning. Ökande ålder är en sådan faktor både för män och kvinnor och oberoende av om man arbetar privat, statligt eller inom kommun/landsting. Arbetsförhållanden både av fysisk, psykisk och organisatorisk karaktär tycks ha stor



betydelse. En god arbetsmiljö är därför med stor sannolikhet av betydelse när det gäller att förebygga långtidssjukskrivning.

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Metod</b> .....	<b>311</b>
1.1	Bortfall.....	312
<b>2</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>314</b>
2.1	Deskriptiva data.....	315
2.1.1	Hur upplever man sin hälsa?.....	315
2.1.2	Incitament till sjukfrånvaro och sjuknärvaro i försäkringssystemet .....	318
2.1.3	Sjukfrånvaro/Sjuknärvaro .....	323
2.1.4	Arbetsmiljö .....	331
2.2	Univariata sambandanalyser .....	338
2.3	Multivariata sambandsanalyser .....	342
<b>3</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>352</b>
<b>4</b>	<b>Konklusion</b> .....	<b>359</b>
<b>5</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>360</b>
<b>6</b>	<b>Tabellbilaga</b> .....	<b>362</b>

### Bakgrund och syfte

Föreliggande rapport är en redovisning av det forskningsuppdrag i form av en undersökning av arbetsförhållanden, beteenden och vissa individfaktorer kopplade till sjukfrånvaro och självupplevd hälsa som Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11) gav åt Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet i Stockholm. Även attityder till befintligt sjukförsäkringssystem ansågs viktiga att försöka utröna.

Statistiska Centralbyrån (SCB) har ansvarat för genomförandet av datainsamlingen, registreringen av data samt tabellframställning av initiala resultat. För de fördjupade statistiska bearbetningarna har statistiker Max Köster och docent Lars Alfredsson vid Karolinska Institutet varit behjälpliga. En referensgrupp bestående av avdelningschef Inger Marklund, Riksförsäkringsverket (RFV) och professorerna Gunnar Aronsson, Christer Hogstedt och Staffan Marklund från Arbetslivsinstitutet samt professor Åke Nygren, Karolinska Institutet har bidragit med värdefulla synpunkter under analysarbetet.

Syftet med undersökningen var att

- beskriva hur män och kvinnor i olika åldrar, med olika bakgrund och arbetsförhållanden upplever sin hälsa och arbetssituation
- belysa sambanden mellan hälsa, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro och sjuknärvaro och därmed identifiera goda och dåliga arbetsmiljöer
- analysera hur individens ekonomiska situation och gällande regelverk påverkar sjukfrånvaro/sjuknärvaro
- ge underlag för förslag till åtgärder i syfte att öka hälsan och minska sjukfrånvaron.

## 1 Metod

Undersökningen har genomförts med en postenkät riktad till personer födda 1945, 1955, 1965 och 1975. Dessa åldersgrupper benämns fortsättningsvis också 55-, 45- 35- respektive 25-åringar. Postenkäten skickades ut vecka 17, 2000. Två påminnelser skickades, vid den senare bifogades dessutom ett nytt frågeformulär. Datainsamlingen avslutades den 13 juni. Totalt tillfrågades 23 999 individer, varav 14 945 besvarat enkäten, en svarsfrekvens på 62,3 %. Då svarsfrekvensen var något låg bland 25-åringarna (se nedan under "Bortfall") uteslöts dessa från vidare bearbetningar och analyser. Svarsfrekvensen för samtliga 35-55-åringar blev då 64,2 %.

Var och en av de fyra åldersgrupperna bestod i sin tur av en grupp från befolkningsregistret kallad "normalbefolkningsgruppen" och en grupp från RFV:s register över sjukskrivna kallad "sjukskrivengruppen".

*Normalbefolkningsgruppen* representerades i respektive åldersgrupp av cirka 4 000 män och kvinnor. Dessa valdes slumpmässigt från SCB:s register över totalbefolkningen med aktualitet den 31 december 1999. Populationsstorleken var 476 350 individer. En månad innan enkäten skickades ut kontrollerades urvalet med avseende på eventuellt avlidna och personer som flyttat ut ur landet. Det slutgiltiga undersökningsurvalet från normalbefolkningen utgjordes av 16 031 personer. Dessa representerade ett tvärsnitt av befolkningen i respektive åldersklass och innehöll således såväl ej sjukskrivna som sjukskrivna, sjukbidragstagare och förtidspensionärer. Genomsnittlig svarsfrekvens för de fyra åldersgrupperna av normalbefolkningen var 62,5 % (10 023 personer). Då 25-åringarna uteslöts ur analyserna ökade svarsfrekvensen till 64,8 % (7 806 personer).

*Sjukskrivengruppen* hämtades från RFV:s register över sjukskrivningar. Efter kontroll för personer som avlidit eller flyttat ut ur landet, gjordes ett slumpvis urval på sammanlagt 7 968 personer av de totalt 18 605 i de aktuella åldersgrupperna som den 31 december 1999 uppfyllde urvalskriterierna. Dessa hade definierats som de som vid urvalstillfället varit sjukskrivna > 4 veckor (dvs. 29 dagar) och uppbar sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller förebyggande sjukpenning. De med sjukbidrag eller förtids-

pension ingick inte, såvida de inte också uppbar någon av de ovan nämnda ersättningarna. I respektive åldersgrupp representerades sjukskrivengruppen av mellan 975 och 2 699 män och kvinnor. Den minsta delgruppen sjukskrivna var 25-åringar, men utgjorde 70-80 % av alla sjukskrivna i åldersgruppen, medan urvalet sjukskrivna 55-åringar representerade 30-40 % av åldersgruppens sjukskrivna. I de fall samma person slumpats till såväl normalbefolknings- som sjukskrivengruppen har denne tillförts den senare och motsvarande extraurval tillförts normalbefolkningsgruppen. Svarsfrekvens för sjukskriven-gruppen var genomsnittligt 61,8 % (4 922 personer). Då 25-åringarna uteslöts ur analyserna ökade svarsfrekvensen till 63,1 % (4 413 personer).

Datamaterialet som insamlats genom enkäten innehåller följande uppgifter om undersökningspopulationen:

- Hälsa och livskvalitet
- Sömn och åter hämtning
- Läkarkontakt och sjukfrånvaro
- Anställningsförhållanden
- Arbetsförhållanden
  - fysiska
  - psykosociala
  - organisatoriska

Från SCB:s befolkningsregister har uppgifter om kön, ålder, civilstånd, födelseland, medborgarskap, läns- och kommuntillhörighet samt inkomst hämtats.

## 1.1 Bortfall

Det externa bortfallet varierade mellan och inom de olika kohorterna. Entydigt var att bortfallet var störst bland de yngsta för att minska ju äldre gruppen var, att sjukskrivna hade större bortfall än normalbefolkningen, liksom män jämfört med kvinnor. Sämst svarsfrekvens uppvisade sjukskrivna 25-åriga män (45 %) och bäst normalbefolkningens 55- och 45-åriga kvinnor samt de sjukskrivna 55-åriga kvinnorna (72 %) (tabell B1a).

Svarsfrekvenserna i relation till födelseland var i stort sett samma för normalbefolkningen som för sjukskrivna > 4 veckor. Vid kontroll för svarsfrekvensen i förhållande till medborgarskap fanns en tydlig skillnad mellan svarsbenägenheten för de med svenskt med-

borgarskap (63 %) jämfört med de med utländskt, i synnerhet utomeuropeiskt medborgarskap (35 %). Andelen tillfrågade i undersökningen med icke svenskt medborgarskap var dock endast 6 % av alla tillfrågade (tabell B1b+ c).

Ogifta och gifta/reg. partnerskap utgjorde vardera nästan lika stor andel av de tillfrågade och tillsammans 87 %. Svartsbenägenheten bland de ogifta (57 %) var dock något lägre än för övriga civilstånd och dessa kom sålunda att vara något underrepresenterade i undersökningen (tabell B1d).

I förhållande till inkomst hade de med årsinkomster under 180 000 kronor lägst svartsfrekvens (58 %) och de med årsinkomster över 275 000 kronor högst (95 %). Deltidsarbetande förekom i högre grad bland de med lägre inkomst. Dessa blev, genom den lägre svartsfrekvensen, därmed något underrepresenterade i undersökningen (tabell B1e).

För varje fråga finns ett internt bortfall, olika stort för respektive fråga. Lägst var bortfallet för frågor om hälsa med enbart någon enstaka procent uteblivna svar.

De exponeringar i arbetslivet som är medtagna vid sambandsanalyserna har ett internt bortfall från 3,4 % (frågan om arbetsklimatet) till 9,2 % (frågan om uppskattning av patienter, klienter, elever eller motsvarande). I många fall är det säkert adekvat av de svarande att inte lämna något svar då de t.ex. inte har någon kontakt med patienter, klienter, elever eller motsvarande och inte heller har uppmärksammat svarsalternativet "ej aktuellt".

I de multivariata analyserna har en "bortfallsvariabel" konstruerats för varje fråga. Analyser med och utan denna bortfallsvariabel har gjorts. Skillnaden i studiestorlek är ca 2 000 individer men resultaten skiljer sig enbart marginellt. Trenderna på samband och risker är desamma oavsett modell.

## 2 Resultat

Resultaten redovisas i följande ordning:

2.1. Deskriptiva data från enkäten.

2.2. Univariata sambandsanalyser där utfallet av inverkan från en exponeringsfaktor hos två grupper jämförs.

2.3. Multivariata sambandsanalyser där utfallet av inverkan från flera samtidiga exponeringsfaktorer hos två grupper jämförs.

### Läsanvisningar

De siffror som anges för kvinnor respektive för män, utan angivande av åldersgrupp, är genomsnittet för samtliga undersökta inom normalbefolkningsgruppen respektive sjukskrivengruppen. Andelarna är viktade för att balansera de skillnader i storlek som respektive åldersgrupp utgör inom totalbefolkningen. Observera att dessa genomsnittssiffror inte är ett genomsnitt för totalbefolkningen utan endast är ett genomsnitt för de tre undersökta åldersgrupperna. De jämförelser som görs i textavsnitten mellan olika svarsandelar baseras på statistiskt säkerställda skillnader (95 %-konfidensintervall).

I de tabeller där svarsandelar för de olika åldersgrupperna redovisas har de värden som uppvisar statistiskt säkerställda skillnader markerats.

Deskriptiva data särredovisas för normalbefolkningen och de sjukskrivna > 4 veckor och omfattar alla undersökta förutom 25-åringarna. Då föreliggande undersökning bl.a. har som syfte att utreda samband mellan arbetsmiljöfaktorer och hälsa liksom betydelsen av incitamenten i sjukförsäkringssystemet har företrädesvis flertalet av de deskriptiva data liksom samtliga sambandsanalyser gjorts på data enbart från de som var i förvärvsarbete. Deskriptiva data avseende förvärvsarbetande inom normalbefolkningsgruppen har således löpande kommenterats i resultatdelen samt återfinns i tabellform i tabellbilagan (kap 5).

Med förvärvsarbetande avses här de som uppgett att de var fast eller tidsbegränsat anställda, egna företagare eller att de arbetade i bemanningsföretag (fråga 1a alternativ 1–3 + fråga 1c i enkäten). Redovisade andelar grundar sig på viktade beräkningar.

Tabeller betecknade med ett B före tabellnumret återfinns i tabellbilagan.

## 2.1 Deskriptiva data

### 2.1.1 Hur upplever man sin hälsa?

#### Hur var hälsan i allmänhet?

##### *Normalbefolkningen*

Av de undersökta männen och kvinnorna menade drygt 80 % att de i allmänhet hade god hälsa. Medan knappt 20 % upplevde hälsan som "någorlunda" eller dålig (tabell 1).

##### *Sjukskrivna längre än 4 veckor*

Bland de sjukskrivna var det knappt 30 % både bland männen och kvinnorna som ansåg att hälsan i allmänhet var god. Drygt 70 % att hälsan i allmänhet var "någorlunda" eller dålig (tabell 1).

Tabell .1 Hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är i allmänhet?

	Normalbefolkning n= 7762		Sjukskrivna > 4 v. n= 4385	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
God hälsa	84 %	81 %	28 %	29 %
Sämre hälsa	16 %	19 %	72 %	71 %

Både i normalbefolkningen och bland de sjukskrivna > 4 v. upplevdes hälsan i högre grad som god av de yngre jämfört med de äldre. Bland normalbefolkningen var denna skillnad, mellan äldsta och yngsta åldersgruppen, 9 % för både män och kvinnor. Bland de sjukskrivna > 4 v. var motsvarande spann mellan åldersgrupperna större, för män 15 %, för kvinnor 11 % (tabell B2).



## Hälsan nu jämfört med för ett år sedan?

### *Normalbefolkningen*

Vid jämförelse med hur hälsan var för ett år sedan upplevde 71 % av männen och 65 % av kvinnorna att den var oförändrad. Andelen förbättring och försämring var relativt jämnt fördelade hos bägge könen (tabell 2). Andelen som upplever försämring ökade med åldern, dock endast statistiskt säkerställt för 55-åriga kvinnor jämfört med 35-åriga (tabell B3).

I tabell B5-6 framgår tydligt hur hälsan bland förvärvsarbete kvinnor och män i normalbefolkningen av fler bedömdes försämrad med stigande ålder liksom det var fler kvinnor inom kommuner, landsting och stat jämfört med de privatanställda som ansåg den försämrad senaste året.

### *Sjukskrivna > 4 veckor*

Bland de sjukskrivna > 4 veckor var det mycket lite skillnad mellan mäns och kvinnors hälsoupplevelse. Jämfört med för ett år sedan var det ca 40 % av de sjukskrivna männen och kvinnorna som upplevde att de hade sämre hälsa. Dryg 25 % bedömde dock sitt hälsotillstånd som bättre och cirka 35 % som oförändrat (tabell 2). Stigande ålder hos de äldre sjukskrivna männen innebar att fler ansåg sig ha försämrats under sista året jämfört med de yngre männen (tabell B3).

*Tabell 2.* Jämfört med för ett år sedan, hur bedömer Du Ditt hälsotillstånd nu?

	Normalbefolkning n= 7763		Sjukskrivna > 4 v. n= 4397	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Bättre hälsa	14 %	19 %	24 %	29 %
Oförändrad hälsa	71 %	65 %	35 %	33 %
Sämre hälsa	15 %	16 %	41 %	39 %

## Upplevd hälsa och arbetsförmåga

### *Normalbefolkningen*

Bland de som var i arbete trodde 86 % av männen och 83 % av kvinnorna att de med tanke på sin hälsa skulle kunna arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år. Resterande 14 % av männen och 17 % av kvinnorna vara osäkra eller trodde inte att de skulle vara kvar (tabell 3).

Vid en jämförelse mellan åldersgrupperna syns en tydlig tendens till att ju yngre man var, desto högre andel trodde att man kunde vara kvar i sitt yrke om två år. Bland 35-åriga män trodde 88 % det, bland 55-åriga män 82 %. Kvinnorna uppvisade en liknande tendens, 35-åringar 87 %, 55-åringar 78 % (tabell B4).

Bland de i normalbefolkningen som vid frågetillfället fick hel ersättning från försäkringskassan svarade 53 % av männen och 61 % av kvinnorna att de trodde att de skulle kunna vara kvar i sitt yrke om två år (ej redovisat i tabell).

### *Sjukskrivna > 4 veckor*

Bland de sjukskrivna > 4 veckor var det endast cirka 30 %, av både män och kvinnor, som trodde att de med tanke på sin hälsa skulle kunna arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år. Resterande 70 % tvivlade på att de kunde arbeta kvar i sitt nuvarande yrke. En stor del av dessa var starkt tvivlande (tabell 3).

En åldersjämförelse bland de sjukskrivna > 4 v. visade samma tendens som hos normalbefolkningen, men siffrorna låg på en betydligt lägre nivå. Av de 35-åriga männen var det 37 % och av de 55-åriga männen var det 23 %, av de 35-åriga kvinnorna var det 42 % och av de 55-åriga kvinnorna var det 23 % som trodde att de kunde vara kvar i sitt yrke om två år (tabell B4).

Tabell 3. Med tanke på din hälsa tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke om två år?

	Normalbefolkning n= 851		Sjukskrivna > 4 v. n= 3229	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ja, ganska säkert	86 %	83 %	29 %	31 %
Jag är osäker på det	12 %	14 %	41 %	42 %
Nej, det tror jag inte	2 %	3 %	30 %	27 %

### Återhämtning och sömn

En bidragande faktor till god arbetsförmåga är återhämtning och sömn liksom att känna glädje när man går till jobbet. I tabellerna B5-6 framgår att förvärvsarbetande kvinnor i normalbefolkningen generellt hade något sämre sömn än män. Av kvinnorna hade 20 % och av männen 18 % varje vecka svårt att sova därför att tankar på arbetet höll dem vakna. Det var 59 % av kvinnorna och 64 % av männen som sa att de hade god sömn. Sömnsvårigheterna ökade med åldern. Bland kvinnorna hade offentligt anställda, i synnerhet inom statlig tjänst, påtagligt mer sömnsvårigheter än privatanställda. Bland 35-åringarna verkade något fler känna olust när de gick till arbetet än bland 55-åringarna, liksom fler av statligt anställda kvinnor och kommunal-/landstingsanställda män.

#### 2.1.2 Incitament till sjukfrånvaro och sjuknärvaro i försäkringssystemet

De faktorer som undersökts är betydelsen av karensdagens och sjukpenningens storlek samt det förhållande att arbetsgivaren betalar sjuklönen de första 14 dagarna.

Sjuknärvaron, dvs. att man går till arbetet trots att man egentligen borde vara hemma har också undersökts. Frekvens och orsak till sjuknärvaron beskrivs.

## **Karensdagen**

### *Normalbefolkningen*

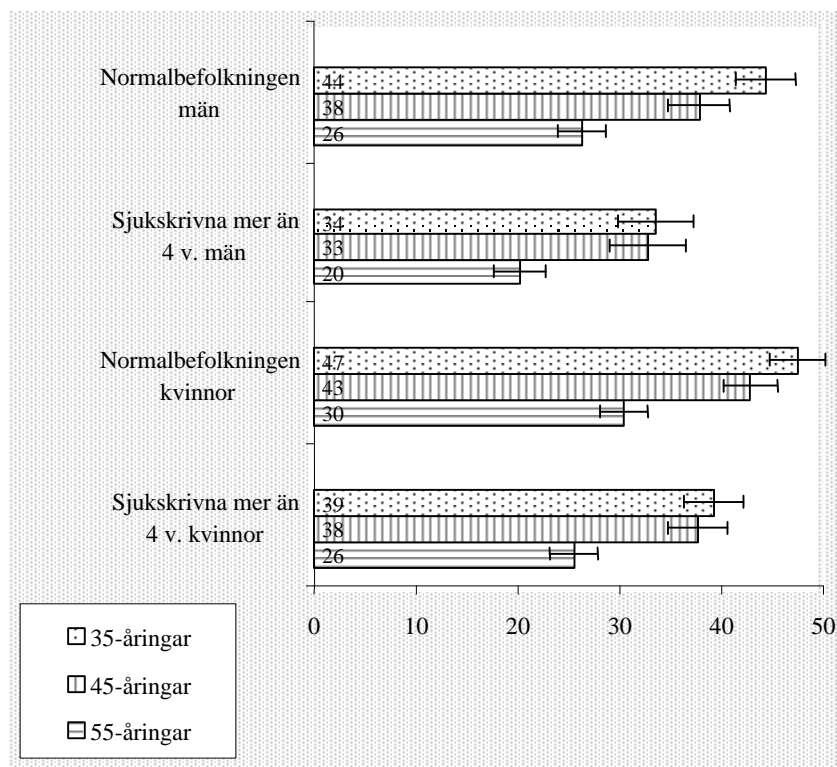
Karensdagen har medfört att i genomsnitt 36 % av männen och 40 % av kvinnorna avstått från att sjukanmäla sig trots att de på grund av sjukdom borde ha gjort det. 35- och 45-åringar hade en tendens att i högre grad låta bli att anmäla sjukdom på grund av karensdagen. Däremot tycks 55-åringarna i mindre grad än de andra åldersgrupperna påverkas av karensdagen och sjukanmäler sig när de är sjuka (figur 1).

Bland de förvärvsarbetande 35-åringa männen och kvinnorna, de 45-åringa kvinnorna liksom bland de offentligt anställda avstod ungefär hälften från att sjukskriva sig på grund av karensdagen (tabell B5-6).

### *Sjukskrivna > 4 veckor*

Bland de sjukskrivna är det färre, 27 % av männen och 33 % av kvinnorna som avstått från att sjukanmäla sig på grund av karensdagen. Frånsett att även 55-åringar sjukskrivna > 4 v. i mindre grad än de andra påverkas av karensdagen, är det ingen säkerställd skillnad mellan de olika åldersgrupperna (figur 1).

Figur 1. Andel (%) som svarat Ja på frågan: "Har karensdagen fått Dig att avstå från att sjukanmäla Dig trots att Du på grund av sjukdom borde ha gjort det?", uppdelat på ålder och kön. De smala, svarta, horisontella linjerna visar osäkerheten för medelvärdena (95 %-konfidensintervall).



## Sjukersättningens storlek

### Normalbefolkningen

Totalt 25 % av männen och 29 % av kvinnorna uppgav att de låtit bli att sjukanmäla sig på grund av sjukersättningens storlek trots att de på grund av sjukdom borde ha gjort det. Samma tendens till variation mellan ålderskohorterna, som svaren angående karensdagens inverkan på sjukskrivningsbenägenheten visade, gällde för frågan om sjukersättningens storlek. För 35- och 45-åriga män och kvinnor medför sjukersättningens storlek i hög grad att de avstår

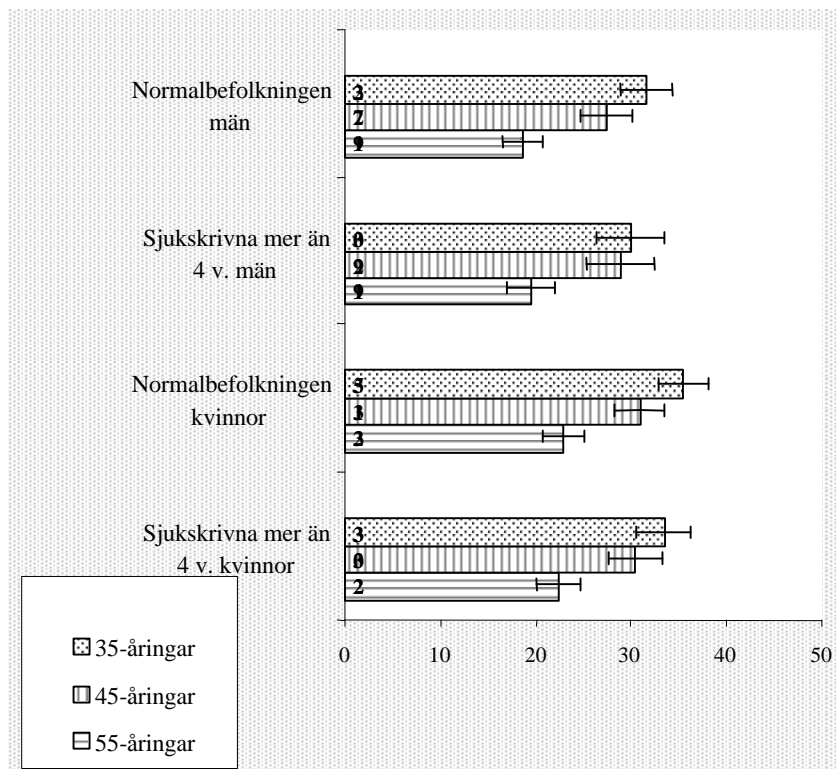
från att sjukanmäla sig. Skillnader mellan de olika åldersgruppernas svar framgår av figur 2.

Bland förvärvsarbetande var det fler bland 35-åringarna, både män och kvinnor, och de offentlig anställda som på grund av sjukersättningens storlek gått till arbetet trots att de på grund av sjukdom borde ha stannat hemma (tabell B5-6).

#### *Sjukskrivna > 4 veckor*

Bland de sjukskrivna var benägenheten att inte sjukanmäla sig på grund av sjukersättningens storlek på samma nivå som hos normalbefolkningen. Totalt var det 25 % av männen och 28 % av kvinnorna som inte gjorde det. För jämförelse mellan de olika åldersgruppernas svar, se figur 2.

Figur 2. Andel ( %) som svarat Ja på frågan: "Har sjukersättningens storlek fått Dig att avstå från att sjukanmäla Dig trots att Du på grund av sjukdom borde ha gjort det?", uppdelat på ålder och kön. De smala, svarta, horisontella linjerna visar osäkerheten för medelvärdet (95 %-konfidensintervall).



### Arbetsgivarinträdet

Att arbetsgivaren betalar sjuklön de första fjorton dagarna betydde mycket lite för att man skulle avstå från att sjukanmäla sig. Endast 5-8 %, oberoende av kön och sektor, medgav att det hade betydelse (tabell B5-6).

### 2.1.3 Sjukfrånvaro/Sjuknärvaro

I normalbefolkningen hade 41 % av de förvärvsarbetande haft minst en hel dags sjukfrånvaro och endast 5 % hade haft ½-dags-sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna. De senare har därför utestutits från beräkningar där antalet sjukfrånvarodagar ingår. Bland de förvärvsarbetande som varit sjukfrånvarande varierade antalet sjukdagar med hel ersättning senaste 12 månaderna mellan 11–21 dagar. Äldre har något fler sjukdagar än yngre och kvinnor något fler än män, däremot märks ingen skillnad i antalet sjukdagar mellan de olika sektorerna (tabell B5-6).

#### **Hur vanligt förekommande var sjuknärvaro på arbetet?**

##### *Normalbefolkningen*

På frågan om man de senaste 12 månaderna gått till arbetet fast man med tanke på hälsotillståndet borde ha sjukanmält sig säger sig totalt 64 % av männen och 69 % av kvinnorna ha gjort det minst en gång. Elva procent säger sig ha gjort det fler än fem gånger (tabell 4).

Bland förvärvsarbetande är det något vanligare hos 35-åringarna jämfört med 45- och 55-åringarna att ha varit sjuknärvarande 2–5 gånger senaste året. Mönstret ser lika ut för kvinnor och män. En liknande tendens, fast ej statistiskt säkerställd finns för offentliganställda jämfört med privatanställda. Andelen som varit sjuknärvarande mer än fem gånger är ungefär lika stor oberoende av kön, ålder eller sektor (tabell B5-6).

##### *Sjukskrivna > 4 veckor*

58 % av de sjukskrivna männen och 61 % av de sjukskrivna kvinnorna har gått sjuka till arbetet. 32 % både av männen och av kvinnorna, har gjort det mer än fem gånger (tabell 4).



*Tabell 4.* Har det hänt under de senaste 12 månaderna att Du gått till arbetet, trots att Du, med tanke på Ditt hälsotillstånd, egentligen borde ha sjukanmält Dig?

		Ja, 1 gång	Ja, 2-5 ggr	Ja, > 5 ggr.	Nej
Normalbefolkningen n= 6877	Män tot.	15 %	39 %	11 %	36 %
	35-åringar	16 %	46 %	11 %	28 %
	45-åringar	14 %	39 %*	11 %	36 %*
	55-åringar	15 %	31 %*	10 %	44 %*
	Kv. tot.	17 %	41 %	11 %	31 %
	35-åringar	17 %	47 %	11 %	26 %
	45-åringar	19 %	41 %	11 %	29 %
	55-åringar	15 %	36 %*	11 %	38 %*
Sjukskriv. > 4 v. n= 3205	Män tot.	5 %	21 %	32 %	42 %
	35-åringar	8 %	24 %	35 %	32 %
	45-åringar	4 %	19 %	34 %	43 %*
	55-åringar	4 %*	21 %	30 %	46 %*
	Kv. tot.	7 %	23 %	32 %	39 %
	35-åringar	7 %	26 %	33 %	34 %
	45-åringar	9 %	26 %	31 %	35 %
	55-åringar	6 %	20 %*	31 %	43 %*

\*värde som statistiskt säkerställt (95 % KI) skiljer sig från 35-åringarna inom respektive kön och urvalskohort (normalbefolkningen el. sjukskrivna).

### Varför har man gått till arbetet när man varit sjuk?

Som de vanligaste orsakerna till att låta bli att sjukanmäla sig och istället gå sjuk till arbetet angav man, att man inte hade råd att vara sjuk, att arbetsuppgifterna var sådana att det var svårt att vara borta från jobbet och att man av lojalitet mot arbetskamraterna, som annars hade fått ta över ens arbetsuppgifter, kände sig förhindrad att stanna hemma. Här var det ingen större skillnad mellan vad normalbefolkningen och de sjukskrivna > 4 veckor rapporterade, fränsett att de senare kände sig något mer lojalitetsbundna till sina arbetskamrater. Kvinnorna, både bland normalbefolkningen och de sjukskrivna uppgav i högre grad än männen att det var ekonomin

och lojaliteten mot arbetskamraterna som hindrade dem från att vara hemma (tabell 5).

Viktigaste anledningen till att privatanställda gick sjuka till jobbet var, oberoende av ålder, att arbetsuppgifterna gjorde det svårt att sjukskriva sig. Detta var en viktig anledning också för de anställda inom offentlig sektor men en mer frekvent anledning, och markant högre än för privatanställda, var att de inte hade råd. Förutom dessa båda skäl var lojaliteten mot arbetskamraterna en viktig orsak för att inte stanna hemma. Lojalitetsskäl var bland kvinnorna mer framträdande än bland männen, 54 % mot 38 % (tabell B5-6).

Jämförelsevis färre uppgav att negativa attityder till frånvaro från arbetsledning och arbetskamrater var en anledning till sjuknärvaro (tabell 5). Dock menade nästan 50 % av de sjukskrivna männen och kvinnorna att ledningens negativa attityd till frånvaro bidragit till att man gått till arbetet fast man borde sjukanmält sig. Bland normalbefolkningen var det hälften så många som angav detta. Drygt 30 % av de sjukskrivna > 4 veckor menade att arbetskamraternas negativa attityd till frånvaro påverkade dem att gå sjuka till arbetet. Bland normalbefolkningen var det betydligt färre som upplevde detta.

Bland de förvärvsarbetande inom normalbefolkningen verkade 55-åriga män något mer än andra, dock ej statistiskt säkerställt, uppleva en negativ attityd till frånvaro från ledningen (tabell B6). Det är möjligt att en sådan attityd kan bero på att 55-åringarna också hade flest sjukfrånvarodagar bland de undersökta männen och att detta väckte irritation på arbetsplatsen vilket kan jämföras med att de sjukskrivna > 4 veckor rapporterade betydligt mer negativ attityd från arbetsledningen.

Kvinnorna inom den privata arbetsmarknadssektorn jämfört med kvinnorna inom offentlig sektor rapporterade en något mer negativ attityd gentemot frånvaro från arbetsledningen utan att denna direkt kunde förklaras av högre antal sjukdagar. Detta kan eventuellt förklara den tendens till att kvinnor med privat anställning i något högre grad hade sjuknärvaro > 5 gånger /tabell B5).

Tabell 5. Varför har Du gått till arbetet trots att Du p.g.a. sjukdom borde ha sjukskrivet Dig? Andelar som svarat ja eller ibland.

	Normalbefolkning		Sjukskrivna > v.	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Negativ attityd till frånvaro från ledningen n= 3276 <sup>1</sup> från arbetskamrater n= 3134 <sup>1</sup>	25 %	25 %	45 %	46 %
Hade inte råd att vara sjukskriven n= 4216 <sup>1</sup>	66 %	73 %	67 %	71 %
Kunde inte p.g.a. arbetsuppgifterna n= 4513 <sup>1</sup>	81 %	77 %	76 %	73 %
Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb n= 4211 <sup>1</sup>	64 %	78 %	74 %	84 %

<sup>1</sup> antalet inkluderar både normalbefolkningen och de sjukskrivna > 4 veckor, varav de senares svarsandel varierar 38-45 % på de olika alternativen.

### Sjukfrånvaro utan sjukanmälan

Istället för att sjukskriva sig eller gå sjuk till arbetet väljer en del att arbeta hemifrån eller ta ut semester eller kompedighet. Här skiljer sig inte gruppernas beteende nämnvärt åt (tabell 6).

Tabell 6. Har du de senaste 12 månaderna arbetat hemifrån eller tagit ut semester eller kompledighet i stället för att sjukanmäla dig?

	Normalbefolkning		Sjukskrivna > 4 v.	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Arbetat hemifrån	n= 865		n= 3188	
Ja	14 %	9 %	11 %	9 %
Nej	68 %	66 %	61 %	62 %
Ej aktuellt	19 %	25 %	28 %	32 %
Tagit semester eller kompledighet	n= 6887		n= 3193	
Ja	24 %	28 %	23 %	27 %
Nej	70 %	64 %	66 %	62 %
Ej aktuellt	7 %	8 %	12 %	11 %

## Läkarkontakter och sjukskrivning

### Normalbefolkningen

Läkarbesök förekommer i ungefär lika stor omfattning oberoende av ålder. Flest besök har gjorts hos läkare på vårdcentral och i andra hand hos sjukhusläkare (tabell 7). Bland män stiger frekvensen läkarbesök med åldern, något högre bland 55-åringar och något lägre bland manliga 35-åringar. Bland kvinnorna, som samtliga ligger ca 10 % högre än männen, är det endast bland 55-åringarna som frekvensen läkarbesök har ökat. Män har i något högre grad kontakt med företagshälsovård än kvinnor. Kvinnor har i något högre grad kontakt med privatläkare än män.

Av de som sjukskrevs ansåg 12 % av de förvärvsarbetande männen och 8 % av de förvärvsarbetande kvinnorna att sjukskrivningen blev längre därför att man fick vänta på besök hos specialist, operation eller undersökning/provtagning. Det fanns en tendens till att en något större andel män fick vänta på tid till specialistläkare.

Totalt har ca 2 % uppburit sjukpenning mer än 5 gånger de senaste 12 månaderna (tabell 8).

*Sjukskrivna > 4 veckor*

Bland de sjukskrivna > 4 v. gjorde männen sina flesta besök hos läkare på sjukhus och i andra hand hos läkare på vårdcentral, för kvinnorna förhöll det sig tvärtom (tabell 7).

31 % av männen och 21 % av kvinnorna ansåg att sjukskrivningen förlängdes därför att man väntade på besök hos specialist, operation eller undersökning/provtagning. Tydligt större andel män än kvinnor skickades för åtgärd hos specialistläkare.

Bland de som varit sjukskrivna > 4 veckor uppgav drygt 40 % att de fått sjukpenning mer än 5 gånger senaste året och över 80 % uppgav att de någon gång varit sjukskrivna minst tre månader i följd de senaste 5 åren (tabell 8).

Tabell 7. De som de senaste 12 mån. besökt läkare för rådgivning el. behandling, samt läkarkategori som besökts redovisat i andelar av de som svarat Ja. Svarsandelar (%) i olika åldersgrupper.

	Ja	Vårdcentral. läkare	Privat- läkare	Sjukhus- läkare	Företags läkare	Annan läkare
Normal befolkningen N= 7744.						
<b>Män tot</b>	58	50	17	29	20	4
35-åringar	56	55	15	25	17	5
45-åringar	56	49	18	27	20	3
55-åringar	60	47*	17	32*	22	4
<b>Kv. Tot.</b>						
35-åringar	68	58	23	28	11	5
45-åringar	66	62	19	25	9	5
55-åringar	65	57	22*	28	11	5
	74*	55	26*	30	13	4
Sjukskrivna > 4 veckor n= 4382						
<b>Män tot.</b>	99	46	17	60	19	11
35-åringar	99	48	15	60	15	18
45-åringar	99	48	18	60	17	7*
55-åringar	100	43	17	59	22*	8*
<b>Kv. Tot.</b>						
35-åringar	99	54	20	45	20	11
45-åringar	98	52	21	46	15	14
55-åringar	99	56	18	44	21*	11
	99	54	20	45	24*	8*

\*värde som statistiskt säkerställt (95 % KI) skiljer sig från 35-åringarna inom respektive kön och urvalskohort (normalbefolkningen el. sjukskrivna).

Tabell 8. Åtgärder i samband med läkarbesök.

	Normalbefolkning		Sjukskrivna > 4 v.	
	Män	Kv.	Män	Kv.
Fick du receptbelagd medicin?	n= 5 848		n= 4 360	
Ja	65 %	71 %	87 %	86 %
Ledde besöket till sjukskrivning?	n= 5 148		n= 4 356	
Ja	22 %	28 %	58 %	54 %
Jag var redan sjukskriven eller hade sjukbidrag/sjukpension	6 %	7 %	40 %	44 %
Om du sjukskrevs tror du att sjukskrivningen blev längre p.g.a. att du har fått vänta på någon åtgärd?	n= 1 907		n= 3 776	
Ja, på besök hos specialist	6 %	4 %	16 %	11 %
Ja, på operation	4 %	3 %	9 %	7 %
Ja, på undersökning eller provtagning	3 %	3 %	5 %	4 %
Vet ej	16 %	10 %	15 %	15 %
Ne j	72 %	81 %	55 %	64 %
Antal tillfällen med sjukpenning senaste 12 månaderna?	n= 9 434		n= 4 389	
1 - 5 gånger	30 %	36 %	54 %	52 %
> 5 gånger	2 %	2 %	42 %	45 %
Har du någon gång de senaste 5 åren varit sjukskriven minst 3 månader i följd?	n= 9 804		n= 4 860	
Ja	7 %	10 %	83 %	84 %

### Företagshälsovård

69 % av de förvärvsarbetande i normalbefolkningen angav att de hade tillgång till företagshälsovård medan så många som 8 % inte visste om de hade det eller ej. Vanligaste kontaktorsaken med företagshälsovård var hälsokontroller och de som sökt för ej arbetsrelaterad sjukvård var något fler än de som sökt för arbetsrelaterade åkommor. 2 % hade haft kontakt med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden. Bland de sjukskrivna > 4 veckor med förvärvsarbete såg det annorlunda ut. Betydligt fler hade varit i kontakt med företagshälsovården för arbetsrelaterad sjukvård,

21 %, liksom för rehabiliteringshjälp, 24 %. 6 %, dubbelt så många som bland normalbefolkningen, hade haft kontakt med företagshälsovården i samband med arbetsplatsutredning eller åtgärd. Hela 50 % av de långtidssjukskrivna hade inte haft kontakt med företagshälsovården senaste året (tabell 9).

Tabell 9. Företagshälsovård eller ej? Andelar i % av de som förvärvsarbetar.

	Normalbefolkning n= 6 738	Sjukskrivna > 4 veckor n= 3 111
Har Du tillgång till företagshälsovård genom Ditt arbetet?		
Ja	69	71
Vet ej	8	6
Om ja, har Du haft kontakt med den de senaste 12 månaderna?		
Ja, för arbetsrelaterad sjukvård	7	21
Ja, för annan sjukvård	8	12
Ja, för rehabiliteringshjälp	2	24
Ja, för hälsokontroller	30	17
Ja, i samband med utbildning	3	1
Ja, i samband med arbetsplatsutredning eller åtgärd	3	6
Ja, i samband med annan förebyggande åtgärd	6	3
Ne j	62	50

#### 2.1.4 Arbetsmiljö

##### Var arbetar man?

###### *Normalbefolkningen*

Arbetsmarknaden uppvisar en tydlig könssegregering i förhållande till inom vilken sektor man är anställd. Det är endast organisationer som tycks ha en jämn könsfördelning. Bland de tillfrågade i normalbefolkningen var 69 % av männen och 36 % av kvinnorna anställda i privata företag medan 28 % av männen och 61 % av kvinnorna hade en arbetsgivare inom offentlig sektor, kommun,



landsting eller stat (tabell 10). (Inom kommuner och landsting i hela Sverige utgör kvinnorna 80 % av alla anställda.)

### *Sjukskrivna > 4 veckor*

Jämfört med normalbefolkningen var kommunalanställda män och kvinnor liksom statligt anställda män överrepresenterade och privatanställda män och kvinnor underrepresenterade bland de som var sjukskrivna > 4 veckor (tabell 10).

*Tabell 10. Inom vilken sektor finns Din huvudarbetsgivare?*

Arbetsgivar- sektor	Normalbefolkning n= 6449		Sjukskrivna > 4 v. n= 3307	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Privat	69 %	36 %	64 %	29 %
Kommunal	12 %	38 %	15 %	46 %
Landsting	3 %	12 %	2 %	12 %
Statlig	13 %	11 %	15 %	10 %
Organisationer	3 %	4 %	4 %	4 %

### **Arbetsmarknadsutsikter**

I snitt bedömde 7–8 % av de förvärvsarbetande männen och kvinnorna inom normalbefolkningen att det fanns en stor eller ganska stor risk att bli arbetslös inom ett år. Risken bedömdes som ungefär lika stor oberoende av inom vilken sektor man arbetade, med ett undantag - statligt anställda kvinnor. Här var det 16 % som menade att det fanns risk att de blev arbetslösa under det närmaste året.

Något större befanns risken generellt vara för nedskärning eller att verksamheten helt lades ned, 12 % av männen och 16 % av kvinnorna trodde att det fanns sådana planer på deras arbetsplats. Särskilt stor befanns risken vara hos de som arbetade statligt, 30 % av männen och 32 % av kvinnorna och inom kommuner och landsting, 20 % respektive 19 %, jämfört med de privatanställda, 8 % respektive 9 % (tabell B5-6).

## Hur mycket arbetar man?

En majoritet är nöjda med arbetstidens omfattningen, dock vill runt 30 % av normalbefolkningen och 35 % av de sjukskrivna > 4 veckor minska och 38% öka sin arbetstid. I synnerhet kvinnorna vill öka sin tjänstgöringsgrad (tabell 11).

Tabell 11. Är Du nöjd med omfattningen av Din ordinarie arbetstid?

	Normalbefolkning n= 6812		Sjukskrivna > 4 v. n= 3172	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ja, jag är nöjd	65 %	63 %	61 %	61 %
Nej, jag skulle vilja arbeta färre timmar	33 %	30 %	36 %	35 %
Nej, jag skulle vilja arbeta fler timmar	3 %	8 %	3 %	5 %

De förvärvsarbetande männen och kvinnorna visar stora skillnader vad gäller tjänstgöringsgraden, medan 30 % av kvinnorna arbetar deltid gör endast 5 % av männen det (tabell B5-6)

## Fysisk arbetstyngd

De svarande ombads skatta hur kroppsligt ansträngande de vanligtvis upplevde sitt arbete genom att sätta kryss på en skala graderad 6-20 (Borgs RPE-skala). 6 betydde ingen ansträngning alls och 20 maximal ansträngning, däremellan var ytterligare några skalsteg försedda med verbala uttryck för att underlätta skattningen.

Ansträngande arbete bestämdes till en skattning på 14 eller mer, mittemellan de verbala uttrycken "något ansträngande" och "ansträngande". Bland de förvärvsarbetande männen var det 35-åringarna (40 %) och de privatanställda (38 %) som hade fysiskt mest ansträngande arbete. Bland förvärvsarbetande kvinnor var det 45- och 55-åringarna (42 %) och de anställda inom kommuner och landsting (50 %) som hade det fysiskt tyngsta arbetet (tabell B5-6).

### **Psykisk arbetstyngd**

Ett sätt att mäta psykisk arbetstyngd (job strain) är den s.k. kravkontroll modellen. Begreppet kontroll innefattar här både stimulans och inflytande över det egna arbetet. Modellen består av ett antal frågor som sammanräknas till ett index. I föreliggande undersökning redovisade en större andel av kvinnorna (14 %) job-strain jämfört med männen (9 %) och bland kvinnorna upplevde fler 35-åringar job-strain än andra åldersgrupper. Inom arbetsmarknadssektorerna hade kommunalanställda lägre frekvens job-strain medan statligt anställda kvinnor och män redovisade en tendens till högre andelar än andra sektorer (tabell B5-6).

Ett annat mått på den psykiska arbetstyngden är det generella "utbrändhets"indexet bildat av 16 frågor, som använts i enkäten. Tre dimensioner ingår i indexet nämligen känslomässig utmattning, lågt engagemang och låg effektivitet. I tabell B6 framgår att runt 30 % av männen i kommuner och landsting och de 55-åriga männen var drabbade av någon av de första två faktorerna vilket var en högre frekvens än bland andra män. 15 % av männen (22 % inom kommuner och landsting) led samtidigt av två av faktorerna. För kvinnorna (tabell B5) var det liknande siffror för 55-åringar och kommun- och landstingsanställda vad gällde känslomässig utmattning och för 35-åringar och statligt anställda vad gällde lågt engagemang. 10 % av kvinnorna led av 2 faktorer samtidigt. Nästan ingen uppgav att de hade låg effektivitet.

### **Arbetsklimat**

Jämfört med normalbefolkningens cirka 70 % upplevde betydligt färre (ca 50 %) av de sjukskrivna > 4 veckor arbetsklimatet som bra. Dubbelt så stor andel, runt 15 %, av de sjukskrivna > 4 veckor jämfört med normalbefolkningen uppfattade arbetsklimatet som dåligt.

De sjukskrivna > 4 veckor var också mindre belättna med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter jämfört med normalbefolkningen (tabell 12).

Tabell 12. Arbetsklimat

		Normalbefolkning n= 6862		Sjukskrivna > 4 v. n= 3198	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hur bedömer du Arbetsklimatet i din arbetsgrupp?	Bra/Mycket bra	69 %	68 %	53 %	52 %
	Varken bra eller dåligt	17 %	19 %	23 %	25 %
	Dåligt/Mycket dåligt	6 %	8 %	13 %	16 %
	Jag arbetar ensam	8 %	6 %	12 %	7 %
		n= 6859			
Är du nöjd med hur du kan utföra dina arbetsuppgifter?	Ofta/Mycket ofta	76 %	74 %	60 %	58 %
	Ibland	21 %	23 %	30 %	30 %
	Sällan/aldrig	3 %	4 %	10 %	12 %

Bland de förvärvsarbetande bedömdes arbetsklimatet som något sämre bland de statligt anställda kvinnor och män jämfört med andra sektorer. 35-åriga kvinnor gjorde en liknande bedömning oberoende av inom vilken sektor de arbetade (tabell B5-6).

Den andel som var mest nöjda med på vilket sätt de kunde utföra sina arbetsuppgifter var de äldsta och de inom privat sektor. Minst andel nöjda fanns inom statlig sektor, i synnerhet bland männen (tabell B5-6).

### Feed-back

Beroende på från vem (överordnad, underordnad, arbetskamrater, kunder/patienter/klienter/elever/etc.) upplevde mellan 54 % och 84 % av de sjukskrivna > 4 veckor att deras arbetsinsatser uppskattades i viss mån eller i hög grad. Bland normalbefolkningen låg upplevelsen av uppskattning generellt mellan 5 och 10 procentenheter högre (tabell 13).

Tabell 13. Känner Du att Dina arbetsinsatser uppskattas?

	Normalbefolkningen		Sjukskrivna > 4 v.	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Av överordnade	n= 6525		n= 3057	
Inte alls/ I ganska liten grad	18 %	17 %	24 %	28 %
I viss mån/ I hög grad	74 %	79 %	65 %	67 %
Ej aktuellt	9 %	4 %	11 %	5 %
Av underordnade	n= 6048		n= 2770	
Inte alls/ I ganska liten grad	8 %	6 %	12 %	11 %
I viss mån/ I hög grad	63 %	55 %	57 %	54 %
Ej aktuellt	30 %	38 %	32 %	35 %
Av arbetskamrater	n= 6481		n= 3004	
Inte alls/ I ganska liten grad	7 %	6 %	9 %	11 %
I viss mån/ I hög grad	86 %	90 %	81 %	83 %
Ej aktuellt	7 %	4 %	9 %	6 %
Av kunder, patienter, klienter, elever el. mot- svarande	n= 6486		n= 2979	
Inte alls/ I ganska liten grad	5 %	3 %	6 %	6 %
I viss mån/ I hög grad	83 %	89 %	77 %	84 %
Ej aktuellt	12 %	8 %	17 %	10 %

Att i hög grad få uppskattning för sina arbetsinsatser av överordnad var något mer vanligt för förvärvsarbetande inom privat sektor, både för män och kvinnor. För offentliganställda var det generellt något sämre med uppskattningen. Däremot upplevde de kommun- och landstingsanställda, i synnerhet kvinnorna, 70 %, en mycket hög grad av uppskattning från klienter, elever, patienter och kunder i sitt arbete. Bland de statligt anställda var det påfallande färre, 49 % av männen och 51 % av kvinnorna, som kände att arbetsinsatsen uppskattas av avnämarna (tabell B5-6).

## Ledarskap

### Normalbefolkningen

Drygt 20 % menade att närmsta chefen brast i sitt ledarskap. Nästan dubbelt så många (37 %) menade att så också var fallet med den högsta ledningen i organisationen (tabell 14).

Bland de förvärvsarbetande upplevde män i kommuner och landsting ett i något högre grad fungerande ledarskap än andra. Bland kvinnorna fanns ingen tydlig skillnad mellan de olika sektorerna (tabell B5-6).

### Sjukskrivna > 4 veckor

Bland de sjukskrivna > 4 veckor tyckte ca. 30 % att närmsta chefen inte utövade ett väl fungerande ledarskap. Vad högsta ledningens ledarskap beträffar tyckte kvinnorna i högre grad än männen att det brast, 45 % mot 37 % (tabell 14).

Tabell 14. Upplever Du ett i stort sett väl fungerande ledarskap?

		Normalbefolkning		Sjukskrivna > 4 v.	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
		n= 6654		n= 3111	
Från din närmsta chef	Inte alls/ I ganska liten grad	21 %	23 %	28 %	32 %
	I viss mån/ I hög grad	68 %	70 %	57 %	60 %
	Ej aktuellt	9 %	4 %	11 %	4 %
	Vet ej	2 %	3 %	4 %	4 %
		n= 6474		n= 2994	
Från den högsta arbets- ledningen i organisationen	Inte alls/ I ganska liten grad	37 %		37 %	45 %
	I viss mån/ I hög grad	50 %		43 %	36 %
	Ej aktuellt	12 %		12 %	6 %
	Vet ej	7 %		8 %	14 %

## 2.2 Univariata sambandanalyser

För att undersöka risken för att bli sjukskriven > 4 veckor analyserades specifika exponeringars inverkan på förvärvsarbetande män och kvinnor födda 1945, 1955 och 1965. Ett urval av de som var sjukskrivna > 4 veckor den 31 december 1999 jämfördes med ett urval av normalbefolkningen vid samma tidpunkt. Risken har mätts i oddskvoter (OR) och redovisas i tabell 15.

### **Bakgrund och ekonomi**

De sjukskrivna > 4 veckor hade en betydligt mer ansträngd ekonomi än vad normalbefolkningen hade, OR 2.0 och mer. Viss association fanns också mellan att vara sjuk och att ha lägre utbildning, medan etniskt ursprung spelade mycket liten roll.

### **Hushållstyp**

Lätt förhöjd risk (OR 1.2 – 1.5) att bli sjukskrivna > 4 veckor fanns för de som bodde i ensamhushåll. Att ha barn och bo ensam ökade dock inte den risken. Bodde man ihop med annan vuxen som var arbetslös eller uppbar sjukbidrag eller förtidspension jämfört med att bo ihop med annan vuxen var OR 1.3 – 2.0 förutom för 35-åriga kvinnor.

### **Anställningsform och sektor**

Fast anställning jämfört med tidsbegränsad, gav för kvinnorna en ökad risk att bli sjukskriven > 4 veckor och i jämförelse med att vara egen företagare steg OR till 1.7- 2.0 för kvinnorna. För kvinnor var det också något mer riskfyllt att vara kommunalt anställd jämfört med privat.

För männen tycktes anställningsform och sektor sakna betydelse för hälsoutvecklingen.

## Arbetsförhållanden

Osäkra anställningsförhållanden, som att riskera att bli arbetslös inom ett år eller neddragningar på arbetsplatsen, ökade risken för båda könen, något mer för männen där OR varierade mellan 1.4 och 2.6, högre ju yngre man var.

Likartad inverkan på risken att bli sjukskriven > 4 veckor för både män och kvinnor var i stigande grad dåligt ledarskap, inte känna uppskattning för sin arbetsinsats, dåligt arbetsklimate i arbetsgruppen, att ha kroppsligt ansträngande arbete, hög "job strain", dvs. höga krav och låg stimulans och lågt inflytande över sitt arbete, samt i synnerhet att inte vara nöjd över hur man kunde utföra sin arbetsinsats.

## Arbetsförmåga

Den starkaste faktorn som associerade till att bli sjukskriven > 4 veckor var att, med tanke på hälsan, inte tro att man kunde vara kvar i sitt yrke om två år jämfört med de som trodde att de kunde det.

## Incitament i försäkringen

Betydelsen av incitament i försäkringen för sjukfrånvaro och sjuknärvaro undersöktes också (tabell 16–17). Frågor ställdes om vilken betydelse karensdagen, sjukpenningens storlek och det faktum att arbetsgivaren betalar sjukpenning de första 14 dagarna har för benägenheten att sjukskriva sig. Vid dessa analyser har fyra grupper bildats.

1. De som högst varit sjukskrivna sju dagar det senaste året och högst haft en period med sjuknärvaro (referenskategori)
2. De som varit sjukskrivna mer än sju dagar det senaste året och högst haft en period med sjuknärvaro
3. De som varit sjukskrivna högst sju dagar men haft två eller flera perioder med sjuknärvaro
4. De som varit sjukskrivna mer än sju dagar och haft två eller flera perioder med sjuknärvaro



Karensdagen och sjukpenningens storlek tycks ha betydelse för hur många perioder med sjuknärvaro en person har. De som svarat att dessa två incitament hade betydelse hade kraftigt ökade oddskvoter för hög sjuknärvaro enbart men även i kombination med hög sjukfrånvaro.

*Tabell 15.* Risken att bli långtidssjukskriven vid olika exponeringar för förvärvsarbetande män och kvinnor i de olika ålderskohorterna mätt som oddskvot (OR) i en univariat analys. Sjukskrivna > 4 veckor jämfört med normalbefolkningen. n.s. = ej signifikant skillnad.

	Män			Kvinnor		
	55 år	45 år	35 år	55 år	45 år	35 år
Utlandsfödd jmf med född i Sverige	1.4	1.5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Max 3-årigt gymn.utb. jmf med högre utb.	1.5	1.2	2.0	n.s.	1.2	1.3
Ansträngd ekonomi jmf med andra	2.3	2.6	2.4	2.0	2.0	2.0
Svårt skaffa 14 000 kr jmf med andra	1.8	2.1	1.9	1.4	1.60	1.6
Ensamhushåll jmf med andra hushållsformer	1.2	1.5	1.3	n.s.	1.40	1.3
Ensam m. barn under 16 år jmf med andra	n.s.	1.5	n.s.	n.s.	1.4	1.3
Bor ihop med annan vuxen som är arbetslös eller uppbär sjukbidrag/förtidspension jmf med att bo ihop med annan vuxen	1.5	2.0	1.5	1.3	1.6	n.s.
Fast anställning jmf tidsbegränsad	n.s.	n.s.	n.s.	1.5	n.s.	1.7
Fast anställd jmf med egen företagare	1.3	n.s.	n.s.	1.9	1.7	2.0
Tidsbegränsad anställd jmf med egen företagare	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kommunalt anställd jmf med privat	n.s.	n.s.	n.s.	1.3	1.4	1.2
Landstingsanställd jmf med privat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Statligt anställd jmf med privat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	1.4
Anställd i organisation jmf med privat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabell 15 forts.	Män			Kvinnor		
	55 år	45 år	35 år	55 år	45 år	35 år
Risk för neddragningar på arbetsplatsen jmf m. a.	1.5	1.4	1.8	n.s.	1.4	1.5
Dåligt arbetsklimat i arbetsgruppen jmf m. bra kl.	2.1	1.9	2.0	1.8	1.9	1.7
Sällan/aldrig nöjd med hur man kan utföra sin arbetsuppgift jmf med nöjda	2.5	2.7	2.4	2.3	2.3	2.2
Känner inte alls/i liten grad att arbetsinsatsen uppskattas jmf med andra (index 4 frågor)	n.s.	1.9	n.s.	1.6	2.2	2.0
Upplever inte alls/i liten grad fungerande ledarskap från närmsta chef jmf andra	1.4	1.4	n.s.	1.3	1.5	1.3
Upplever inte alls/i liten grad fungerande ledarskap från högsta arb.ledning jmf andra	1.2	1.4	n.s.	1.2	1.3	1.4
Kroppsligt ansträngande arbete jmf med andra	1.6	1.5	2.0	1.5	1.6	1.7
Tror inte, med tanke på hälsan, att man kan vara kvar i sitt yrke om två år jmf med vara kvar	5.7	5.7	5.4	4.4	3.8	3.5
Krav-kontroll modellen:						
- hög job strain (höga krav + låg kontroll) jmf m. andra	1.7	2.3	2.0	1.6	1.8	1.9
- aktiva jobb (höga krav + hög kontroll) jmf m. andra	-	-	-	-	-	-

*Tabell 16.* Sambandet mellan att karensdagen påverkar sjukskrivningsbenägenheten och olika frekvenser av sjukfrånvaro och sjuknärvaro inom normalbefolkningen senaste året mätt som oddskvot med 95 % KI. Som referenskategori har de som ej varit sjuknärvarande och enbart sjukfrånvarande högst 7 dagar senaste året valts.

	Sjukskriven 1-7 dagar	Sjukskriven Mer än 7 dagar
Sjuknärvaro 0-1 gång	1.0 (referenskategori)	0.9 (0.6 - 1.3)
Sjuknärvaro > 2 ggr	4.3 (3.3 - 5.5)	5.1 (4.0 - 6.4)

*Tabell 17.* Sambandet mellan att sjukpenningens storlek påverkar sjukskrivningsbenägenheten och olika frekvenser av sjukfrånvaro och sjuknärvaro inom normalbefolkningen senaste året mätt som oddskvot med 95 % KI. Som referenskategori har de som ej varit sjuknärvarande och enbart sjukfrånvarande högst 7 dagar senaste året valts.

	Sjukskriven 1-7 dagar	Sjukskriven Mer än 7 dagar
Sjuknärvaro 0-1 gång	1.0 (referenskategori)	1.5 (1.0 - 2.3)
Sjuknärvaro $\geq$ 2 ggr	5.2 (3.8 - 7.2)	6.3 (4.7 - 8.5)

### 2.3 Multivariata sambandsanalyser

För att ytterligare klargöra hur förhållanden i arbetet är associerade med risken att bli långtidssjukskriven har en analys gjorts av samtliga heltidsarbetande män och hel- och deltidsarbetande kvinnor födda 1945, 1955 och 1965. Analysen avsåg att mäta samband mellan ohälsa mätt som sjukfrånvaro och arbetsförhållanden av fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär i en multivariat modell.

#### Material

Analyserna har utförts på två olika grupperingar:

1. Alla från RFV-urvalet dvs personer som varit sjukskrivna > 29 dagar den 31 december 1999 jämfördes med alla i normalbefolkningsurvalet som högst varit sjukskrivna 28 dagar

under senaste året. Detta urval innefattade 1 090 män och 2 077 kvinnor från RFV-gruppen dvs definierade som långtids-sjukskrivna och 2949 män och 3262 kvinnor från normalbefolkningsurvalet definierade som ej långtidssjukskrivna.

2. Från normalbefolkningsurvalet jämfördes de som under senaste året uppgivit att de varit sjukskrivna 28 dagar eller mer med de som angivit att de varit sjukskrivna högst 28 dagar senaste året. Detta urval bestod av 3262 män därav 200 sjukskrivna 28 dagar eller mer och 3627 kvinnor därav 380 sjukskrivna 28 dagar eller mer senaste året.

## **Metoder**

De exponeringar som undersöktes i denna del av studien var ålder, arbetsförhållanden, arbetsmarknadsfaktorer och inkomst.

### **Ålder**

De tidigare uttagna kohorterna med personer födda 1945, 1955 och 1965 användes. De födda 1965 utgjorde referenskohort som de äldre grupperna jämfördes med.

### **Inkomst**

Tre olika inkomstklasser konstruerades, de som tjänar högst 179 000/år, 180 000–275 000 och gruppen som tjänar mer än 275 000/år.

### **Arbetsförhållanden**

Arbetsvariablerna indelades i fysiska, psykosociala och organisatoriska förhållanden.

De fysiska exponeringar som undersöktes var hur de svarande skattade att nivån på den kroppsliga ansträngningen i arbetet vanligtvis var. Skattningsskalan utgjordes av den väl beprövade Borgskalan (RPE-skalan) med skalsteg 6–20. Kroppsligt ansträngande arbete ansågs de ha som skattat sin arbetstyngd till 14 på skalan dvs

mellan de skalsteg som betecknats med något ansträngande (13 på skalan) respektive ansträngande (15 på skalan).

De psykosociala och organisatoriska frågorna innefattade fler dimensioner såsom hur den svarande bedömde arbetsklimatet i sin arbetsgrupp, hur nöjd man var med det sätt man kunde utföra sina arbetsuppgifter på, vilken uppskattning man fått av överordnade respektive elever/patienter/kunder/klienter för sina arbetsinsatser, hur man tyckte att ledarskapet i stort sett fungerar och hur de krav arbetet ställer var i förhållande till den kontroll individen hade över arbetet.

### **Arbetsmarknad**

De svarande indelades i grupper beroende på vilken sektor av arbetsmarknaden de var anställda i. De tre sektorer som sedan undersöktes var privat, statligt och kommun/ landsting.

Frågor om hur de svarande bedömde risken för att bli arbetslös liksom risken för nedläggning eller nedskärning av den verksamhet man arbetade i undersöktes också.

För män uteslöts de som angav att de arbetade deltid eftersom detta just hos män oftast är föranlett av sämre hälsa. För kvinnor finns många gånger andra anledningar för deltidsarbete än dålig hälsa och dessa delades därför upp i hel- och deltidsarbetande.

### *Statistiska metoder*

Sambandet mellan de faktorer som beskrivits ovan och ohälsa mätt som sjukskrivning i olika populationer är analyserat med hjälp av en multivariat logistisk regressionsmodell och redovisade som oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Om de samband som framkommer är kausala kan etiologiska fraktioner framräknas. En etiologisk fraktion är den mängd sjuklighet som skulle kunna undvikas om exponeringen för alla kunde reduceras till den hos de lägst exponerade. Den etiologiska fraktionen säger alltså mycket om vilken preventiv potential som finns då olika exponeringar angrips.

### *Resultat*

I analys av sjukskrivna tagna från RFV-materialet och jämförda med de i normalbefolkningen som högst varit sjukskrivna 28 dagar fanns flera faktorer som visade sig ha ett samband och en ökad risk mätt som oddskvoter.

#### *Resultat för män (tabell 18)*

För män ökade risken att bli långtidssjukskriven ju äldre man blev. OR för de födda 1945 var 1.8 och för de födda 1955 1.2 jämfört med de som var födda 1965. Riskerna var också störst för de med lägst inkomst (OR=2.4) men också relativt hög i medelinkomstskiktet (OR=1.9). Att ha ett fysiskt belastande arbete ökade risken (OR=1.8) liksom om man sällan eller aldrig var nöjd med hur man kunde utföra sina arbetsuppgifter (OR = 2.5). Om man ibland var nöjd med hur man kunde utföra sina arbetsuppgifter var OR= 1.6. Jämförelserna var då gjorda med de som inte hade fysiskt belastande arbete respektive ofta och mycket ofta var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. Dåligt arbetsklimat i gruppen gav en OR på 1.4. Höga krav och låg kontroll gav en liten riskökning (OR=1.3). Uppskattning från överordnade och arbetskamrater liksom hur ledarskapet fungerade tycktes i denna modell inte betyda något för långtidssjukskrivning. Inom vilken sektor man arbetade var heller inte utslagsgivande för långtidssjukskrivning. En underrisk för långtidssjukskrivning fanns i den grupp män som hade angivit att de bedömde att det fanns en risk för nedläggning eller nedskärning av verksamheten.

Huruvida det finns en interaktion mellan två olika variabler dvs. om de som var exponerade för bägge hade en ännu större risk att drabbas av långtidssjukskrivning än de som bara var drabbade av den ena har undersökts. De exponeringar som visade sig interagera var hög fysisk belastning och missnöje med hur arbetsuppgifterna kunde utföras. OR för gruppen med denna kombinerade exponering jämfört med de som hade låg fysisk belastning och var nöjda var så hög som 5.3.

*Resultat för kvinnor (tabell 18)*

Resultaten för kvinnor skilde sig något från de funna hos män. Även för kvinnor ökade risken för långtidssjukskrivning ju äldre man blev. OR för de födda 1945 var 1.5 och för de födda 1955 1.1 jämfört med de som var födda 1965. Inkomsten var associerad med långtidssjukskrivning på samma sätt för kvinnor som för män. De med lägst inkomst hade en risk på 1.5 och de med medelinkomst 1.4 att bli långtidssjukskrivna. Att ha ett fysiskt belastande arbete ökade risken (OR= 1.6) liksom om man sällan eller aldrig var nöjd med hur man kunde utföra sina arbetsuppgifter (OR = 3.2). Om man ibland var nöjd med hur man kunde utföra sina arbetsuppgifter var OR= 1.4. Jämförelserna var då gjorda på samma sätt som för män med de som inte hade fysiskt belastande arbete respektive ofta/och mycket ofta var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. Dåligt arbetsklimat i gruppen gav en OR på 1.3. Uppskattning från överordnade och arbetskamrater gav risker på 1.3 för bägge medan hur ledarskapet fungerade inte heller för kvinnor tycktes betyda något för långtidssjukskrivning. De som uppgav att de hade höga krav och låg kontroll i arbetet hade en ökad risk med ett OR= 1.4. En underrisk för långtidssjukskrivning fanns i den grupp kvinnor som hade angivit att de bedömde att det fanns en risk för nedläggning eller nedskärning av verksamheten. Att vara hel- eller deltidsarbetande spelade ingen roll för risken att bli långtidssjukskriven. Att vara privatanställd kvinna minskade risken något jämfört med de som var kommun/landstingsanställda.

Även för kvinnor fanns en interaktion mellan att ange hög fysisk belastning och inte vara nöjd med hur arbetsuppgifterna kunde utföras. OR för denna grupp jämfört med de som hade låg fysisk belastning och var nöjda var 5.1.

*Resultat per sektor (tabell 19)*

Resultat är också framtagna per sektor uppdelat på anställning i privat-, statlig- och kommun/landstingssektor. Att vara man minskade risken för långtidssjukskrivning genomgående i alla sektorer liksom hög ålder ökade den för både män och kvinnor. Fysisk belastning och hur nöjd man var med på vilket sätt arbetsuppgiften kunde utföras gav en förhöjd OR inom alla sektorer och interaktion mellan dessa exponeringar fanns. Hög fysisk belastning gav

högst risk bland privatanställda. Dåligt arbetsklimat hade betydelse för statligt anställda med OR för långtidssjukskrivning på 1.8. Höga krav och låg kontroll gav ökade oddskvoter främst för kommun/landstingsanställda. Farhågan att bli arbetslös gav en OR= 1.6 för privat anställda men en underrisk inom stat, och kommun/landsting. Inom alla sektorer var risken för nedläggning och nedskärning en faktor som gav en underrisk för långtidssjukskrivning.

#### *Resultat av jämförelser enbart inom normalbefolkningen (tabell 20)*

Om samma analyser gjordes i normalbefolkningsgruppen där de som varit sjukskrivna 28 dagar eller mer jämfördes med dem som högst varit sjukskrivna 28 dagar senaste året blev resultaten liknande. Ålder, låg inkomst, fysisk belastning och hur nöjd man är med hur arbetsuppgiften kan utföras gav utslag både hos män och kvinnor. Ej fungerande ledarskap gav en OR = 1.7 hos män, men ingen förhöjning hos kvinnor. Även här gav risken för nedläggning eller nedskärning en underrisk för långtidssjukskrivning men ej signifikant hos kvinnor.

En ytterligare skärpning av kraven på friskhet har också gjorts i en specialanalys. De som varit sjukskrivna 28 dagar eller mer jämfördes då med de som varit sjukskrivna högst 7 dagar. Sambanden såg i denna analys likadan ut med vissa förskjutningar i oddskvoter, men dock inga som ändrade trenden.

#### **Etiologiska fraktioner (tabell 21)**

Om ett funnet samband i en analys kan förmodas vara ett orsaks-samband kan mycket information fås ut av den etiologiska fraktionen. Den etiologiska fraktionen är i denna studie den andel av långtidssjukskrivningen som skulle försvinna om den exponerade gruppen fick sin exponering sänkt till den som finns i den icke långtidssjukskrivna gruppen. I dessa beräkningar tas hänsyn både till riskens storlek och andelen som är utsatta för en viss exponering i den grupp som undersöks. Då personer kan ha flera olika exponeringar som var och en leder till långtidssjukskrivning kan de etiologiska fraktionerna sammantaget gå över 100 %.



I denna studie fann vi att hög fysisk belastning i arbetet gav en etiologisk fraktion på 47 % för män och 46 % för kvinnor. Dåligt arbetsklimat i gruppen gav etiologiska fraktioner på 35 % respektive 38 % för män och kvinnor. Flera andra exponeringar gav också höga värden. Övriga siffror framgår av tabell 21.

*Tabell 18.* Risken att bli långtidssjukskriven vid olika exponeringar för män och kvinnor mätt som oddskvot (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) i en logistisk multivariat regressionsanalys. RFV-materialet jämfört med normalbefolkningen från vilken de som varit sjukskrivna 28 dagar eller mer är borttagna. (Signifikanta värden i fet stil.)

Exponering	OR	95 % KI	OR	95 % KI
	Män		Kvinnor	
Född 1945	<b>1.8</b>	<b>1.5 - 2.3</b>	1.5	<b>1.3 - 1.8</b>
Född 1955	1.2	0.9 - 1.5	1.1	0.9 - 1.2
Inkomst < 179 000	<b>2.4</b>	<b>1.8 - 3.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.1 - 2.0</b>
Inkomst 180 000-275 000	<b>1.9</b>	<b>1.5 - 2.3</b>	<b>1.4</b>	<b>1.1 - 1.9</b>
Hög fysisk belastning	<b>1.8</b>	<b>1.5 - 2.2</b>	<b>1.6</b>	<b>1.4 - 1.9</b>
Sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>2.5</b>	<b>1.4 - 4.5</b>	<b>3.2</b>	<b>2.1-4.9</b>
Ibland nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>1.6</b>	<b>1.3 - 2.0</b>	<b>1.4</b>	<b>1.2 - 1.6</b>
Hög fysisk belastning + sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>5.3</b>	<b>3.0 - 9.3</b>	<b>5.1</b>	<b>3.5 - 7.5</b>
Dåligt arbetsklimat i gruppen	<b>1.4</b>	<b>1.1 - 1.7</b>	<b>1.3</b>	<b>1.1 - 1.5</b>
Sällan/aldrig uppskattning av överordnade	0.9	0.7 - 1.1	<b>1.3</b>	<b>1.1 - 1.6</b>
Sällan/aldrig uppskattning av elever/patienter/klienter/kunder	1.0	0.7 - 1.5	<b>1.3</b>	<b>1.0 - 1.8</b>
Ej fungerande ledarskap från närmsta chef	1.1	0.9 - 1.4	1.0	0.9 - 1.2
Höga krav/låg kontroll	<b>1.3</b>	<b>1.0 - 1.7</b>	<b>1.4</b>	<b>1.2 - 1.7</b>
Risk att bli arbetslös	1.3	0.9 - 1.7	1.0	0.7 - 1.2
Risk för nedläggning eller nedskärning	<b>0.7</b>	<b>0.6 - 0.8</b>	<b>0.7</b>	<b>0.6 - 0.8</b>
Privatanställd mot kommun/landsting	1.0	0.8 - 1.3	0.8	0.7 - 0.9
Privatanställd mot statligt anställd	1.1	0.8 - 1.5	0.9	0.7 - 1.3
Heltidsanställd mot deltidsanställd	-	-	0.9	0.8 - 1.0

Tabell 19. Risken att bli långtidssjukskriven vid olika exponeringar för personer från olika sektorer på arbetsmarknaden mätt som oddskvot (OR) i en logistisk multivariat regressionsanalys. RFV-materialet jämfört med normalbefolkningen från vilken de som varit sjukskrivna 28 dagar eller mer är borttagna. (Statistiskt signifikanta värden i fet stil.)

Exponering	Privat OR	Stat OR	Kommun/ Landsting OR
Man	<b>0.6</b>	0.6	<b>0.5</b>
Född 1945	<b>2.3</b>	<b>3.4</b>	<b>2.7</b>
Född 1955	1.3	1.7	<b>1.6</b>
Inkomst < 179 000	1.7	2.9	1.9
Inkomst 180 000-275 000	1.5	1.8	1.7
Hög fysisk belastning	<b>2.0</b>	1.7	<b>1.4</b>
Sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	2.9	2.4	<b>3.8</b>
Ibland nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>1.6</b>	1.2	1.4
Hög fysisk belastning + sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>6.0</b>	2.8	<b>5.9</b>
Dåligt arbetsklimat i gruppen	1.2	1.8	1.3
Sällan/aldrig uppskattning av överordnade	1.0	1.2	1.4
Sällan/aldrig uppskattning av elever/patienter/klienter/kunder	1.2	1.0	1.0
Ej fungerande ledarskap från närmsta chef	1.1	1.5	0.8
Höga krav/låg kontroll	1.4	1.0	<b>1.6</b>
Risk att bli arbetslös	1.6	0.6	0.6
Risk för nedläggning eller nedskärning	0.8	0.7	<b>0.6</b>

Tabell 20. Risken att bli långtidssjukskriven vid olika exponeringar för män och kvinnor i normalbefolkningen som varit sjukskrivna > 28 dagar jämförda med de som varit sjukskrivna högst 28 dagar mätt som oddskvot (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) i en logistisk multivariat regressionsanalys. (Signifikanta värden i fet stil.)

Exponering	OR	95 % KI	OR	95 % KI
	Män		Kvin- nor	
Född 1945	<b>2.1</b>	<b>1.4 - 3.4</b>	<b>1.8</b>	<b>1.4 - 2.5</b>
Född 1955	<b>1.6</b>	<b>1.0 - 2.5</b>	<b>1.3</b>	<b>1.0 - 1.7</b>
Inkomst < 179 000	<b>4.3</b>	<b>2.4 - 7.8</b>	<b>1.6</b>	<b>1.0 - 2.7</b>
Inkomst 180 000-275 000	<b>2.3</b>	<b>1.4 - 3.8</b>	1.4	0.9-2.3
Hög fysisk belastning	<b>1.8</b>	<b>1.2 - 2.6</b>	<b>1.3</b>	<b>1.0 - 1.7</b>
Sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	1.7	0.4 - 7.9	<b>2.6</b>	<b>1.2 - 5.4</b>
Ibland nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>2.1</b>	<b>1.4 - 3.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.1 - 1.9</b>
Hög fysisk belastning + sällan/aldrig nöjd med hur arbetet kan utföras	<b>3.5</b>	<b>1.2 - 10.3</b>	<b>3.0</b>	<b>1.4 - 6.2</b>
Dåligt arbetsklimat i gruppen	0.7	0.5 - 1.1	1.0	0.6 - 1.3
Sällan/aldrig uppskattning av överordnade	0.9	0.5 - 1.4	<b>1.4</b>	<b>1.0 - 1.9</b>
Sällan/aldrig uppskattning av elever/patienter/klienter/kunder	1.1	0.5 - 2.2	0.9	0.5 - 1.8
Ej fungerande ledarskap från närmsta chef	<b>1.7</b>	<b>1.1 - 2.7</b>	1.1	0.8 - 1.4
Höga krav/låg kontroll	1.1	0.7 - 1.9	1.1	0.8 - 1.6
Risk att bli arbetslös	0.9	0.5 - 1.7	1.4	0.9 - 2.1
Risk för nedläggning eller nedskärning	<b>0.6</b>	<b>0.4 - 0.9</b>	1.0	0.8 - 1.3
Privatanställd mot kommun/landsting	1.3	0.8 - 2.2	1.0	0.8 - 1.3
Statligt anställd mot kommun/landsting	1.0	0.5 - 2.0	1.2	0.8 - 1.8
Heltidsanställd mot deltidsanställd			0.6	0.4 - 1.2

Tabell 21. Etiologiska fraktioner (EF) för olika exponeringar.

Exponering	EF för män	EF för kvinnor
Född 1945	22 %	15 %
Inkomst < 179 000 kr/år	16 %	20 %
Hög fysisk belastning	21 %	18 %
Ej nöjd med hur arbetet kan utföras	2 %	3 %
Hög fysisk belastning + ej nöjd med hur arbetet kan utföras	4 %	6 %
Dåligt arbetsklimat i gruppen	11 %	9 %
Höga krav och låg kontroll	3 %	6 %

### 3 Diskussion

#### *Inledning*

Denna studie avsåg att undersöka betydelsen av ålder, incitament från försäkringssystemet, arbetsförhållanden, arbetsmarknad och inkomst för om en person blir långtidssjukskriven (> 28 dagar) eller ej. Ett tydligt samband fanns för ålder där risken att bli långtidssjukskriven ökade med stigande ålder både för män och kvinnor. Karensdagen och sjukpenningens storlek har betydelse för om en person var sjuknärvarande eller ej. När det gäller incitamentens betydelse för långtidssjukskrivning går det inte att uttala sig utifrån denna studie. Arbetsmiljöfaktorer av fysisk och psykosocial karaktär hade betydelse för långtidssjukskrivning och starkaste sambanden fanns för hög fysisk belastning i kombination med sällan eller aldrig nöjd med hur arbetsuppgiften kunde utföras. Varje exponering för sig gav också ökade risker. Dåligt arbetsklimat i gruppen gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtidssjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning hos kvinnor. Om det fanns en risk för nedläggning eller nedskärningar på arbetsplatsen minskade det risken för långtidssjukskrivning.

I urvalet till studien togs enbart fyra åldersgrupper med, de födda 1945, 1955, 1965 och 1975. Anledningen till detta var att få en uppfattning om inställningen till sjukskrivning skiljde sig mellan olika åldersgrupper liksom hur exponeringen i yrkeslivet skiljde sig dem emellan. Att bli äldre innebär oftast att de fysiska krafterna försämras medan erfarenheten ökar. Arbetslivet är dock utsatt för allt snabbare förändringar och tidigare strukturer bryts upp och ersätts med osäkrare och mer flyktiga. Det gränslösa arbetet har myntats som begrepp då relationer till arbetet och arbetsgivare, arbetstider och var arbetet utförs blir allt flexiblere. För de flesta yrken krävs en ständig kompetensutveckling, vilket den allt snabbare teknikutvecklingen liksom förhållandena inom IT-sektorn och det som populärt kallas "den nya ekonomin" visar. Denna förändring kan kännas mer påfrestande i högre åldrar och vara en risk för sjuklighet och långtidssjukskrivning.

En ytterligare anledning till att urvalet gjordes i ålderskohorter var att på sikt se om förhållandet till långtidssjukskrivning och dess riskfaktorer är ålders- eller tidsbetingat. För att kunna svara på den frågan måste en ny undersökning upprepas om 5–10 år.

### *Bortfallet*

Då det externa bortfallet var påfallande stort i den yngsta åldersgruppen har denna uteslutits i de mer djupgående analyserna för att minska osäkerhetsfaktorn. Ålderskohorternas svarsfrekvenser har i övrigt ansetts acceptabla för att möjliggöra generaliseringar av undersökningsresultatet.

Svarsfrekvensen för de med annat etniskt ursprung eller medborgarskap än svenskt är lägre än för svenskar men dessa grupper är en liten del av den undersökta populationen. Det bör inte påverka jämförelsen mellan normalbefolkningen och sjukskrivna > 4 veckor då svarsfrekvenserna i de båda kohorterna visar samma mönster med avseende på respondentens födelse-land.

Ogifta finns företrädesvis bland 25- och 35-åringarna vilket troligen kan förklara deras lägre svarsbenägenhet jämfört med övriga.

De med årsinkomst under 180 000 kr har något lägre och de med årsinkomst över 275 000 kr något högre svarsfrekvenser än övriga. Det finns ett visst samband mellan låg inkomst och deltidsarbete, vilket medför att antalet deltidsarbetande kan vara något under-representerade i undersökningen.

Då de multivariata analyserna enbart är gjorda på heltidsarbetande män och hel eller deltidsarbetande kvinnor är troligtvis bortfallet mindre i denna undergrupp och större i gruppen utan fullt förvärvsarbete, som inte berörs här.

I normalbefolkningsurvalet var det interna bortfallet på frågan om antalet sjukskrivningsdagar senaste året 512 kvinnor och 335 män. Majoriteten av dessa har förmodligen ingen sjukfrånvaro och har uppfattat frågans formulering så att enbart de med sjukfrånvaro skulle svara. En viss osäkerhet råder dock.

De långtidssjukskrivna från RFV-urvalet hade inte möjlighet genom det urvals-förfarande som användes att kunna väljas till normalbefolkningsgruppen. En beräkning visar att maximalt ca 40 långtidssjukskrivna personer saknas i vårt urval här. Då gruppen enbart utgörs av förvärvsarbetande är detta bortfall mindre och stör troligtvis inte resultaten på något påtagligt sätt.

### *Inverkan av ålder*

Risken att bli långtidssjukskriven var ökad i gruppen födda 1945 jämfört med de som var födda 1965 när övriga faktorer var under kontroll. Ålder i sig tycks alltså ge en försämrad hälsa som leder till sjukskrivning. Dessa 55-åringar, både män och kvinnor, angav också oftare än andra att de hade svårt att sova därför att tankar på arbetet höll dem vakna och de kände sig också i högre grad känslomässigt utmattade. Detta kan tyda på ett högt engagemang för arbetet och risken finns att sömn och återhämtning blir lidande och detta i sin tur leder till sjukskrivning.

### *Inkomst*

Lägre inkomst ökade risken markant att bli långtidssjukskriven. Detta skedde även när vi kontrollerat för de fysiska och psykiska arbetsförhållanden som ingår i modellen. Troligtvis är det så att låg inkomst innebär en mer påfrestande arbetsförhållanden såsom t.ex. statiskt arbete, monoton, tunga lyft, negativ stress mm. Att inkomst slår på detta sätt stärker alltså evidensen för arbetets betydelse för hälsa och ohälsa mätt som sjukskrivning. En viss risk finns också att inkomst samvarierar med de arbetsförhållanden vi har med i modellen så att dessa visar svagare risker i den multivariata modellen än de egentligen betingar. Detta styrks delvis av att riskerna för vissa arbetsförhållanden var betydligt högre i den univariata modellen.

### *Inverkan från försäkringssystemet*

Antalet dagar och gånger en person varit sjukfrånvarande efterfrågades men också antalet gånger man gått till arbetet trots att hälsotillståndet var sådant att man borde varit hemma. Vid jämförelse mellan olika åldersgrupper och sektorer var det vanligast att gå till arbetet trots att man var sjuk hos de yngre (födda 1965) och inom offentlig sektor. Anledningen som angavs för detta var främst att man inte hade råd att vara sjukskriven och lojalitet mot arbetskamrater som vid sjukdom måste göra ens arbete. Många sade också att arbetsuppgifterna var sådana att man inte kunde vara sjukskriven. Glädjande nog tycks en negativ attityd till frånvaro från arbetsledning eller arbetskamrater spela något mindre roll. Vid

analys av karensdagens och sjukpenningens storleks betydelse visade det sig att risken att ha mycket sjuknärvaro ökade med betydelsen av dessa två faktorer i försäkringssystemet. Hypotesen finns att mycket sjuknärvaro kan öka möjligheten för ohälsa längre fram. Resultatet av detta skulle kunna bli att karensdagen liksom sjukpenningens storlek visserligen kan minska korttidssjukfrånvaron men på sikt öka långtidssjukfrånvaron. Detta är viktigt att undersöka i framtida longitudinella studier.

### *Inverkan av arbetsförhållanden*

Bland de arbetsförhållanden som i varje modell visade ett samband med långtidssjukskrivning fanns upplevd hög fysisk arbetsbelastning. Detta var generellt något vanligare för kvinnor än för män. Bland kvinnor förekom högst värden inom kommun/landstingssektorn (50 % angav hög fysisk belastning) och för män inom den privata sektorn (38 % angav hög fysisk belastning). Äldre ansåg sig dock inte markant mer fysiskt belastade än yngre.

Psykosociala och arbetsorganisatoriska förhållanden har på senare tid diskuterats alltmer som orsak till ohälsa och frånvaro. Ordet psykosocial kan definieras som de psykiska reaktioner som uppstår i en social struktur. I arbetslivet innebär begreppet psykosocial arbetsmiljö arbetets organisation och ledning, individens inflytande över arbetet och relationer mellan olika medarbetare.

Att mäta psykosociala faktorer är svårt och annorlunda mot att mäta fysiska exponeringar. Individens förutsättningar, övriga livsbetingelser, tidigare erfarenhet och personlighet spelar där en större roll än vid påverkan från fysiska faktorer. Då fysiska exponeringar mäts strävas efter en objektivisering för att undvika felklassificering. Väger en börda 25 kg så skall detta anges korrekt. Vid psykosocial exponering är det individens upplevelse av en exponering som är det mer väsentliga. Att sträva efter att objektivisera eller se utifrån på en exponering kanske inte ens önskvärt och ibland direkt felaktigt vid bedömning av exponeringens inverkan på hälsan.

Olika förklaringsmodeller finns för hur psykosociala faktorer kan påverka kroppen. En av dessa är att en psykosocial påfrestning med sömnstörning leder till att kroppens anabolism dvs. möjlighet till reparation och återuppbyggnad hämmas. Detta kan t.ex. leda till



att muskel- och bindvävsceller kommer i ett försämrat tillstånd och kan bli känsligare för fysiska belastningar. Hjärtat och kärlens funktion kan också påverkas och t.ex. resultera i ett förhöjt blodtryck.

Långvarig muskelspänning som kan uppkomma vid exponering för psykosocialt negativa faktorer kan öka risken för muskelskador, i synnerhet om en fysisk belastning tillkommer.

Uppenbart är också att en dålig arbetsmiljö ur psykosocial synvinkel kan minska medarbetarnas motivation att arbeta för organisationen. Lojalitet och arbetsglädje blir mindre och risken att somatiska symtom upplevs som mer framträdande ökar.

I denna undersökning fann vi att de som angav otillfredsställelse med arbetet då de inte kände sig nöjda med hur de kunde utföra sin arbetsuppgift hade en hög risk att bli långtidssjukskrivna. Liknande resultat har framkommit i flera olika studier där denna faktor finns med. Exponeringen är något ospecifik. Dimensionen kan inkludera missnöje med arbetets karaktär, tidspress, arbetsbelastning, arbetsorganisation, målen för arbetet, ledarskapet, eller den uppskattning man röner för ett arbete mm. Uppenbart är att detta missnöje med hur man kan utföra arbetet är relaterat till hälsa och bör undersökas ytterligare inom varje arbetsplats för att hitta lokalt verk samma strategier för det förebyggande arbetet mot långtidssjukskrivning.

Krav/kontroll modellen utformades av Robert Karasek på 1970-talet och applicerades först på manliga industriarbete i USA. Modellen har sedan utvecklats av Karasek och Töres Theorell i Sverige. I denna modell ingår ett frågebatteri med frågor om arbetets krav, den stimulans arbetet ger och det inflytande en individ har på sitt arbete. Stimulans och inflytande sammanfattas ofta under rubriken kontroll. I de flesta studier i Sverige, och även så här, används ett förkortat formulär på 11 frågor för att kvantifiera de krav och den kontroll en individ har. Som negativt har ansetts att ha höga krav men låg kontroll. Detta har i flera studier främst varit förknippat med ökad risk för sjuklighet i hjärta och kärl men även vid studier av ländryggs och nack/skuldersjuklighet har ett samband kunnat fastslås. I denna studie visade de univariata analyserna höga risker för sjukskrivning för både män och kvinnor i alla åldersgrupper som angav denna exponering. I den multivariata modellen hade både män och kvinnor som angav höga krav och låg kontroll i arbetet en ökad risk för långtidssjukskrivning. Denna exponering bör alltså uppmärksammas och som preventiv strategi

kan minskade krav och högre inflytande för de anställda vara en framkomlig väg.

Dåligt klimat i arbetsgruppen var också en exponering som gav höga risker i alla åldersgrupper vid de univariata analyserna och där riskerna kvarstod i de multivariata analyserna.

Uppskattning från överordnande och elever/klienter/patienter/kunder liksom ett väl fungerande ledarskap hade en viss ökad risk i de univariata analyserna men detta samband försvann i den multivariata analysen för män men kvarstod för kvinnor när det gällde uppskattning av arbetsinsatsen från överordnade och elever/klienter/patienter/kunder. Möjligtvis är det så att i den kvinnliga arbetskulturen är uppskattning viktigare för arbetstillfredsställelse och upprätthållande av hälsa och motivation än för män. Att ge uppskattning och se sina medarbetare och arbetskamrater är dock en strategi som bör implementeras mer. Den är alldeles gratis och upplevs av de flesta som positiv och eftersträvansvärd och har dessutom med sannolikhet goda hälsoeffekter åtminstone för kvinnor.

### *Skillnad i arbetsförhållanden mellan åldersgrupper och sektorer*

Skillnaderna i exponeringar mellan åldersgrupperna var inte markanta för kvinnor. Kvinnor i åldersgruppen födda 1965 upplevde arbetstyngden lägre än övriga, de var mer sällan nöjda med hur arbetsuppgiften kunde utföras och de hade något högre jobstrain (höga krav och låg kontroll). För män var skillnaderna mellan åldersgrupperna något mindre.

Vad gäller skillnaden i exponering mellan sektorer hade kvinnliga anställda inom kommun/landsting betydligt högre fysisk belastning än personer från övriga sektorer. Kvinnor i privat sektor var mer ofta nöjda med hur arbetet kunde utföras och fick mer uppskattning av sina överordnade. De faktorer som var associerade med långtidssjukskrivning var alltså för kvinnor vanligare inom kommun/landstingssektorn vilket kan vara en delförklaring till den ökande sjukfrånvaron inom denna sektor.

För män var arbetstyngden högre inom privat sektor. Män anställda av kommuner och landsting angav mindre jobstrain och i högre grad fungerande ledarskap än män från andra sektorer.

*Inverkan från arbetsmarknadsförhållanden*

Risken för arbetslöshet hade betydelse för män i de univariata analyserna och i de multivariata inom privat sektor. Huruvida denna oro för arbetslöshet ger ohälsa som ger långtidssjukskrivning eller vice versa att de med ett sämre hälsotillstånd är mer rädda för att förlora arbetet är svårt att avgöra i en tvärsnittsundersökning som denna. Tidigare studier har visat en tendens att de som är sjuka och har mycket sjukskrivning oftare blir arbetslösa trots de trygghetslagar vi har i Sverige.

En faktor som var "skyddande" för långtidssjukskrivning var risken för nedläggning eller nedskärningar på arbetsplatsen. I alla modeller gav detta en klar underrisk. Möjligtvis är det så att en person som befinner sig i denna situation inte vågar vara sjuk och att sjukskrivningarna då minskar. Hur länge ett sådant förhållningssätt kan upprätthållas är svårt att veta. Förmodligen ökar sjuknärvaron i detta scenario liksom risken för framtida ohälsa. Under mitten av 1990-talet i Sverige var risken för nedläggning och neddragning akut i många branscher. Kanske kan detta delvis förklara den låga sjukskrivning som förekom då och den kraftigt ökade sjukskrivning vi nu fått i en högkonjunktur.

## 4 Konklusion

Denna tvärsnittsstudie visar ett klart samband mellan ålder och risken att bli långtidssjukskriven. I övrigt visar alla analyser med olika modeller entydigt på att förhållanden på arbetet både av fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär har betydelse för långtidssjukskrivning. Högsta riskerna uppmättes för de män och kvinnor som hade en hög fysisk belastning och inte var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. Denna senare exponering är tämligen ospecifik och innefattar troligtvis flera dimensioner såsom missnöje med arbetets karaktär, tidspress, arbetsbelastning, arbetets organisation, målen för arbetet, ledarskapet, eller den uppskattning man röner för ett arbete mm. De som enbart angav en av dessa exponeringar hade också förhöjda risker och riskerna kvarstod då resultaten kontrollerades för andra faktorer som kan ha betydelse för om man blir långtidssjukskriven. Dåligt arbetsklimat i gruppen var en annan exponering som gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtidssjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning hos kvinnor. Analyserna är även utförda på personer förda till olika inkomstklasser. De med lägst inkomst har högst risk för långtidssjukskrivning. Detta är förmodligen inte en effekt enbart av en sämre ekonomi utan indikerar ytterligare att arbetsförhållanden är av intresse då arbetet med låga löner ofta även har de sämsta arbetsförhållandena.

Om de samband som redovisas här är sanna orsakssamband kan de etiologiska fraktionerna beräknas och därmed den förebyggande potentialen. Dessa var höga för ett flertal exponeringar i yrkeslivet. Främst gäller det hög fysisk belastning, dåligt arbetsklimat i gruppen, dåligt med uppskattning och missnöje med ledarskapet.

För att förebygga långtidssjukskrivning är åtgärder mot negativa arbetsförhållanden troligtvis av stor vikt. Både fysiska, psykosociala och organisatoriska förhållanden bör därför identifieras och åtgärdas.

## 5 Referenser

1. Alexandersson K. Sickness absence in a Swedish county with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. Doctoral thesis. Department of Community Medicine Linköping University, Sweden 1995
2. Arbete efter 45. Aronsson och Kilbom (red) Arbetslivsinstitutet, Solna 1996
3. Aronsson G, Dallner M, Gustafsson K. Yrkes- och arbetsplatsinläsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser Arbete och Hälsa 2000:05
4. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. J Epidemiol Community Health 2000;54(7):502-9
5. Beyond biomechanics. Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work. Taylor and Francis, London 1996
6. Bongers PM, Winter C, Kompier M, Hildebrandt V. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disorders. Scand J Work Environ Health 1993;19:297-312
7. Borg G. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. Scand J Rehab Med 1970;2:92-98
8. Englund L. Sick-listing – Attitudes and Doctors' Practice. Thesis, Uppsala University 2000.
9. Folkhälsorapporten 1997, Socialstyrelsen, Stockholm 1997
10. Fredriksson K, Toomingas A, Torgén M, Bildt Thorbjörnsson C, Kilbom Å. Validity and reliability of self-reported retrospectively collected data on sick leave related to musculoskeletal diseases. Scand J Work Environ Health 1998;24(5):425-431
11. Hur skall Sverige må bättre? – Delbetänkande av Nationella Folkhälsokommittén. SOU 1998:43
12. Jeding K, Hägg G, Marklund S, Nygren Å, Theorell T, Vingård E. Ett friskt arbetsliv. Arbete och Hälsa 1999:22
13. Johansson M, Vingård E, Johansson U. Större sjuklighet bland arbetslösa. Läkartidningen 1995;92:2747
14. Johnson J V. The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in

- Sweden. Doctoral thesis, Department of Psychology, Stockholm University, Sweden 1991.
15. 15.Järvholm B (red) Arbetsliv och hälsa – en kartläggning Arbetslivsinstitutet Solna 1996
  16. 16.Karasek R, Theorell T. Healthy work. Basic Books, New York 1990
  17. Kommunal Personal 1999. Anställningsstatistiken avser 1 nov. 1999. Svenska Kommunförbundets hemsida, [www.svekom.se](http://www.svekom.se)
  18. Landstingsfakta 1999 – personal. Anställningsstatistiken avser 1 nov. 1998. Landstingsförbundets hemsida, [www.lf.se](http://www.lf.se)
  19. Marklund S (red) Risk- friskfaktorer- sjukskrivningar och rehabilitering i Sverige. RFV redovisar 1997:6
  20. Negativ stress i arbetet Information om utbildning och arbetsmarknad 1997:1 Arbetarskyddsstyrelsen och SCB
  21. Nordenfeldt L. Samtal om hälsan. Almqvist och Wiksell Medicin/Liber, Falköping 1996
  22. Rehabilitering till arbete. SOU 2000:78
  23. Schaufeli W, Enzman D. The burnout companion to study and practice a critical analysis. Taylor and Francis 1998.
  24. Smärta och trötthet- Ohälsa i tiden. Studentlitteratur, Lund 2000
  25. Work and aging. Snel and Cremer (eds) Taylor and Francis 1994

## 6 Tabellbilaga

Tabell B1. Svarefrekvenser i förhållande till olika bakgrundsvariabler. Samtliga siffror avser %.

<b>a. Svarefrekvenser för olika åldersstrata och kön.</b>				
	Normalbefolkning		Sjukskrivna > 4 v.	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
25-åringar	51	60	45	57
35-åringar	54	65	52	65
45-åringar	61	72	54	69
55-åringar	66	72	61	72

Svarefrekvens samtliga: 62,3

<b>b. Svarefrekvenser i relation till födelse land</b>		
	Normalbef.	Sjukskrivna > 4 v.
Sverige	65	63
Europa (inkl. f.d. Sovjetunionen och Norden)	55	54
Övriga världen	41	50

<b>c. Svarefrekvenser i relation till medborgarskap, avser samtliga, normalbefolkningen + sjukskrivna.</b>		
	Svarefrekv.	Andel bland de tillfrågade
Svenskt	63	94
Europeiskt (inkl. Norden)	52	4
Övriga världen	35	2

<b>d. Svarefrekvenser för samtliga i relation till civilstånd</b>		
	Svarefrekv.	Andel av de tillfrågade
Gifta/Reg. partnerskap	68	44
Ogifta	57	43
Skilda	62	13
Änklingar	62	1

Tabell B1 forts.

**e. Svarefrekvenser för samtliga i relation till inkomst**

	Svars- frekv.	Andel av de tillfrå- gade	Andel svarande med heltidsarb. (≥ 34 tim.) i resp. inkomstskikt
- 179 000	58	59	68
180 - 275 000	68	29	90
276 000 -	69	12	95

**Tabell B2. Hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är i allmänhet?  
Svarsandelar (%) i olika åldersgrupper.**

		God hälsa	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa
Normalbefolkningen n= 7762	<b>Män tot.</b>	<b>84</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
	35-åringar	88	10	2
	45-åringar	84*	12	4*
	55-åringar	79*	16*	5*
	<b>Kv. tot.</b>	<b>81</b>	<b>15</b>	<b>4</b>
	35-åringar	85	12	3
	45-åringar	81	14	5
	55-åringar	76*	19*	5*
	Sjukskrivna > 4 v. n= 4385	<b>Män tot.</b>	<b>28</b>	<b>38</b>
35-åringar		38	34	28
45-åringar		29*	35	36*
55-åringar		23*	42*	35*
<b>Kv. tot.</b>		<b>29</b>	<b>42</b>	<b>29</b>
35-åringar		35	40	25
45-åringar		31	39	30
55-åringar		24*	45*	31*

\*värde som statistiskt säkerställt (95 % KI) skiljer sig från 35-åringarna inom respektive kön och urvalskohort (normalbefolkningen el. sjukskrivna).



Tabell B3. Jämfört med för ett år sedan hur bedömer, du ditt hälsotillstånd nu? Svarsandelar (%) i olika åldersgrupper.

		Detsamma eller bättre hälsa	Sämre hälsa	
Normalbefolkningen n= 7763	<b>Män tot.</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	
	35-åringar	87	13	
	45-åringar	85	15	
	55-åringar	84	16	
	<b>Kv. tot.</b>	<b>84</b>	<b>16</b>	
	35-åringar	87	14	
	45-åringar	83	17	
	55-åringar	81*	19*	
	Sjukskrivna > 4 v. n= 4397	<b>Män tot.</b>	<b>59</b>	<b>41</b>
		35-åringar	68	32
45-åringar		59*	41*	
55-åringar		56*	45*	
<b>Kv. tot.</b>		<b>61</b>	<b>39</b>	
35-åringar		68	32	
45-åringar		61*	39*	
55-åringar		58*	42*	

\*värde som statistiskt säkerställt (95 % KI) skiljer sig från 35-åringarna inom respektive kön och urvalskohort (normalbefolkningen el. sjukskrivna).

Tabell B4. Med tanke på din hälsa, tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke om två år? Svarsandelar (%) i olika åldersgrupper.

		Ja, ganska säkert	Jag är osäker på det	Nej, det tror jag inte
Normalbefolkningen n= 6851	<b>Män tot.</b>	<b>86</b>	<b>12</b>	<b>2</b>
	35-åringar	88	10	2
	45-åringar	87	11	3
	55-åringar	82*	15*	3
	<b>Kv. tot.</b>	<b>83</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
	35-åringar	87	10	3
	45-åringar	84	13	3
	55-åringar	78*	19*	3
Sjukskrivna > 4 v. n= 3229	<b>Män tot.</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>30</b>
	35-åringar	37	33	30
	45-åringar	32	39	28
	55-åringar	23*	46*	31
	<b>Kv. tot.</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>27</b>
	35-åringar	42	32	26
	45-åringar	35*	39*	26
	55-åringar	23*	48*	29

\*värde som statistiskt säkerställt (95 % KI) skiljer sig från 35-åringarna inom respektive kön och urvalskohort (normalbefolkningen el. sjukskrivna > 4 veckor)

*Tabell B5.* Exponeringar för förvärvsarbetande kvinnor i normalbefolkningen (SCB-urvalet), n= 3627. Andelar i % där inget annat anges. \* värde som statistiskt säkerställt (95 % konfidensintervall) skiljer sig från värdet för de som är födda 1965 respektive för de sektorer i arbetslivet som skiljer sig från privat sektor.

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
<i>Incitament</i>							
Karensdagen har betydelse	32*	45*	50	43	33	48*	49*
Sjukpenningens storlek har betydelse	24*	32*	37	31	26	32*	35*
Arbetsgivarinträdet har betydelse	5*	7	8	7	8	8	6*
<i>Sjuknärvaro/sjukfrånvaro</i>							
Antal sjukdagar med hel ersättning senaste året (medelvärde)	21 d.	21 d.	14 d.	18 d.	18 d.	19 d.	18 d.
2-5 ggr sjuknärvarande senaste året	36*	42*	48	42	38	44	44
> 5 ggr sjuknärvarande senaste året	11	11	11	11	12	9	10
<i>- om sjuknärvarande varför?</i>							
Ej råd att vara hemma	55	56	55	55	45	55*	61*
Lojalitet mot arbetskamrater	60*	56*	48	54	47	50	61*
P.g.a. arbetsuppgifterna	63*	52	49	54	55	57	49*
Negativ attityd till frånvaro från arbetsledningen	11	10	11	10	14	8	8*
Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	6	5	5	5	3	5	7*

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell 5 forts							
<i>Inkomst/år</i>							
0-179 000	42*	54*	69	55	49	38*	61*
180 000-275 000	46*	38*	26	37	39	48*	34*
276 000-	13*	8*	5	9	12	14	5*
<i>Arbetsmarknad</i>							
Risk att bli arbetslös	8	6*	10	8	7	16*	7
Risk att verksamheten läggs ner eller minskas	17	15	15	16	9	32*	19*
<i>Arbetsförhållanden</i>							
Hög fysisk arbetstyngd	42*	42*	37	40	32	26*	50*
Dåligt arbetsklimat i gruppen	6*	7	9	8	7	10	8
Arbetar ensam	8*	6	4	6	2	2	2
Mycket ofta och ofta nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	77*	75	72	74	78	68*	71*
Ibland nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	22	22	24	23	19	26*	26*
Aldrig/sällan nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	2*	4	5	3	3	6	3
Arbetsinsatserna uppskattas i hög grad av överordnade	46	44	43	44	50	43*	41*
Arbetsinsatserna uppskattas inte alls av överordnade	4	5	4	4	4	6	6*
Arbetsinsatserna uppskattas i hög grad av klienter/elever/patienter/kunder	68*	66	63	65	62	51*	70*

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell B5 forts.							
Arbetsinsatserna uppskattas inte alls av klienter/elever/patienter/kunder	1	1	1	1	1	1	0*
Upplever ett i hög grad fungerande ledarskap från närmsta chef	33	34	33	33	35	35	32
Upplever inte alls ett fungerande ledarskap från närmsta chef	8	7	10	8	8	7	9
Har höga krav och låg kontroll i arbetet (job strain)	12*	13*	16	14	15	17	13*
Arbetar deltid (max. 33 tim.)	28*	28*	34	30	29	23*	33
<i>Hälsofrågor</i>							
Har en god hälsa	82*	86	87	85	87	84	84
Har en sämre hälsa	18*	15	13	15	13	16	16
Hälsan är bättre nu än för ett år sedan	14*	19*	23	19	20	20	18
Hälsan är densamma nu som för ett år sedan	69*	65	64	66	67	62	66
Hälsan är sämre nu än för ett år sedan	17*	16*	13	16	13	18*	17*
Medelvärde på arbetsförmåga från 1-11 poäng, 11 = bäst	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.
<i>Sömn och återhämtning</i>							
Aldrig/sällan svårt att sova för att tankar på arbetet håller en vaken	56*	60	62	59	63	57*	57*
Varje vecka svårt att sova därför att tankar på arbetet håller en vaken	23*	20	18	20	18	26*	21*
Känner aldrig/sällan olust när man går till arbetet	68*	66	64	66	67	59*	66

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell 5 forts.							
Känner minst någon gång varje vecka olust när man går till arbetet	16	16	19	17	13	18*	14
<i>"Burn out" index</i>							
Känslomässigt utmattade nästan varje vecka	35*	30	29	32	31	29	33
Lågt engagemang nästan varje vecka	25	26	31	28	29	34	27
Låg effektivitet nästan varje vecka	1	0	0	0	1	0	0
2 av ovanstående	19	17	17	18	18	19	19
3 av ovanstående	-	-	-	-	-	-	-

Tabell B6. Exponeringar för förvärvsarbete män i normalbefolkningen (SCB-urvalet), n= 3262. Andelar i % där inget annat anges. \* värde som statistiskt säkerställt (95 % konfidensintervall) skiljer sig från värdet för de som är födda 1965 respektive för de sektorer i arbetslivet som skiljer sig från privat sektor.

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
<i>Incitament</i>							
Karensdagen har betydelse	27*	39*	45	37	35	52*	50*
Sjukpenningens storlek har betydelse	19*	28*	33	27	25	33*	36*
Arbetsgivarinträdet har betydelse	5	7	6	6	6	4*	6
<i>Sjuknärvaro/sjukfrånvaro</i>							
Antalet sjukdagar med hel ersättning senaste året (medelvärde)	20 d.	17 d.	11 d.	15 d.	15 d.	16 d.	16 d.
2-5 ggr sjuknärvarande senaste året	32*	40*	46	39	39	43	43

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell B6 forts.							
> 5 ggr sjuknärvarande senaste året	9	11	11	10	10	7*	10
<i>- om sjuknärvarande varför?</i>							
Ej råd att vara hemma	48	51	47	48	45	58*	55*
Lojalitet mot arbets-							
kamrater	42	33*	40	38	38	45	43
Pga arbetsuppgifterna	67*	56	58	60	57	50	53
Negativ attityd till frånvaro från arbetsledningen	14	10	12	12	12	11	11
Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	5	3	5	4	4	6	4
<i>Inkomst/år</i>							
0-179 000	18*	21*	28	22	19	12*	23
180 000-275 000	43*	49	50	48	49	50	52
276 000-	39*	31*	22	30	32	38*	25*
<i>Arbetsmarknad</i>							
Risk att bli arbetslös	8*	7	5	7	6	8	6
Risk att verksamheten läggs ner eller minskas	14*	14*	9	12	8	30*	20*
<i>Arbetsförhållanden</i>							
Hög fysisk arbetstyngd	35*	37	40	38	38	29*	32*
Dåligt arbetsklimat i gruppen	5	7	6	6	6	9*	7
Arbetar ensam	12*	7	6	8	6	3*	3*
Mycket ofta och ofta nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	79*	76	74	76	77	75	71*
Ibland nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	18*	21	23	21	21	20	25
Aldrig/sällan nöjd med hur arbetsuppgifterna kan utföras	2	3	3	3	2	5*	4

Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell B6 forts.							
Arbetsinsatserna uppskattas i hög grad av överordnade	42	41	45	43	46	42	43
Arbetsinsatserna uppskattas inte alls av överordnade	4	5	4	4	4	7*	6
Arbetsinsatserna uppskattas i hög grad av klienter/elever/ patienter/kunder	60	61	57	59	58	49*	63
Arbetsinsatserna uppskattas inte alls av klienter/elever/ patienter/kunder	1	1	1	1	1	2	0*
Upplever ett i hög grad fungerande ledarskap från närmsta chef	31	31	32	31	32	33	38*
Upplever inte alls ett fungerande ledarskap från närmsta chef	8	7	6	7	6	9	8
Har höga krav och låg kontroll i arbetet (job strain)	9	9	10	9	10	12	6*
Arbetar deltid (max 33 tim)	6*	4	4	5	3	3	9*
<i>Hälsfrågor</i>							
Har en god hälsa	83*	87*	91	87	88	87	87
Har en sämre hälsa	17*	13*	9	13	13	13	13
Hälsan är bättre nu än för ett år sedan	11*	14*	16	14	14	13	16
Hälsan är densamma nu som för ett år sedan	75	72	71	73	73	73	68
Hälsan är sämre nu än för ett år sedan	15	14	13	14	14	14	17
Medelvärde på arbetsförmåga från 1-11 poäng, 11 = bäst	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.	9 p.



Exponering	1945	1955	1965	Alla	Privat	Stat	Kommun/ Landsting
Tabell B6 forts.							
Sömn och återhämtning							
Aldrig/sällan svårt att sova							
för att tankar på arbetet							
håller en vaken	61*	65	65	64	66	64	61
Varje vecka svårt att sova							
därför att tankar på arbetet							
håller en vaken	22*	17	15	18	17	16	19
Känner aldrig/sällan olust							
när man går till arbetet	71*	68	66	68	69	68	63*
Känner minst någon gång							
varje vecka olust när man							
går till arbetet	14	15	12	14	12	10	15
<i>"Burn out" index</i>							
Känslomässigt utmattade							
nästan varje vecka	30*	25	21	25	24	28*	31*
Lågt engagemang nästan							
varje vecka	31*	27	19	26	25	29	30
Låg effektivitet nästan varje							
vecka	1	0	0	0	1	0*	0
2 av ovanstående	20*	16	9	15	13	16	22
3 av ovanstående	1	-	1	1	-	-	2

# Arbetsförhållanden och sjukskrivning med ersättning

Statistiska centralbyrån

Programmet för arbetsmiljöstatistik

Alf Andersson



## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	376
2	Kön, ålder och ersatta sjukdagar AFL .....	378
3	Yrke och ersatta sjukdagar AFL.....	380
4	Näringsgren och ersatta sjukdagar AFL.....	386
5	Sektor och ersatta sjukdagar AFL.....	391
6	Krav, kontroll och ersatta sjukdagar AFL.....	394
7	Socialt stöd, konflikter och ersatta sjukdagar AFL .....	402
8	Kroppsliga påfrestningar och ersatta sjukdagar AFL .....	406
9	"Alldeles för mycket att göra" och "enformigt arbete" – och ersatta sjukdagar AFL.....	411
10	Ont, olust, sömnsvårigheter och ersatta sjukdagar .....	414
11	Företagarnas arbetsmiljö och ersatta sjukdagar AFL .....	419

## Arbetsförhållanden och sjukskrivning med ersättning

### 1 Inledning\*

Denna text är en redogörelse för några statistiska samband mellan arbetsförhållanden och sjukskrivning. Som underlag används data från Arbetsmiljöundersökningen 1999 och uppgifter ur Riksförsäkringsverkets sjukskrivningsregister. Denna rapport har tagits fram av Statistiska centralbyråns arbetsmiljöprogram tagit särskilt för Sjukförsäkringsutredningen.

Utifrån uppgifter i sjukskrivningsregistret har beräknats antalet dagar som man under ett kalenderår fått ersättning AFL. Denna studie visar hur de sysselsattas arbetssituation statistiskt sammanhänger med den ersatta sjukfrånvaron (AFL). Eftersom olika regler gäller anställda och företagare skiljs redovisningen åt och *huvuddelen av analysen avser anställda*. Som förklarande variabler används uppgifter om individen (kön, ålder) och var i arbetslivet man finns (sektor, näringsgren, yrke). Centralt är olika arbetsmiljöfaktorer betydelse (ergonomiska exponeringar, krav, kontroll/inflytande). Till sist undersöks hur vanligt det är att ha fått sjukersättning AFL bland dem som uppgett olika besvär av arbetet och dem som inte gjort det (ont/belastningsbesvär, olust, sömnsvärigheter). I vissa tabeller visas i några intervaller hur många ersatta dagar man haft under året. Det är (vore) intressant att veta i vilken utsträckning vissa arbetsmiljöfaktorer påverkar dels den mindre omfattande sjukfrånvaron dels den mera omfattande. Vårt mått – antalet ersatta dagar – är dock inte idealiskt, eftersom det rimligast vore att kunna studera sambandet mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro. De som har haft ersättning AFL för ett stort antal dagar har förvisso varit sjuka mycket men bland dem som haft färre dagars ersättning AFL kan finnas åtskilliga som sammantaget under året kan ha varit sjukfrånvarande ett stort antal dagar fast vid flera tillfällen.

Arbetsmiljöundersökningens population är sysselsatta med undantag för dem som av olika skäl (bl.a. sjukdom) varit helt frånvarande från arbetsplatsen under de senaste tre månaderna. En del av dem med långa sjukskrivningar kommer därför inte med.

Vi använder aktuelltast möjliga data, dvs. för 1999.

---

\* Arbetarskyddsstyrelsen, ASS, har ansvar för den officiella statistiken om arbetsmiljö. Statistiska centralbyrån genomför Arbetsmiljöundersökningarna på ASS' uppdrag. De görs vartannat år och täcker med mer än 100 frågor många typer av arbetsförhållanden.

Dessutom kommer en del resultat för företagare att redovisas. Underlaget, antalet svarande i Arbetsmiljöundersökningen, är dock väsentligt mindre än för anställda, vilket begränsar analysmöjligheterna.

Samtliga resultat visas separat för kvinnor och män.

## 2 Kön, ålder och ersatta sjukdagar AFL

Först redovisas i detta avsnitt för kvinnor och män och i åldersgrupper hur vanligt det är att man under har fått sjukersättning från försäkringskassan.

### Kön och ersatta dagar 1999

Antal ersatta dagar	Kvinnor	Män
1-28	7,5	4,8
29-60	3,0	1,5
61-180	3,3	2,0
181-365	2,7	1,0
<b>Minst 1 dag</b>	<b>16,5</b>	<b>9,3</b>

För män utgör det lägsta intervallet med 1-28 ersatta dagar drygt hälften av dem som haft ersatta dagar. För kvinnor överväger de som fått ersättning för längre period än så.

Observera att Arbetsmiljöundersökningens avgränsning av populationen inverkar så att en del med många dagars ersättning faller utanför.

### Kön, ålder och ersatta dagar 1999

#### *Kvinnor*

Ersatta dar	16-29 år	30-49 år	50-64 år
1-28	5,2	7,8	8,4
29-60	2,1	2,9	3,6
61-180	1,6	3,2	4,6
181-365	0,4	2,4	4,7
<b>Minst 1 dag</b>	<b>9,2</b>	<b>16,4</b>	<b>21,3</b>

Antalet dagar med sjukersättning hänger samman med kön och ålder. Bland kvinnor ökar andelen med ersatta dagar med stigande ålder från 9,2 till 16,4 och 21,3 %. Ju äldre åldersgrupp desto vanli-

gare med lång tids ersättning. I den yngsta gruppen har 2,0 % haft ersättning mer än 60 dagar. Motsvarande siffra med stigande ålder är 5,6 % och 9,3 %.

### Kön, ålder och ersatta dagar 1999

<i>Män</i>			
Ersatta dar	16-29 år	30-49 år	50-64 år
1-28	3,6	5,1	5,5
29-60	0,5	1,7	2,1
61-180	0,6	1,6	3,8
181-365	0,2	0,6	2,3
<b>Minst 1 dag</b>	<b>4,9</b>	<b>9,0</b>	<b>13,6</b>

Bland män ökar andelen med ersatta dagar med stigande ålder från 4,9 % till 9,0 % och 13,6 %. Ju äldre åldersgrupp desto vanligare med lång tids ersättning. I den yngsta gruppen har 0,8 % haft ersättning mer än 60 dagar. Motsvarande siffra med stigande ålder är 2,2 % och 6,1 %. Jämfört med kvinnornas resultat är männens andelar med ersatta dagar genomgående lägre. Det gäller i hög grad dem som haft ersättning under en längre period.



### 3 Yrke och ersatta sjukdagar AFL

I tabeller på de följande sidorna redovisas för kvinnor respektive män för yrken andelen som under haft ersättning AFL. *Olikheter i åldersfördelning inom yrkena beaktas inte, inte heller anställningsform.*

*Bland kvinnor* finns yrken med relativt *låg andel* ersättning främst bland sådana som kräver relativt mycket teoretisk utbildning. Signifikant lägre andel än för kvinnor totalt är det bl.a. inom följande: "Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens" och inom den gruppen yrken inom teknik och datavetenskap samt "Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens".

Gruppen "Arbete som kräver kortare högskoleutbildning" och inom den gruppen yrken "Tekniker och ingenjörsarbete" och "Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning" (t.ex. redovisningsekonomer och administrativa assistenter).

Inom "Kontors- och kundservicearbete" gruppen "Övrig kontorspersonal".

Signifikant *större andelar* med ersättning finns för "Serviceomsorgs- och försäljningsarbete" och där inom bl.a. "Storhushålls- och restaurangpersonal", "Vård- och omsorgspersonal" där bl.a. undersköterskor och skötare ingår.

*Bland män* återfinns yrken med relativt *låg andel* ersättning främst i yrken som kräver relativt mycket teoretisk utbildning. Signifikant lägre andel än för män totalt är det bl.a. inom följande: "Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens" (bl.a. inom teknik och datavetenskap), "Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens" (Bl.a. företagsekonomer, marknadsförare, personaltjänstemän), "Arbete som kräver kortare högskoleutbildning" bl.a. tekniker och ingenjörer. Inom service- omsorgs- och försäljningsarbete" försäljare i detaljhandel m.m..

Yrken med *hög andel* ersättning är bl.a. gruppen "Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning" t.ex. "Maskinmekaniker, maskinmontörer och maskinreparatörer". Gruppen "Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m." och inom den "Maskin- och monteringsarbete" och "Fordonsförare".

<b>Vissa signifikanta skillnader för kvinnor resp. män jämfört med resp. kön totalt</b>			
<u>Kvinnor i yrken med <b>lägre</b> andel</u>		<u>Män i yrken med <b>lägre</b> andel</u>	
Redovisningsekonomer, adm. ass. m.fl.	7,8	Dataspecialister.	1,4
Arbete som kräver teoretisk inom teknik- o datavetenskap m.m.	9,4	Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	3,5
Tekniker- och ingenjörarbete m.m.	10,1	Företagsekonomer, marknadsförare och personaltjänstemän	3,7
Övrig kontorspersonal	11,6	Ingenjörer och tekniker	5,3
Arb. som kräver teor. specialistkomp.	11,9		
<u>Kvinnor i yrken med <b>högre</b> andel</u>		<u>Män i yrken med <b>högre</b> andel</u>	
Skötare, vårdare m.fl.	26,1	Maskinmekaniker, maskinmontörer och maskinreparatörer	17,3
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	21,8	Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	12,9
		Fordonsförare	14,3
		Maskinoperatörs- och monteringsarbete	12,6

**Yrke och ersatta sjukdagar. Kvinnor 1999**

		Fått AFLAntal ersättningsdagar				
		1999	1-28	29-60	61-180	181-
<b>1</b>	<b>Ledningsarbete</b>	<b>12,5</b>	<b>6,1</b>	<b>3,3</b>	<b>1,9</b>	<b>1,2</b>
12	Ledningsarbete i stora och medelstora företag, myndigheter m.m.	13,4	6,0	2,9	2,8	1,8
<b>2</b>	<b>Arbete som kräver teoretisk specialist-kompetens</b>	<b>12,9<sup>1</sup></b>	<b>5,4</b>	<b>1,9</b>	<b>3,2</b>	<b>2,3</b>
21	Arbete som kräver teoretisk specialist-kompetens inom teknik- och datavetenskap m.m.	9,4 <sup>1</sup>	4,8	0,0	3,8	0,8
22	Arbete som kräver teoretisk specialist-kompetens inom biologi, hälso- och sjukvård	12,8	5,2	1,2	2,2	4,1
223	Barnmorskor; sjuksköterskor med särskild kompetens	12,8	4,2	2,0	1,9	4,7
23	Läraryrke inom universitet, gymnasie- och grundskola	14,8	5,4	2,4	4,1	2,8
232	Gymnasielärare m.fl.	17,9	9,0	1,6	5,7	1,5
233	Grundskollärare	13,9	4,7	2,4	3,5	3,3
24	Annat arbete som kräver teoretisk specialist-kompetens	11,9 <sup>1</sup>	5,7	2,2	2,5	1,4
241	Företagsekonomer, marknadsförare och personaltjänstemän	11,5	5,9	2,2	2,8	0,7
<b>3</b>	<b>Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsv. kunskaper</b>	<b>14,0<sup>1</sup></b>	<b>5,7</b>	<b>2,2</b>	<b>3,9</b>	<b>2,1</b>
31	Tekniker- och ingenjörsarbete m.m.	10,1 <sup>1</sup>	6,6	0,9	0,9	1,7
32	Arbete inom biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutbildning	15,7	5,9	2,0	4,4	3,4
323	Sjuksköterskor	17,8	6,4	2,2	4,9	4,3
3239	Övriga sjuksköterskor	17,9	8,9	0,8	4,0	4,2
33	Läraryrke som kräver kortare högskoleutbildning	17,9	7,3	3,5	6,4	0,7
331	Förskollärare och fritidspedagoger	18,1	7,7	3,3	6,3	0,8
34	Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	11,8 <sup>1</sup>	4,5	2,1	3,1	2,1
341	Säljare, inköpare, mäklare m.fl.	13,1	5,9	3,9	3,3	0,0
343	Redovisningsekonomer, adm. ass. m.fl.	7,8 <sup>1</sup>	2,2	0,0	3,4	2,2
<b>4</b>	<b>Kontors- och kundservicearbete</b>	<b>14,4</b>	<b>6,8</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>	<b>2,8</b>
41	Kontorsarbete m.m.	14,5	7,0	2,6	2,5	2,5
411	Kontorssekreterare och dataregistrerare	16,6	8,9	1,9	3,1	2,7

		Fått AFLAntal ersättningsdagar				
		1999	1-28	29-60	61-180	181-
4112	Kontorssekreterare, läkarsekreterare m.fl.	16,9	9,1	1,9	3,1	2,8
412	Bokförings- och redovisningsassistenter m.fl.	12,2	7,2	1,4	0,7	2,9
419	Övrig kontorspersonal	11,6 <sup>1</sup>	4,9	2,9	1,8	2,0
42	Kundservicearbete	13,9	6,5	2,3	1,3	3,8
422	Kundinformatörer	15,1	6,2	2,4	2,2	4,2
<b>5</b>	<b>Service-, omsorgs- o försäljningsarbete</b>	<b>20,2<sup>2</sup></b>	<b>9,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,0</b>
51	Service-, omsorgs- och säkerhetsarbete	20,8 <sup>2</sup>	9,8	4,1	3,7	3,2
512	Storhushålls- och restaurangpersonal	22,2	5,1	7,6	7,1	2,5
513	Vård- och omsorgspersonal m.fl.	20,9 <sup>2</sup>	10,5	3,7	3,3	3,4
5131	Barnskötare m.fl.	18,8	10,6	2,7	2,3	3,1
5132	Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	21,8 <sup>2</sup>	10,2	4,0	3,4	4,2
5133	Vårdbiträden, personliga assistenter m.fl.	19,8	10,5	4,1	3,0	2,2
5134	Skötare, vårdare m.fl.	26,1 <sup>2</sup>	11,9	4,6	4,8	4,8
52	Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	17,7	9,1	2,1	4,4	2,1
522	Försäljare, detaljhandel; demonstratörer m.fl.	17,7	9,1	2,1	4,4	2,1
5222	Försäljare, fackhandel	18,0	9,8	0,6	5,0	2,5
<b>8</b>	<b>Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.</b>	<b>20,0</b>	<b>9,7</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,5</b>
82	Maskinoperatörs- och monteringsarbete	20,9	10,5	5,4	3,2	1,8
<b>9</b>	<b>Arbete utan krav på särskild yrkesutb.</b>	<b>18,9</b>	<b>7,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,2</b>	<b>4,9</b>
91	Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	18,0	7,8	2,4	3,0	4,9
912	Städare m.fl.	20,2	8,4	3,9	2,5	5,4
9122	Hotell- och kontorsstädare m.fl.	20,4	8,4	4,0	2,6	5,4
913	Köks- och restaurangbiträden	15,9	8,0	0,6	3,9	3,3
	<b>Samtliga</b>	<b>16,5</b>	<b>7,5</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</b>

1) Signifikant lägre mot kvinnor totalt

2) Signifikant högre mot kvinnor totalt

**Yrke och ersatta sjukdagar. Män 1999**

		Fått AFL Antal ersättningsdagar				
		1999	1-28	29-60	61-180	181-
<b>1</b>	<b>Ledningsarbete</b>	<b>6,7</b>	<b>2,9</b>	<b>1,5</b>	<b>1,8</b>	<b>0,4</b>
12	Ledningsarbete i stora och medelstora företag, myndigheter m.m.	7,3	3,7	1,6	1,4	0,6
122	Drift- och verksamhetschefer	6,1	1,5	2,5	2,2	0,0
123	Chefer för särskilda funktioner	9,2	6,3	1,0	0,8	1,2
<b>2</b>	<b>Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens</b>	<b>4,41</b>	<b>2,3</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3</b>
21	Arbete som kräver teoretisk specialistkomp. inom teknik- och datavetenskap m.m.	2,11	1,2	0,5	0,4	0,0
213	Dataspecialister	1,41	0,0	0,7	0,7	0,0
2131	Systemerare och programmerare	1,61	0,0	0,8	0,8	0,0
23	Lärararbete inom universitet, gymnasie- och grundskola	7,9	3,1	1,6	2,4	0,8
232	Gymnasielärare m.fl.	12,0	4,6	1,6	3,8	2,0
24	Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	3,81	2,7	0,8	0,3	0,0
241	Företagsekonomer, marknadsförare och personaltjänstemän	3,71	3,0	0,0	0,7	0,0
<b>3</b>	<b>Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsv. kunskaper</b>	<b>7,31</b>	<b>3,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,8</b>	<b>0,9</b>
31	Tekniker- och ingenjörarbete m.m.	6,51	3,0	0,7	2,1	0,8
311	Ingenjörer och tekniker	5,31	2,1	0,5	2,0	0,7
3115	Maskiningenjörer och maskintekniker	5,7	3,2	0,0	2,5	0,0
34	Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	7,7	4,3	0,9	1,4	1,0
341	Säljare, inköpare, mäklare m.fl.	6,3	2,9	0,9	1,4	1,0
3415	Företagssäljare	7,7	3,9	1,5	1,3	1,0
<b>4</b>	<b>Kontors- och kundservicearbete</b>	<b>8,6</b>	<b>3,5</b>	<b>1,5</b>	<b>2,3</b>	<b>1,3</b>
41	Kontorsarbete m.m.	9,0	3,7	1,7	2,1	1,5
413	Lager- och transportassistenter m.fl.	6,9	3,0	1,1	1,3	1,4
4131	Lagerassistenter m.fl.	7,1	3,4	1,2	1,5	1,0
<b>5</b>	<b>Service-, omsorgs- o försäljningsarbete</b>	<b>7,7</b>	<b>3,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>
51	Service-, omsorgs- och säkerhetsarbete	9,8	4,4	2,1	1,9	1,5
513	Vård- och omsorgspersonal m.fl.	10,9	3,9	1,6	2,5	2,9
52	Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	3,51	1,8	0,0	1,0	0,7
522	Försäljare, detaljhandel; demonstratörer m.fl.	3,51	1,8	0,0	1,0	0,7
<b>7</b>	<b>Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning</b>	<b>12,62</b>	<b>6,8</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>

		Fått AFL Antal ersättningsdagar				
		1999	1-28	29-60	61-180	181-
71	Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	12,92	7,2	2,6	1,8	1,3
712	Byggnads- och anläggningsarbetare m.fl.	11,9	7,2	2,4	1,9	0,4
7123	Byggnadsträarb., inredningssnick. m.fl.	8,1	5,2	0,0	2,1	0,8
713	Byggnadshantverkare m.fl.	13,0	6,0	3,2	1,4	2,3
7137	Fastighetsskötare	12,7	4,7	2,3	2,7	3,0
72	Metallhantverk, reparatörsarbete m.m.	12,0	6,2	2,0	3,0	0,9
723	Maskin- och motorreparatörer	13,0	6,6	2,3	3,6	0,5
7233	Maskinmekaniker, maskinmontörer och maskinreparatörer	17,32	8,2	3,1	5,1	0,8
<b>8</b>	<b>Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.</b>	<b>12,52</b>	<b>7,2</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>
81	Processoperatörsarbete	8,2	4,3	1,9	1,3	0,7
82	Maskinoperatörs- och monteringsarbete	12,62	8,7	1,1	1,8	0,9
821	Maskinoperatörer, metall- o mineral- behandling	13,0	8,4	0,9	2,8	0,9
8211	Verktygsmaskinoperatörer	13,4	8,7	0,9	2,9	0,9
828	Montörer	9,5	7,9	0,5	0,5	0,6
83	Transport- och maskinförararbete	13,82	6,0	3,1	2,3	2,4
832	Fordonsförare	14,32	5,3	4,1	1,7	3,1
8323	Lastbils- och långtradarförare	12,9	4,2	3,7	2,4	2,5
833	Maskinförare	10,5	6,5	1,9	1,3	0,8
<b>9</b>	<b>Arbete utan krav på särskild yrkesutb.</b>	<b>14,6</b>	<b>9,2</b>	<b>0,9</b>	<b>4,6</b>	<b>0,0</b>
91	Servicearbete utan krav på särskild yrkesutb.	13,7	8,7	1,2	3,8	0,0
	Samtliga	9,3	4,8	1,5	1,9	0,9

1) Signifikant lägre mot män totalt

2) Signifikant högre mot män totalt

## 4 Näringsgren och ersatta sjukdagar AFL

I tabeller på de följande sidorna redovisas för kvinnor respektive män för olika näringsgrenar andelen som under 1999 har haft ersättning AFL. *Olikheter i åldersfördelning inom näringsgrenarna beaktas inte, inte heller anställningsform.*

Näringsgrenar med signifikant *lägre andel* ersättning än bland *kvinnor* totalt är bl.a. Fastighets- och uthyrningsverksamhet, företagstjänster (bl.a. Databehandlingsverksamhet, Andra företags-tjänster). Signifikant högre andel med ersättning är det inom Hälso- och sjukvård, sociala tjänster m.m., och där inom bl.a. omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, individ- och familjeomsorg m.m., Vård och service till boende i servicehus.

Näringsgrenar med signifikant *lägre andel* ersättning än bland män totalt är bl.a. inom Parti- och detaljhandel, reparation av motorfordon m.m. Inom Finansiell verksamhet bl.a. Databehandlingsverksamhet.

Näringsgrenar med signifikant *högre andel* ersättning än bland män totalt är bl.a. Byggverksamhet (bl.a. Bygginstallationer), Transport, magasinering och kommunikation (bl.a. Post och telekommunikationer).

<b>Vissa signifikanta skillnader för kvinnor resp. män jämfört med resp. kön totalt</b>			
<u>Kvinnor i yrken med <b>lägre</b> andel</u>		<u>Män i yrken med <b>lägre</b> andel</u>	
Fastighets- och uthyrningverksamhet, Fastighets- och uthyrningverksamhet	8,6	Databehandlingsverksamhet m.m.	2,7
Parti- och agenturhandel utom med motorfordon	11,2	Detaljhandel utom med motorfordon reparation av hushållsartiklar	3,5
		Handel med och service av motorfordon, detaljhandel med drivmedel	3,8
<u>Kvinnor i yrken med <b>högre</b> andel</u>		<u>Män i yrken med <b>högre</b> andel</u>	
Omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, individ- och familjeomsorg m.m.	26,2	Bygginstallationer, slutbehandling av byggnader	16,6
Vård och service till boende i servicehus o.d., äldre- och handikappomsorg	20,7	Post- och telekommunikationer	15,8



**Näringsgren och ersatta sjukdagar. Kvinnor 1999**

	Fått AFL Antal ersättningsdagar				
	1999	1-28	29-60	61-180	181-
<b>Utvinning av mineral, tillverkning</b>	<b>17,7</b>	<b>8,9</b>	<b>3,4</b>	<b>3,0</b>	<b>2,4</b>
Tillverkning	17,7	8,9	3,4	3,0	2,4
<b>Parti- och detaljhandel, reparation av motorfordon m.m.</b>	<b>13,8</b>	<b>6,7</b>	<b>2,4</b>	<b>2,8</b>	<b>1,9</b>
Parti- och agenturhandel utom med motorfordon	11,2 <sup>1</sup>	4,1	3,1	1,5	2,5
Detaljhandel utom med motorfordon; reparation av hushållsartiklar	14,8	7,3	2,3	3,4	1,8
Detaljhandel med brett sortiment	14,2	6,9	3,7	2,3	1,2
Specialiserad detaljhandel	15,2	7,9	1,2	4,3	1,8
<b>Transport, magasinering o kommunikation</b>	<b>13,0</b>	<b>4,3</b>	<b>1,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,7</b>
Post- och telekommunikationer	12,8	5,4	1,3	1,7	4,3
<b>Finansiell verksamhet</b>	<b>13,3</b>	<b>5,9</b>	<b>4,1</b>	<b>3,2</b>	<b>0,0</b>
Finansförmedling utom försäkring och pensionsfondsverksamhet samt stödverksamhet härtill	10,8	2,2	6,0	2,5	0,0
<b>Fastighets- och uthyrningverksamhet, företagstjänster</b>	<b>8,6<sup>1</sup></b>	<b>3,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>
Andra företagstjänster	10,1 <sup>1</sup>	4,7	2,8	1,5	1,1
<b>Utbildning</b>	<b>17,2</b>	<b>6,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>
<b>Hälso- och sjukvård, sociala tjänster; veterinärverksamhet</b>	<b>19,8<sup>2</sup></b>	<b>9,0</b>	<b>3,5</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>
Hälso- o sjukvård, veterinärverksamhet	18,3	7,7	2,3	4,1	4,2
Barnomsorg	18,2	8,3	3,9	4,4	1,6
Vård och service till boende i servicehus o.d., äldre- och handikappomsorg	20,7 <sup>2</sup>	9,5	4,7	3,0	3,6
Omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, individ- och familjeomsorg m.m.	26,2 <sup>2</sup>	14,4	3,5	6,2	2,2
<b>Andra samhällliga och personliga tjänster, förvärvsarbete i hushåll</b>	<b>15,7</b>	<b>6,8</b>	<b>2,7</b>	<b>3,4</b>	<b>2,8</b>
Hotell och restaurangverksamhet	15,6	6,5	1,7	5,2	2,2
Intressebevakning religiös verksamhet	13,1	6,9	2,5	0,7	3,0
Rekreations-, kultur- och sportverksamhet	18,0	6,0	5,0	3,9	3,1
<b>Offentlig förvaltning, försvar, internationell verksamhet</b>	<b>15,3</b>	<b>8,0</b>	<b>2,2</b>	<b>2,9</b>	<b>2,2</b>
<b>Samtliga</b>	<b>16,5</b>	<b>7,5</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</b>

1) Signifikant lägre mot kvinnor totalt

2) Signifikant högre mot kvinnor totalt

**Näringsgren och ersätta sjukdagar. Män 1999**

	<b>Fätt AFL Antal ersättningsdagar</b>				
	1999	1-28	29-60	61-180	181-
<b>Utvinning av mineral, tillverkning</b>	<b>10,6</b>	<b>6,5</b>	<b>1,2</b>	<b>2,1</b>	<b>0,8</b>
Tillverkning	10,5	6,4	1,3	2,0	0,8
Livsmedels-, dryckes- och tobaksvaruframställning	12,1	5,6	3,1	3,5	0,0
Massa-, pappers- o pappersvarutillverkn.	8,8	4,3	1,0	1,7	1,8
Tillverkning av stenkols- och raff. petroleumprodukter, kärnbränsle och kemiskaprod.	9,2	5,5	0,0	3,7	0,0
Tillverkning av metallvaror utom maskiner och apparater	13,9	8,4	2,0	2,1	1,4
Tillverkning av maskiner, som ej ingår i annan underavdelning	10,0	5,7	1,2	1,9	1,2
Tillverkning av motorfordon, släpfordon och påhängsvagnar	13,0	9,6	0,4	2,6	0,5
<b>Byggverksamhet</b>	<b>13,4<sup>2</sup></b>	<b>8,5</b>	<b>2,4</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>
Mark-, grund-, bygg- och anläggningsarbeten, uthyrning av bygg- o anläggningsmaskiner med förare	11,6	7,1	1,7	1,5	1,3
Bygginstallationer, slutbehandling av byggnader	16,6 <sup>2</sup>	10,9	3,6	1,0	1,1
<b>Parti- och detaljhandel, reparation av motorfordon m.m.</b>	<b>6,0<sup>1</sup></b>	<b>3,7</b>	<b>1,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>
Handel med och service av motorfordon, detaljhandel med drivmedel	3,8 <sup>1</sup>	3,1	0,0	0,7	0,0
Parti- och agenturhandel utom med motorfordon	8,0	5,0	1,7	0,5	0,9
Detaljhandel utom med motorfordon; reparation av hushållsartiklar	3,5 <sup>1</sup>	1,3	0,7	1,5	0,0
<b>Transport, magasinering o kommunikation</b>	<b>13,5<sup>2</sup></b>	<b>5,5</b>	<b>2,4</b>	<b>4,3</b>	<b>1,4</b>
Land-, sjö- och lufttransport, transport i rörsystem samt stödtjänster härtill; resebyråverksamhet	12,7	5,4	2,3	3,4	1,7
Landtransport; transport i rörsystem	11,9	4,8	2,7	2,6	1,8
Post- och telekommunikationer	15,8 <sup>2</sup>	5,9	2,5	6,8	0,6
<b>Fastighets- och uthyrningverksamhet, företagstjänster</b>	<b>5,0<sup>1</sup></b>	<b>1,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>
Databehandlingsverksamhet m.m.	2,7 <sup>1</sup>	0,6	0,5	1,7	0,0

	Fått AFL Antal ersättningsdagar				
	1999	1-28	29-60	61-180	181-
Andra företagstjänster	6,9	3,0	1,6	1,9	0,4
<b>Utbildning</b>	<b>10,6</b>	<b>5,2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,0</b>	<b>0,9</b>
<b>Hälso- och sjukvård, sociala tjänster; veterinärverksamhet</b>	<b>9,8</b>	<b>4,0</b>	<b>0,7</b>	<b>3,0</b>	<b>2,1</b>
Hälso- o sjukvård, veterinärverksamhet	10,4	3,8	0,7	3,4	2,5
<b>Andra samhällliga och personliga tjänster, förvärvsarbete i hushåll</b>	<b>7,3</b>	<b>3,2</b>	<b>2,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>
Rekreations-, kultur- och sportverksamhet	9,2	3,9	4,3	1,1	0,0
<b>Offentlig förvaltning, försvar, internationell verksamhet</b>	<b>7,6</b>	<b>2,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,3</b>	<b>1,7</b>
<b>Samtliga</b>	<b>9,3</b>	<b>4,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>

1) Signifikant lägre mot män totalt

2) Signifikant högre mot män totalt

## 5 Sektor och ersatta sjukdagar AFL

I detta avsnitt delas arbetsmarknaden grovt upp i sektorer: statlig, kommunal, landsting och enskild sektor. Kategorin "Övrig offentlig verksamhet" har utelämnats, eftersom den har för få svarande i vår undersökning.

### Kön, sektor och ersatta dagar 1999

#### *Kvinnor*

	Stat lig	Kommunal	Landsting	En skild
Ersatta dar				
1-28	5,9	9,1	7,2	6,5
29-60	1,5	3,8	1,6	2,9
61-180	2,6	4,0	4,4	2,7
181-365	3,1	3,0	4,4	2,0
<b>Minst 1 dag</b>	<b>13,1</b>	<b>19,9</b>	<b>17,6</b>	<b>14,1</b>

Bland kvinnor finns den största andelen som fått ersättning AFL i sektorerna kommun (19,9 %) och landsting (17,6 %). Ser man till ersättning mer än 60 dagar är det vanligast för kvinnor inom landsting (8,8 %) och kommuner (7,0 %) jämfört med den statliga sektorns 5,7 % och den enskilda sektorns 4,7 %. I denna tabell har vi inte tagit hänsyn till åldersfördelningen inom sektorerna.

#### *Män*

	Statlig	Kommunal	Landsting	Enskild
Ersatta dar				
1-28	3,2	4,7	3,4	5,1
29-60	1,0	2,4	0,8	1,5
61-180	1,0	2,9	2,2	1,9
181-365	1,3	1,4	2,1	0,8
<b>Minst 1 dag</b>	<b>6,5</b>	<b>11,4</b>	<b>8,5</b>	<b>9,3</b>

Bland män finns den största andelen som fått ersättning AFL i sektorerna kommun (11,4 %), enskild (9,3 %) och landsting (8,5 %). Ser man till ersättning mer än 60 dagar är det vanligast för män inom kommuner och landsting (4,3 %) jämfört med övriga

sektorer, där andelen är under 3 %. I denna tabell har vi inte tagit hänsyn till åldersfördelningen inom sektorerna.

Värdena är inom varje sektor högre för kvinnor än för män. Bland landstingsanställda är det 1999 dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män att ha haft ersättning under mer än 60 dagar.

Ovan har visats hur andelen med ersättning varierar för kvinnor och män mellan sektorerna. I följande tabell visas för 1999 samma tabell fast uppdelad på tre ålderskategorier. (Några grupper är dock för få att redovisa.)

#### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

Sektor	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
Statlig	..	10,1	18,7	13,1	..	6,1	9,2	6,5
Kommunal	13,1	18,4	24,9	19,9	2,5	12,4	14,5	11,4
Landsting	..	14,8	24,0	17,6	..	..	..	8,5
Enskild	7,5	16,2	17,0	14,1	5,4	8,9	14,1	9,3
Totalt	9,2	16,4	21,3	16,5	4,9	9,0	13,6	9,3

För såväl kvinnor som män ökar andelen med ersättning AFL med stigande ålder.

De största andelarna gäller i flertalet åldersgrupper kommunanställda. Bland kvinnor i åldrarna 50–64 år är dock andelen med ersättning AFL på samma nivå bland landstingsanställda. Bland män i samma ålder är andelen lika för den kommunala och enskilda sektorn, medan landstingsanställda män är så få i urvalet att de inte redovisas.

I följande tabell visas andelen som haft mer än 60 dagars ersättning.

## Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar

Sektor	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
Statlig	..	4,2	9,1	5,7	..	1,3	4,5	2,3
Kommunal	3,0	5,6	10,8	7,0	..	2,8	8,6	4,3
Landsting	..	8,1	11,7	8,8	..	..	..	4,3
Enskild	1,4	5,4	7,0	4,7	1,0	2,1	5,8	2,7
Totalt	1,9	5,7	9,4	6,0	0,9	2,2	6,1	2,9

Totalt för kvinnor är det vanligast med ersättning minst 60 dagar bland landstingsanställda. Det gäller också om man går in i åldersgrupperna som är minst 30 år. Beträffande ersättning minst en dag var det vanligast för kommunanställda.

Bland männen är det vanligast inom kommun och landsting att ha ersättning mer än 60 dagar. Resultaten inom åldersgrupperna motsäger inte denna bild, men flera grupper är för få i urvalet för att kunna redovisas.

Den något förenklade bilden är alltså klar: Det är för kvinnor och män vanligast med sjukersättning AFL i den kommunala sektorn. Detta gäller även om ålder beaktas. När man ser till dem med minst 60 dagars ersättning under året, är det i stället vanligast inom landstingen.

## 6 Krav, kontroll och ersatta sjukdagar AFL

Att vara utsatt för stora krav och samtidigt ha litet inflytande över arbetet är en riskfylld kombination. Är man utsatt för stora krav i arbetet ökar risken för stressrelaterade besvär. Om man har en relativt god egenkontroll, dvs. inflytande över sin arbetsituation, kan man dock delvis hantera även stora arbetskrav. Dessa kan då göra arbetet stimulerande och utvecklande. Saknar man däremot inflytande kan stora krav bli mycket påfrestande. Detta är grundtanken i den s.k. krav/kontrollmodellen som utvecklades av Karasek och Theorell och som först främst tillämpades på risken för hjärt/kärlsjukdomar. Krav/kontrollmodellen (*job demands – job control*) har blivit vedertagen för analys av stressrelaterade besvär.

		Krav	
		Låga	Höga
Kontroll	Hög	Jobb med låg anspänning	Aktiva jobb
	Låg	Passiva jobb	Jobb med hög anspänning

*Jobb med låg anspänning.* Låga krav ställs på jobbet samtidigt som man har förutsättningar/möjligheter att kontrollera och påverka jobbet och det som händer.

*Aktiva jobb.* Höga krav ställs på jobbet samtidigt som det finns tillräckliga förutsättningar/möjligheter att klara kraven.

*Passiva jobb.* Låga krav ställs på jobbet samtidigt som det saknas förutsättningar/möjligheter att kontrollera och påverka det som händer.

*Jobb med hög anspänning.* Höga krav ställs på jobbet samtidigt som det saknas förutsättningar/möjlighet för att kontrollera och påverka jobbet och det som händer.

Med mått för dessa begrepp har visats hur vanliga olika kombinationer av krav och kontroll är och hur de hänger samman med

större eller mindre risker för stressrelaterade besvär och sjukdomar. De mått som används i det följande är inte identiska med dem som Theorell m.fl. använder. Här utnyttjas i stället åtta frågor som ingår i Arbetsmiljöundersökningen. De har gett underlag för ett index om krav och ett index om kontroll och kombinationer av dessa. Allmänt kan sägas att *våra mått är vidare beträffande problemen*. Fler personer beskrivs som att vara utsatta för höga krav och fler att ha lågt inflytande. En större andel anges utsatta för hög anspänning i arbetet. Det mest väsentliga är dock inte "nivån" utan att kunna jämföra grupper resultat och att följa utvecklingen över tiden. Arbetsmiljöundersökningen ger oss den unika möjligheten att följa utvecklingen under tioårsperioden 1989–1999.

Nedan visas hur vanligt det är att under året ha fått sjukersättning bland dem som utsatts för stora resp. små krav i arbetet, har litet resp. stort inflytande på arbetet eller olika kombinationer av dessa faktorer. Resultaten redovisas för kvinnor och män i olika ålder.

#### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
<b>Krav i arbetet</b>								
Låga krav	5,3	13,3	17,7	13,0	3,5	8,0	13,1	8,5
Höga krav	13,0	17,5	22,9	18,5	6,7	8,9	14,9	10,0
<b>Inflytande/kontroll i arbetet</b>								
Litet	10,6	18,9	24,8	19,1	6,8	10,8	17,2	11,4
Stort	7,5	12,1	16,2	12,7	3,4	6,7	11,7	7,7
<b>Krav och inflytande/kontroll</b>								
Låg anspänning	5,5	11,9	16,2	12,2	1,4	6,9	12,8	7,8
Aktiva jobb	10,0	12,4	16,2	13,2	5,5	6,6	10,5	7,5
Passiva jobb	5,2	15,0	19,8	14,0	5,7	9,6	13,6	9,5
Hög anspänning	14,7	20,9	27,1	21,8	7,8	11,7	19,9	12,9

Andelen kvinnor som fått sjukersättning är klart större bland dem som har utsatts för höga *krav i arbetet* än bland dem som har haft relativt låga krav på sig. Skillnaden är särskilt markerad bland yngre och äldre kvinnor. Bland männen är skillnaden däremot obetydlig utom bland de yngre. Det kan innebära att höga krav lika väl kan vara förknippade med positiva faktorer som med negativa.



Beträffande inflytande eller *kontroll över arbetet* är sambanden däremot otvetydiga. För såväl kvinnor som män och i alla åldersgrupper är andelen högre bland dem som har bristande inflytande över sin arbetsituation.

Av de fyra kombinationerna av *krav och kontroll* hänger, som väntat, den med höga krav och låg kontroll samman med hög andel som haft sjukersättning. Det gäller kvinnor och män i alla åldersgrupper.

Bland kvinnor och män (utom i den yngsta gruppen) finns den näst högsta andelen med sjukersättning i det som här kallats "passiva jobb". Det innebär att både krav och inflytande är relativt låga – en arbetsituation där man kan känna sig umbärlig. Inte sällan finns också fysiska påfrestningar och risker i dessa jobb.

Ovanstående avser andelen som fått minst en dags sjukersättning AFL under 1999. Nedan visas andelen som haft sjukersättning AFL mer än 60 dagar.

#### Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30- 49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
<b>Krav i arbetet</b>								
Låga krav	0,7	4,3	7,3	4,5	1,4	1,5	5,2	2,6
Höga krav	3,2	6,0	10,0	6,8	0,6	2,3	7,2	3,3
<b>Inflytande/kontroll i arbetet</b>								
Litet	2,7	6,5	11,6	7,3	1,4	1,8	9,2	3,5
Stort	0,9	3,9	5,8	4,0	0,6	2,1	4,3	2,5
<b>Krav och inflytande/kontroll</b>								
Låg anspänning	0,0	4,1	5,5	3,8	0,4	1,8	4,2	2,3
Aktiva jobb	2,1	3,7	6,2	4,3	0,8	2,5	4,4	2,7
Passiva jobb	1,3	4,5	10,0	5,2	2,4	1,3	7,0	2,9
Hög anspänning	3,7	7,5	12,4	8,4	0,4	2,2	10,8	4,0

Sambanden mellan krav, kontroll och mer än 60 ersatta dagar är tydligt. Vid höga krav och vid litet inflytande är det klart större andelar som fått ersättning. Det gäller för både kvinnor och män i varje åldersgrupp. Bland män som är utsatta för höga krav är sambandet med ersättning här tydligare än när vi såg till andelen med minst en dags ersättning.

De högsta andelarna med sjukersättning mer än 60 dagar finns bland dem som arbetar under hög anspänning. Det gäller för kvinnorna i alla åldrar och för männen totalt och bland dem som är minst 50 år.

Bland kvinnor och män i den äldsta åldersgruppen finns den näst högsta andelen med sjukersättning mer än 60 dagar i det som här kallats "passiva jobb".

Eftersom antalet ersatta sjukdagar AFL avser kalenderåret 1999, medan beskrivningarna av arbetsförhållandena gäller slutet av året, kan en del ha förändrat sin situation av hälsoskäl. I så fall kan sambandet mellan påfrestande arbetsförhållanden och sjukersättning vara ännu starkare än vad som framgår ovan.

För två frågor, en från vardera indexet om krav och kontroll, visas nedan *med hela svarsskalorna* sambandet med att få sjukersättning. (Ålder beaktas ej.)

#### Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL

##### **Måste hoppa över lunchen, arbeta över eller ta med jobb hem**

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst...	Fått ersättning minst...	Fått ersättning minst...	Fått ersättning minst...
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Varje dag	18,6	7,8	11,4	3,5
Varannan dag	17,2	6,4	9,3	3,2
Var femte dag	15,3	6,2	8,1	2,0
Var tionde dag	14,2	4,9	7,9	2,7
Sällan, aldrig	17,1	5,9	10,6	3,4

Bland kvinnorna gäller att ju vanligare det är att man måste hoppa över lunch, arbeta över eller ta med jobb hem, desto större är andelen som fått sjukersättning. Undantaget är de som sällan eller aldrig arbetar mera på sådana sätt, där andelen som fått sjukersättning är något högre. Så är det även när man ser till dem med ersättning mer än 60 dagar. Bland män är sambanden i huvudsak likadana. Att skillnaden mellan grupperna inte är större sammanhänger med att påfrestningen av den extra arbetsinsatsen ofta kan balanseras med olika kvaliteter i arbetet och inflytande över arbetssituationen.

## Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL

**Kan påverka arbetets uppläggning**

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....		Fått ersättning minst....	
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Alltid	13,5	4,5	7,0	2,9
För det mesta	16,0	5,5	8,9	2,9
För det mesta inte	18,1	6,9	11,1	2,4
Aldrig	19,8	7,9	14,4	4,5

Sambanden är tydliga: Ju vanligare det är att man saknar inflytande över arbetets uppläggning,, desto högre andel med sjukersättning. Det gäller såväl beträffande dem som fått ersättning minst en dag som dem som fått det mer än 60 dagar.

Tidigare har visats att kombinationen av krav och kontroll har tydligt samband med andelen som fått sjukersättning. Med hjälp av indexen för krav och kontroll, som har bildats av variabler ur Arbetsmiljöundersökningarna kan utvecklingen bland sysselsatta på den svenska arbetsmarknaden följas för hela den senaste tioårsperioden.

**Utveckling 1989–1999 bland anställda**

			1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Krav i arbetet</b>								
Höga krav	Kvinnor		48,7	45,8	49,6	53,0	57,3	58,8
	Män		45,6	42,5	47,9	48,9	52,5	52,7
<b>Inflytande/kontroll i arbetet</b>								
Litet	Kvinnor		39,3	49,1	50,8	51,9	54,8	55,4
	Män		30,9	37,7	39,4	40,1	44,1	43,7
<b>Krav och Inflytande/kontroll</b>								
Hög anspänning	Kvinnor		21,9	25,2	27,7	30,4	34,6	36,0
	Män		14,9	15,8	19,4	19,9	23,9	24,2

Från 1991 har andelen med *höga krav* enligt detta index ökat för kvinnor från 45,8 % till 58,8 % och för män från 42,5 % till 52,7 %. Andelen är alltså hela vägen något större bland kvinnor än män och ökningen något större. Ökningen av andelen med höga krav bland män verkar ha stannat av mellan 1997 och 1999.

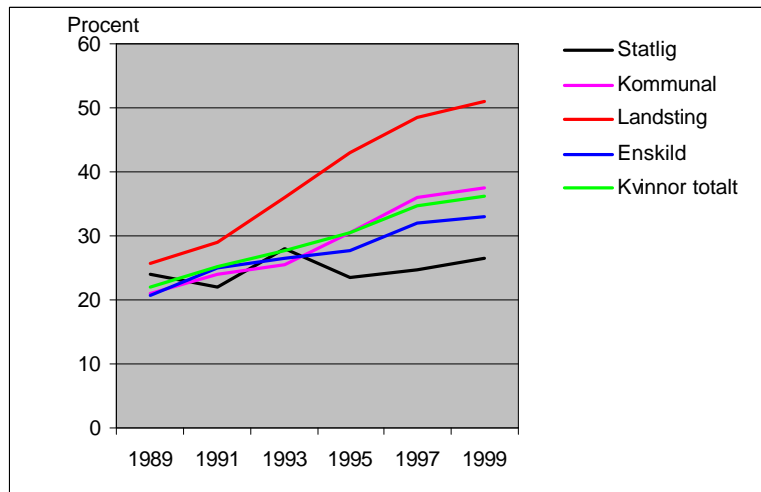
Andelen med *låg kontroll* enligt indexet ökar för såväl kvinnor som män med ungefär sex procentenheter från 1991 till 1999, dvs.

en något mindre förändring än beträffande kravindex. Det är hela tiden vanligare bland kvinnor än män att ha lågt inflytande över sin arbetssituation.

Kombinationen av höga krav och låg kontroll, *hög anspänning*, ökar enligt detta mått kraftigt under nittiotalet. Mellan 1991 och 1999 stiger andelen med hög anspänning för kvinnor från 25,2 % till 36,0 % och för män från 15,8 % till 24,2 %. Denna påfrestande kombination, vars samband med att ha haft sjukersättning vi visat ovan, har alltså blivit betydligt vanligare under det senaste årtiondet.

Följande diagram visar utvecklingen av jobb med hög anspänning i olika sektorer för kvinnor respektive män. Observera att det viktigaste är utvecklingstendenserna för de jämförda sektorerna och relationen mellan dem. Ett annat mått för krav och kontroll skulle troligen ge en något annan "nivå", alltså en högre eller lägre andel med hög anspänning.

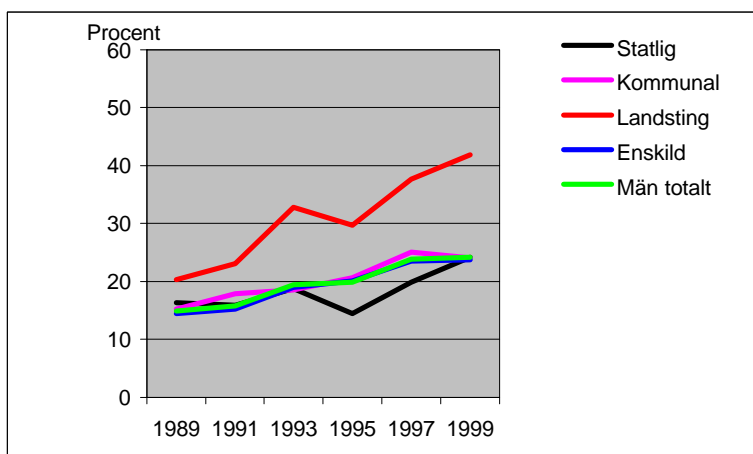
Diagram 1. Andelen kvinnor som har arbete med hög anspänning efter sektor. 1989–1999



Statlig	24,1	22,0	28,1	23,6	24,7	26,5
Kommunal	21,0	24,0	25,6	30,6	35,9	37,4
Landsting	25,8	29,0	35,9	43,0	48,4	50,9
Enskild	20,8	24,9	26,6	27,7	32,0	33,0
<b>Kvinnor totalt</b>	<b>22,0</b>	<b>25,2</b>	<b>27,7</b>	<b>30,4</b>	<b>34,8</b>	<b>36,3</b>

Andelen kvinnor som har arbete med hög anspänning ökade 1991–1999 med 11,1 procentandelar, medan motsvarande ökning för landstingsanställda kvinnor var 21,9.

Diagram 2. Andelen män som har arbete med hög anspänning efter sektor. 1989–1999



Statlig	16,3	15,9	18,8	14,4	19,9	24,2
Kommunal	15,2	17,9	18,5	20,6	25,1	24,1
Landsting	20,3	23,1	32,8	29,7	37,7	41,9
Enskild	14,4	15,2	19,0	20,1	23,5	23,7
<b>Män totalt</b>	<b>14,9</b>	<b>15,8</b>	<b>19,4</b>	<b>19,9</b>	<b>23,8</b>	<b>24,2</b>

Andelen män som har arbete med hög anspänning ökade 1991–1999 med 8,4 procentandelar, medan motsvarande ökning för landstingsanställda män var 18,8 procentandelar. Männens värden är genomgående lägre än kvinnornas.

Tidigare visades att det är en särskilt hög andel som haft sjuk-skrivningar med AFL-ersättning bland landstings- och kommunanställda kvinnor. Ovan har visats att den riskfyllda kombinationen av höga krav och litet inflytande (hög anspänning) blivit allt vanligare under 1990-talet. Här ser vi att det gäller i särskilt hög grad bland landstingsanställda och bland dessa särskilt kvinnor.

När alltfler arbetar under sådana villkor skulle det alltså kunna vara en bidragande förklaring till en ökning av sjukfrånvaron. Dock är den i och för sig markanta ökningen av andelen med hög anspänning inte så stor att den kan förklara huvuddelen av den drastiskt ökade sjukfrånvaron med ersättning AFL.

## 7 Socialt stöd, konflikter och ersatta sjukdagar AFL

I detta avsnitt beskrivs sambandet mellan å ena sidan några frågor om socialt stöd och konflikter och å den andra ersatta sjukdagar AFL.

### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

	Kvinnor				Män			
	16-29 år	30-49 år	50-64 år	Totalt	16-29 år	30-49 år	50-64 år	Totalt
<b>Chefen visar uppskattning</b>								
Varje vecka	8,8	13,6	15,5	13,0	4,4	7,6	15,7	8,6
Mindre	9,8	16,7	22,3	17,4	5,5	8,8	13,4	9,6
<b>Möjlighet till stöd och uppmuntran från chefer</b>								
För det mesta/ alltid	8,1	15,1	18,5	14,8	4,8	6,8	13,7	8,2
För det mesta inte/aldrig	11,9	17,4	25,6	19,0	5,9	11,3	14,2	11,3
<b>Konflikter/bråk på arbetsplatsen med chefer</b>								
Minst några ggr de senaste 3 mån	..	20,1	30,2	21,8	11,3	10,5	17,2	12,0
Mindre	8,3	15,3	20,0	15,6	3,9	8,1	13,5	8,8
<b>Möjlighet till stöd och uppmuntran från arbets kamrater</b>								
För det mesta/ alltid	9,4	15,5	20,3	15,8	5,5	8,2	14,1	9,2
För det mesta inte/aldrig	..	18,3	24,6	19,1	..	10,2	13,2	10,4

Bland kvinnor är det klart större andelar som har haft sjukersättning AFL bland dem som har sämre stöd från chefer och arbetskamrater. Särskilt stor är skillnaden mellan dem som har respektive inte har haft konflikter med chefer på arbetsplatsen. Så ser det också ut inom de olika åldersgrupperna.

Bland män är sambanden svagare och t.o.m. osäkra utom beträffande konflikterna. Så ser det även ut inom åldersgrupperna bland män.

Att skillnaderna i andel med sjukersättning inte är större – särskilt bland män – sammanhänger med andra arbetsförhållanden som samvarierar med det sociala stödet. De som har relativt lite stöd av chefer har ofta stimulerande och självständiga arbetsuppgifter. Bland dem som ofta *har* stöd finns i stället andra svårigheter som t.ex. fysiskt påfrestande eller enahanda arbetsuppgifter. Frågor om stöd och gott chefskap bör därför studeras *inom* kategorier av ungefär samma typ av arbete.

Det kan också tänkas att en del som haft bristande stöd har "försvunnit" ut ur populationen genom att ha varit frånvarande minst tre månader före intervju tillfället.

#### **Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar**

	Kvinnor				Män			
	16-29 år	30-49 år	50-64 år	Totalt	16-29 år	30-49 år	50-64 år	Totalt
<b>Chefen visar uppskattning</b>								
Varje vecka	2,1	3,1	4,8	3,4	1,0	2,5	7,0	3,2
Mindre	1,9	5,9	10,1	6,6	1,0	1,8	6,0	2,9
<b>Möjlighet till stöd och uppmuntran från chefer</b>								
För det mesta/ alltid	2,3	4,7	7,4	5,1	1,2	1,6	5,8	2,6
För det mesta inte/aldrig	1,4	6,7	11,7	7,3	0,6	2,6	6,6	3,5
<b>Konflikter/bråk på arbetsplatsen med chefer</b>								
Minst några ggr de senaste 3 mån	..	7,0	12,2	6,8	0,6	1,9	6,9	2,6
Mindre	2,1	5,0	8,7	5,7	1,1	2,0	6,1	3,0
<b>Möjlighet till stöd och uppmuntran från arbetskamrater</b>								
För det mesta/ alltid	1,9	5,0	8,5	5,5	1,1	1,9	6,2	2,9
För det mesta inte/aldrig	..	7,7	11,6	8,1	..	2,3	6,0	3,4



Bland kvinnor är andelen som haft sjukersättning mer än 60 dagar klart vanligare bland dem som inte får uppskattning, inte får stöd från chefer eller arbetskamrater eller som har konflikter med chefer. Det gäller inte i den yngsta åldersgruppen.

Bland män är sambanden otydliga. Sjukersättning minst en dag visade sig vara vanligare bland dem som hade vissa konflikter med chefer. När man ser till sjukersättning mer än 60 dagar, saknas dock även detta samband.

Kvinnors sjukfrånvaro (med ersättning AFL) är alltså vanligare när sociala relationer är bristfälliga. Bland män kan inte detta samband påvisas. Som tidigare noterats kunde kanske betydelsen av de sociala relationerna framstå tydligare, om man jämförde likartade jobb.

I tablan nedan visas utvecklingen under nittiotalet av uppskattning och stöd från chefer, konflikter med chefer samt stöd från arbetskamrater. Genomgående redovisas andelen som inte får stöd m.m. – alltså den negativa bilden. Två av frågorna har ställts endast sedan 1995.

#### Utveckling 1989–1999 bland anställda

		1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Chefen visar uppskattning</b>							
Varje vecka	Kvinnor				26,3	26,2	25,7
	Män				29,5	28,9	29,8
<b>Möjlighet till stöd och upp muntran från chefer</b>							
För det mesta	Kvinnor	29,1	27,5	28,4	30,0	31,5	31,8
inte/aldrig	Män	34,5	35,3	37,0	36,1	35,6	36,4
<b>Konflikter/bråk på arbetsplatsen med chefer</b>							
Minst några ggr.	Kvinnor				10,0	9,4	9,3
de senaste 3 mån	Män				12,8	14,7	14,8
<b>Möjlighet till stöd och uppmuntran från arbetskamrater</b>							
För det mesta	Kvinnor	10,8	10,5	9,9	11,0	11,1	11,8
inte/aldrig	Män	17,8	18,7	19,9	18,1	17,2	17,7

För såväl kvinnor som män gäller att uppskattningen från chefer är ungefär lika vanlig i undersökningarna 1995–1999. Bristande stöd och uppmuntran från chefer tenderar att öka bland kvinnor men är stabil bland män. Andelen som har haft konflikter med chefer är stabil för kvinnor och ökar något för män. Andelen som saknar stöd och uppmuntran från arbetskamrater är stabil bland såväl kvinnor som män.

Dessa frågor om socialt stöd och konflikter har alltså för kvinnor men inte för män ett visst samband med ersatta sjukdagar AFL. Andelen med bristande stöd eller med konflikter visar inte någon stor förändring under nittiotalet. Dessa förhållanden verkar inte kunna förklara mycket av de senaste årens ökade sjukfrånvaro eller drastiskt ökade antal ersatta sjukdagar (AFL).

## 8 Kroppsliga påfrestningar och ersatta sjukdagar AFL

I detta avsnitt beskrivs sambandet mellan å ena sidan några frågor om kroppsliga påfrestningar och å den andra ersatta sjukdagar AFL.

### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

	Kvinnor				Män			
	16-29	30-49	50-64	Totalt	16-29	30-49	50-64	Totalt
	år	år	år		år	år	år	
<b>Arbetar rent kroppsligt</b>								
Minst 1/2 tiden	12,7	23,3	26,4	21,5	7,4	12,6	24,1	13,5
Mindre	7,6	13,5	19,0	14,4	3,6	6,9	11,0	7,7
<b>Upprepar enbart samma arbetsmoment många ggr/tim</b>								
Minst 1/2 tiden	10,1	20,7	22,5	19,1	6,9	11,7	18,4	12,3
Mindre	8,8	12,5	19,5	14,1	3,4	6,7	11,4	7,5
<b>Arbetar i vriden ställning</b>								
Minst 1/4 av tiden	12,3	22,3	25,9	21,1	6,6	11,1	21,6	12,8
Mindre	7,8	13,3	18,8	14,2	4,6	7,7	11,6	8,2

Dessa tre frågor om fysiska påfrestningar ger i alla kategorier kraftigt utslag i större andelar med ersatta sjukdagar AFL. Särskilt starkt är sambandet för kvinnor i mellanåldrarna och män som är minst 50 år.

Nedan visas motsvarande samband för sjukersättning mer än 60 dagar.

## Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
<b>Arbetar rent kroppsligt</b>								
Minst 1/2 tiden	2,9	7,5	10,6	7,1	1,3	2,8	13,1	4,6
Mindre	1,6	4,5	8,6	5,4	0,8	1,6	4,3	2,3
<b>Upprepar enbart samma arbetsmoment många ggr/tim</b>								
Minst 1/2 tiden	2,1	6,3	8,8	6,3	2,0	2,5	9,0	4,2
Mindre	1,9	4,5	9,0	5,5	0,2	1,7	4,6	2,3
<b>Arbetar i vriden ställning</b>								
Minst 1/4 av tiden	2,5	6,3	10,2	6,5	1,4	2,7	12,0	4,8
Mindre	1,7	4,8	8,4	5,5	0,8	1,7	4,5	2,4

Andelen med mer än 60 dagars sjukersättning är klart större bland dem som har kroppsligt ansträngande arbete eller vriden arbetsställning. Det gäller kvinnor och män i alla åldrar. Sambandet ser likadant ut beträffande upprepade arbetsmoment dock inte bland kvinnor som är 50 år och mer. Bland män i den äldre gruppen verkar det vara en särskilt tydlig skillnad mellan dem som har och dem som inte har kroppsligt ansträngande arbete.

För dessa tre frågor visas nedan med hela svarsskalorna sambandet med att få sjukersättning. (Ålder beaktas ej.)

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som utsätts för viss exponering

#### Arbetar kroppsligt

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....		Fått ersättning minst....	
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Hela tiden	24,8	7,2	12,7	4,3
¾ av tiden	21,6	6,2	14,8	4,3
Halva tiden	17,8	7,6	13,5	5,1
¼ av tiden	19,7	7,1	11,8	3,6
Lite, 1/10 av tiden	13,8	4,7	8,4	2,3
Inte alls	13,7	5,4	6,3	2,0

Bland såväl kvinnor som män gäller: Ju större del av tiden man arbetar med viss kroppsansträngning desto högre är andelen som fått sjukersättning minst en dag. Det är mycket markerat bland kvinnor som arbetar så minst tre fjärdedelar av tiden. Sambandet med ersättning minst 60 dagar är inte lika tydligt efter hela svars-skalan, men de som endast har lite eller inget kroppsligt arbete har lägre andel med ersättning. Här finns skäl att misstänka en selektionseffekt; en del med hälsoproblem kan inte arbeta med så kroppsligt ansträngande arbete. En del kan t.o.m. vara frånvarande från arbetet de senaste tre månaderna före intervjun och har därmed kommit utanför Arbetsmiljöundersökningens population.

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som utsätts för viss exponering

#### Upprepade arbetsmoment många gånger i timmen

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....		Fått ersättning minst....	
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Hela tiden	19,9	5,9	12,4	5,0
¾ av tiden	16,3	6,9	12,5	4,7
Halva tiden	20,1	6,4	12,1	2,4
¼ av tiden	13,2	5,4	7,7	2,3
Lite, 1/10 av tiden	15,5	5,1	9,0	2,9
Inte alls	13,7	5,7	6,4	1,9

Tendensen är tydligare bland män än kvinnor att ju större del av arbetstiden man utför mycket upprepade moment desto högre andel som fått sjukersättning. Detta förhållande är likadant vid sjukersättning mer än 60 dagar. Det är ovisst varför mycket upprepade arbetsmoment verkar vara mera ohälsosamma för män än för kvinnor, men det kan sammanhånga med att sådant arbete bland män ofta är fysiskt tungt.

Det kan också finnas selektionseffekter bland såväl kvinnor som män, som innebär att de som har mest hälsoproblem inte i samma utsträckning utför arbete där hela arbetstiden präglas av mycket upprepade arbetsmoment.

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som utsätts för viss exponering

#### Arbetar i vriden ställning

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....	61 dar	Fått ersättning minst....	61 dar
Hela tiden	25,6	6,6	18,7	8,2
¾ av tiden	22,5	5,6	17,4	6,3
Halva tiden	21,5	7,2	11,2	4,6
¼ av tiden	18,7	6,5	9,7	3,1
Lite, 1/10 av tiden	16,6	6,6	11,3	3,0
Inte alls	12,3	4,7	5,7	1,8

Bland såväl kvinnor som män gäller: Ju större del av tiden man arbetar i vriden ställning, desto högre är andelen som fått sjukersättning minst en dag. Sambandet med ersättning minst 60 dagar är också tydligt för män, medan för kvinnor endast gruppens om inte alls arbetar i vriden ställning avviker genom att ha lägre andel med sjukersättning. Detta mått på en påfrestande arbetsställning visar således ett tydligt samband med andelen med sjukersättning – för kvinnor dock inte vad gäller dem med fler ersatta dagar.

Nedan visas utvecklingen av dessa tre förhållanden under perioden 1989–1999.

**Utveckling 1989–1999 bland anställda**

			1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Arbetar rent kroppsligt</b>								
Minst 1/2 tiden	Kvinnor		26,9	24,3	24,7	24,6	23,8	24,1
	Män		30,6	31,1	30,2	29,4	29,2	28,5
<b>Upprepar enbart samma arbetsmoment många ggr/tim</b>								
Minst 1/2 tiden	Kvinnor		42,0	38,3	39,4	42,9	44,5	44,0
	Män		32,7	31,6	32,5	34,0	36,2	37,1
<b>Arbetar i vriden ställning</b>								
Minst 1/4 av tiden	Kvinnor		25,1	26,1	25,7	27,3	27,5	29,0
	Män		25,9	25,8	25,9	25,5	26,1	25,5

Det är bland kvinnor ungefär samma andel med kroppsligt arbete under hela nittiotalet. Bland männen kan en svagt minskande andel med kroppsligt arbete skönjas.

Att arbeta minst halva arbetstiden med mycket upprepade moment har under nittiotalet successivt blivit något vanligare bland såväl kvinnor som män.

Andelen som arbetar i vriden ställning har tenderar att öka något bland kvinnor under nittiotalet. Bland män har andelen varit stabil.

I detta avsnitt har visats att sambanden är starka mellan kroppsliga påfrestningar i arbetet och sjukersättning. Dessa arbetsmiljöfaktorer har under nittiotalet blivit något vanligare. Denna begränsade ökning kan dock inte räcka som förklaring till kraftigt ökade andelar som får sjukersättning.

## 9 "Alldeles för mycket att göra" och "enformigt arbete" – och ersatta sjukdagar AFL

I detta avsnitt beskrivs sambandet mellan å ena sidan upplevelsen att man har alldeles för mycket att göra eller att arbetet är enformigt och å den andra sidan ersatta sjukdagar AFL.

### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
Har alldeles för mycket att göra								
Instämmer helt eller delvis	14,0	16,0	21,7	17,4	5,9	8,9	14,1	9,7
Instämmer inte	2,9	15,8	19,6	14,3	4,1	7,9	13,4	8,8
Har ett enformigt arbete								
Instämmer helt eller delvis	7,5	22,9	25,5	19,0	7,1	11,5	23,1	12,4
Instämmer inte	10,1	14,3	20,0	15,5	4,1	7,7	12,1	8,4

Frågan om man har alldeles för mycket att göra ger ganska litet utslag utom för unga kvinnor. Detta skulle kunna innebära att detta mycket vanliga sätt att beskriva sin arbetssituation inte står för en reell påfrestning för hälsan. Men observera att en hög arbetsbelastning samtidigt är ett mycket starkt skäl för närvaro!

Frågan om enformigt arbete ger starka skillnader i alla grupper. Bland dem som uppfattar sitt arbete som enformigt är andelen klart större som har fått sjukersättning. Det är särskilt stor skillnad bland män i den äldsta gruppen.

Nedan visas dessa frågors samband med sjukersättning som är mer omfattande än 60 dagar under kalenderåret 1999.



**Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar**

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29	30-49	50-64		16-29	30-49	50-64	
	år	år	år		år	år	år	
<b>Har alldeles för mycket att göra</b>								
Instämmer helt eller delvis	3,2	5,4	8,9	6,1	0,8	2,1	6,7	3,1
Instämmer inte	0,2	5,2	9,0	5,4	1,3	1,7	5,7	2,9
<b>Har ett enformigt arbete</b>								
Instämmer helt eller delvis	0,7	7,5	10,8	6,3	1,9	2,1	11,1	3,8
Instämmer inte	2,6	4,7	8,6	5,7	0,6	2,0	5,3	2,7

Frågan om man har alldeles för mycket att göra ger även för den mer omfattande sjukersättningen litet utslag utom för unga kvinnor. Återigen: att ha för mycket att göra är en påfrestning och samtidigt ett skäl för närvaro.

I flertalet grupper är det vanligare med mycket sjukersättning bland dem som uppfattar sitt arbete som enformigt. Det är särskilt stor skillnad bland män i den äldsta gruppen.

Nedan visas utvecklingen för dessa förhållanden 1989–1999.

**Utveckling 1989–1999 bland anställda**

		1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Har alldeles för mycket att göra</b>							
Instämmer helt eller delvis	Kvinnor	52,0	47,0	51,8	54,6	62,6	64,5
	Män	48,9	44,2	49,7	51,7	57,2	57,4
<b>Har ett enformigt arbete</b>							
Instämmer helt eller delvis	Kvinnor	20,0	17,6	16,2	18,0	19,2	19,5
	Män	18,0	15,9	16,7	18,1	20,5	21,8

Andelen kvinnor och män som instämmer helt eller delvis i att de har alldeles för mycket att göra har ökat successivt och kraftigt

under nittiotalet. För kvinnor går ökningen från 47,0 procent 1991 till 64,5 procent 1999. Motsvarande förändring går för män från 44,2 till 57,4 procent.

Andelen som instämmer helt eller delvis i att arbetet är enformigt ökar något under nittiotalet, bland kvinnor från 17,6 till 19,5 procent och bland män från 15,9 till 21,8 procent.

Det har under nittiotalet blivit allt vanligare att uppfatta att man har alldeles för mycket att göra. Sambandet mellan att uppge sig ha alldeles för mycket att göra och att ha fått sjukersättning är svagt. Påfrestningen av för mycket arbete kan förväntas bidra till sjukfrånvaro, men att ha mycket att göra kan samtidigt vara stimulerande och ett starkt skäl för närvaro. Till en viss gräns kan det tänkas gälla även om man inte är frisk. Sammantaget skulle detta kunna förklara att det statistiska sambandet mellan att ha alldeles för mycket att göra och att ha fått sjukersättning "försvinner".

## 10 Ont, olust, sömnsvårigheter och ersatta sjukdagar

Arbetsmiljöundersökningen innehåller frågor om olika former av besvär, uppfattat som reaktioner på påfrestningar i arbetsmiljön. Här undersöks sambanden mellan besvär och att ha fått sjukersättning. De variabler som används är olust när man går till arbetet, sömnsvårigheter pga. jobbet samt ett samlat mått på belastningsbesvär (ont i övre delen av ryggen/nacken, axlar/armar, ländryggen, höfter, ben). I detta avsnitt benämns detta mått "ont i kroppen".

I vilken utsträckning får de sjukersättning som har ont eller besvär?

### Andel som under 1999 haft ersättning AFL

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
<b>Ont i kroppen</b>								
Varje vecka	13,0	20,7	26,9	21,6	7,7	12,8	17,8	13,5
Mindre ofta	5,1	9,8	9,0	8,6	3,5	5,1	9,7	5,9
<b>Olust när man skall gå till arbetet</b>								
Varje vecka	13,1	26,4	34,1	26,5	6,9	16,1	22,0	15,6
Mindre ofta	8,6	13,5	17,2	13,7	4,6	6,8	11,8	7,8
<b>Sömnsvårigheter pga.tankar på arbetet</b>								
Varje vecka	17,4	21,1	33,0	25,4	7,6	12,9	16,5	13,4
Mindre ofta	8,2	14,4	15,5	13,5	4,7	7,6	12,3	8,2

För både kvinnor och män och för samtliga tre använda besvärsvariabler visas betydligt större andelar med sjukersättning för dem med besvär. Det är förväntat och rimligt. Att ha ont i kroppen, att känna olust inför att gå till arbetet, att ha svårt att sova p.g.a. tankar på arbetet är rimliga skäl för frånvaro. Det tyder på att en väsentlig del av ohälsa och frånvaro är arbetsrelaterad. Även ett hälsoproblem som främst beror på annat än arbetet kan bidra till att man

känner olust när man skall gå till arbetet eller kan göra det svårt att sova när man förväntar sig en svår arbetsdag.

**Andel som under 1999 haft ersättning AFL mer än 60 dagar**

	Kvinnor			Totalt	Män			Totalt
	16-29 år	30-49 år	50-64 år		16-29 år	30-49 år	50-64 år	
<b>Ont i kroppen</b>								
Var vecka	2,8	7,2	12,3	8,3	2,4	3,1	9,2	5,0
Mindre ofta	1,0	2,9	2,3	2,4	0,2	1,1	3,1	1,4
<b>Olust när man skall gå till arbetet</b>								
Var vecka	3,3	10,2	17,3	11,3	0,0	4,7	10,8	5,3
Mindre ofta	1,7	4,2	6,8	4,6	1,2	1,3	5,0	2,4
<b>Sömnsvårigheter pga.tankar på arbetet</b>								
Var vecka	2,9	8,1	14,9	10,2	0,8	4,3	8,8	5,4
Mindre ofta	1,9	4,5	6,4	4,5	1,1	1,5	4,8	2,3

De tidigare beskrivna sambanden mellan olika besvär och sjukersättning AFL gäller ännu starkare när man – som här – ser till ersättning mer än 60 dagar. Bland kvinnor som är minst 50 år är skillnaden särskilt stor mellan dem som har ont i kroppen och dem som inte har det.

Nedan visas mera precis några utfallsvariablers samband med sjukersättning. Hela svarsskalorna används från "Varje dag" till "Sällan eller aldrig". Frågorna avser olust inför att gå till arbetet, sömnsvårigheter på grund av arbetet samt ont i övre delen av ryggen eller nacken. Den senare ingår i indexet "ont i kroppen" som använts ovan.

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som har haft vissa besvär

**Ont i övre delen av ryggen eller nacken**

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Varje dag	32,4	15,2	24,0	10,7
Varannan dag	17,4	6,2	14,4	5,6
Var femte dag	15,5	4,5	9,5	2,6
Var tionde dag	12,1	4,1	9,3	2,4
Sällan, aldrig	11,4	3,2	6,7	1,7

Ju oftare man har ont i övre delen av ryggen eller nacken desto större andel som har haft sjukersättning under året. För kvinnor och män, som har ont varje dag, är sambandet särskilt starkt. Bland dessa kvinnor har en av tre haft ersättning och bland män en av fyra. Sambanden är ännu tydligare beträffande ersättning mer än 60 dagar. Det är i storleksordningen fem gånger större andel kvinnor och män som haft så mycket ersättning bland dem som varje dag har ont jämfört med dem som sällan eller aldrig har det.

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som har haft vissa besvär

**Olust när man skall gå till jobbet**

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Varje dag	38,7	16,1	22,9	9,6
Varannan dag	26,2	11,1	16,0	5,2
Var femte dag	22,1	9,6	12,7	3,7
Var tionde dag	15,6	5,5	8,9	2,5
Sällan, aldrig	12,9	4,1	7,3	2,3

Ju oftare man känner olust när man skall gå till arbetet, desto större andel som har haft sjukersättning under året. Sambandet är starkt för såväl kvinnor som män och speciellt beträffande ersättning mer än 60 dagar.

Andel som under 1999 haft sjukersättning AFL bland dem som har haft vissa besvär

**Svårt att sova p.g.a. att tankar på jobbet håller en vaken**

	Kvinnor		Män	
	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....	Fått ersättning minst....
	1 dag	61 dar	1 dag	61 dar
Varje dag	42,3	21,9	..	..
Varannan dag	24,9	8,5	12,6	4,4
Var femte dag	21,7	8,9	10,8	4,9
Var tionde dag	14,8	5,5	8,1	2,4
Sällan, aldrig	13,0	4,2	8,3	2,2

Svårigheter att sova p.g.a. tankar på arbetet har ett starkt statistiskt samband med sjukersättning. Mer än 40 procent av kvinnor som varje natt har svårt att sova därför att de tänker på jobbet har fått sjukersättning minst en dag och mer än 20 procent har fått ersättning mer än 60 dagar under året. Gruppen som sover så illa är ganska liten och bland män så få i vårt urval att vi inte redovisar resultatet. Sjukskrivning mer än 60 dagar på ett år är dubbelt så vanligt bland dem som varannan dag har svårt att sova jämfört med dem som sällan eller aldrig har det. Relationstalet är lika för kvinnor och män.

Nedan visas hur andelen som har ont i kroppen, känner olust eller har svårt att sova har utvecklats under perioden 1989–1999.

**Utveckling 1989–1999 bland anställda**

		1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Ont i kroppen</b>							
Varje vecka	Kvinnor	50,7	50,4	49,8	54,2	55,2	58,7
	Män	39,1	38,6	38,2	41,1	42,5	44,6
<b>Känner olust att gå till arbetet</b>							
Varje vecka	Kvinnor			12,3	14,7	16,9	18,4
	Män			14,6	13,4	14,3	18,5
Har svårigheter att sova p.g.a. tankar på jobbet							
Varje vecka	Kvinnor	13,2	12,6	12,1	16,0	18,1	22,0
	Män	11,7	11,4	11,5	13,9	14,7	18,2
Ont i övre delen av ryggen eller nacken							
Varje vecka	Kvinnor	31,7	32,3	32,3	36,3	38,2	41,9
	Män	18,7	18,2	19,0	20,3	21,7	23,9

Andelen som har ont i kroppen ökar från 1993 till 1999 för såväl kvinnor som män. För kvinnorna från 49,8 till 58,7 % och för män från 38,2 till 44,6 %. (Ev. förändringar i åldersstrukturen har ej beaktats.) En av frågorna som ingår i ovanstående index om ont i kroppen avser ont i övre delen av ryggen eller nacken. Andelen med ont i denna del ökar markant från 1993 bland kvinnor (från 32,3 till 41, %) men mindre dramatiskt bland män (från 19,0 till 23, %).

Andelen kvinnor och män som känner olust när de skall gå till arbetet har ökat successivt sedan 1993, då denna fråga infördes i Arbetsmiljöundersökningen från 12,3 till 18,4 % bland kvinnor och från 14,6 till 18,5 % bland män.

Även beträffande svårigheter att sova på grund av tankar på jobbet ökar andelen bland kvinnor och män från 1993 och framåt: från 12,1 till 22,0 % för kvinnor och från 11,5 till 18,2 % för män.

Det råder som väntat tydliga samband mellan vissa besvär (så som de definieras av de använda frågorna) och att ha fått sjukersättning. Besvären har successivt blivit vanligare från 1993 och framåt. Sjukfrånvarons utveckling hänger samman med många förhållanden, bl.a. försäkringssystemets utformning. Den ökande andelen som uppger besvär av olika slag innebär kan dock ses som ett ökat "behov av" att få vara sjukfrånvarande.

## 11 Företagarnas arbetsmiljö och ersatta sjukdagar AFL

Antalet företagare som besvarat enkätfrågorna i Arbetsmiljöundersökningen 1999 var 450 män och 200 kvinnor. Därför är underlaget, särskilt beträffande kvinnor, så litet att det blir alltför osäkra resultat, om man delar in dem efter deras arbetsmiljö. Nedan skall ändå några sådana grova uppdelningar göras. Resultaten måste tolkas försiktigt.

### **Kvinnor 1999**

Ersatta dagar	16-49 år	50-64 år	Totalt
0 dagar	86,5	85,3	86,0
1-60 dagar	8,9	8,9	8,9
61 och fler dagar	4,6	5,8	5,1
Minst 1 dag	13,5	14,7	14,0

Totalt har ungefär 14 procent av de kvinnliga företagarna haft ersättning AFL under 1999. Vanligast är ersättning högst 60 dagar.

### **Män 1999**

Ersatta dagar	16-49 år	50-64 år	Totalt
0 dagar	88,2	87,7	88,0
1-60 dagar	8,9	8,8	8,8
61 och fler dagar	2,8	3,5	3,1
Minst 1 dag	11,8	12,3	12,0

Totalt har ungefär 12 procent av de manliga företagarna haft ersättning AFL under 1999. Vanligast är ersättning högst 60 dagar. Ersättning mer än 60 dagar förefaller vara något vanligare bland kvinnor.

Nedan jämförs för några samband mellan påfrestningar i arbetet och att ha haft sjukersättning AFL under året.



**Andel som under 1999 haft ersättning AFL minst en dag**

	Kvinnor	Män
<b>Arbetar rent kroppsligt</b>		
Minst 1/2 tiden	..*	17,7
Mindre	10,3	8,6
<b>Krav i arbetet</b>		
Låga krav	11,2*	10,4
Höga krav	13,0	13,8
<b>Har alldeles för mycket att göra</b>		
Instämmer helt eller delvis	12,1	
Instämmer inte	8,2	13,5

Antalet svar från kvinnor med kroppsligt arbete är 75, och resultatet redovisas ej. Antalet svar från kvinnor med låga krav i arbetet är 98 personer och med alldeles för mycket att göra 96 personer. Dessa resultat är därför mycket osäkra.

Bland manliga företagare har de med kroppsligt arbete dubbelt så stor andel med sjukersättning. Att ha stora krav på sig i arbetet ökar risken för frånvaro med ersättning, men skillnaden är inte särskilt stor. De som uppger att de har alldeles för mycket att göra har inte högre andel med sjukersättning än andra. Ungefär så ser det ut även bland anställda. Att ha en stor arbetsbelastning är säkert påfrestande men också ett starkt skäl för närvaro.

Nedan visas utvecklingen av dessa tre förhållanden under perioden 1989–1999.

**Utveckling av vissa påfrestningar 1989–1999 bland företagare**

		1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Arbetar rent kroppsligt</b>							
Minst 1/2 tiden	Kvinnor	43,2	43,2	43,6	42,5	35,7	40,6
	Män	30,6	31,3	30,8	28,2	31,7	30,7
<b>Krav i arbetet</b>							
Höga krav	Kvinnor	47,0	42,7	48,3	48,2	44,0	51,4
	Män	66,8	58,9	59,1	66,2	61,9	64,8
<b>Har alldeles för mycket att göra</b>							
Instämmer helt eller delvis	Kvinnor	45,4	34,9	36,4	41,7	37,6	44,4
	Män	57,4	47,4	49,1	52,0	53,4	58,0

Bland såväl kvinnliga som manliga företagare är andelen som har kroppsligt arbete i stort sett stabilt under nittioalet. Det skulle tyda på att denna påfrestning som sammanhänger med sjukfrånvaro har ungefär samma betydelse under perioden.

Kraven i arbetet har för såväl kvinnor som män en någorlunda stabil andel med en viss "svacka" i början av årtiondet. Något liknande kan sägas om andelen som helt eller delvis instämmer i att de har alldeles för mycket att göra. 1999 är andelarna åter på samma nivå som 1989. Ovan har visats att dessa förhållanden inte har något starkt samband med frånvaro och ersättning. Det skall dock inte tolkas som att det inte är en hälsorisk att vara utsatt för höga krav och att ha alldeles för mycket att göra. Sambandet är bara mera komplext. Här kan detta inte beläggas närmare. Man behöver skilja mellan olika situationer: en stimulerande känsla av att behövas, att klara av besvärliga arbetsuppgifter och/eller att ha svårare att klara kraven, en känsla av maktlöshet, att arbeta under sjukfrånvaro och skjuta en ökande hälsorisk framför sig.

Utvecklingen av vissa besvär under nittioalet beskrivs nedan.

#### Utveckling av vissa besvär 1989-1999 bland företagare

		1989	1991	1993	1995	1997	1999
<b>Ont i kroppen</b>							
Varje vecka	Kvinnor	54,5	53,1	54,6	53,9	56,2	63,4
	Män	46,4	45,8	46,6	51,6	49,5	49,0
<b>Känner olust att gå till arbetet</b>							
Varje vecka	Kvinnor			7,8	8,8	9,2	11,7
	Män			11,4	13,1	10,6	11,5
Varje vecka	Kvinnor	15,4	15,5	14,7	20,8	21,5	20,0
	Män	22,5	22,7	19,5	22,7	24,9	25,3
Varje vecka	Kvinnor	34,2	32,7	34,6	37,9	38,1	45,2
	Män	20,6	23,1	23,3	26,7	24,6	24,9

Bland kvinnorna tenderar alla dessa besvär att öka. Andelen som har ont i kroppen ligger högre än tidigare under nittioalets sista år. Det gäller bl.a. ont i övre delen av ryggen eller nacken.

Andelen som upplever olust när de skall gå till arbetet tenderar att öka. Andelen som har sovsvårigheter på grund av att de tänker på arbetet ligger klart högre under nittioalets senare hälft jämfört med tidigare.

Bland männen är förändringarna mindre. Andelen med ont i kroppen är något högre under andra delen av årtiondet. Det gäller kanske även ont i övre delen av ryggen eller nacken.

En stabil andel av manliga företagare känner olust när de skall gå till arbetet.

Svårigheterna att sova berör en ungefär lika stor andel under hela nittiotalet.

Vissa ökningarna av andelen med besvär kan alltså noteras bland kvinnliga företagare och i mindre utsträckning bland manliga. Den utvecklingen av besvären pekar ändå mot ett visst ökat "behov av" att kunna vara sjukfrånvarande snarare än motsatsen.

# Den långa sjukfrånvaron på två års sikt

Rapport från  
Kommun- och välfärdsenheten

Statskontoret



## Uppdrag att beskriva sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension

Sjukförsäkringsutredningen har gett Statskontoret i uppdrag att vidareutveckla den tidigare redovisade beskrivningen av sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension som redovisades till utredningen i maj 2000.

I den bifogade promemorian *Den långa sjukfrånvaron på två års sikt* redovisas det samlade resultatet av arbetet.

Direktör Carl-Göran Högås, chef för Kommun- och välfärdsenheten, har beslutat i detta ärende. Avdelningsdirektör Dan Ljungberg, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Dan Ljungberg



## Sammanfattning

Den framtida utvecklingen av antalet sjukfall som varat mer än ett år kan beskrivas utifrån tre olika scenarier. I scenario 1 fortsätter utvecklingen som under de senaste åren, vilket innebär en kraftig ökning av antalet sjukfall på två års sikt. I scenario 2 beskrivs hur åtgärder vidtas för att åstadkomma en stabilisering eller svag minskning under motsvarande tid och i scenario 3 hur åtgärder vidtas för att åstadkomma ett kraftigt trendbrott mot snabbt sjunkande antal. De åtgärder som kan vidtas är ökad rehabilitering och förtidspensionering.

Åtgärden ökad förtidspensionering torde i första hand kunna användas för att öka utflödet eftersom det närmast är bland de sjukfall som redan varat mer än ett år som behovet kan finnas. Åtgärden medför initialt en viss ökning av administrationskostnaderna som på sikt vänds till en minskning. Försäkringskostnaderna påverkas i positiv riktning, men det är osäkert hur mycket. Förtidspensioneringen för med sig en betydande nackdel genom att den bidrar till det redan växande problemet med sysselsättning och försörjningsbörda.

Åtgärden rehabilitering skulle kunna påverka såväl utflödet, genom att personer som varit sjukskrivna över ett år återfår sin arbetsförmåga, som inflödet, genom rehabilitering av personer som ännu inte varit sjukskrivna så länge, men som annars skulle riskera att bli det. Erfarenheten talar för att det är i syfte att påverka inflödet som det finns en större potential, eftersom rehabilitering högst sannolikt är mer effektiv bland de kortare sjukfallen. Rehabilitering medför initialt ett ökat resursbehov. En god kontroll på kostnadseffektiviteten inom verksamheten torde innebära att rehabiliteringen kan nå upp till sin fulla potential. En god kontroll förutsätter dock att ansvariga aktörer kan identifiera de fall där rehabilitering bör vara aktuell och kan leda till en besparing.

Om behovet av god kontroll är tillgodosett borde resursbehovet kunna tillgodoses genom en överföring från försäkrings- till administrationsmedel. Resurser motsvarande 2 miljarder kronor skulle kunna användas för att bidra till den stabilisering som åstadkoms om 20 000 fall per år kan rehabiliteras. Om ökningen av antalet sjukfall i stället kan förbytas i en nedgång kan mer än 100 000 kr per lyckat rehabiliteringsfall användas eftersom det då uppkommer en besparing på längre sikt.



Om rehabilitering används för att åstadkomma det i scenarierna beskrivna trendbrottet uppkommer, kanske nödvändiga, positiva effekter på sysselsättningen och försörjningsbördan.

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>431</b>
1.1	Statskontorets tidigare uppdrag .....	431
1.2	Det fortsatta uppdraget.....	431
1.3	Genomförande .....	431
<b>2</b>	<b>Ingångsvärden för ett nytt system .....</b>	<b>433</b>
2.1	Antalet sjukfall i utgångsläget.....	433
2.2	Inflödet av långa sjukfall .....	434
2.3	Förtidspensionering .....	437
2.4	Ålderspensionering och annat utträde från arbetsmarknaden .....	438
2.5	Återvunnen arbetsförmåga.....	439
<b>3</b>	<b>Ökade och minskade kostnader förknippade med olika hanteringsalternativ .....</b>	<b>440</b>
3.1	Förändrade kostnader nu .....	440
3.2	Förändrade kostnader framöver.....	441
<b>4</b>	<b>Scenario 1: Utvecklingen fortsätter .....</b>	<b>444</b>
4.1	Konsekvenser för administrationen.....	446
4.2	Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan.....	446
<b>5</b>	<b>Scenario 2: Stabilisering av nuvarande antal långa sjukfall .....</b>	<b>448</b>
5.1	Vad krävs för att åstadkomma ett sådant scenario? ....	448
5.2	Konsekvenser för administrationen.....	452

5.3	Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan .....	453
<b>6</b>	<b>Scenario 3: Uppgång vänds till nedgång .....</b>	<b>454</b>
6.1	Vad krävs för att åstadkomma ett sådant scenario? ....	455
6.2	Konsekvenser för administrationen .....	456
6.3	Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan .....	456

# 1 Inledning

## 1.1 Statskontorets tidigare uppdrag

Statskontoret fick i februari 2000 i uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen att belysa sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspension. Statskontoret beskrev i den PM som utgjorde slutredovisning av det uppdraget, och som publicerades som bilaga till utredningens delbetänkande SOU 2000:72 Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter, bl.a. hur den dramatiska ökningen av antalet långa sjukfall de senaste åren av allt att döma kommer att leda till en ökning av förtidspensioneringen på kort sikt. I promemorian beskrivs vidare sambandet ur ett administrativt perspektiv samt ur ett regelperspektiv. Statskontoret presenterade också en modell för hur man kan se på flöden mellan olika ersättningar och mellan arbete och frånvaro från arbete som är av betydelse för vilka incitament som finns för att ta sig in och ut ur sjukförsäkringen.

## 1.2 Det fortsatta uppdraget

Sjukförsäkringsutredningen har i september i år ombett Statskontoret att vidareutveckla sambanden. Syftet är att belysa vilka effekter som uppstår på statsbudgeten och för administrationen om de många långtidssjukskrivna blir förtidspensionerade, om aktiva åtgärder görs så att de i stället återgår i förvärvsarbete eller effekterna av om inget görs.

## 1.3 Genomförande

Statskontoret har i föreliggande PM utgått från senast kända uppgift om antalet långvarigt sjukskrivna. Fokus ligger på sjukfall som varat mer än ett år. Tre scenarier presenteras för hur den framtida utvecklingen kan se ut på två års sikt. I det första scenariot (scenario 1) fortsätter utvecklingen på samma sätt som under de senaste åren. Det beskrivs vilka konsekvenser ett sådant scenario får för administrationen, för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan.

I det andra scenariot (scenario 2) beskrivs hur ökningen av antalet långa sjukfall stoppas och i det tredje (scenario 3) hur ökningen förbyts i en snabb nedgång. I samband med dessa båda senare scenarier beskrivs hur detta kan åstadkommas samt vilka konsekvenser det får för administrationen, för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan.

Inom Statskontoret har arbetet utförts av Dan Ljungberg. Uppdraget har diskuterats med såväl utredningen som de experter och sakkunniga som knutits till denna. Statskontoret svarar dock självständigt för innehållet i denna PM.

## 2 Ingångsvärden för ett nytt system

Sjukförsäkringsutredningens uppdrag är förenklat uttryckt att beskriva det nuvarande systemets konstruktion och effekter samt att föreslå ett system med en annan konstruktion som därmed får andra effekter. En grundläggande utgångspunkt är att systemet består av flera led, vilka alla är avgörande för systemets sammanlagda effekt. Förenklat kan hanteringen av långa sjukfall med hjälp av arbetslivsinriktad rehabilitering eller prövning av rätten till förtidspension sägas utgöra systemets sista led. Detta led föregås av systemets och administrationens förmåga att förhindra att korta sjukfall blir långa och också av systemets kraft att bidra till färre sjukfall över huvud taget.

Såväl arbetsmetoderna som klientunderlaget i systemets senare led är resultatet av de tidigare leden. Det är således svårt att konstruera ett nytt system vars senare led klarar av att hantera "arvet" från det gamla systemet. Vad som ska ske med "arvet", dvs. först och främst de ca 80 000 personer som varit sjukskrivna i mer än ett år, är därför en fråga som till stor del är skild från frågan om förslag till nytt system.

### 2.1 Antalet sjukfall i utgångsläget

Den senaste tillgängliga uppgiften om antalet personer som är sjukskrivna avser juli 2000. Av administrativa skäl är det inte möjligt att få en helt aktuell bild av antalet sjukskrivna. Vi låter därför juli månad vara utgångspunkten för våra simuleringar. Med framtida utveckling avser således utvecklingen efter juli 2000.

Som diskuterats ovan är syftet med uppdraget att studera vad som sker med arvet, dvs. antalet personer som kommit in i sjukförsäkringen i ett gammalt system. Detta gäller naturligtvis alla personer som vid ikraftträdandet av nya regler är sjukskrivna. Det är emellertid rimligt att anta att det är i de längre sjukfallen som den närmare regelutformningen har störst betydelse för hur sjukfall utvecklas. Det främsta skälet till detta är att det är de långa sjukfallen som haft längst varaktighet med gamla regler. Det är ingalunda givet var gränsen ska dras mellan de långa sjukfallen och de kortare. Vi använder här gränsen minst ett år.

I juli 2000 uppgick antalet långa sjukfall till drygt 80 000. Dessa fördelade sig på ålder och kön enligt tabell 1.

*Tabell 1.* Antalet pågående sjukskrivningar (sjukpenning eller rehabiliteringspenning) som pågått minst 1 år den 31 juli 2000 uppdelat på kön och ålder

	16-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-65 år	Över 65 år	Totalt
Kvinnor	45	3 148	10 596	15 218	18 552	2 575	9	50 143
Män	25	1 800	5 655	8 489	12 047	2 113	5	30 134
Totalt	70	4 948	16 251	23 707	30 599	4 688	14	80 277

## 2.2 Inflödet av långa sjukfall

Antalet långa sjukfall har utvecklats enligt tabell 2 de senaste åren fram till juli 2000. Utvecklingen är mycket kraftig. En rad förklaringar till detta brukar diskuteras. Vi ska inte här gå in på dessa. Vi antar dock att den kraftiga utvecklingen styrs av kraftiga faktorer. Det är därför rimligt att i simuleringarna utgå från relativt kraftiga variationer i inflödet.

*Tabell 2.* Antalet pågående sjukskrivningar vid utgången av respektive månad från juli 1996 till juli 2000 uppdelat på män och kvinnor samt på sjukfall som pågått mellan 1 och 2 år samt över 2 år

Månad	Kvinnor		Män		Totalt
	1-2 år	Över 2 år	1-2 år	Över 2 år	Över 1 år
199607	15 450	9 746	11 211	7 499	<b>43 906</b>
199608	15 939	10 196	11 284	7 663	<b>45 082</b>
199609	16 018	10 226	11 193	7 585	<b>45 022</b>
199610	15 850	10 407	11 009	7 695	<b>44 961</b>
199611	15 721	10 537	10 860	7 794	<b>44 912</b>
199612	15 290	10 518	10 590	7 723	<b>44 121</b>
199701	15 395	10 833	10 557	7 902	<b>44 687</b>
199702	15 232	10 882	10 407	7 887	<b>44 408</b>
199703	15 288	10 994	10 570	7 880	<b>44 732</b>
199704	14 993	10 807	10 389	7 679	<b>43 868</b>
199705	14 682	10 754	10 220	7 734	<b>43 390</b>

Månad	Kvinnor		Män		Totalt
	1-2 år	Över 2 år	1-2 år	Över 2 år	Över 1 år
199706	14 308	10 461	9 980	7 515	<b>42 264</b>
199707	14 342	10 607	10 028	7 588	<b>42 565</b>
199708	14 871	11 009	10 102	7 760	<b>43 742</b>
199709	15 549	10 954	10 356	7 617	<b>44 476</b>
199710	15 888	10 882	10 459	7 574	<b>44 803</b>
199711	16 132	10 893	10 636	7 597	<b>45 258</b>
199712	15 837	10 746	10 665	7 503	<b>44 751</b>
199801	16 314	11 014	10 807	7 666	<b>45 801</b>
199802	16 609	11 031	10 943	7 635	<b>46 218</b>
199803	16 657	10 945	10 790	7 584	<b>45 976</b>
199804	17 127	11 052	11 026	7 642	<b>46 847</b>
199805	17 296	11 109	11 079	7 726	<b>47 210</b>
199806	17 299	11 039	11 125	7 640	<b>47 103</b>
199807	17 437	11 210	11 318	7 752	<b>47 717</b>
199808	18 649	11 831	11 879	8 021	<b>50 380</b>
199809	19 486	12 228	12 297	8 137	<b>52 148</b>
199810	20 273	12 610	12 745	8 268	<b>53 896</b>
199811	20 977	12 789	13 215	8 357	<b>55 338</b>
199812	21 007	12 684	13 195	8 341	<b>55 227</b>
199901	22 286	13 227	13 871	8 608	<b>57 992</b>
199902	22 991	13 445	14 301	8 647	<b>59 384</b>
199903	23 989	13 362	14 875	8 591	<b>60 817</b>
199904	24 000	13 783	14 948	8 806	<b>61 537</b>
199905	24 219	13 888	15 048	8 909	<b>62 064</b>
199906	24 152	13 776	15 158	8 870	<b>61 956</b>
199907	24 343	14 011	15 374	9 057	<b>62 785</b>
199908	26 257	14 868	16 274	9 356	<b>66 755</b>
199909	27 166	15 590	16 742	9 607	<b>69 105</b>
199910	27 697	16 206	16 989	9 907	<b>70 799</b>
199911	28 649	16 417	17 599	10 149	<b>72 814</b>
199912	28 498	16 413	17 530	10 164	<b>72 605</b>
200001	29 605	17 192	17 999	10 516	<b>75 312</b>
200002	30 123	17 626	18 326	10 639	<b>76 714</b>
200003	30 163	18 086	18 239	10 841	<b>77 329</b>
200004	30 858	18 356	18 431	10 967	<b>78 612</b>
200005	31 354	18 358	18 672	10 978	<b>79 362</b>
200006	31 163	18 309	18 550	10 994	<b>79 016</b>
200007	31 612	18 531	18 892	11 242	<b>80 277</b>



Ökningen av antalet långa sjukfall uppgår till i genomsnitt 1,3 procent per månad under hela den redovisade perioden. Ökningen är väsentligt större bland kvinnor än bland män. Den totala genomsnittliga ökningen per månad var emellertid endast 0,1 procent under andra halvåret 1996 och under 1997 för att sedan öka till 1,8 procent under 1998, 2,3 procent under 1999 och 1,5 procent under perioden januari till juli år 2000. Att ökningen tenderar att vara lite längre under vissa delar av året talar för att genomsnittet för hela år 2000 kommer att vara högre än de 1,5 procenten, kanske runt 2 procent. Annorlunda uttryckt har antalet sjukfall under respektive månad år 2000 varit cirka 28 procent högre än samma månad år 1999.

Det är viktigt att komma ihåg att tabell 2 visar en period från juli 1996 då antalet långa sjukfall var bland de allra lägsta under hela 1990-talet (de var dock något lägre sommaren 1995) till den högsta nivån någonsin. Siffrorna är således inte representativa i ett längre perspektiv. Till exempel minskade antalet långa sjukfall med i genomsnitt 2,3 procent per månad under 1993 och med 1,1 procent under 1994. Den nedgång som då skedde sammanföll, och orsakades mestadels av en mycket hög frekvens av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. På motsvarande sätt har förtidspensioneringen under de senaste årens uppgång av antalet långa sjukfall varit historiskt sett låg.

Utvecklingen av de långa sjukfallen den närmaste tiden bestäms naturligtvis nästan uteslutande av utvecklingen bland de redan påbörjade men ännu inte fullt så långa sjukfallen. Även om det bland kortare sjukfall av viss längd antyds en något lägre ökningstakt under innevarande år än under 1999 är det inte möjligt att med någon som helst grad av säkerhet tala om en avtagande ökningstakt. Tvärtom bekräftas snarast bilden av en stabil ökning i och med att den ökningstakt som kan observeras är ungefär densamma i de flesta sjukfallslängder. Viktigt är dock att ha i åtanke att vi ännu inte vet vad som kan ha inträffat efter sommaren. Vissa signaler antyder att utbetalningarna av sjukpenning inte utvecklas i den takt som man kunde befara i början av året.

## 2.3 Förtidspensionering

Antalet långa sjukfall påverkas i hög grad av antalet förtidspensioneringar. Hur förtidspensioneringen utvecklas kan antas bero på två faktorer. Den ena kan vi kalla den "naturliga" variationen. Effekten av denna är på kort sikt förhållandevis liten. Den andra faktorn är den eventuella förändring i beviljandefrekvensen som kan föräntas av den speciella situation som råder vid en viss tidpunkt. I första hand är det naturligt att det stora antalet långa sjukfall utgör den speciella för närvarande, men även den inom några år förväntade arbetskraftsbristen kan utgöra en sådan speciell situation. Av tabell 3 framgår antalet nybeviljade förtidspensioner de senaste åren.

Tabell 3. Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 1996 till 1999 fördelade på män och kvinnor

År	Kvinnor	Män	Totalt
1996	20 941	18 304	39 245
1997	21 166	20 032	41 198
1998	18 578	15 909	34 487
1999	21 919	17 587	39 506

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag har varit förhållandevis stabilt under den redovisade perioden med undantag för den mycket låga frekvensen år 1998. Också antalet förtidspensioneringar bland de som varit sjukskrivna mer än ett år, som uppgår till drygt hälften av den totala pensioneringen, var under den redovisade perioden relativt konstant. Före den redovisade perioden var emellertid, som nämnts ovan, variationen betydligt större. År 1993 beviljades totalt fler än 60 000 personer förtidspension eller sjukbidrag och 1994 var siffran knappt 50 000. I vilken utsträckning det rörde sig om personer som varit sjukskrivna mer än ett år finns ingen uppgift om, men det finns med hänsyn till antalsutvecklingen av antalet sjukfall all anledning att tro att en klar majoritet av de många förtidspensionerna tillkom bland de långa sjukfallen.

Den framtida utvecklingen av förtidspensioneringen på kort sikt kan förändras i endera riktningen av å ena sidan den exceptionella utvecklingen av antalet långa sjukfall de senaste åren och å andra sidan den kraftiga demografiska utvecklingen med stora pensionsavgångar om bara några år. Med hänsyn till den förändrade ålders-

strukturen bland personer i yrkesverksam ålder förväntas risken för förtidspensionering öka de närmaste åren. Om de risker för förtidspensionering som rädde år 1997 åsätts den förändrade befolkningsstrukturen skulle antalet nybeviljade förtidspensioner ligga på knappt 44 000 och knappt 49 000 för åren 2000 respektive 2005. Även om nybeviljandefrekvensen för år 1997 förefaller förhållandevis normal för de senaste åren så har riskerna varit lägre både åren 1998 och 1999. Det är därför rimligt att anta att risken för förtidspensionering och därmed antalet nybeviljade förtidspensioner kan ligga ännu lägre. Enligt det basscenario som presenterades i Framtidens långa sjukfrånvaro, en PM daterad 1999-12-29 som togs fram av Statskontoret på regeringens uppdrag, skulle beviljandefrekvensen vara ca 42 000 år 2005, dvs. ungefär i nivå med dagens frekvens. Om å andra sidan riskerna för extremåret 1993 åsätts befolkningsstrukturen för åren 2000 och 2005 skulle antalet nybeviljade förtidspensioner uppgå till drygt 70 000 respektive drygt 76 000.

#### 2.4 Ålderspensionering och annat utträde från arbetsmarknaden

Som framgår av ovan redovisade antalsuppgifter avseende långa sjukfall bland personer i olika ålder förekommer det över ett år långa sjukfall bland personer över 60 år. Även om det är en tydlig avtrappning av antalet sjukfall i förhållande till före 60 års ålder så är det ändå rimligt att anta att ett antal långa sjukfall avslutas varje år i samband med att individen börjar uppbära ålderspension. I och med att den demografiska utvecklingen är förutsägbar på kort sikt torde denna faktor vara under god kontroll på kort sikt.

En ständigt aktuell fråga är i vilken utsträckning olika individer lämnar arbetskraften före uttaget av ålderspension. Ett sådant förtida utträde från arbetsmarknaden kan ske med hjälp av privata pensionsförsäkringar, avtalsersättningar av olika slag, förtida uttag av ålderspension, arbetslöshetsersättning eller en kombination dessa. Helt oavsett vilka övriga konsekvenser ett sådant utträde får har det betydelse för utvecklingen av den långa sjukfrånvaron. Den omedelbara effekten av ett ökat utträde från arbetsmarknaden skulle bli en minskad sjukfrånvaro, främst genom ett minskat inflöde.

Sammantaget finns trots det sagda inte något skäl för att på kort sikt väga in några kraftiga förändringar i benägenheten att utträda ur arbetsmarknaden i simuleringar av konsekvenser av olika hantering av de långa sjukfallen.

## 2.5 Återvunnen arbetsförmåga

Det har i många sammanhang poängterats att rehabiliteringsverksamheten inom socialförsäkringsadministrationen inte är tillräckligt effektiv. Den senaste i raden av vittnesmål om hur rehabiliteringsreformen i början av 1990-talet misslyckats kom från Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08) i betänkandet Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78). Det är otvivelaktigt så att effekterna av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är svåra att mäta. Oavsett om detta enbart beror på statistiska metodproblem eller även på avsaknad av effekter blir utvecklingsarbetet inom arbetsfältet lidande. Mycket talar för att behovet av en effektiv rehabiliteringsverksamhet aldrig varit större än i dag. Såväl socialförsäkringens finansiering som sysselsättningen och behovet av arbetskraft är beroende av dess effekter.

Det tvistas om hur stor rehabiliteringens potential är i termer av möjligheten att hjälpa individer som förlorat sin arbetsförmåga att få den tillbaka. Det är dock helt rimligt, åtminstone om man accepterar en bred definition av begreppet rehabilitering, att anta att potentialen är mycket stor i varje fall om rehabiliteringen tillförs ytterligare resurser.<sup>1</sup> För att beskriva konsekvenserna av en förändrad hantering av rehabiliteringen av de långtidssjukskrivna, är två variabler viktiga att väga in. För det första rehabiliteringens effektivitet och för det andra rehabiliteringens resurser.

Fokus för den beskrivning som görs här ligger på vad som kan tänkas hända med de som redan är sjukskrivna och har varit det i mer än ett år. Det anses allmänt att tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder är mest effektiva. Det är mot denna bakgrund svårt att hävda att rehabiliteringen kan ha stora effekter på hur de som redan varit sjukskrivna mer än ett år kommer att avsluta sina sjukfall. Däremot kan potentialen vara betydligt större när det gäller att minska inflödet.

---

<sup>1</sup> Därmed inte sagt att brist på resurser är det främsta skälet till eventuella tillkortakommanden i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Tvärtom bör ytterligare resurser endast komma i fråga under vissa förutsättningar, till vilka vi återkommer.

### 3 Ökade och minskade kostnader förknippade med olika hanteringsalternativ

Man kan av ovan konstatera att det i princip finns tre olika alternativ för hur administrationen kan hantera de långa sjukfallen. Det första är att låta bli att göra något, dvs. att låta individerna fortsätta att uppbära sjukpenning. Det andra alternativet är att förtidspensionera individerna och det tredje att försöka rehabilitera dem tillbaka till arbetsförmåga. Nedan följer ett allmänt resonemang om kostnadskonsekvenser av dessa alternativ.

#### 3.1 Förändrade kostnader nu

Administrationen av sjukpenningförsäkringen kostade år 1999 1 295 miljoner kronor. Endast en mindre del av dessa kostnader får antas hänföras till de längre sjukfallen. Den s.k. styckkostnaden för att ta ett beslut om sjukpenning, som enligt definitionen är det samma som att göra en utbetalning, var 410 kr år 1999.

Administrationen av förtidspensioner och sjukbidrag kostade 617 miljoner kronor år 1999. Att ta ett förtidspensionsbeslut kostade ca 5 000 kr år 1999. På kort sikt innebär det således en ökad kostnad för administrationen i förhållande till att fortsätta betala ut sjukpenning.<sup>2</sup> Emellertid antyder den totala administrationskostnaden att det är väsentligt billigare att hantera en förtidspensionär än en sjukpenningstagare.

Det i särklass dyraste alternativet såväl räknat i direkta kostnader för administrationen som i externa kostnader för insatser hos andra aktörer är rehabiliteringsalternativet. Emellertid finns naturligtvis potentiellt de stora besparingarna på längre sikt inom detta alternativ.

---

<sup>2</sup> Det är inte helt lätt att avgöra hur lång sikt det krävs, dels för att det är svårt att avgöra exakt hur mycket som ligger i ett beslut av respektive slag, dels för att vi inte vet hur stora administrationskostnaderna är just bland dessa långa sjukfall.

### 3.2 Förändrade kostnader framöver

Det är lätt att intuitivt tänka sig att de förändrade kostnader på lite längre sikt är precis motsatt fördelade mellan de olika alternativen i förhållande till hur det är på kort sikt. En förtidspension kostar också i genomsnitt mindre än fortsatt utbetalning av sjukpenning. Detta är emellertid inte sant i varje enskilt fall. Skillnaden i kostnader minskar betydligt när hänsyn tas till att en förtidspension ibland kompletteras med bostadstillägg. Fortfarande är vidare utbetalningen av en förtidspension i många fall förknippad med rätten till ett särskilt skatteavdrag. Detta komplicerar ytterligare bilden av kostnadsjämförelsen. Kvar står dock att det i genomsnitt innebär en besparing att låta en person övergå från sjukpenning till förtidspension. Om man därtill lägger det faktum att administrationskostnaderna sjunker på sikt om en sådan övergång sker så ökar skillnaden.

Rehabilitering är på sikt betydligt billigare än såväl fortsatt sjukpenning som förtidspension. Detta förutsätter emellertid att man med rehabilitering menar en genomförd process med lyckat resultat, dvs. rehabilitering innebär att arbetsförmågan återfåts. Om man i stället menar att rehabilitering är processen som förhoppningsvis leder fram till att arbetsförmågan återfås är en kostnadsjämförelse besvärligare. De direkta kostnaderna för rehabilitering får emellertid inte annat än i yttersta undantagsfall antas vara högre än den potentiella besparingen. Detta innebär naturligtvis att det mycket väl kan vara ekonomiskt försvarbart att satsa på rehabilitering även om den inte alltid når upp till sin fulla potential.

Det förekommer naturligtvis att rehabiliteringsåtgärder sätts in för individer som i alla fall hade återfått arbetsförmågan. Den direkta kostnaden för rehabiliteringen kan i dessa fall inte sägas ha gett någon avkastning på längre sikt i form av minskade försäkringskostnader. Tvärtom torde det vara vanligt att rehabiliteringsinsatsen i dessa fall också kan ha inneburit ökade kostnader, eftersom återgången i arbete kan ha fördröjts.

Vi tänker oss att samtliga arbetsoförmögna vid en viss tidpunkt ordnas efter en skala som mäter avståndet från eller mängden hinder för att återfå arbetsförmåga (figur 1).

Figur 1.



Längst till vänster återfinns de som ligger väldigt nära att ha arbetsförmåga (figur 2). För dessa behövs inga rehabiliteringsinsatser för att öka sannolikheten för att de ska återfå arbetsförmågan.<sup>3</sup> Att satsa rehabiliteringsresurser på denna grupp vore fel. Hur stor denna grupp är går inte att precisera.

Figur 2.



Längst till höger återfinns de som ligger mycket långt ifrån arbetsförmåga (figur 3). Avståndet från arbetsförmåga är så stort att varje rehabiliteringsförsök måste bedömas som omöjligt. Varje form av rehabilitering för denna grupp är oförsvarbar ur sjukförsäkringens kostnadseffektivitetsperspektiv. Inte heller denna grupp går att storleksmässigt bestämma.

Figur 3.



Mellan dessa båda grupper återfinns den grupp för vilken rehabilitering kan vara aktuell. Vi kan förenklat säga att det finns två sätt

<sup>3</sup> Möjligen skulle insatser för att förkorta sjukperioden vara aktuella i alla fall. Dessa insatser måste dock bedömas utifrån helt andra kriterier. Vi tar inte upp den typen av insatser här.

att betrakta denna grupp. Det ena sättet går ut på att kostnaden för att rehabilitera en individ är konstant, men förtjänsten, i termer av minskade kostnader på sikt, varierar. Det andra sättet utgår i stället från att alla kan återfå sin arbetsförmåga, men rehabiliteringskostnaden är högre ju större avståndet är från arbetsförmåga i utgångsläget.

Oavsett betraktelsesätt är det ekonomiskt försvarbart att rehabilitera alla personer för vilka kostnaden för rehabiliteringen understiger den minskade kostnaden för framtida sjukfrånvaro. Eftersom det inte går att med säkerhet förutsäga effektiviteten hos en rehabiliteringsåtgärd för en enskild individ går det inte heller att ordna individerna på det beskrivna sättet. Det är därför inte heller möjligt att dra gränsen mellan den grupp som är ekonomiskt lönsam att rehabilitera och den andra. Det är ändå väsentligt att uppmärksamma att det existerar både en grupp som det är lönsamt att rehabilitera och en annan grupp, och att det bör eftersträvas att lägga resurserna på den grupp där effektiviteten är tillräckligt hög.

Förutsättningarna för att det ska vara försvarbart att satsa omfattande resurser på rehabilitering torde vara dels att den som är ansvarig för rehabiliteringen med någon grad av säkerhet kan systematisera de sjukskrivna, dels att det är möjligt att uttala sig om kostnadseffektiviteten. Systematiseringen kan till exempel utgå från att först och främst identifiera de två grupper som ligger närmast respektive längst ifrån arbetsförmåga enligt ovan, för att därefter beskriva en lämplig selektionsprocess som tar sin utgångspunkt i objektiva variabler. Det sistnämnda är betydelsefullt dels för att det ska vara möjligt att veta i vilken ordning som de sjukskrivna ska prioriteras för rehabilitering, dels för att det ska vara möjligt att fastställa rehabiliteringens effektivitet, t.ex. i kontrollerade försök.

Om rehabiliteringsverksamheten byggs upp, t.ex. på ovan beskrivna sätt, så att det finns kontroll på kostnader och intäkter är det i princip möjligt att använda obegränsat med resurser för verksamheten så länge varje satsad krona ger drygt en krona tillbaka. Bortsett från eventuella budgettekniska begränsningar är inte heller finansieringskällan ett problem, det finns i princip drygt 70 miljarder kronor avsatta för ändamålet.

Dessa är utgångspunkterna för de tre scenarier som beskrivs i det följande.



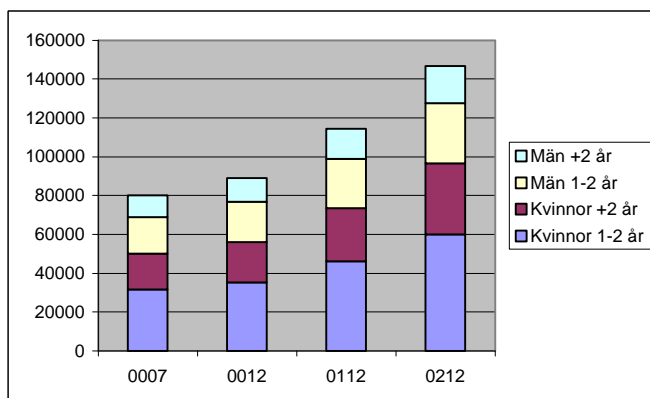
## 4 Scenario 1: Utvecklingen fortsätter

Utvecklingen av antalet långa sjukfall kan mätas på två olika sätt. Antingen talar man om en procentuell förändring, t.ex. månad för månad eller från en månad ett visst år till samma månad året därpå, eller om antalsmässig förändring. Det är inte möjligt att tala om rätt eller fel när det gäller vilken av de båda metoderna som bör användas för att beskriva den framtida förändringen. Till exempel talar å ena sidan det faktum att det inte är bland de sjukskrivna som nya sjukfall uppträder mot procentmodellen. Å andra sidan talar den faktiskt observerade utvecklingen för att procentmodellen bör användas.

Vilken metod som används är emellertid delvis avgörande för hur scenarierna om framtiden ser ut. Procentmodellen ger en exponentiell tillväxt om inget förändras, medan antalsmodellen ger en linjär utveckling. I det följande redovisas resultatet av simuleringar enligt båda modellerna. Som framgår avgör inte vilken framskrivningsmodell som används utvecklingens riktning, utan bara dess förändringstakt.

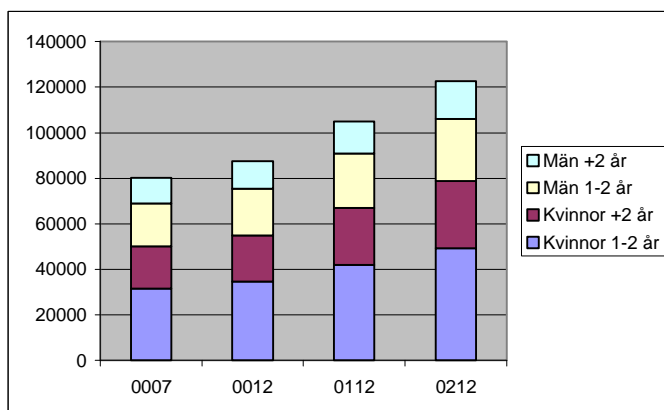
I detta scenario 1 fortsätter utvecklingen som hittills, enligt procent- eller antalsmodellen, utan att vare sig inflödet från kortare sjukfall eller utflödet, främst till förtidspensionen, förändras. Figur 4 och 5 beskriver antalet pågående sjukfall bland kvinnor och män som varat minst ett år i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002.

Figur 4. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt procentmodellen



Antalet sjukfall har enligt detta scenario och denna framskrivningsmodell ökat till knappt 150 000 till slutet av år 2002. Andelen kvinnor har samtidigt ökat från 62 till 66 procent och andelen sjukfall som varat mer än två år från 37 till 38 procent.

Figur 5. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt antalsmodellen



Med antalsmodellen blir utvecklingen något måttligare. Nu stannar antalet på drygt 120 000 sjukfall i december år 2002. Också ökningen av andelen kvinnor och mer än två år långa sjukfall sker i något lugnare takt.

#### 4.1 Konsekvenser för administrationen

Signalerna från socialförsäkringsadministrationen blir allt tydligare om att hanteringen av sjukpenningutbetalningarna tar resurser från andra verksamheter. Administrationskostnaden steg mellan åren 1998 och 1999 med 150 miljoner kronor för sjukpenningen. Även om de långa sjukfallen står för en mindre andel av dessa kostnader fortsätter naturligtvis antalsökningen att bidra till högre administrationskostnader. Om ramen för administrationen inte tilläts växa, och eftersom det förefaller stå tämligen klart att det ökade resursbehovet för administrationen delvis tagits och tas från andra delar av försäkringskassans verksamhet, sprids effekterna ut även till kringliggande områden.

#### 4.2 Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan

I likhet med vad som gällde administrationskostnaderna står de långa sjukfallen för en del av ökningen av försäkringskostnaden, som mellan åren 1998 och 1999 var knappt 6 miljarder kronor. Skillnaden är att de väger betydligt tyngre i försäkringskostnaderna. De motsvarar mer än en tredjedel av alla pågående sjukfall en viss given tidpunkt.<sup>4</sup> Således skulle kostnaderna öka med något under 2 miljarder kronor per år enbart på grund av ökningen av antalet långa sjukfall.

En ökning från dagens ca 80 000 långa sjukfall till knappt 150 000 i slutet av år 2002 skulle leda till problem för sysselsättningen och försörjningsbördan. Ytterligare ca 0,8 procent av befolkningen i yrkesverksam ålder skulle vara borta från arbete och därmed inte delta i produktionen och bidra till finansieringen av

---

<sup>4</sup> Under år 1999 svarade de långa sjukfallen för ca 30 procent av alla ersatta dagar. Utifrån den siffran skulle drygt 7 miljarder kronor användas för att betala sjukpenning till sjukfall som varat mer än ett år. Eftersom ökningen av antalet ersatta dagar i denna grupp var 33 procent mellan 1998 och 1999 skulle kostnadsökningen i denna grupp motsvara ca 1,8 miljarder kronor.

välfärdssystemen. Detta skulle tillsammans med en närmast oundviklig ökning av antalet förtidspensioner och sjukbidrag till följd av rent demografiska effekter innebära att andelen personer som långvarigt står utanför arbetskraften eller är frånvarande från arbete på grund av ohälsa ökar med ca en procentenhet av befolkningen i yrkesverksam ålder i förhållande till dagens nivå.

## 5 Scenario 2: Stabilisering av nuvarande antal långa sjukfall

I detta andra scenario åstadkoms en stabilisering av antalet sjukfall på ungefär dagens nivå. En sådan utveckling blir följderna av antingen att tillväxten av de långa sjukfallen halveras efter att förtidspensioneringen exkluderats, att utflödet ökar med motsvarande antal sjukfall som i detta längdintervall förtidspensioneras per år eller en kombination av dessa båda.

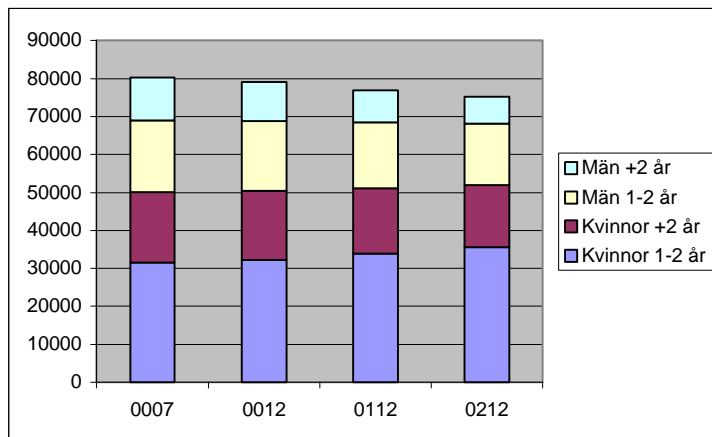
### 5.1 Vad krävs för att åstadkomma ett sådant scenario?

Två enkla simuleringar har gjorts för detta scenario. Den första bygger på att utflödet ökar med ca 22 000 sjukfall per år. Simuleringen har utförts genom att scenario 1 byggts på med en fördubbling av antalet förtidspensioneringar i dessa längdintervall.<sup>5</sup> Detta behöver inte vara liktydigt med att utvecklingen åstadkoms genom en fördubbling av förtidspensioneringarna, bara att utflödet ökar med samma numerär. I figur 6 och 7 redovisas effekterna av detta på antalet långa sjukfall med utveckling enligt procent- respektive antalsmodellen.

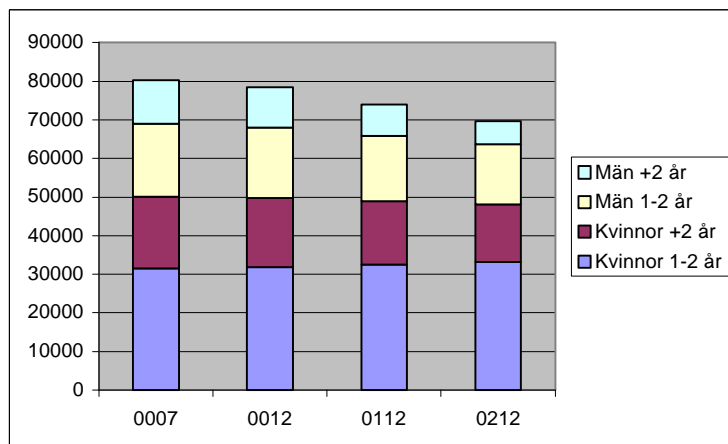
---

<sup>5</sup> Antalet övergångar från sjukfall som pågått ett år eller mer till förtidspension och sjukbidrag bygger på genomsnittet av sådana övergångar mellan 1996 och 1998.

Figur 6. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt procentmodellen med ökat utflöde



Figur 7. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt antalsmodellen med ökat utflöde.

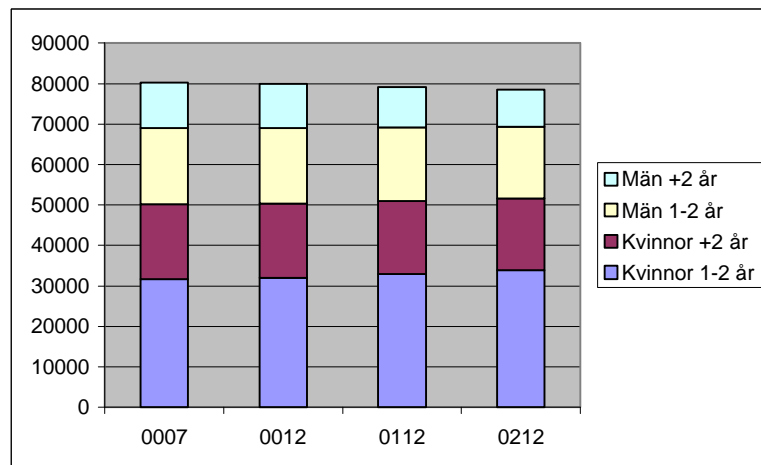


Att öka utflödet med 22 000 sjukfall årligen åstadkommer till och med en svag minskning av antalet sjukfall enligt båda framskriv-

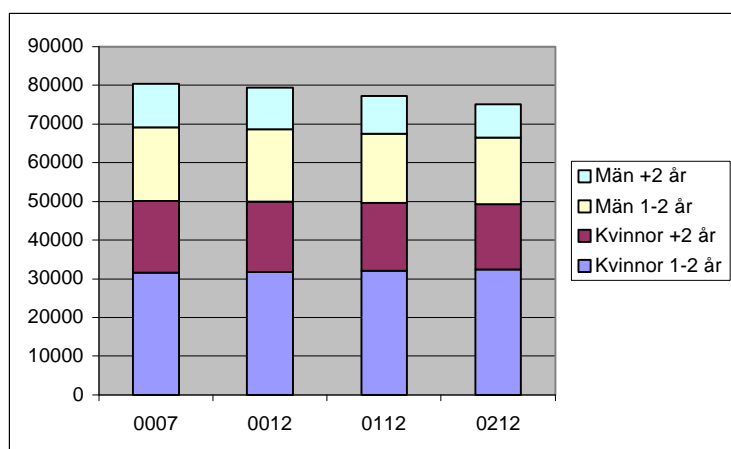
ningsmodellerna. Då simuleringen byggde på en fördubbling av förtidspensioneringarna leder framskrivningen också till en minskning av andelen sjukfall som varat mer än två år från ca 37 till mellan 30 och 31 procent. Andelen kvinnor ökar i stället från 62 till 69 procent. Dessa förskjutningar inom gruppen behöver naturligtvis inte inträffa om utflödet inte följer samma mönster som förtidspensioneringarna.

I en annan simulering åstadkoms ungefär samma utveckling av antalet långa sjukfall. Här minskas i stället inflödet. Simuleringen är genomförd genom att tillväxten av antalet långa sjukfall halverats efter att hänsyn tagits till förtidspensioneringen. Tillväxten av antalet sjukfall är som tidigare nämnts ca 2 procent per månad. Om hänsyn tas till att ett visst antal förtidspensioneras är den egentliga tillväxten snarare ca 4,5 procent per månad varav mellanskillnaden alltså försvinner via förtidspensioneringen. Det är således de 4,5 procenten som halverats i nedanstående redovisning av procentmodellen i figur 8. På motsvarande sätt ökar antalet personer varje månad med ca 1 500 netto. Eftersom 1 800 personer förtidspensioneras varje månad ökar egentligen antalet sjukfall med ca 3 300 per månad. Det är det sistnämnda antalet som halverats i antalsmodellen enligt figur 9.

*Figur 8.* Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt procentmodellen med minskat inflöde



Figur 9. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt antalsmodellen med minskat inflöde



Även här åstadkoms en svag minskning av antalet sjukfall. Det är här inte intressant att studera andelen kvinnor respektive sjukfall över två år eftersom minskningen av inflödet i simuleringen har skett samtidigt både bland tvåårsfallen och bland ett till tvåårsfallen trots att minskningen i praktiken skulle få genomslag i den sistnämnda gruppen först.

Det finns fyra variabler som var och en för sig eller tillsammans kan åstadkomma en utveckling av den typ som beskrivs på den här redovisade korta sikten.<sup>6</sup> För det första kan ett större antal personer som varit sjukskrivna mer än ett år återfå sin arbetsförmåga efter rehabilitering eller på annat sätt. För det andra kan en ökad rehabilitering av personer som ännu inte varit sjukskrivna ett år bidra till utvecklingen (en förutsättning är att det handlar om att personer som annars skulle varit sjukskrivna över ettårsgränsen återfår sin arbetsförmåga). För det tredje kan personer vars sjukskrivning varat mer än ett år förtidspensioneras och slutligen för det fjärde så kan personer som inte ännu varit sjukskrivna ett år förtidspensioneras. Den fjärde variabeln bortser vi från här, främst

<sup>6</sup> Vi bortser här från möjligheten att inflödet till sjukförsäkringen totalt sett minskar. Detta beror på att tidsperspektivet här är så kort att det knappast kan påverkas av några åtgärder av preventiv karaktär. Ett minskat inflöde till sjukförsäkringen kan naturligtvis ändå uppstå vilket får konsekvenser, men då först på ett års sikt.



eftersom det knappast kan anses vara önskvärt att påverka denna. Däremot kan det finnas argument för att förtidspensionera en del av de som redan varit sjukskrivna mer än ett år. För att åstadkomma en stabilisering, eller svag minskning, krävs grovt räknat att summan av variablerna uppgår till ca 20 000 per år.

## 5.2 Konsekvenser för administrationen

Konsekvenserna för administrationen är naturligtvis beroende av vilken kombination av de tre påverkansmöjligheterna som tillgrips. En ökad förtidspensionering leder på kort sikt till ökade administrationskostnader. Att döma av uppgifter avseende år 1999 skulle administrationskostnaden stiga med ca 5 000 kronor per beslut. Om hela förändringen ska åstadkommas på detta sätt skulle administrationskostnaden således stiga med 100 miljoner kronor per år. Emellertid skulle administrationskostnaden för sjukpenningutbetalningar sjunka successivt i förhållande till om förtidspensioneringen inte skett.

Om rehabiliteringen ska kunna åstadkomma en utveckling enligt detta scenario skulle 20 000 lyckade rehabiliteringar behöva genomföras. Eftersom de minskade kostnaderna skulle uppgå till ca 2 miljarder kronor per år är det i princip den summan som skulle kunna användas för att uppnå oförändrade kostnader. Vinsten av de 20 000 lyckade rehabiliteringsåtgärderna är i och för sig ännu större, dels för att en del av personerna får antas få tillbaka sin arbetsförmåga före ettårsdagen och påverkar därmed kostnaderna för sjukfall under ett års längd, dels för att en lyckad rehabilitering medför andra värden. Två miljarder kan ändå vara en lämplig utgångspunkt. Utslaget på varje lyckat rehabiliteringsfall uppgår således de "tillgängliga" resurserna till 100 000 kronor per fall. Problemet är emellertid att denna siffra måste inkludera också satsningar på misslyckade fall, dvs. resursen uppgår till 100 000 kronor per lyckat rehabiliteringsfall. Utslaget på alla sjukfall (som inte redan får del av befintliga rehabiliteringsresurser, låt oss säga 200 000 personer) innebär det 10 000 kronor.

### 5.3 Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan

Att förtidspensionera de långa sjukfallen åstadkommer en viss besparing i försäkringskostnaderna. Det är dock osäkert hur stor. Klart är dock att det inte går att åstadkomma några stora besparingar med en sådan åtgärd. Ett tillkommande bekymmer med en sådan lösning är dessutom att den inte alls bidrar till en lösning av problemen med sysselsättningen och försörjningsbördan. Icke desto mindre kan det vara en nödvändig och önskvärd del av ett försök att åstadkomma en stabilisering av antalet långa sjukfall. En del av de långa sjukfallen kan därigenom få tillgång till "rätt" ersättning.

Försäkringskostnaderna påverkas inte heller nämnvärt om en del av utbetalningen av ersättningar i stället används för att genomföra rehabiliteringsåtgärder som åstadkommer besparingar i exakt motsvarande mån. Vad som sker är i princip att försäkringskostnaderna till viss del överförs till administrativa kostnader. Emellertid uppstår andra värden vid en sådan åtgärd, värden som kommer den enskilde och samhället till del. Försäkringens inkomstsida påverkas också positivt av sådan rehabilitering.

Skulle det vara möjligt att genomföra rehabiliteringsinsatser med större kostnadseffektivitet än de 100 000 kronorna per lyckad rehabilitering uppnås också positiva effekter på den totala kostnaden.

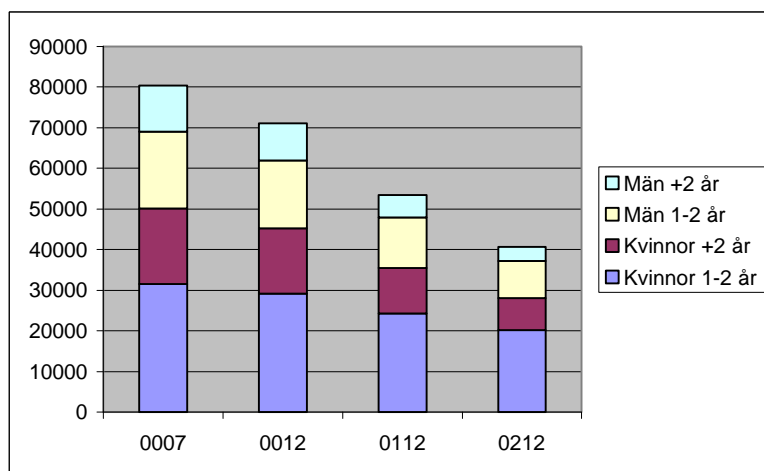
En mycket viktig skillnad mellan förtidspensionering och rehabilitering är naturligtvis konsekvenserna för sysselsättningen och försörjningsbördan.

Detta scenario åstadkommer bara en stabilisering av antalet långa sjukfall men kan ändå vara tillräckligt för att på sikt minska nivåerna, genom att andra åtgärder med längre verkanstid som påverkar inflödet också sätts in. I sådant fall kommer rehabiliteringen av alla eller en stor del av de 20 000 personerna att innebära framtida vinster.

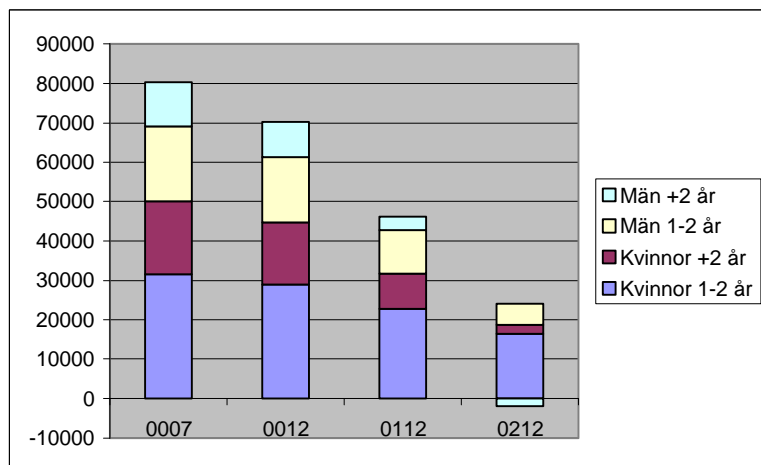
## 6 Scenario 3: Uppgång vänds till nedgång

Om det ökade utflödet och minskade inflödet från scenario 2 kombineras så att tillväxten av de långa sjukfallen halveras efter att förtidspensioneringen exkluderats samtidigt som utflödet ökar med motsvarande antal sjukfall som i detta längdintervall förtidspensioneras per år åstadkoms en antalsutveckling enligt figur 10 och 11.

*Figur 10.* Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt procentmodellen med minskat inflöde och ökat utflöde



Figur 11. Antalet pågående minst ett år långa sjukfall i juli 2000 samt i december åren 2000 till 2002. Uppdelat på kvinnor och män samt på mellan ett och två år och över 2 år långa sjukfall. Framskrivning enligt antalsmodellen med minskat inflöde och ökat utflöde



Not: Fram till december år 2002 är utflödet så stort bland sjukfall bland män som pågått mer än två år att det överstiger antalet sjukfall. Ingen hänsyn har tagits till det i simuleringen.

I detta scenario minskar antalet sjukfall mycket kraftigt. I gengäld krävs en mycket kraftig ökning av in- och utflödet.

## 6.1 Vad krävs för att åstadkomma ett sådant scenario?

Att åstadkomma en utveckling som i detta scenario påminner i hög grad om vad som sades om scenario 2. Summan av förtidspensionering och rehabilitering måste emellertid vara dubbelt så stor här. I gengäld är den teoretiska tillgången på resurser betydligt större. Vad som krävs är att minst en sjättedel av alla sjukskrivna på ett år påverkas så att de antingen förhindras att uppnå ett års varaktighet eller avslutas därefter. Till skillnad från i scenario 2 är det knappast ens teoretiskt möjligt att åstadkomma en så stor förändring enbart genom att angripa problemet före det att sjukfall uppnått ett års varaktighet eller enbart efter detta, utan åtgärder måste vidtas mot båda dessa grupper.

## 6.2 Konsekvenser för administrationen

Förtidspensioneringen i detta scenario påverkar administrationen på samma sätt som i det förra. För 5 000 kr per beslut kan man föra över en person från sjukpenning till förtidspension och därmed på sikt uppnå viss besparing. Detta är dock på sikt inte ensamt någon lösning eftersom det inte förefaller särskilt troligt att det finns så många personer som bör förtidspensioneras. Att utnyttja denna möjlighet i stor utsträckning skulle dessutom skapa mycket stora problem i förtidspensionen, alltså bara innebära att problemet flyttas. Emellertid är det sannolikt att möjligheten måste utnyttjas i relativt stor utsträckning om scenariot ska kunna bli verklighet.

Att lyckas rehabilitera så många individer som krävs för att detta scenario ska kunna bli verklighet förefaller mycket svårt även om en del försvinner genom förtidspension. Till skillnad från i scenario 2 minskar emellertid antalet långa sjukfall i detta scenario vilket skapar framtida vinster, som kan användas i rehabiliteringen. Även om således rehabiliteringen knappast är den enda lösningen för att uppnå den utveckling som detta scenario innebär så skulle åtskilliga miljarder finnas i "tillgängliga" resurser. Problemet som uppstår här, om inte redan i det förra scenariot, är snarare att hitta så många personer med tillräcklig rehabiliteringspotential. Det är dock en annan fråga.

## 6.3 Konsekvenser för försäkringskostnaderna samt för sysselsättningen och försörjningsbördan

Förtidspensioneringen i detta scenario får samma konsekvenser som i det förra. En viss minskning av försäkringskostnaden uppstår, osäkert hur stor. Om allt för många personer förtidspensioneras skulle konsekvenserna för sysselsättningen och försörjningsbördan bli ödesdigra.

I detta scenario åstadkoms en snabb förbättring av situationen i sjukförsäkringen, som om den till övervägande del åstadkoms genom rehabilitering, leder till framtida vinster. Som tidigare nämnts innebär detta att det torde finnas större ekonomiskt utrymme för rehabiliteringen än i det förra scenariot. En sådan utveckling får också påtagligt positiva effekter på sysselsättningen och försörjningsbördan. Det är inte uteslutet att den demografiska utvecklingen och den ökande risken för förtidspensionering kräver

en utveckling som den i detta scenario för att arbetskraften ska vara tillräckligt stor framåt slutet av detta årtionde.

Fördelen med en positiv utveckling som leder till en minskning av antalet långa sjukfall genom ett ökat antal lyckade rehabiliteringar är emellertid att risken för förtidspension högst sannolikt också påverkas i positiv riktning. Således är det inte säkert att en så kraftfull utveckling behövs, bland de långa sjukfallen, som beskrivs i detta scenario för att åstadkomma en hållbar situation i termer av sysselsättning, försörjningsbörda och tillgång på arbetskraft.

# Sjukskrivning i väntan på vård

Rapport från Statskontoret

Kommun- och välfärdsenheten





## Uppdrag att beskriva sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen

Sjukförsäkringsutredningen har gett Statskontoret i uppdrag att vidareutveckla det arbete om sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen som redovisades till utredningen i juni 2000. Uppdraget har utförts med bistånd från en särskild expertgrupp som utredningen utsett.

I den bifogade promemorian *Sjukskrivning i väntan på vård* redovisas det samlade resultatet av arbetet.

Direktör Carl-Göran Högås, chef för Kommun- och välfärdsenheten, har beslutat i detta ärende. Avdelningsdirektör Dan Ljungberg, föredragande, och avdelningsdirektör Lena Ståhl var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Dan Ljungberg



## Sammanfattning och slutsatser

En sjukskrivning kan förlängas på grund av att en patient får vänta på ett eller flera led i en vårdprocess som börjar med att patienten blir sjuk och söker vård och som förhoppningsvis avslutas med att patienten blir frisk.

Det pågår sedan länge en debatt om väntetider i vården och konsekvenserna av dessa. Denna debatt har bland annat resulterat i överenskommelser mellan stat och landsting i frågor om tillgänglighet till vård. En sådan överenskommelse innebär att det ska finnas information om väntetider till mottagning och behandling tillgänglig i en nationell databas. Av sådan information, som sammanställs av Landstingsförbundet, framgår att väntetider är allmänt utbredda i vården. Den förväntade längsta väntetiden till mottagning och behandling varierar högst markant mellan såväl sjukhus som kliniktyp.

För att få en uppfattning om hur länge sjukskrivna får vänta på vård, och därmed hur mycket sjukskrivning som väntetider i vården leder till, måste emellertid en annan typ av information inhämtas. På uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen har en studie genomförts för att inhämta sådan information. Huvudsyftet med studien är att ge en konkret beskrivning av i vilken utsträckning sjukskrivning orsakas av väntetider i vården.

Studien avser väntetider i samband med fyra olika operationstyper inom ortopedi, nämligen meniskartroskopi, ryggoperationer (operation av diskbräck och spinal stenosis), karpaltunneloperationer och axeloperationer. De data som insamlats motsvarar mellan en och två och en halv procent av alla sådana operationer som genomförs i landet under ett år.

Studien visar att väntetiderna till såväl mottagning som operation i genomsnitt väsentligt understiger de längsta förväntade väntetider som framgår av Landstingsförbundets statistik. De flesta som ingår i studien är inte sjukskrivna under väntetiden, trots att de operationstyper som studerats valts med utgångspunkt i att sjukskrivning borde förekomma i relativt stor utsträckning.

De som är sjukskrivna under väntetiden får vänta lika länge eller kortare tid än övriga. Den sammanlagda tiden från vårdbegäran till operation uppgår i genomsnitt (median) till drygt två månader för meniskartroskopi och karpaltunneloperation, ca fyra och en halv månad för ryggoperation samt ca tio månader för axeloperationer för patienter som var sjukskrivna före operation. En del av tiden

mellan vårdbegäran och operation är emellertid inte sjukskrivningstid orsakad av väntetid.

De väntetider som studerats representerar inte alla typer av väntetider i vården. Endast fyra olika operationstyper har studerats. Antalet kliniker är vidare för litet för att vara ett urval som är representativt för situationen i landet som helhet. I vilken storleksordning som väntetid till de studerade operationerna orsakar sjukskrivning är ändå möjligt att få en uppfattning om utifrån det studerade materialet. En uppräknig av materialet skulle ge ungefär en halv miljon sjukdagar per år i hela landet.

I vilken utsträckning väntetiderna eller andra problem i sjukförsäkringen beror på brister i samordningen mellan sjukvård och sjukförsäkring kan inte fastställas. Det i många avseenden starka sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring, liksom resultatet av det s.k. FINSAM-försöket, talar emellertid för att samordning är en del av lösningen.

Ett av de stora och grundläggande problemen med det område som här studerats är bristen på kunskap. Det borde kunna ställas krav på att det ska finnas viss grundläggande information om sjukskrivning under väntan i vården åtminstone på regional nivå.

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>466</b>
1.1	Statskontorets tidigare uppdrag.....	466
1.2	Det fortsatta uppdraget.....	466
1.3	Utgångspunkt för uppdraget .....	467
<b>2</b>	<b>Väntetider</b> .....	<b>469</b>
2.1	Aktuella väntetider i vården .....	469
2.2	Väntetider och sjukskrivning.....	471
2.3	Den aktuella väntetids- och prioriteringssituationen på några ortopedmottagningar .....	472
<b>3</b>	<b>Undersökningens genomförande</b> .....	<b>474</b>
<b>4</b>	<b>Resultatredovisning</b> .....	<b>476</b>
4.1	Alla opererade.....	476
4.2	De sjukskrivna.....	486
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>491</b>
5.1	Samordning mellan sjukvårds- och socialförsäkringssektorn .....	492
5.2	Praktiska åtgärder för ökad kunskap och en effektivare hantering .....	495

## 1 Inledning

### 1.1 Statskontorets tidigare uppdrag

Statskontoret fick i februari 2000 i uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen att beskriva och redovisa situationen inom sjukvårdsområdet och att analysera sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen. Statskontoret beskrev i den PM som utgjorde slutredovisning av uppdraget, och som publicerades som bilaga i utredningens delbetänkande SOU 2000:72 Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter, bl.a. att det finns stora samband mellan sjukvården och sjukförsäkringen. Samtidigt föreligger emellertid skillnader, t.ex. i "kundkretsen". Sambanden mellan de båda systemen blir också mindre tydliga eftersom de båda systemen är åtskilda av en sektorsgräns. I den nämnda promemorian konstaterades att det pågår en debatt om värdköer och vilka konsekvenser de får, bl.a. för sjukförsäkringen.

Promemorian pekade på det problem som föreligger genom att sjukvården ofta saknar incitament för att undvika värdköer som "bara" orsakar kostnader i sjukförsäkringen och att det inte finns någon formell grund för att prioritera sjukskrivna patienter. Att sjukförsäkringskostnader inte beaktas av sjukvården kan – framhöll vi – dock leda till att resurserna allokeras på ett icke optimalt sätt utifrån sjukförsäkringens och kanske även samhällsekonomins perspektiv.

Beskrivningen avslutades med en diskussion om hur det skulle vara möjligt att höja kunskapsnivån om i vilken utsträckning som väntetider orsakar kostnader i sjukförsäkringen.

### 1.2 Det fortsatta uppdraget

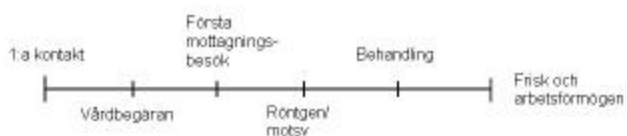
Sjukförsäkringsutredningen har i september i år ombett Statskontoret att vidareutveckla arbetet genom att beskriva köerna i sjukvården utifrån ett antal exempel samt att föra en diskussion om förslag till lösningar av sjukvårdsköernas påverkan på sjukförsäkringen.

Inom ramen för uppdraget har väntetider i vården studerats allmänt. Den föreliggande promemorian bygger emellertid främst på

en studie som genomförts särskilt för detta uppdrag. Studiens genomförande beskrivs närmare i avsnitt 3.

Inom Statskontoret är arbetet utförts av Dan Ljungberg (projektledare) och Lena Ståhl. Arbetet har diskuterats med en av utredningen särskilt utsedd expertgrupp. Genom Landstingsförbundet (Marianne Hanning) har vi fått kontakt med flertalet av de kliniker som väntetidsstudien genomförts på. De kliniker vi besökt, och som bistått oss i det praktiska arbetet, är ortopedklinikerna vid Blekingesjukhuset, länssjukhuset i Gävle-Sandviken, Nyköpings lasarett och Sundsvalls sjukhus. Vi har dessutom varit i kontakt med företrädare för Landstinget och Försäkringskassan i Värmland.

### 1.3 Utgångspunkt för uppdraget



Ovanstående bild visar hur en tänkt, och i vissa avseenden ideal, sjukvårdsprocess kan se ut ur ett sjukförsäkringsperspektiv. Bilden visar fem led i processen. Under varje led ska sjukskrivning helst undvikas och om inte ska ledtiden minimeras. Det finns emellertid åtminstone två förhållanden som motverkar att sjukskrivning helt eller delvis kan undvikas. För det första tar den enskilde kontakt med sjukvården för att han eller hon är sjuk och ska alltså, i egna ögon, dels få vård, dels vara sjukskriven. För det andra förekommer köer i vården. Hur många köer individen behöver ställa sig i under en vårdprocess är svårt att avgöra, men man brukar åtminstone tala om en kö till bedömning av specialist och en till behandling eller operation.

Den beskrivna processen är ideal i den meningen att den är rak och obruten. Verkligheten är naturligtvis inte så enkel. Först och främst kan dessvärre inte alla få en behandling som leder till arbetsförmåga och friskhet. Det är naturligtvis det allra mest störande ur ett sjukförsäkringsperspektiv. Sjukförsäkringen har emellertid andra verktyg att ta till när vårdprocessen inte är tillräcklig,

t.ex. arbetslivsinriktad rehabilitering, som vi emellertid inte diskuterar här.

Vårdprocessen är vidare sällan så rak som illustreras här. Under processens gång finns ett antal vägska, i vilka vården väljer väg, ibland fel väg. Diagnosen kan vara svår att ställa, röntgen och provtagning ger inte det förväntade klara beskedet eller valet av behandlingsmetod är inte det optimala. Vidare bryts vårdprocessen inte sällan. Skälen till detta kan t.ex. vara att individen insjuknar i en annan sjukdom, som har samband med den ursprungliga eller är helt oberoende av denna, eller att andra medicinska förhållanden gör det omöjligt att driva processen framåt i tänkt takt.

Den verkliga bilden kan slutligen också avvika från den beskrivna i ett ur sjukförsäkringsperspektiv ofta positivt avseende. Ett eller flera led, t.ex. remiss, röntgen eller motsvarande samt ledet mellan behandling och återvunnen arbetsförmåga kan falla bort, vilket kan leda till en kortare total tid. Det är dock viktigt att poängtera att antalet led i processen inte ensamt är avgörande för den totala tiden.



## 2 Väntetider

Långa väntetider har varit ett uppmärksammat problem inom sjukvården under lång tid och flera olika åtgärder har vidtagits för att lösa detta. År 1992 infördes en vårdgaranti för tio insatser som innebar att behandling skulle ske inom tre månader från att beslut om behandling fattats. Vårdgarantin infördes för att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem.

De insatser som omfattades var utredning och behandling av kranskärslssjukdom, gallstensoperation, ljumskbräcksoperation, höftledsoperation (prioriterade patienter), knäledsoperation (prioriterade patienter), operation vid godartad prostataförstoring, operation vid inkontinens hos kvinnor, operation vid livmoderframfall, gråstarrsoperation (prioriterade patienter). Uppföljningen av vårdgarantin visar att köerna minskade inledningsvis men effekten blev kortvarig.

År 1996 kompletterades vårdgarantin med en besöksgaranti som innebar att remitterade patienter med oklar diagnos skulle få träffa specialist inom 4 veckor och patienter med klar diagnos inom 13 veckor. År 1997 avskaffades den ursprungliga vårdgarantin men besöksgarantin behölls.

Landstingsförbundet har vid flera tillfällen följt upp besöksgarantin och funnit att andelen som fått vänta mer än vad garantin föreskriver minskat något men att de regionala variationerna är stora. Landstingsförbundet har också tagit fram ett system för att redovisa förväntade väntetider till mottagningar och behandlingar i hela landet.

### 2.1 Aktuella väntetider i vården

Följande avsnitt ger en bild av den aktuella väntetidssituationen för några olika mottagningar och operationer. Beskrivningen baseras på de uppgifter Landstingsförbundet sammanställer inom ramen för projektet Väntetider i vården. De väntetider som anges avser september eller oktober 2000. Den väntetid som avses är den förväntade längsta väntetiden, alltså väntetiden för oprioriterade<sup>1</sup> patienter.

---

<sup>1</sup> I enstaka fall avser den rapporterade väntetiden patienter med förtur.

Tabell 1 och 2 visar väntetider till ett antal olika kirurg- och medicinmottagningar. Redovisningen avser de kliniker i landet som har rapporterat till Landstingsförbundet. Väntetiden räknas från det att remissen inkommer eller när patienten själv efterfrågar vård till den tidpunkt då patienten kommer för ett första besök.

*Tabell 1.* Väntetider i veckor till besök på olika typer av kirurgiska mottagningar, hösten 2000

Mottagning	Antal mottagningar som rapporterat	Min väntetid	Median väntetid	Max väntetid
Allmän kirurgi	81	0	24	192
Kärlkirurgi	21	4	24	108
Ögonsjukvård	71	0	20	148
Ortopedi	75	3	16	78
Öron-näsa-hals	72	0	19	144
Urologi	64	1	20,5	98
Gynekologi	78	0	12	130

*Källa:* Landstingsförbundet

*Not:* Uppgiften om antalet mottagningar som rapporterat exkluderar dels de mottagningar som inte rapporterat hur lång väntetid de har, dels de sjukhus som saknar sådan mottagning. Det låga antalet rapporterade inom kärlkirurgi är således främst beroende på att många sjukhus saknar sådan mottagning.

*Tabell 2.* Väntetider i veckor till besök på olika typer av medicinmottagningar, hösten 2000

Mottagning	Antal mottagningar som rapporterat	Min väntetid	Median väntetid	Max väntetid
Reumatologi	42	4	23	96
Allmän internmedicin	73	0	8	54
Lungmedicin	44	0	12	72
Neurologi	49	1	16	100
Gastroenterologi	40	2	12	52

*Källa:* Landstingsförbundet

*Not:* På många sjukhus ingår flertalet av ovanstående mottagningar i allmän internmedicin.

En jämförelse mellan väntetider till olika mottagningar visar på stora likheter. Det är dock stora skillnader mellan olika sjukhus för

samma mottagningstyp. Det behöver däremot inte nödvändigtvis vara samma sjukhus som genomgående har långa väntetider.

Nedan visas en sammanställning av väntetider och antal väntande till ett antal olika operationer. Med väntetid menas här tiden från beslut om operation till operation.

Tabell 3. Väntetider i veckor till olika typer av operationer, hösten 2000

Operation	Antal kliniker som rapporterat	Min väntetid	Median väntetid	Max väntetid
Meniskoperation	53	3	16	78
Ryggoperation	45	0	16	87
Höftledsplastik	63	3	34	114
Tonsillektomi	46	4	12	257
Gråstarr	40	12	52	192
Ljumsnbräck	74	2	36	156

Källa: Landstingsförbundet

Siffrorna kan vara svåra att tolka eftersom andelen oprioriterade skiljer sig åt mellan klinikerna. Vissa kliniker har angett andelen patienter som fått vård inom 3 månader och andelen kan variera mellan 10 och 100 procent för vissa typer av mottagningar och operationer. Det finns inget tydligt samband mellan längsta förväntade väntetid och den nämnda andelen. Kanske kan det i vissa fall vara så att en god tillgänglighet snarare innebär att färre patienter behöver vara oprioriterade än till kortare väntetider bland de oprioriterade.

## 2.2 Väntetider och sjukskrivning

Huvudsyftet med denna PM är att ge en konkret beskrivning av i vilken utsträckning sjukskrivning orsakas av väntetider i vården. En sådan konkret beskrivning ställer vissa krav på vad som ska mätas. För det första krävs en genomgång av information på individnivå. Detta innebär att det inte är möjligt att få tillräcklig information från t.ex. centrala register, vilket i sin tur begränsar möjligheten till att få heltäckande information på t.ex. nationell nivå. För det andra krävs att det går att uttala sig om huruvida eventuell sjukskrivning faktiskt orsakats av väntetid, dvs. om sjukskrivning kunde ha undvikits om väntetiden varit kortare eller inte funnits alls.

Detta ställer i sin tur, enligt vår mening, krav på vilka vårdprocesser som kan studeras. Det måste kunna konstateras om vårdprocessen leder tillbaka till arbetsförmåga. Därav följer att väntan enbart på mottagningsbesök inte är meningsfullt att studera, trots att det är vanligt med sjukskrivning under denna väntan.<sup>2</sup> De som väntar i dag men inte ännu behandlats är heller inte intressanta att studera för vi vet inte vad väntan leder till eller hur lång den blir.

Som statistiken ovan visar förekommer långa väntetider till många olika typer av mottagningar och behandlingar. Vid många av behandlingarna som redovisats är det dock ovanligt att patienterna har behov av att vara sjukskrivna under väntetiden, antingen för att behandlingen i huvudsak är aktuell för personer som inte är i yrkesverksam ålder eller för att de som arbetar kan göra det fram till det att behandlingen utförs.

Vi har valt att studera sjukskrivning i samband med väntan på ortopediska behandlingar därför att sjukdomar i röreseorganen orsakar en mycket stor del av sjukskrivningen. Som tabellerna ovan visar är det också långa väntetider både till mottagning och till ortopediska operationer. Det är också rimligt att anta att många av dessa operationer leder till att personerna återfår arbetsförmågan.

### **2.3 Den aktuella väntetids- och prioriteringssituationen på några ortopedmottagningar**

Under arbetets gång har vi samtalat med några överläkare på olika ortopedkliniker om väntetidssituationen och sjukskrivning. Samtliga uppger att kösituationen förvärrats de senaste åren och att ökningen i stor utsträckning beror på nedskärningarna under 1990-talet som nu har lett till luckor i personalstyrkan. Samtidigt med detta har remissinflödet ökat. Exempel på förklaring till att antalet remisser har ökat är att den medicinska utvecklingen gjort att det går att behandla fler sjukdomar. Andra förklaringar till att remisserna ökar är att distriktsläkarna är överbelastade och att patienterna i större utsträckning än tidigare kräver att få bli bedömda av ytterligare en läkare.

---

<sup>2</sup> Väntetid som inte leder till behandling kan ha betydelse för sjukförsäkringen även om väntetiden inte kan sägas orsaka sjukskrivningen eftersom andra åtgärder som behövs för att personen ska återfå arbetsförmågan tenderar att skjutas upp under tiden personen väntar på bedömning.

Landstingsförbundets statistik visar förväntade väntetider för oprioriterade patienter. I praktiken behandlas många akut eller sätts upp på väntelista med hög prioritet och får därför vänta mycket kortare tid. De överläkare vi samtalat med uppger att personer vars sjukdomstillstånd bedöms kunna förvärras hamnar i den högst prioriterade gruppen. Dessa personer lyckas man också ta hand om inom tider som anses vara acceptabla. Däremot är det många av de övriga som får vänta mycket längre än vad som är önskvärt. En viss administrativ kö, t.ex. på ett par veckor är ofrånkomligt och i vissa fall önskvärt, i övrigt uppfattas väntetiderna som mycket negativa, framför allt för patienterna, men även för vårdpersonalen.

I samband med det första besöket remitteras patienterna antingen tillbaka till primärvården, utreds vidare eller så fattas beslut om behandling. En uppskattning från en av överläkarna visar att ungefär 40 procent av de som kommer till mottagningen blir aktuella för operation. De som ska opereras sorteras på nytt i prioriteringsgrupper. Hur angelägen operationen är ur medicinsk synvinkel avgör prioritetsgrupp. En av överläkarna uppger att de har en uttalad policy att prioritera korta väntetider för operationer framför korta väntetider till mottagning. När beslut om operation är fattat bör den ske så snabbt som möjligt för alla patienter. På en annan ortopedklinik kan de som blir lågt prioriterade få vänta på sin operation i flera år.

Utifrån diskussionerna med överläkarna om vad sjukskrivning har för betydelse för prioriteringen kan vi konstatera att det förekommer att sjukskrivning är en faktor som beaktas vid prioriteringen. Detta sker då inom ramen för den medicinska prioriteringen därför att sjukskrivning, framför allt under lång tid, i sig har negativ påverkan på personens sannolikhet att bli frisk. Men det förekommer också att sjukskrivning inte alls har betydelse för prioriteringen därför att detta inte anses kunna ske inom ramen för de riktlinjer för prioritering som finns nu.

### 3 Undersökningens genomförande

Vi har samlat in uppgifter om väntetider och förekomst av sjuk-skrivning under väntetiden för patienter som har opererats på fem ortopedkliniker i landet. Klinikerna utgör inte något slumpmässigt urval och har inte heller valts för att de är särskilt typiska. Med hänsyn till den begränsade tid som vi hade till vårt förfogande för att genomföra studien har vi varit hänvisade till de kliniker som först kunnat ställa upp.<sup>3</sup>

Vid två av klinikerna samlade vi in uppgifter om de som genomgått meniskartroskopi, vid tre av klinikerna de som genomgått ryggoperation (operation av diskbräck och spinal stenosis), vid två av klinikerna de som genomgått karpaltunneloperation och vid en av klinikerna de som genomgått axeloperation. Urvalet av operationer har gjorts strategiskt, i samråd med företrädare för klinikerna, för att uppfylla kriterierna att de i tillräcklig utsträckning ska utföras på personer som är i yrkesverksam ålder, medföra behov av sjukskrivning och i tillräcklig utsträckning leda till att arbetsförmågan återfås samt att operationen normalt sett utförs efter en viss väntetid. Ett sådant urval utesluter sådana behandlingar som mera regelmässigt sker akut, och som kanske utgör merparten av de utförda behandlingarna.<sup>4</sup>

De personer som vi samlat in uppgifter om är de som har opererats mellan 1 januari 2000 och 31 augusti 2000, med undantag från en operationstyp vid en av klinikerna där tidsperioden var 1 januari 2000 till 10 maj 2000. Utifrån uppgifter rörande antalet genomförda operationer från Socialstyrelsen samt befolkningsuppgifter<sup>5</sup> kan antalet meniskartroskopier i vår undersökning antas uppgå till runt en procent av antalet sådana operationer som genomförs i landet under ett år. För ryggoperationer är motsvarande andel mellan två och två och en halv procent och för karpaltunnel- och axeloperationer mellan en och en och en halv procent.

---

<sup>3</sup> Två kliniker har avböjt medverkan av olika skäl. Det fel som kan uppkomma i "urvalet" bedömer vi i första hand som slumpmässigt och i mindre grad som systematiskt eftersom det inte handlar om att kliniker avböjt för att kösituationen gjort att de inte hade tid.

<sup>4</sup> Det är inte lätt att hitta en uppgift som bekräftar att de akuta behandlingarna utgör en majoritet av behandlingar i sjukvården, men i MARS-rapport 3/95 från Socialstyrelsen uppskattas de akuta vårdtillfällenas andel i slutenvård till 62 procent.

<sup>5</sup> I Socialstyrelsens register finns bara tillgång till uppgifter om operationer som genomförs i slutenvård. Av detta skäl kan inte dessa register ensamma användas för att uppskatta hur många operationer som genomförs i landet.

Uppgifterna om väntetider och sjukskrivning har samlats in från remisser och journaler. Den undersökta perioden börjar när personen blir aktuell på kliniken på grund av den skada/sjukdom som sedan leder till den operation som ingår i undersökningen. Vi har sedan följt vårdprocessen och fastställt väntetider och sjukskrivning fram till att operationen utförts.

Undersökningens genomförande beskrivs mer detaljerat i bilaga 1. I bilaga 2 sammanfattas några andra undersökningar av sjukskrivning under väntetid.

## 4 Resultatredovisning

### 4.1 Alla opererade

#### Hur ser gruppen opererade ut

Totalt ingår 307 personer i studien. Av dessa var knappt hälften kvinnor. Det totala antalet personer fördelade sig på de olika klinikerna och operationstyperna enligt tabell 4.

*Tabell 4.* Antalet personer i studien samt andelen kvinnor fördelat på klinik och operationstyp

Operation	Klinik	Antal personer	Andel kvinnor
Menisk	1	80	33 %
	2	60	35 %
<i>Menisk totalt</i>		140	34 %
Rygg	1	24	50 %
	2	16	40 %
	3	40	58 %
<i>Rygg totalt</i>		80	52 %
Karpaltunnel	1	33	73 %
	2	42	74 %
<i>Karpaltunnel totalt</i>		75	73 %
Axel	1	12	67 %

*Not:* Kliniknumret anger inte samma klinik för de olika operationstyperna (klinik 1 bland meniskoperationer är alltså inte samma klinik som klinik 1 för ryggoperationer).

Andelen kvinnor skiljer sig väsentligt mellan de olika operationstyperna men är jämn mellan klinikerna för samma operationstyp (möjligen med undantag för ryggoperationer). I tabell 5 redovisas hur individerna fördelar sig på födelseår samt medianålder.



Tabell 5. Födelsegångsfördelning (i procent) samt medianålder fördelat på klinik och operationstyp

Operation	Klinik	Födelseår							Median- ålder
		-1935	1936- 1940	1941- 1950	1951- 1960	1961- 1970	1971- 1980	1981-	
Menisk	1	4	5	29	19	25	10	9	43,5 år
	2	2	13	30	18	17	13	7	48 år
<i>Menisk totalt</i>		3	9	29	19	21	11	8	45 år
Rygg	1	12	12	21	17	17	21	0	46,5 år
	2	33	7	7	20	20	13	0	46 år
	3	25	10	13	25	22	5	0	49 år
<i>Rygg totalt</i>		23	10	14	22	20	11	0	48,5 år
Karpaltunnel	1	27	3	30	18	3	18	0	53 år
	2	17	10	31	31	12	0	0	50,5 år
<i>Karpaltunnel totalt</i>		21	7	31	25	8	8	0	52 år
Axel	1	8	0	58	33	0	0	0	51,5 år

Medianåldern är ungefär densamma oavsett operation och klinik. I viss mån skiljer sig emellertid åldersfördelningen åt. Det är t.ex. vanligare med patienter 65 år och äldre bland ryggoperationerna och karpaltunneloperation.

#### Väntetid från vårdbegäran till första besöket

Det första som händer i den del av vårdprocessen som vi undersökt är att patienten ibland via en läkare, ibland själv uppmärksammar kliniken på att han eller hon vill komma till kliniken. Detta motsvarar det andra ledet i den tidigare beskrivna vårdprocessen. I den terminologi som Landstingsförbundet använder i sin väntetidsmätning benämns detta vårdbegäran. I vissa fall sammanfaller tiden för vårdbegäran med det första besöket på mottagningen, om t.ex. patienten inkommer akut. Vanligtvis förflyter en viss tid mellan vårdbegäran och det första besöket. Enligt den definition som vi använt kan detta vara fallet även när en patient kommer in akut, nämligen i de fall patienten trots detta sätts upp på väntelista för mottagning.

Vi skiljer således på de patienter som inkommer akut till kliniken, men som trots det får genomgå en "normal" vårdprocess och de som inkommer akut och dessutom behandlas akut (inom ett

fåtal dagar). De akut behandlade uppgick till sammanlagt 15 personer fördelade på 9 ryggoperationer och 6 karpaltunneloperationer spridda på alla kliniker där dessa operationer undersökts. Dessa personer ingår inte i den fortsatta undersökningen.

Av de sammanlagt 292 personer som återstår har som nämnts en del kommit in akut till sjukhuset men har sedan genomgått en "normal" vårdprocess på samma sätt som de som kommer in på remiss eller kommer direkt till kliniken utan att vara akuta. Den grupp som vi definierat som "direkt" består av personer som kommer in till kliniken utan att uppsöka primärvården, ofta för att de är eller har varit aktuella på kliniken av andra skäl. I vissa fall sker vårdbegäran i samband med att individen istället träffar en ortoped på en vårdcentral. I en majoritet av dessa fall går det ingen tid mellan vårdbegäran och första besök eftersom vårdbegäran sker i samband med att individen träffar ortoped. Dessa fall ingår i nedan redovisade väntetider, men har således 0 dagar i väntetid mellan vårdbegäran och första besök.

Tabell 6. Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar mellan vårdbegäran och första besök fördelat på klinik, operationstyp och hur patienten kom till kliniken

Operation	Klinik	Akut		Remiss		Direkt		Totalt	
		Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Menisk	1	20	13	37	20	7	0	26	13,5
	2	10	14	102	99	14	0	66	35,5
<i>Menisk totalt</i>		17	14	68	35	10	0	43	19
Rygg	1	46	49	48	31,5	*	*	48	37
	2	40	17	*	*	*	*	47	42
	3	42	23	85	91,5	*	*	59	57
<i>Rygg totalt</i>		42	26,5	62	47	57	47	53	46
Karpaltunnel	1	*	*	79	53	0	0	60	47
	2	*	*	178	79,5	0	0	140	55
<i>Karpaltunnel totalt</i>		24	1	136	60,5	0	0	106	50
Axel	1	*	*	124	78	*	*	126	105

Not: \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Det vanligaste sättet att komma i kontakt med kliniken är via remiss. Bland meniskopererade kom 54 procent via remiss medan övriga fördelade sig jämnt på de två övriga kontaktsätten, men med

viss övervikt för akut. Bland karpaltunnelopererade svarade remisserna för 75 procent medan de akuta endast var 7 procent. Också bland axelopererade var 75 procent remisser men här svarade de akuta för lite större andel av övriga. Bland ryggopererade var bilden annorlunda. Här svarade remisser och akuta för i princip lika stora delar av det totala antalet, 46 respektive 45 procent, mycket beroende på att de akuta var över 60 procent på en av klinikerna.

Skillnaden i väntetid är markant mellan olika sätt att komma till kliniken. För de personer som är aktuella för menisk- och karpaltunneloperation (även om det i detta skede av vårdprocessen sällan står klart vilken operation som är aktuell) kommer det första besöket snabbast om individen tar direktkontakt med kliniken. Detta är naturligt med tanke på hur detta kontaktsätt är definierat. Något längre får man vänta om man kommer in till sjukhuset akut. Här handlar väntetiden i vissa fall om tiden mellan det att man kommer in till sjukhuset akut, och i och för sig i vissa fall träffar en ortoped, till det att man kommer till ett ordinarie planerat besök. I andra fall är väntetiden noll eftersom akutbesöket går att jämföra med ett vanligt mottagningsbesök (grundat på att patienten inte sattes upp på väntelista för mottagning). Den längsta väntetiden får man om man kommer in på remiss till kliniken. När det gäller ryggoperationer påverkas väntetiden mindre av på vilket sätt man kommer till kliniken, även om det är kortare väntetider för patienter som kommer in akut.<sup>6</sup>

Eftersom inte alla operationstyper undersökts på alla kliniker är det svårt att uttala sig om skillnaden i väntetid mellan operationstyperna. I vissa fall kan dock sådana jämförelser göras. Det förefaller som om väntetiden för att få komma på besök bland dem som så småningom genomgår axeloperation är längre än för de andra operationstyperna (antalet observationer är dock för litet för att uttala sig med säkerhet). Medianväntetiden från vårdbegäran till första besök är förhållandevis jämn mellan kliniker för samma operationstyp. På vissa kliniker är däremot medelvärdet väsentligt högre vilket antyder en skev fördelning, dvs. att det finns några personer som får vänta mycket längre än de flesta andra.

---

<sup>6</sup> Det går naturligtvis inte att säga att väntetiden beror på vilket sätt man kommit till kliniken på eftersom sättet att komma dit ofta hänger samman med hur allvarlig skadan/sjukdomen är.

### Väntetid från beslut till operation

Något senare i vårdprocessen fattas beslut om att patienten ska genomgå operation. Patienten sätts då upp på väntelista för operation, utom i undantagsfall (för de operationstyper som behandlas här) då patienten behandlas akut. Det uppstår då en väntetid mellan beslutet och operationen. Detta motsvarar i princip det fjärde ledet i den tidigare skissade vårdprocessen.<sup>7</sup> Hur långa dessa väntetider är framgår av tabell 7.

Tabell 7. Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar mellan beslut och operation fördelat på klinik, operationstyp och hur patienten kom till kliniken

Operation	Klinik	Akut		Remiss		Direkt		Totalt	
		Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Menisk	1	50	23,5	113	78,5	82	59	87	58,5
	2	42	28	80	61	83	84	74	60
<i>Menisk totalt</i>		48	23,5	97	65,5	82	74	81	60
Rygg	1	68	71	47	38,5	*	*	53	46
	2	39	16,5	*	*	*	*	47	29
	3	58	42	72	39	*	*	73	42
<i>Rygg totalt</i>		55	35,5	61	43	92	36	61	42
Karpaltunnel	1	*	*	87	72	154	135,5	100	75
	2	*	*	60	50	133	142	69	58
<i>Karpaltunnel totalt</i>		43	24	72	65,5	144	142	82	69
Axel	1	*	*	122	118	*	*	137	111,5

Not: \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Kortast väntetid mellan beslut och operation har de som kommer till kliniken akut. Att de kommer in akut i sin första kontakt med kliniken behöver inte alls betyda att det finns behov av en akut behandling, även om det är naturligt att det finns ett visst samband. För de som tar direktkontakt med kliniken är väntetiderna längst vid menisk- och karpaltunneloperationer, längre respektive väsentligt längre än för de andra kontaktsätten. Det betyder att de som fick vänta kort tid i det tidigare beskrivna ledet mellan vårdbegäran och besök i stället får vänta lång tid i detta led.

<sup>7</sup> I princip tänker vi oss att beslutet tas i samband med att röntgenresultatet kommit. I vissa fall kan emellertid gränsen mellan det tredje och fjärde ledet helt saknas.

I likhet med väntetiden mellan vårdbegäran och första besöket är skillnaden mellan kontaktsätten minst vid ryggoperationer. Skillnaderna är så små att det är osäkert om man kan tala om att operationer genomförs tidigare i de ena eller andra fallet. I likhet med vad som gällde väntetiden mellan vårdbegäran och besök innebär axeloperationer längst väntetid för patienten i detta led.

Även i detta led av vårdprocessen, mellan beslut om operation och operation, framgår att skillnaderna mellan kliniker inom de olika operationstyperna är förhållandevis små.

### Väntetid från vårdbegäran till operation

Det allra mest intressanta ur ett övergripande perspektiv är att studera hur lång hela vårdprocessen på kliniken är. Det gäller alltså att titta på hur lång tid som förflyter mellan vårdbegäran och operation och innefattar det andra till fjärde ledet i den skisserade vårdprocessen. I strikt mening är det svårt att tala om en väntetid, eftersom förklaringen till hur lång denna del av processen tar delvis kan vara en helt annan än att patienten varit uppsatt på väntelista. Vi använder oss ändå av uttrycket, men återkommer nedan, under rubriken *Tid som inte är väntetid*, till problematiken. Av tabell 8 framgår således hur lång tid som går mellan vårdbegäran och operation.

Tabell 8. Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar mellan vårdbegäran och operation fördelat på klinik, operationstyp och hur patienten kom till kliniken

Operation	Klinik	Akut		Remiss		Direkt		Totalt	
		Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Menisk	1	71	34,5	155	106	96	68	116	78
	2	68	53,5	204	184	120	106	163	148
<i>Menisk totalt</i>		71	41	179	157	106	92	136	106
Rygg	1	125	126	128	133	*	*	128	133
	2	79	45,5	*	*	*	*	114	78
	3	132	90	215	170	*	*	173	133
<i>Rygg totalt</i>		117	89	174	149	163	161	174	126
Karpaltunnel	1	*	*	190	149	180	135,5	183	148
	2	*	*	254	180	133	142	219	155,5
<i>Karpaltunnel totalt</i>		83	60	227	158	157	142	204	148
Axel	1	*	*	301	316	*	*	315	336

Not: \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Genomgående är att om patienten kommer i kontakt med kliniken via remiss blir den totala tiden från vårdbegäran till operation längre än om han eller hon kommit in akut. I fallet med meniskoperation blir totaltiden också längre vid remiss än vid direktkontakt. Vid rygg- och karpaltunneloperation medför de två sistnämnda kontaktsätten ungefär lika långa totaltider.

Totalt är mediantiden från vårdbegäran till meniskoperation ca 3,5 månader men det är stor skillnader mellan de båda undersökta klinikerna, oavsett kontaktsätt. Mediantiden från vårdbegäran till ryggoperation är drygt 4 månader. Här avviker en klinik från de övriga genom betydligt kortare väntetider. Mediantiden från vårdbegäran till karpaltunneloperation uppgick till knappt 5 månader. Här är skillnaden mycket liten mellan kliniker och kontaktsätt. I särklass längst tid tar det att bli axelopererad, mer än 11 månader i median. Visserligen bygger uppskattningen på ett litet underlag men är så stor att den ändå är nämnvärd.

## Väntetid till röntgen samt väntetid mellan besök och beslut

Summan av väntetiden från vårdbegäran till besök och från beslut till operation är samma som den totala väntetiden i de fall beslut fattats vid första besöket. Det finns emellertid många skäl till att det ofta ingår något mellanled mellan första besök och beslut. Röntgen är ett exempel. Vi har noterat väntetiderna till magnetröntgen och Elektromyografi (EMG) som är en undersökning som ibland görs före karpaltunnelklyvning. Tiden som räknas är från det att röntgenremissen skrivs till att röntgenundersökningen äger rum. I vissa fall skrivs röntgenremissen av akutmottagningen eller av primärvårdsläkaren ungefär samtidigt som remissen till ortopedmottagningen skrivs. I dessa fall ingår väntetiden till röntgen i den väntetid som föreligger mellan vårdbegäran och första besök på mottagning.

Det vanligaste är dock att röntgenremissen skrivs vid första besök på mottagning.<sup>8</sup> Då förklaras tiden mellan besök och beslut helt eller delvis av väntetiden till röntgen. Det är drygt hälften av rygg- och knäppt var tionde meniskopererad som genomgått magnetröntgen. Av de som genomgått karpaltunnelklyvning hade knäppt var tionde genomgått EMG. Det totala antalet dagar som dessa personer väntar på dessa undersökningar motsvarar fem procent av det sammanlagda antalet dagar för hela undersökningspopulationen mellan vårdbegäran och operation. Det bör poängteras dels att det enbart är magnetröntgen och EMG som omfattas, dels att vissa har genomgått någon av dessa undersökningar innan den vårdprocess vi observerat.

Det finns också andra orsaker till att det går en viss tid i vårdprocessen utöver tid mellan vårdbegäran och första besök, mellan remiss till magnetröntgen eller EMG och genomförd undersökning samt mellan beslut och operation. Tid som förflyter från att röntgen är genomförd till att beslut om operation fattas respektive tid som förflyter mellan besök och beslut som förklaras av att läkaren konsulterar kollegor innan beslut fattas, är exempel på sådan ytterligare tid i vårdprocessen som är att betrakta som väntetid. Det totala antalet dagar som denna typ av väntetid tar i anspråk motsvarar två procent av det sammanlagda antalet dagar för hela undersökningspopulationen mellan vårdbegäran och operation. Däremot är en del annan tid som förflyter inte att betrakta som väntetid.

---

<sup>8</sup> På flera håll är det enbart är specialläkarna som får remittera till magnetröntgen på grund av att röntgenkapaciteten är begränsad.

### Tid som inte är väntetid

All tid som förflyter från vårdbegäran till operation är inte väntetid i den mening att den beror på sjukvården. En person som ska genomgå en operation kan själv välja att vänta t.ex. för att han eller hon önskar att operationen ska ske en viss tid på året. Beslutet om operation kan dröja för att personen är osäker på om han eller hon vill bli opererad. Det totala antalet dagar som bestod av sådan väntan uppgick till två procent av det sammanlagda antalet dagar för hela undersökningspopulationen mellan vårdbegäran och operation. De personer där det framgår att de själva valt att vänta har oftast väntat länge. Det är troligt att en något större del av väntan är frivillig i det avseendet att patienten av olika anledningar varit förhindrade att ta första bästa tid och därför skjutit upp operationen någon eller några veckor. Så korta tider av "frivillig väntan" går inte att utläsa ur journalerna.<sup>9</sup>

Viss del av tiden som förflyter från vårdbegäran till operation är motiverad av osäkerhets- eller utredningsskäl. Inte heller detta kan räknas som väntetid. Ett exempel är vissa typer av akuta knäskador där det finns skäl att avvakta någon eller några veckor för att se om skadan läker. Även vid diskbräck kan det finnas skäl att under en begränsad tid avvakta spontanläkning. Att det förflyter tid mellan vårdbegäran och operation kan även bero på att annan behandling provas innan det blir aktuellt med operation. Antalet dagar som förklaras med detta motsvarar sex procent av det sammanlagda antalet dagar för hela undersökningspopulationen mellan vårdbegäran och operation.<sup>10</sup>

När den totala tiden från vårdbegäran till operation reduceras med frivillig väntetid och utredningstid etc. minskar den med åtta procent.

---

<sup>9</sup> Däremot är den frivilliga väntetiden överskattad för de patienter som velat skjuta upp operationen. Vi har inte information om när de hade blivit opererade om de hade tagit första bästa tid, utan har räknat hela tiden från beslut till operation som frivillig väntan. Det är en överskattning eftersom de hade fått vänta viss tid även om de tagit första bästa tid.

<sup>10</sup> Det är värt att notera att personerna kan ha utretts före den vårdprocess som ingår i vår undersökning. De kan t.ex. ha utretts men inte behandlats i en tidigare vårdprocess och nu kommit igen för att besvären blivit värre. I vår undersökning är det bara tiden från att undersökning och behandling på nytt aktualiserats som ingår.



## Alla är inte sjukskrivna

Det finns flera skäl till att sjukskrivning inte alltid förekommer trots att en individ får vänta på vård. En del av dessa har med systemets utformning att göra, nämligen att vissa personer inte är sjukpenningförsäkrade för att de är ålders- eller förtidspensionärer eller av annat skäl inte omfattas av försäkringen. Andra skäl till att vissa inte är sjukskrivna p.g.a. den väntetid som orsakas av den aktuella vårdprocessen kan vara att de redan är sjukskrivna av helt andra skäl eller att det helt enkelt inte finns något behov av sjukskrivning. I tabell 9 redovisas hur stor andel av de personer som ingår i undersökningen som av olika skäl inte är sjukskrivna under väntan.

Tabell 9. Andel som av olika skäl inte är sjukskrivna på grund av väntetiden. Procent av antalet opererade

Operation	Klinik	ÅP	FP	Oförs	Annat	Akut	Nej	Summa	ej sjukskrivna
Menisk	1	4	3	10	4	0	61	81	
	2	2	10	12	5	0	42	70	
<i>Menisk totalt</i>		3	6	11	4	0	53	76	
Rygg	1	13	0	0	0	4	25	42	
	2	31	13	0	13	19	6	81	
	3	18	5	0	10	3	13	47	
<i>Rygg totalt</i>		19	5	0	8	6	15	52	
Karpaltunnel	1	27	9	3	9	3	45	97	
	2	17	2	2	7	2	55	86	
<i>Karpaltunnel totalt</i>		21	5	3	8	3	51	91	
Axel	1	8	0	0	0	0	25	72	

Not: ÅP står för ålderspensionärer, FP för förtidspensionärer, Oförs för andra oförsäkrade, Annat för de som är sjukskrivna av andra skäl, Akut för de som behandlas akut och därmed inte "hinner" vara sjukskrivna samt Nej för de som i övrigt inte är sjukskrivna.

Som framgår av tabellen är det en i de flesta fall klar majoritet som inte är sjukskrivna under väntetiden. Detta är i viss mån förvånande eftersom operationstyperna valts strategiskt för att hitta sjukskriv-

ning.<sup>11</sup> Det är osäkert om det förekommit sjukskrivning för ytterligare tre personer. Dessa ingår inte i redovisningen nedan.

## 4.2 De sjukskrivna

Efter att undersökningspopulationen nu reducerats så att bara de individer som varit sjukskrivna under väntetiden återstår, har vi kommit till vad som är kärnan i undersökningen. Av tabell 10 framgår hur lång tid de sjukskrivna väntat mellan vårdbegäran och första besök<sup>12</sup> och som alltså kan jämföras med tabell 6 ovan som avsåg hela materialet.

*Tabell 10.* Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar samt sammanlagd väntetid mellan vårdbegäran och första besök fördelat på klinik och operationstyp. Avser endast de som var sjukskrivna under väntetiden

Operation	Klinik	Medel	Median	Sammanlagt
Menisk	1	16	8	240
	2	55	29	990
<i>Menisk totalt</i>		37	15	1230
Rygg	1	51	33,5	714
	2	*	*	*
	3	63	64	1134
<i>Rygg totalt</i>		58	49	2030
Karpaltunnel	1	*	*	*
	2	31	32,5	186
<i>Karpaltunnel totalt</i>		33	34	231
Axel	1	112	78	896

*Not:* \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Jämför man väntetiderna bland de sjukskrivna med de som gällde alla ser man att de är ungefär jämförbara eller möjligen något kortare.

<sup>11</sup> Det är i och för sig möjligt att vi gjort ett strategiskt val som slagit fel i den meningen att vi missat de vårdköer som orsakar mest sjukskrivning. I så fall finns det en brist i kunskapen om vilka vårdköer som leder till sjukskrivning som borde avhjälpas.

<sup>12</sup> Observera att dessa inte nödvändigtvis behöver ha varit sjukskrivna just under detta led i vårdprocessen.

### Väntetid från beslut till operation

På motsvarande sätt innehåller tabell 11 information om väntetider mellan beslut och operation för sjukskrivna, som kan jämföras med tabell 7 ovan.

*Tabell 11.* Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar samt sammanlagd väntetid mellan beslut och operation fördelat på klinik och operationstyp. Avser endast de som var sjukskrivna under väntetiden

Operation	Klinik	Medel	Median	Sammanlagt
Menisk	1	21	10	315
	2	67	42	1 206
<i>Menisk totalt</i>		46	33	1 521
Rygg	1	54	42,5	756
	2	*	*	*
	3	81	42	1 458
<i>Rygg totalt</i>		65	38,5	2 275
Karpaltunnel	1	*	*	*
	2	53	48,5	318
<i>Karpaltunnel totalt</i>		47	34	329
Axel	1	137	133	1 096

*Not:* \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Precis som väntetiden mellan vårdbegäran och besök förefaller de sjukskrivnas väntetid mellan beslut och operation vara lika lång eller något kortare än hela undersökningsgruppens.

### Väntetid från vårdbegäran till operation

Slutligen redovisas i tabell 12 den totala tiden i vårdprocessen från vårdbegäran till operation som kan jämföras med tabell 8 ovan.

Tabell 12. Medelvärde för väntetid och medianväntetid i dagar samt sammanlagd väntetid mellan vårdbegäran och operation fördelat på klinik och operationstyp. Avser endast de som var sjukskrivna under väntetiden

Operation	Klinik	Medel	Median	Sammanlagd
Menisk	1	44	27	660
	2	136	81	2 448
<i>Menisk totalt</i>		94	68	3 108
Rygg	1	124	133	1 736
	2	*	*	*
	3	167	133,5	3 006
<i>Rygg totalt</i>		143	132	5 005
Karpaltunnel	1	*	*	*
	2	114	78,5	684
<i>Karpaltunnel totalt</i>		107	69	749
Axel	1	315	295,5	2 520

Not: \*anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Man kan konstatera att de lite kortare väntetiderna i de ovan beskrivna leden vad gäller menisk- och karpaltunneloperationer summerar till klart märkbara skillnader i de redovisade totaltiderna. För övriga operationer föreligger precis som tidigare inga skillnader mellan sjukskrivna och andra.

### Sjukskrivning från vårdbegäran till operation

Som tidigare nämnts avser redovisningen i tabellerna 10 till 12 de personer som var sjukskrivna under väntetiden till operationen. Den väntetid som redovisas är emellertid inte ekvivalent med sjukskrivningstid. Dels kan sjukskrivningen ha inletts någon gång mellan vårdbegäran och operationen och därför inte avse hela perioden, dels kan en del av väntetiden definieras bort på grund av faktorer som diskuteras ovan under rubriken *Tid som inte är väntetid*. Den totala väntetiden behöver således reduceras vilket gjorts i tabell 13.

Tabell 13. Medelvärde för sjukskrivning och mediansjukskrivning i dagar samt sammanlagd sjukskrivning under väntetid mellan vårdbegäran och operation fördelat på klinik och operationstyp

Operation	Klinik	Medel	Median	Sammanlagd
Menisk	1	30	25	450
	2	80	74,5	1 440
<i>Menisk totalt</i>		57	50	1 890
Rygg	1	96	101	1 344
	2	*	*	*
	3	125	87,5	2 250
<i>Rygg totalt</i>		110	82	3 850
Karpaltunnel	1	*	*	*
	2	69	68,5	414
<i>Karpaltunnel totalt</i>		68	68	476
Axel	1	264	231,5	2 112

Not: \* anger att antalet observationer understiger fem och att det därför inte är meningsfullt att redovisa medelvärde och median.

Den totala tiden mellan vårdbegäran och operation reduceras med mellan 16 procent (för axeloperationer) och 40 procent (för meniskoperationer) när hänsyn tas till icke sjukskrivnings- och icke väntetid.

Tabellen anger således vår uppskattning av svaret på den övergripande frågan, i hur stor utsträckning det förekommer väntetider som leder till sjukskrivning.

De väntetider som studerats representerar inte alla typer av väntetider i vården. Endast fyra olika operationstyper har studerats. Antalet kliniker är vidare för litet för att vara ett urval som är representativt för situationen i landet som helhet. I vilken storleksordning som väntetid till de studerade operationerna orsakar sjukskrivning är ändå möjligt att få en uppfattning om utifrån det studerade materialet. En uppräknings av materialet skulle ge ungefär en halv miljon sjukdagar per år i hela landet.

Om de kliniker som studerats vore representativa för landets alla kliniker skulle väntan på de studerade operationstyperna uppräknat till riksnivå, utifrån respektive kliniks upptagningsområde och antalet utförda operationer, visa att;

- sjukskrivning under väntan på meniskoperationer orsakar knappt 190 000 sjukdagar på ett år,

- sjukskrivning under väntan på ryggoperationer orsakar ca 150 000 sjukdagar på ett år,
- sjukskrivning under väntan på karpaltunneloperationer orsakar ca 40 000 sjukdagar på ett år samt att
- sjukskrivning under väntan på axeloperationer orsakar knappt 170 000 sjukdagar på ett år.

Dessa siffror kan sättas i relation till det totala antalet sjukdagar, oavsett orsak, som under år 1999 uppgick till drygt 70 miljoner.

En extra uppmaning om försiktighet när det gäller tolkningen av dessa uppräknningar gäller axeloperationer eftersom undersökningen där endast genomförts på en klinik med långa, men för den skull inte nödvändigtvis atypiska, väntetider.

### **För vissa leder inte operationen till minskat behov av sjukskrivning**

Även om syftet eller förhoppningen med att genomföra operationen är att patienten ska kunna återfå arbetsförmågan kan detta naturligtvis inte alltid infrias. I egentlig mening kanske en del av dessa fall inte ska medtas i beräkningen av sjukskrivning under väntan eftersom de inte uppfyller de grundläggande kriteriet att operationen ska leda till att arbetsförmågan återfås. Vi väljer att låta även dessa personer ingå eftersom det dels är svårt att säkert veta om arbetsförmågan kommer att återkomma efter den relativt korta uppföljningsperiod som gått bland de undersökta patienterna, dels kan vara finnas andra skäl till att så inte har skett, t.ex. att de blir fortsatt sjukskrivna på grund av någon annan sjukdom. Sammanlagt rör det sig om 12 personer som varit sjukskrivna under väntetiden, men som bedöms inte kunna återfå sin arbetsförmåga och ytterligare 17 där det är osäkert. Sammanlagt utgör dessa mer än en tredjedel av alla personer som varit sjukskrivna under väntan. Det är rimligt att anta att en del av dessa faktiskt inte skulle ha betraktats som sjukskrivna under väntan, vilket leder till att ovan redovisade uppskattningar kan vara tilltagna i överkant.

## 5 Diskussion

Sjukskrivning kan orsakas av att en patient får vänta på ett eller flera led i en vårdprocess. Förekomsten av väntetider är allmänt utbredd i sjukvården. Även om detta leder till att sjukskrivningar förlängs tyder vår studie på att problemet är av relativt liten omfattning men att det ändå – med den försiktighet i tolkningen som vi poängterat – orsakar uppskattningsvis en halv miljon sjukdagar varje år bara för de operationer som vi studerat. Denna uppskattning bygger på studier av väntetider till fyra operationstyper. Naturligtvis säger inte detta något om väntetider till andra behandlingar eller besök i vården. Som tidigare nämnts är operationstyperna dock valda utifrån kriteriet att de troligen orsakar sjukskrivning i relativt stor utsträckning. Vi har inte heller i efterhand anledning att misstänka att valet av studieobjekt i detta avseende var felaktigt. Bristen på allmän information om väntetider och sjukskrivning gör dock det omöjligt att bekräfta om valet var bra och innebär att det inte heller är möjligt att bedöma hur vår uppskattning av sjukskrivning under väntetid förhåller sig till den sammanlagda sjukskrivningen i väntan på vård.

Vår uppskattning bygger vidare på studier av väntetider vid fem olika ortopedkliniker. Detta är naturligtvis inte tillräckligt för att vara ett urval som kan användas för att göra uppskattningar med något krav på representativitet. Uppskattningen torde dock kunna tjäna som en angivelse av storleksordningen på den sjukskrivning som förekommer i samband med de studerade operationerna i landet som helhet.

Studien visar alltså inte den totala bilden av sjukskrivning i samband med väntetider i vården. Studien visar inte heller hur mycket sjukskrivning som skulle kunna undvikas om väntetiderna reducerades till ett minimum eller till önskvärda nivåer, i den utsträckning de avviker från inga väntetider alls. Slutligen, och viktigast av allt, studien hanterar inte i vilken utsträckning sjukvården eller sjukvården i samverkan med sjukförsäkringen och andra aktörer kan bidra till att minska behovet av sjukskrivning. Två aspekter som främst tar sikte på detta diskuteras i det följande.

## 5.1 Samordning mellan sjukvårds- och socialförsäkringssektorn

Det finns ett inte obetydligt samband mellan sjukvården och sjukförsäkringen. Att sambandet finns innebär ett, väl uppmärksammat, behov av samordning mellan sektorerna. Frågan är då om behovet av samordning är tillgodosett. Kanske går det inte att besvara den frågan. För det första beror det på att behovet av samordning är så mångfacetterat. Behovet av samordning kan vara tillgodosett ur en aspekt, men inte ur en annan. För det andra är det svårt att mäta effekten av samordning, eller brist på samordning.

En ökad samordning mellan sjukförsäkring och sjukvård har varit målet för dels avtal mellan stat och landsting, främst de s.k. Dagmaravtalen, dels försöksverksamheter med finansiell samordning, de s.k. FINSAM- och SOCSAM-försöken. Även det s.k. FRISAM syftar till samordning mellan olika aktörer, däribland sjukförsäkringen och sjukvården. Dagmaravtalen syftar förenklat till att ge statens intressen, däribland sjukförsäkringen, visst inflytande över användningen av vissa mindre resurser i sjukvården. Resurserna är emellertid begränsade, de avtalslutande parterna många och statens intressen omfattande varav sjukförsäkringens bara är en liten del. I de försöksverksamheter med finansiell samordning som bedrivits från 1993 har behovet av samordning varit framträdande. SOCSAM, som omfattar samordning mellan förutom sjukvård och sjukförsäkring också mellan dessa båda och kommunernas socialtjänst, är ännu inte slututvärderat. Detsamma gäller FRISAM. FINSAM som dels avslutats och slututvärderats, dels till skillnad från de övriga SAM-försöken fokuserade på just sjukvård och sjukförsäkring är mest adekvat att diskutera i detta sammanhang.

FINSAM gav odiskutabelt ökad samordning mellan sjukförsäkringen och sjukvården. Den ökade samordningen ledde till minskade kostnader i sjukförsäkringen. Den ökade samordningen åstadkoms utan att verksamheterna tillfördes några stora resurser. Redan före FINSAM inleddes uppmärksammades en rad problem som kunde uppstå som en följd av FINSAM. Dessa problem kan sammanfattas i begreppen övervältring och gräddfiler. Om två parter samverkar med varandra för att åstadkomma bästa tänkbara resultat för de två verksamheter man ansvarar för, särskilt då resultatet innebär ett tydligt ekonomiskt incitament, kan tredje part bli lidande. De sparade sjukförsäkringskostnaderna kan med



FINSAM-terminologin övervältras på t.ex. socialtjänsten eller a-kassan/arbetsmarknadsmyndigheten på grund av att ersättningen upphör från sjukförsäkringen utan att försörjningen är ordnad genom arbete. På motsvarande sätt kan kostnaderna övervältras på den enskilde om denne själv får stå för en del av det inkomstbortfall som sjukförsäkringen ska täcka.

Större delen av sjukvårdens resurser används för att ge vård till andra än sjukskrivna. Detta tillsammans med det faktum att FINSAM erbjöd ett resurstillskott till sjukvården väckte farhågan om att gräddfiler kunde uppstå. Med gräddfiler avsågs att yrkesverksamma kunde bli behandlade med otillbörlig förtur. En ökad tillgänglighet till vård för yrkesverksamma skulle kunna ske på bekostnad av tillgängligheten för andra grupper. Argument som framfördes för att detta inte var att betrakta som ett problem var att den ökade tillgängligheten var ett resultat av tillskott av resurser från sjukförsäkringen och att tillskottet i praktiken ledde till ökad tillgänglighet även för andra grupper.

I en försöksverksamhet under begränsad tid och framför allt i en begränsad del av landet var kanske detta argument giltigt. Om försöket ledde till ökad tillgänglighet för yrkesverksamma genom att de fördes över på en annan väntelista så skapades utrymme i den ordinarie och därmed snabbare hantering även där, vilket innebar att även gamla och barn fick det bättre än i andra delar av landet. I princip förefaller det emellertid omöjligt att bortse från att en gräddfil alltid är relativ. Däremot skulle det i detta avseende inte bereda några problem att öka tillgängligheten för alla i samma utsträckning. Ett problem med en sådan ansats är dock att det ställs väsentligt större krav på kostnadseffektiviteten hos de extra insatserna, eftersom man i princip måste göra en bred insats för en stor grupp, men bara får tillgodoräkna sig resultatet för en liten del av denna grupp.

Utvärderingen av FINSAM gav emellertid inga skäl att misstänka vare sig övervältringseffekter eller gräddfiler. De tillförda medlen var, som tidigare nämnts, inte heller av särskilt stor omfattning. Likafullt uppstod ett mycket positivt resultat i termer av minskade sjukförsäkringskostnader och minskad sjukfrånvaro. En rimlig slutsats är att resultatet till stor del åstadkoms genom ökad samordning som inte kostade några pengar och som kom till stånd genom att frågan om sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen fokuserades.

En likaledes rimlig slutsats är emellertid att en del av styrkan i detta fokus, och det faktum att samordningen kunde åstadkommas utan stora investeringar, uppkom som ett resultat av försökssituationen i sig. Dels innehöll försöksverksamheten en del ingredienser som inte skulle kunna vara del av en riksomfattande verksamhet, främst den s.k. ekonomiska resultatberäkningen, dels kan resultatet till en inte obetydlig del vara en s.k. experimenteffekt. Vad som ska innefattas i begreppet experimenteffekt är inte alldeles lätt att ange.

Två delar är dock rimliga att uppmärksamma. För det första följde en ganska omfattande utvärdering med försöket. Utvärderingen var i betydande grad deltagande, dvs. utfördes av eller i nära samverkan med de som också ansvarade för verksamheten, vilket gör att den kunde användas som ett utvecklingsinstrument. Frågan är då om en sådan utvärderingsinsats hade kommit till stånd om det inte varit frågan om en försöksverksamhet, och i så fall till vilken kostnad. Det kan inte heller uteslutas att resultatet uppstod i det observerade, men att också andra, mindre positiva effekter uppstod, som om de varit kända skulle ha förtagit den positiva värderingen.

För det andra kan en del av effekten av försöket vara ett resultat av att en högre produktion åstadkoms med befintliga resurser, men att den förhöjda produktionsnivån inte kan upprätthållas på lång sikt, åtminstone inte utan resurstillskott.

Lika rimligt som det kan vara att tillskriva en del av resultatet av FINSAM till försökssituationen, lika rimligt är det, vilket är viktigt att poängtera, att tillskriva samordningen som skulle åstadkommas, sin del av resultatet. Ingen kan säga i vilka delar det ekonomiska resultatet fördelas mellan de båda. Försöket får ändå sägas ha visat att samordningsbehovet mellan sjukvården och sjukförsäkringen inte var fullt ut tillgodosett i försöksområdena vid försökets inledning. Det finns inte anledning att tro att behovet var tillgodosett på andra håll i landet och inte mycket större anledning att tro att det numer är tillgodosett.

Kanske är det svårt att utifrån FINSAM dra några slutsatser av hur en ökad samordning kan åstadkommas. Kanske är det också värt att avvakta utvärderingen av SOCSAM och FRISAM innan man försöker finna en mer samlad lösning för att åstadkomma bättre samordning. Problemen inom sjukförsäkringen är emellertid stora och allt mer akuta. I vilken utsträckning problemen hänger samman med samordningen med sjukvården kan inte fastställas.

Det i många avseenden starka sambanden talar ändå tydligt för att en ökad samordning är en del av lösningen.

## 5.2 Praktiska åtgärder för ökad kunskap och en effektivare hantering

Ett av de stora och grundläggande problemen med det område som här studerats är bristen på kunskap. Det är svårt att uttala sig om hur länge en patient får vänta på en viss behandling eller bedömning. Man vet inte i vilken "kö" som det förekommer sjukskrivning och i vilken omfattning. Det finns ingen anledning att peka ut någon ansvarig för denna informationsbrist, men man kan konstatera att det är kunskap som kraftigt underlättar möjligheten att föra diskussioner om samordning mellan sektorerna vidare. Det borde finnas ett intresse hos såväl nationella som regionala och lokala aktörer att ta fram mer information. Den studie som vi genomfört har visat att det är möjligt utan alltför stor resursinsats. Även om de övriga studier som genomförts och ska genomföras (se bilaga 2) är exempel på hur kunskapsnivån håller på att höjas gäller det inte hela landet. Det borde kunna ställas krav på att det ska finnas viss grundläggande information om sjukskrivning under väntan i vården åtminstone på regional nivå.

I de begränsade kontakter vi haft med representanter för vården under uppdragets gång har vi stött på ett flertal exempel på insatser för att höja effektiviteten i vårdprocessen. Här stöter vi emellertid samtidigt på det andra problemet inom det studerade området. Det finns inga naturliga sätt att sprida goda exempel på hur vårdprocesser kan effektiviseras så att sjukskrivning kan undvikas. Det borde finnas ett intresse hos alla inblandade parter att bidra till att sprida exempel på effektiva vårdprocesser. Även här torde såväl nationella som regionala och lokala aktörer känna ett ansvar.

## Bilaga 1      Undersökningens genomförande

### Val av behandlingar

För att ta reda på hur mycket sjukförsäkringskostnader som orsakas av väntetider har vi samlat in uppgifter om väntetidernas längd och förekomst av sjukskrivning under väntetiden för patienter som har genomgått några utvalda ortopediska behandlingar.<sup>13</sup> Ortopediska behandlingar har valts för att sjukskrivning är relativt vanligt vid ortopediskt diagnos, därför är det troligt att det förekommer sjukskrivning som orsakas av väntan på ortopedisk behandling. Eftersom syftet är att titta på förekomst av sjukskrivning har vi dessutom valt sådana behandlingar som ofta genomförs på personer i yrkesverksam ålder. Vi har alltså gjort strategiska val av behandlingar där vi på förhand antog att sjukskrivning i samband med väntan skulle vara relativt vanligt förekommande.

### Val av kliniker och tidsperiod

Datainsamlingen har genomförts på ortopedklinikerna vid Nyköpings lasarett, Länssjukhuset Gävle-Sandviken i Gävle, Sundsvalls sjukhus samt Blekingesjukhuset i Karlshamn och Karlskrona. Vid två kliniker har vi samlat in uppgifter om personer som genomgått meniskartroskopi, vid två kliniker karpaltunneloperationer, vid tre kliniker ryggoperationer samt vid en klinik axeloperationer. De personer som behandlats från 1 januari 2000 till 31 augusti 2000 omfattas av undersökningen med undantag för en operationstyp vid en av klinikerna där tidsperioden i stället är 1 januari 2000 till 10 maj 2000. Inom dessa tidsperioder är undersökningen en totalundersökning. Vid en av klinikerna var bortfallet 18 procent. Anledningen var i huvudsak att journalerna var utlånade till läkare och därför inte fanns att tillgå. Vid de övriga klinikerna var bortfallet försumbart och berodde på att vissa journaler inte gick att hitta.

---

<sup>13</sup> Det är bara de sjukförsäkringskostnader som uppstår under tiden patienten väntar som har beräknats. Väntetider kan även leda till fördröjda sjukförsäkringskostnader, t.ex. om väntetiden också får medicinska konsekvenser eller fördröja andra insatser som behövs för att personen ska kunna återgå i arbete.

### **Vilka delar av vårdprocessen ingår i undersökningen?**

En person som efterfrågar vård kan vända sig till primärvården, i vissa fall direkt till den behandlande kliniken på sjukhuset eller till en akutmottagning. Primärvårdsläkaren remitterar vid behov sina patienter vidare till bedömning hos specialist och specialistläkaren bedömer behovet av behandling. Den som söker akutsjukvård behandlas eller bedöms antingen direkt eller kallas till bedömning och sedan eventuellt till behandling en tid efter akutbesöket. Väntetid kan uppstå före besöket i primärvården, från det att remissen skickats tills patienten får komma på bedömning och sedan, om behandling är aktuell, fram till den dag då behandlingen sker. Vi har studerat både väntetiden till bedömning och till behandling men bara för de patienter som har behandlats. Många patienter väntar länge på bedömning, och är sjukskrivna under tiden, men blir inte aktuella för behandling.<sup>14</sup> Väntetiden räknas från första tillfälle då personen är aktuell på mottagningen för den behandling som ingår i undersökningen. Väntetiden till besöket hos primärvårdsläkaren studeras inte i denna undersökning.

Både väntetiden till bedömning och väntetiden mellan bedömning och behandling varierar mycket mellan olika patienter. Patienter som ska få tid till bedömning sorteras vanligtvis i olika prioriteringsgrupper, t.ex. ordinär turordning, förtur eller dubbel förtur. Efter bedömningen görs motsvarande sortering för de som ska behandlas. När förväntad väntetid redovisas är det vanligtvis väntetiden för de som har ordinär turordning/är oprioriterade som avses. I denna undersökning omfattas samtliga prioriteringsgrupper och väntetiderna som anges är de faktiska väntetiderna.

### **Uppgifter som samlats in**

Uppgifterna om väntetider och sjukskrivning har samlats in från journaler och remisser. För varje behandlad person har följande uppgifter samlats in:

- Födelseår
- Kön

---

<sup>14</sup> Uppskattningar från en av klinikerna i undersökningen visar att 40 procent av de som bedömts på ortopedmottagningen behandlas, 40 procent remitteras direkt tillbaka till primärvården med motivering att ortopedmottagningen inte kan hjälpa dem och 20 procent fortsätter att utredas.

- Hur personen kommit till ortopedmottagningen? De alternativ som förekommit är genom remiss, akutmottagningen, beställt tid direkt, varit aktuell på ortopedmottagningen sen tidigare samt träffat ortoped på annan klinik.
- Datum för första kontakt. Det är det datum då remissen anländer eller det datum då akutbesöket sker. För de som beställt tid direkt, träffat ortoped på annan mottagning eller är aktuella sedan tidigare gäller som första kontakt det första besöket som avser den behandling som omfattas av vår undersökning.
- Sysselsättning
- Datum Besök 1
- Datum för remiss till magnetröntgen i de fall det varit aktuellt.
- Datum för genomförd magnetröntgen.
- Datum för beslut om operation
- Operationsdatum
- Sjukskrivning, från datum..., till datum...
- Åter i arbete?
- Diverse information om sjukskrivning, t.ex. om det framgår av remissen att patienten är sjukskriven.
- Diverse information om vårdprocessen, t.ex. om patienten själv valt att avvakta, om läkaren först velat prova annan behandling, spontanläkning etc.

### **Vilken typ av sjukskrivningsinformation ger undersökningen?**

Av remissen framgår om patienten är sjukskriven för det han/hon söker behandling för när remissen skrivs. Om en patient blivit sjukskriven i samband med ett besök på akutmottagningen framgår det av journalen. Efter det första besöket/bedömningen hos ortopederna är det vanligtvis ortopedmottagningen som svarar för sjukskrivningen, om orsaken är den åkomma ortopedmottagningen ska behandla. Denna sjukskrivning framgår då av journalerna. I vissa fall framgår av remiss eller journalanteckningar att patienten är sjukskriven för annat. Det är troligt att det skulle visa sig vara fler sjukskrivna om uppgifter hämtades från försäkringskassorna. Den sjukskrivning som orsakas av det som patienten behandlats för fastställs dock säkrast av de datakällor vi använt.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Det kan vara värt att poängtera att denna sjukskrivningsinformation bör förekomma i remissen och journalen och att så oftast är fallet. Det kan dock förekomma att information om sjukskrivning saknas. Vi bedömer, med hänsyn till övrig inhämtad information i respektive fall, att den sjukskrivning som vi inte har uppgift om ändå är av liten omfattning.

För att man ska kunna säga att väntetiden orsakat sjukskrivningen är det också nödvändigt att behandlingen avhjälpes behovet av sjukskrivning. Detta är svårare att fastställa. Att vara sjukskriven efter en operation är normalt, hur lång tid som behövs beror dock både på patienten och på arbetets karaktär. Vi har uppgifter om sjukskrivning även efter behandlingen och i vissa fall framgår tydligt att patienten har börjat arbeta, i andra fall är det mer oklart, men dessa uppgifter får tolkas med viss försiktighet.

I undersökningen har vi fastställt sjukskrivningens omfattning utifrån de dagar läkaren skrivit sjukintyg för. Detta är inte med nödvändighet så att patienten verkligen tar ut sjukpenning för dessa dagar men skillnaden är troligtvis marginell.

### **Omfattning på operationerna samt kösituation på de kliniker som ingår i undersökningen**

Nedan presenteras uppgifter om aktuella väntetider, hämtat från Landstingsförbundet, till mottagning samt rygg- och meniskooperationer för de kliniker som ingår i vår undersökning. Väntetid avser förväntad längsta väntetid i september eller oktober 2000. Antal väntande avser augusti 2000. Här presenteras väntetiderna för båda behandlingarna även om de inte undersökts på alla ställen.

*Tabell 1.* Väntetider och antal väntande till ortopedmottagning i Karlshamn, Karlskrona, Sundsvall, Gävle/Sandviken, Nyköping och Karlstad, hösten 2000

	Väntetid	Antal väntande
Karlshamn	50	591
Karlskrona	50	800
Sundsvall	?	1 180 <sup>16</sup>
Gävle/Sandviken	?	?
Nyköping	64	972

*Källa:* Landstingsförbundet

*Not:* ? anger att uppgiften ej inrapporterats.

Enligt tabell 1 i huvudtexten är medianväntetiden för samtliga ortopedmottagningar 16 veckor. Enligt denna statistik ligger de

<sup>16</sup> Uppgiften kommer direkt från kliniken och avser november 2000.

kliniker som ingått i vår undersökning, som det finns uppgifter om, långt över medianen för hela landet.

*Tabell 2.* Väntetider och antal väntande till meniskoperation i Karlshamn, Karlskrona, Sundsvall, Gävle/Sandviken, Nyköping och Karlstad, hösten 2000

	Väntetid i veckor	Antal väntande
Karlshamn	14	20
Karlskrona	33	40
Sundsvall	60	106
Gävle/Sandviken	24	96
Nyköping	12	46

*Källa:* Landstingsförbundet

Enligt tabell 3 i huvudtexten är medianväntetiden 16 veckor. Väntetiden ligger alltså över medianen för två av klinikerna som ingått i vår undersökningen och under för resterande tre.

*Tabell 3.* Väntetider och antal väntande till ryggoperation i Karlshamn, Karlskrona, Sundsvall, Gävle/Sandviken, Nyköping och Karlstad

	Väntetid	Antal väntande
Karlshamn	10	5
Karlskrona	20	4
Sundsvall	36	21
Gävle/Sandviken	16	7
Nyköping	Behandling utförs ej	

Enligt tabell 3 i huvudtexten är medianväntetiden 16. En av klinikerna i vår undersökning ligger alltså precis på medianen, en under och två över.



## Bilaga 2. Andra undersökningar av sjukskrivning i samband med väntan på vård

I Karlstad undersöktes vilka extra kostnader i sjukförsäkringen som uppstod när planerade operationer stoppades under hösten 1997. Bland de sjukfall som rapporterades till försäkringskassan under juli och första veckan i augusti fanns 25 personer med ortopedisk diagnos där remiss gått till ortopedkliniken vid Centralsjukhuset. Samtliga hade anställning och var helt sjukskrivna. Operationsstoppet beräknades leda till i genomsnitt 100 extra sjukdagar per individ och för samtliga 25 uppskattas den extra kostnaden för sjukförsäkringen bli 800 000 kr.<sup>17</sup>

På centralasarettet i Växjö undersöktes i vilken omfattning väntetider till kirurgiska ingrepp på kirurg- och ortopedkliniken genererade kostnader i socialförsäkringssystemet. Undersökningen omfattade ett urval på 285 personer av de 1 104 mellan 18 och 64 år som stod på väntelista för operation på någon av klinikerna i november 1999. Information om sjukskrivning inhämtades från försäkringskassan och en bedömning av om sjukskrivningen skulle påverkas av den planerade operationen gjordes. Totalt var 42 patienter (15 procent) sjukskrivna, tre av dem bedömdes inte då de också hade annan sjukdom, i två fall upphörde sjukskrivningen utan operation. I 25 fall bedömdes att operationen inte skulle påverka sjukskrivningen, fyra fall var oklara. För åtta personer gjordes bedömningen att operationen skulle påverka sjukskrivningen, sju av dessa fanns på ortopedisk väntelista och en på kirurgisk. Utifrån genomsnittlig väntetid (12 månader på kirurgkliniken och 9 månader på ortopedkliniken) och genomsnittlig SGI (sjukpenninggrundade inkomst) på 14 600 uppskattades försäkringskassans kostnader för dessa fall till 875 000 kr.<sup>18</sup>

Företagsekonomiska institutionen vid Uppsala universitet planerar att undersöka de ekonomiska konsekvenserna av köer till knä- och höftledsoperationer. Syftet är att beräkna kostnader för sjuklön, sjukpenning, inkomstbortfall för den sjukskrivne samt företagets produktionsbortfall för ca 600 patienter med betald anställning som opererades vid Akademiska sjukhuset i Uppsala under

<sup>17</sup> Eriksen, T, Elfstrand, T (1997), "När landstinget sparar får socialförsäkringen betala", *Social försäkring*, 7/1997.

<sup>18</sup> Burman, P (1999), "Operationsköer vid Centralasarettet i Växjö och kostnader i sjukförsäkringssystemet", Försäkringskassan i Kronobergs län.

1999. Materialet kommer att samlas in genom personliga intervjuer med patienterna.

Landstingsförbundet genomför under hösten 2000, inom ramen för projektet Väntetider i vården, en enkätundersökning som belyser väntetidernas konsekvenser för patienterna. Tio sjukhus medverkar i undersökningen som i det första skedet omfattas patienter som genomgått primär höftledsplastik, ryggoperation och operation av menisk. Undersökningen belyser patienternas erfarenheter av att vänta samt hur hälsotillståndet och vårdkonsumtionen påverkats av väntan. I undersökningen studeras även förekomsten av sjukskrivning under väntetiden.

## Förslag till innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister

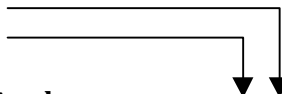
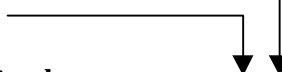
Sjukförsäkringsutredningen gav i september 2000 RFV i uppdrag att för utredningens räkning kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron och därvid särskilt peka på eventuella tekniska och regelmässiga hinder. Resultatet och utredningens kommentarer avseende innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister redovisas i denna bilaga.



## Förslag till registerinnehåll

De uppgifter som listas nedan – och som får registreras – kommer på sikt att finnas i ett ärendehanteringssystem som är under utveckling. En första version skall enligt RFV finnas klar under andra halvåret 2001. Det finns också långtgående planer på ett spridnings- och hämtningssystem som skall kunna fungera så att uppgifter som finns hos en myndighet, t ex Riksskatteverket, enkelt skall kunna hämtas in till försäkringskassan. Det finns för övrigt all anledning att förvänta fortsatt utveckling inom IT-området som kan förenkla själva hanteringen av uppgifter. Det väsentliga för utredningen nu är emellertid inte hur uppgifter rent tekniskt kommer att kunna föras till sjukförsäkringsregistret utan vilka uppgifter som dels redan finns, dels behöver tillföras. För närvarande gäller att flera av de föreslagna tillkommande uppgifterna på ett eller annat sätt måste matas in på försäkringskassorna första gången ett ärende/en utbetalning aktualiseras.

Tabell 10. Förslag till innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister

Finns ej i reg. men får föras   
Får finnas ej föras i register 

### A Grunduppgifter i **sjukpenning- rehabiliteringspenningärenden**

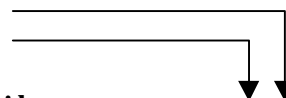
personnummer		
ärende-id		
typ av ärende (enbart sjukpenning, enbart rehabpenning, både sjukp./rehabp)		
startdatum (= anmälningdatum)		
datum för första ersatta dag i ärendet		
datum för senaste/sista ersatta dag i ärendet		
status ( pågående eller avslutat)		
handläggande lokalkontor		
arbetsskadeanmälan		X

### B Uppgifter för bedömning **rehabiliteringsfall, rehabiliteringsåtgärd**

datum för bedömning		
bedömning (inget rehabiliteringsbehov, har rehabiliteringsbehov, avvakta, prövning av rätt till förtidspension eller sjukbidrag)		
datum (påbörjat, avslutat)		
åtgärdstyp		
åtgärden genomförd, avbruten		
rehabiliteringsproducent		X

Finns ej i reg. men får föras

Får f n ej föras i register

**C** Uppgifter om utredning av rätt till **förtidspension/sjukbidrag**

datum (påbörjad, avslutad)		
resultat av prövningen (förslag till åtgärd, omfattning av förmån)		

**D** Uppgifter av **medicinsk art**

diagnos	x	
Intygsskrivande läkare	x	
antal ersatta dagar (fördelade efter omfattning)		
typ av förmån (sjukpenning, rehabpenning, förebyggande sjukpenning)		

**E** Uppgifter om **den försäkrade**

Nationalitet (medborgarskap)		
Födelseland		X
Yrke		X
Sjukpenninggrundande inkomst, sgi A, sgi B		
Faktisk löneinkomst m.m.)		X
Karenstid (företagare)		
Civilstånd		
Pensionskod (jfr nuvarande F-reg)		
Utbildning		X
Sysselsättning (förvärsarbetande, studerande, arbetslös)		X
Tjänstgöringsgrad (heltid, deltid)		X
Registerförande kontor		
Kommun/församling/fastighet		

**F** Uppgifter om **arbetsgivare m.m.**

Arbetsgivare/arbetsställe		X
Antal anställda		X
Bransch		X
Sektor (privat, statlig, landsting, kommunal)		X

## Kommentar till förslaget

### *Område A*

Dessa uppgifter finns, med ett undantag, redan i sjukförsäkringsregistret. Enda nya uppgiften avser arbetsskadeanmälan.

Arbetskyddsstyrelsen är officiell statistikmyndighet för arbetsskador och arbetsmiljöfrågor. Detta oaktat redovisar RFV statistik över såväl utbetalningarna (livräntor) från arbetsskade-försäkringen som annan arbetsskadestatistik. Anmälningar om arbetsskador sänds till försäkringskassan. Om anmälan inte innehåller begäran om prövning av arbetsskadeersättning arkiveras uppgift om anmälan hos försäkringskassan som därefter sänder anmälan till Arbetskyddsstyrelsen. Om/när prövning av rätt till ersättning begärs aktualiseras ärendet.

Regeringen har givit RFV i uppdrag att utreda vissa frågor rörande arbetsskade-försäkringen, däribland hur arbetsskadestatistiken bör utformas. Förslag skall lämnas i mars 2001. I avvaktan på detta utredningsförslag avstår sjukförsäkringsutredningen från att beröra statistikens detaljinnehåll. Förslaget här avser endast att det i sjukförsäkringsregistret skall finnas uppgifter om huruvida en anmälan om arbetsskada finns i sjukfallet, således en enkel markering

### *Område B*

Samtliga uppgifter här finns i akten, merparten dessutom i registret. Två av uppgifterna behöver emellertid tillföras registret: vilken typ av åtgärd som föreslås/beslutas samt rehabiliteringsproducent. Den senare är utomordentligt viktig för möjligheterna att följa och utvärdera effekterna av de olika producenternas insatser. Det finns redan idag ett särskilt register för köp av tjänst och det finns också ett system framtaget där producentnamn enkelt kan införas i registret.

### *Område C*

En rad uppgifter och utlåtanden samlas i akterna inför prövning av rätt till förtidspension/sjukbidrag. Här anges endast vissa fakta.

### *Område D*

Inom detta område återfinns de två uppgifter som enligt dagens registerlagstiftning inte får finnas i sjukförsäkringsregistret: diagnos och intygsskrivande läkare.

### **Diagnos**

Utbetalning av sjukpenning förutsätter att läkarintyg med diagnos finns i akten. Det har funnits – och finns måhända fortfarande – en uppfattning att uppgifter om diagnos, i de fall de finns i ett register, skulle kunna vara integritetshotande. Samtidigt efterfrågas ständigt data om hur sjukskrivningsdiagnoser förändras över tid, vilka diagnoser som genererar de stora utbetalningarna och, inte minst, sambanden mellan arbetsmiljöfaktorer och diagnos. Vid varje enskilt tillfälle har RFV och försäkringskassorna därför fått tillgripa särskilda datainsamlingar där uppgifter från akterna förs in i statistikregister av ad-hoc-karaktär. RFV har under de senaste åren ålagts av regeringen att genomföra undersökningar av sjukfrånvaron, de s.k. 4:e septemberundersökningarna med bl.a. insamling av diagnosuppgifter. Diagnos får föras i förtidspensions- och sjukbidragsregistret. I själva verket är det så att utan diagnoskod i registret kan inte beslut om förtidspension/sjukbidrag verkställas.

Utredningen har inte kunnat finna något belägg för att diagnosuppgifter i dessa olika ad-hoc-undersökningar eller i förtidspensions/sjukbidragsregistret missbrukats. Utredningen finner det också oacceptabelt att en uppgift som krävs för prövning av sjukpenningrätt och utbetalning inte skall få finnas i det register som förs. Det är heller inte rimligt att en redan stor arbetsbörda på försäkringskassorna skall utökas med särskilda insamlingar av uppgifter som finns – och måste finnas – i akterna men inte får finnas i registret.

På läkarintyget anger intygsskrivande läkare den eller de diagnoser som enligt läkaren motiverar en sjukskrivning. På blanketten finns också utrymme för den kod som den aktuella diagnosen har i Socialstyrelsens diagnossammanställning ICD10. Till yttermera visso kommer denna kod i de flesta fall upp automatiskt när läkaren skriver in diagnosen i patientens journal. Av olika skäl utnyttjas inte denna kod av läkarna, annat än undantagsvis. Detta har inneburit att det fått bli försäkringskassans



uppgift att tolka läkarens fritextbeskrivning av sjukdomstillstånd/diagnos i de olika diagnosundersökningar som fått genomföras med manuell inmatning.

Utredningen anser att diagnos skall få föras i sjukförsäkringsregistret och att det på varje läkarintyg skall finnas diagnos i kodad form när försäkringskassan får intyget från läkare/arbetsgivare. Att läkaren själv kodar sin diagnos torde ge högre kvalitet till lägre kostnad än om handläggare eller postöppnare på försäkringskassan skall tolka läkarens skrivning.

### **Intygsskrivande läkare**

Läkare är den enskilt viktigaste aktören i ett sjukförsäkringsärende. Det är visserligen formellt försäkringskassan som fattar beslut om sjukskrivning men läkarintyget ifrågasätts praktiskt taget aldrig. Samspelet mellan läkare och patient har också stor betydelse för om sjukskrivning tillgrips eller inte. Patientens egen önskan styr oftast läkaren. Samtidigt har en allt intensivare diskussion uppstått under senare år om sjukskrivningen som behandlingsform.

Statens beredning för av medicinsk utvärdering (SBU) har fått i uppdrag att genomföra en analys av vad som på forskningens nuvarande ståndpunkt kan sägas om sjukskrivningens positiva och negativa effekter. Kunskap om sjukskrivningsmönster är betydelsefull inte bara för patienten och sjukförsäkringen utan lika väl för läkaren själv. Sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och det påverkar både individ och samhälle.

Möjligheter att följa hur sjukskrivningspraxis utvecklas är därmed också en viktig faktor för det lokala kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Uppgift om arbetsplatskod (dvs sjukhus, vårdcentral, privat mottagning etc) och intygsskrivande läkare fyller därmed en viktig funktion för ökad förståelse av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer. Samhällets medel bör användas för individens och samhällets bästa, och läkare behöver få möjligheter till en samlad bild av hur diagnosmönstret utvecklas. Hälso- och sjukvården och läkarna själva är således viktiga användare av informationen.

Liksom gäller för diagnos finns redan idag ett system för kod av intygsskrivande läkare. Varje legitimerad läkare erhåller en individuell kod av Socialstyrelsen och en arbetsplatskod finns på motsvarande sätt. På de receptblock som läkaren beställer/kan

beställa finns denna kod i streckkodsform/kan finnas. Motsvarande bör gälla sjukintygen, dvs varje läkare bör erhålla blanketter med unika koder. Överföringen från streckkod till grupper av läkare t ex läkare på vårdcentral, akutsjukhus etc. och sjukskrivningsdiagnoser och t ex sjukskrivningslängder kan därmed bli möjliga.

Utredningen anser att intygsskrivande läkare och arbetsplatskod skall framgå på läkarintygsblanketten och att försäkringskassan inte bör godta intyg som saknar dessa. Utredningen anser att det bör uppdras åt RFV och Socialstyrelsen att föreslå och genomföra de tekniska och andra lösningar som erfordras.

### **Övriga uppgifter inom område D**

Dessa uppgifter avser endast fakta om sjukskrivningen och finns i sjukförsäkringsregistret eller kan skapas från de uppgifter som redan finns.

#### *Område E*

Inom detta område återfinns uppgifter om den försäkrade. Vissa uppgifter finns redan i sjukförsäkringsregistret, andra finns i akten om än sannolikt inte alltid i enkelt kodad form. Det är emellertid utredningens uppfattning att de är viktiga för möjligheterna till uppföljning och analys av sjukfrånvaron.

Här kanske mer än inom övriga områden krävs en förhållandevis stor arbetsinsats från försäkringskassans sida för att fullständiga registret. Det pågår också en rad aktiviteter på samhällsstatistikens område som på sikt kommer att kunna underlätta uppgiftshämtande så att vare sig individen eller försäkringskassan skall behöva onödigtvis belastas. Utredningen kan i detta läge dock inte föreslå tekniska lösningar för uppgiftsinsamling utan måste förutsätta att detta kommer att få hanteras av ansvarig statistikmyndighet, dvs primärt RFV. Utredningen är dock medveten om att det för vissa av de uppgifter som föreslås här, måste göras en prioritering.

Flertalet uppgifter finns redan i sjukförsäkringsregistret. Det gäller nationalitet, sjukpenninggrundande inkomst, karenstid för företagare, civilstånd, pensionskod, registerförande kontor och

kommun/församling/fastighet (de senare härledbara från registerförande kontor)

Däremot finns inte födelse-land, yrke, faktisk löneinkomst, utbildning, sysselsättning och tjänstgöringsgrad.

Utredningen prioriterar uppgifter om sysselsättning och tjänstgöringsgrad. På sikt bör dock samtliga uppgifter under E finnas i sjukförsäkringsregistret. Det kommer att finnas ett samlat yrkesregister (ca 2005), löneinkomster kommer att kunna hämtas från RSV. Uppgift om födelse-land är relevant främst för särskilda studier av t ex. etnisk mångfald i arbetslivet. Utbildning är en värdefull uppgift för analyser av bl.a. socioekonomiska förhållanden.

### *Område F*

Uppgifter om arbetsgivare, bransch och sektor finns i de allra flesta fall i en eller annan form i akterna. Individen fyller i uppgifter om yrke/sysselsättning, uppgifter om arbetsgivare finns för dem som har arbete och från uppgifter om arbetsgivare kan man härleda bransch och sektor. Men uppgifterna är i klartext i någon form. I de ad-hoc-undersökningar som genomförts under senare år har försäkringskassans personal fått göra de kodningar som behövts för skapandet av statistikregister.

Det finns emellertid ett sätt att lösa denna kodning så att i princip alla tre uppgifterna enkelt kan härledas. Varje arbetsgivare har ett unikt organisationsnummer. Flertalet större arbetsgivare har därtill ett arbetsställesnummer. Dessa fastställs av SCB i Centrala Företags- och arbetsställesregistret (CFARNR). Här finns också uppgifter om antal anställda i intervall. Registret uppdateras 11 gånger per år.

När en arbetsgivare efter de första 14 dagarna i ett sjukfall sänder in uppgift om fortsatt sjukfrånvaro för en anställd bör vederbörande på den anmälan som används lämna uppgift om organisationsnummer och arbetsställesnummer. Uppgiften matas in i registret.

Uppgifter om arbetsgivare är väsentliga för uppföljningar på alla nivåer, lokalt, regionalt och nationellt. På lokal nivå är de särskilt viktiga för försäkringskassan i dess kontakter med arbetsgivare om hur sjukfrånvaron utvecklas. För den nationella nivån är behovet, som framgått i det föregående, synnerligen väldokumenterat.

# Underlag för förslag till statistisk uppföljning av den korta sjukfrånvaron

Sjukförsäkringsutredningen gav i september 2000 RFV i uppdrag att för utredningens räkning kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron och därvid särskilt peka på eventuella tekniska och regelmässiga hinder. Resultatet avseende statistisk uppföljning av den korta sjukfrånvaron återfinns i denna bilaga.

Utredningens överväganden och förslag återfinns i kapitel 7.



## Statistiken om den korta sjukfrånvaron

### Bakgrund

År 1992 infördes bestämmelser om sjuklön. Enligt dessa bestämmelser skall arbetsgivare till Riksförsäkringsverket rapportera uppgifter om utbetalning av sjuklön till sina anställda. Denna rapportering, som bl.a. skulle utgöra underlag för statistiken om den korta sjukfrånvaron, har varit bristfällig. Den bristfälliga inrapporteringen har medfört att det sedan införandet av sjuklönebestämmelserna saknats tillförlitlig statistik om korttidssjukfrånvaron. Regeringen gav därför år 1997 Riksförsäkringsverket (RFV) uppdraget att tillsammans med Statistiska centralbyrån (SCB) arbeta fram ett nytt system för statistik om den korta sjukfrånvaron (regeringsbeslut 33, 1997-06-19).

I januari 1998 redovisades till regeringen ett förslag till statistiksystem som byggde på en kombination av en urvalsundersökning avseende små arbetsgivare och en totalundersökning avseende stora arbetsgivare. Uppgifter från små arbetsgivare hämtas in genom SCB:s enkät om sysselsättning (KS-enkäten) medan uppgifter från stora arbetsgivare sker som tidigare genom rapportering till RFV. För att få stora arbetsgivare att i högre grad rapportera in sina sjuklöneutbetalningar föreslogs att SCB genom telefonpåminnelse med berörda arbetsgivare löpande skulle upplysa om deras skyldighet.

Regeringen gav under hösten 1998 sitt godkännande till förslaget och vidtog åtgärder för ändring av vissa bestämmelser i lagen (1991:1047) om sjuklön. Vidare fick RFV statistikansvaret för den korta sjukfrånvaron och en ny förordning för SCB utfärdades. Uppbyggnaden av statistiksystemet påbörjades under 1998 och vidareutvecklades under 1999 för att tas i drift i januari år 2000.

Enligt den nya modellen har hittills uppgifter avseende första halvåret år 2000 samlats in. Man kan nu konstatera att uppgifterna för de små arbetsgivarna håller god kvalitet medan bortfallet i inrapporteringarna från de stora arbetsgivarna fortfarande är stort, ca 30 %. För arbetsgivare mellan 50–99 anställda är bortfallet ca 40 %. Detta bortfall för stora arbetsgivare är inte tillfredsställande vad avser publicering av officiell statistik på detta område.

### Avveckla nuvarande sjuklöneaviseringsystem

Med facit i hand kan man nu fastställa att den modell som valts för de små arbetsgivarna, färre än 50 anställda, fungerar tillfredställande. SCB:s KS-enkät som i detta sammanhang omfattar ca 15 000 arbetsgivare fångar på ett kontrollerat sätt in de uppgifter som behövs för statistiken om korta sjukfrånvaron hos små arbetsgivare.

De inkomna underlagen avseende stora arbetsgivare, 50 eller fler anställda, har klara brister. Man kan konstatera att trots stora insatser genom SCB:s telefonpåminnelser har man inte lyckats förmå vissa arbetsgivare att rapportera i tillräcklig omfattning och med den regelbundenhet som är nödvändig. Denna del av statistiksystemet synes inte vara försvarbart att fortsätta med.

En mycket viktig länk i rapporteringen från stora företag, i nuvarande system, är Postgirot som tar emot sjuklöneinformation på ett antal olika medier och vidarebefordrar informationen till RFV. Under första kvartalet år 2001 kommer Postgirot att successivt upphöra med denna tjänst. Det innebär att Postgirot säger upp nuvarande avtal och ett nytt avtal måste tecknas med annat serviceföretag. RFV har f.n. inte möjlighet att helt överta Postgirots roll.

Fram t.o.m. 1998 fanns, förutom statistikändamålet, andra betydelsefulla ändamål för de inrapporterade uppgifterna nämligen som stöd för försäkringshandläggare i det förebyggande hälsoarbetet och för kontroll av att dubbelutbetalning av förmåner inte skett t.ex. av föräldrapenning samtidigt med sjuklön. En regeländring fr.o.m. januari 1999, då små arbetsgivares skyldighet att rapportera till RFV helt upphörde, innebar att nämnda ändamål endast begränsades till stora arbetsgivare. Denna begränsning har inneburit att försäkringskassornas användning av uppgifterna i samband med ärendehandläggning anses ha minskat betydligt. Det tyngsta kvarvarande ändamålet är då således statistik.

Det förefaller inte meningsfullt att låta stora arbetsgivare fortsätta inrapporteringen till RFV enligt rådande rutiner eftersom de inkomna uppgifterna varken kan användas för ändamålet statistik eller i fullständig utsträckning används i handläggningen på försäkringskassorna. Denna inrapportering bör helt upphöra i nuvarande form.

### Nytt system för enbart statistikändamål

Mot bakgrund av ovanstående bör övervägas att utöka SCB:s KS-enkät till att även omfatta ett urval av arbetsgivare med 50–99 anställda. Detta minskar totalt uppgiftslämnandet från stora arbetsgivare. Dessutom bör övervägas att låta SCB även överta dataöverföringarna i nuvarande form från arbetsgivare med mer än 99 anställda. I uppdraget till SCB bör också ingå att och utveckla ett nytt webb-baserat system för att så långt som möjligt underlätta inrapporteringen från arbetsgivare såväl genom filöverföring som manuell inmatning. SCB föreslås således bli insamlade myndighet för allt underlag till korta sjukfrånvaron medan RFV även fortsättningsvis är den statistikansvariga myndigheten för den korta sjukfrånvaron.

Som en följd av detta bör alltså RFV:s system för sjuklöneaviseringsringar helt avvecklas. Det nya systemet över hela korta sjukfrånvaron, små såväl som stora arbetsgivare, beräknas kunna tas i drift fr.o.m. år 2002. Systemet blir ett renodlat statistiksystem.



# Utredning om särskilt högriskskydd enligt 13 § lag (1991:1047) om sjuklön, (SjLL)

Rapport från Riksförsäkringsverket

Enheten för sjukförsäkring och rehabilitering  
Utredare: Ulrika Persson

## **Uppdrag från Sjukförsäkringsutredningen**

Riksförsäkringsverket (RFV) har fått i uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) att utreda användandet av särskilt högriskskydd.

Sjukförsäkringsutredningen har till uppgift att analysera sjukfrånvaron, identifiera faktorer som är avgörande för utvecklingen och lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och utgifterna för sjukfrånvaro.

Sjukförsäkringsutredningen avser att i slutbetänkandet beskriva och analysera nyttjandet av högriskskydd hittills. Dessutom överväger utredningen att föreslå ett "automatiskt" högriskskydd för personer som varit långvarigt sjukskrivna (ett år) och som återgår i arbete.



## Särskilt högriskskydd vid risk för många korta sjukfall

Av förarbetena till SjLL (trädde i kraft den 1 januari 1992) framgår att syftet med det särskilda högriskskyddet är att skydda personer med hög sjuklighet eller arbetshandikapp. Situationen på arbetsmarknaden för dessa kan vara besvärlig.<sup>1</sup>

Inför införandet av det särskilda högriskskyddet vid risk för många korta sjukfall ansågs den modell som återfanns i norsk rätt kunna få en viss motsvarighet också i svensk lagstiftning. I den norska lagen och dess tillämpningsföreskrifter angavs inte vilka sjukdomsgrupper som lagen tog sikte på. Inte heller återfanns någon definition av vilka sjukdomar eller handikapp som skulle ge personernas arbetsgivare möjlighet att bli undantagna från bestämmelserna om att arbetsgivaren skulle svara för kostnaderna för sjuklön. I stället gjordes bedömningen utifrån en prognos angående den framtida sjukfrånvaron.<sup>2</sup>

Den grundläggande förutsättningen för ett beslut om särskilt högriskskydd enligt svensk rätt är att arbetstagaren har en medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan. Den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följd-tillstånd efter sjukdom.<sup>3</sup> Någon uppräknig eller exemplifiering av sjukdomar och följd-tillstånd återfinns inte i lagen eller dess förarbeten. Det som sägs är att kassans bedömning om den försäkrade har en sjukdom som kan antas medföra särskilt omfattande korttidsfrånvaro i framtiden måste grunda sig på sannolika effekter av den sjukdom som den försäkrade lider av. Av betydelse för bedömningen kan också vara hur den försäkrades sjukfrånvaro sett ut i förfluten tid.<sup>4</sup>

I likhet med norsk lagstiftning måste försäkringskassan vid bedömningen om förutsättningarna är uppfyllda göra en prognos av i vilken omfattning den medicinska faktorn kan förväntas utlösa akuta sjukdomstillstånd hos arbetstagaren. Prognosen bör avse den närmare tolv månadersperioden. För att en sådan prognos skall kunna göras krävs uppgifter av skilda slag. Av intresse är bl.a. arbetstagarens sjukhistorik. Härvid spelar naturligtvis såväl antalet sjukdomsfall som av läkare eller arbetstagaren själv angiven diagnos in. Den befarade stora frånvaron skall vara betingad av en medicinsk faktor. Om diagnoserna ger en splittrad bild lär mer sällan

<sup>1</sup> Prop. 1990/91:181 s 51.

<sup>2</sup> Prop. 1990/91:181 s 51.

<sup>3</sup> Prop. 1990/91:181 s 78.

<sup>4</sup> Prop. 1990/91:181 s 52.

kunna säga att sjukfrånvaron är betingad av någon särskild bakomliggande faktor.<sup>5</sup>

Av förarbetena framgår att tillämpningen av bestämmelserna bör vara likartad den som avser 3 kap. 4b § AFL. Som framhållits i förarbetena till sistnämnda lagrum<sup>6</sup> bör man vara restriktiv vid tillämpningen och avgränsa den grupp som kan beviljas den högre nivån så att endast personer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd kommer i fråga. I regel bör krävas att den försäkrades uppgifter styrks med läkarintyg, såvida inte försäkringskassan ändå har god kännedom om sjukdomsförhållandena i fallet. I vissa fall måste en helhetsbedömning göras av arbetstagarens situation, varvid särskild vikt får läggas vid sådana faktorer som arbetstagarens vilja att genomgå föreslagna läkarundersökningar m.m. och rehabiliteringsförsök samt arbetstagarens beredvillighet att följa läkares anvisningar.<sup>7</sup>

I samband med SjLL:s införande märkte försäkringskassan ett visst ökat intresse för möjligheten att ansöka om högre ersättning. I vissa fall hade den anställde gjort ansökan på initiativ av sin arbetsgivare.

Statistikuppgifter avseende särskilt högriskskydd redovisas veckovis för hela landet. Varje beslut om bifall bevakas och har en viss angiven kod. Avslagsbeslut finns kvar i den redovisade statistiken ett år efter beslutsdatumet. Statistikuppgifterna visar hur många beslut det finns av varje typ vid just den aktuella veckan ett visst år.

Enligt statistikuppgifter hade försäkringskassorna t.o.m. v. 14 år 1992 fattat beslut i 18 542 st. ärenden. Av dessa hade kassan beslutat om bifall i 7 501 st. ärenden (40 %) och om avslag i 11 401 st. ärenden (60 %). Den dominerande orsaken till avslag vid denna tidpunkt var att den försäkrade inte bedömdes komma att få fler än tio sjukfall under den närmaste tolv månadersperioden. På försäkringskassorna hade man uppfattningen att många sökte trots att de inte alls uppfyllde villkoret på ett större antal sjukperioder.<sup>8</sup> Beslut om bifall har efter denna tidpunkt ökat i antal och vid ingången till år 1994 var antalet bifall 8 637 stycken. Vecka 39 år 2000 var antalet

---

<sup>5</sup> Prop. 1990/91:181 s 79.

<sup>6</sup> 1990/91:SfU9.

<sup>7</sup> Prop. 1990/91:181 s 79.

<sup>8</sup> I RFV anser 1992: 5 "Uppföljning av genomförandet av de nya reglerna 1992-01-01 om sjuklön och rehabilitering" s 17, 19.

bifall 6 969 stycken och antalet avslagsbeslut 621 stycken. Antalet beslut om avslag har minskat i antal.<sup>9</sup>

### Särskilt högriskskydd vid risk för en eller flera längre sjukfall

Efter den 1 januari 1998 kan försäkringskassan fatta beslut om särskilt högriskskydd för personer som lider eller har lidit av en sjukdom som kan antas medföra återkommande längre sjukperioder. Syftet med det s.k. utökade särskilda högriskskyddet bör enligt förarbetena vara att ge trygghet åt den enskilde som riskerar att insjukna under en eller flera längre perioder.<sup>10</sup>

I diskussionen om vilka grupper ett utökat särskilt högriskskydd bör omfatta har bl.a. framförts att det bör röra sig om personer som har eller har haft sjukdomar som medför en risk för att personen åter insjuknar under lägre perioder eller får följsjukdomar. Det kan t.ex. röra sig om en person som har reumatoid artrit och som därmed riskerar att återkommande insjukna under längre perioder. Mot denna bakgrund bör den som har eller har haft en fastställd sjukdom, t.ex. reumatism eller cancer, där sjukfrånvaron inte är frekvent men som enligt medicinsk vetenskap medför en uppenbar risk för en eller flera längre sjukperioder alternativt återfall omfattas av det särskilda högriskskyddet.<sup>11</sup>

Av förarbetena framgår att samma regler som gäller för beslut om särskilt högriskskydd vid risk för många korta sjukfall skall gälla även för beslut om särskilt högriskskydd vid risk för flera längre sjukfall. Försäkringskassans bedömning om den försäkrade har en sjukdom som riskerar medföra nu nämnda sjukfrånvaro måste grunda sig på sannolika effekter av den sjukdom den försäkrade lider eller lidit av. Tillämpningen skall ske restriktivt och avgränsa den grupp som kan beviljas högriskskyddet så att endast personer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd kommer i fråga.<sup>12</sup>

Det går inte att göra en förteckning över sådana sjukdomstillstånd som kan ligga till grund för ett beslut om särskilt högriskskydd. Det är därför nödvändigt att försäkringskassan gör en bedömning av förhållandena i varje enskilt ärende. Vid kassans

<sup>9</sup> För statistik se bilaga 1.

<sup>10</sup> Prop. 1996/97:63 s 66 f.

<sup>11</sup> Prop. 1996/97:63 s 67.

<sup>12</sup> Prop. 1996/97:63 s 67.

bedömning är det enbart de sjukperioder som beror på sjukdomen eller följdtilstånd efter den, som vägs in i bedömningen. Sjukperiodernas längd liksom sjukperioder som har andra orsaker saknar betydelse i detta sammanhang.

### Enkät till försäkrade med beslut om särskilt högriskskydd vid risk för en eller flera längre sjukfall

Enligt statistikuppgifter<sup>13</sup> hade försäkringskassorna t.o.m. v. 26 år 1998 fattat beslut i 42 st. ärenden. Av dessa har kassan beslutat om bifall i 39 st. ärenden (93 %) och om avslag i 3 st. ärenden (7 %). Antalet beslut om bifall och även beslut om avslag har därefter ökat.<sup>14</sup> Den 20 september i år fanns det 102 försäkrade i Sverige som hade beslut om särskilt högriskskydd vid risk för en eller flera längre sjukfall. För dessa 102 försäkrade har en enkät skickats ut till den försäkringskassa dit den försäkrade tillhör. Totalt 99 svar på enkäten ligger till grund för den redogörelse som följer. Bortfallet utgör en försäkrad som har avlidit, en försäkrad som inte längre önskade ha beslut om särskilt högriskskydd och en akt har inte återfunnits på kassans kontor.

Den försäkringskassa som har fattat flest beslut om bifall är Vetlanda med 17 st. Därefter kommer Västerås med 16 st., Sundsvall med 12 st. och Mölnlycke med 11 st.<sup>15</sup> I hela Stockholms län har 12 st. försäkrade beslut om bifall. Av dessa är 3 st. beslut fattade av kassan i Upplands Väsby och 9 st. med postadress Bromma (Vällingby, Hässelby och Bromma).

Av utredningen konstateras att samtliga försäkrade är svenska medborgare. Kvinnorna utgör 68% och männen 32 %. Den försäkrade som är yngst är född år 1973 och den som är äldst är född år 1938. Födda på 1930talet är 5 st. försäkrade, på 1940-talet 25 st., på 1950-talet 33 st., på 1960-talet 29 st. och 7 st. försäkrade är födda på 1970-talet.

90 försäkrade är anställda och 9 är arbetslösa. Nästan hälften (48 st.) är privat anställda. 15 personer är anställda inom kommunen (inkl. kommunala bolag) och 13 försäkrade är anställda inom landstingen (inkl. landstingsägda bolag) och 9 försäkrade är statligt

---

<sup>13</sup> Statistikuppgifterna redovisas enligt samma modell som för de korta sjukfallen.

<sup>14</sup> För statistik se bilaga 2.

<sup>15</sup> För statistik se bilaga 3.

anställda (inkl. affärsdrivande verk och statliga bolag). I annan offentlig förvaltning har 2 försäkrade anställning.

Förekomst av arbetslivsinriktad rehabilitering har utfallit enligt följande. För tiden närmast före beslut har 8 st. arbetstränat, 2 st. genomgått utbildning och 5 st. har haft en annan åtgärd. I 79 fall har det inte förekommit någon arbetslivsinriktad rehabilitering. (5 enkäter saknar uppgift). För tiden efter beslut har 2 st. arbetstränat, 4 st. genomgått utbildning och 1 försäkrad har haft annan åtgärd. I 83 fall har det inte förekommit någon arbetslivsinriktad rehabilitering. (8 enkäter saknar uppgift och en har ogiltigt svar).

Den mest förekommande diagnosen<sup>16</sup> är migrän (10 st. försäkrade). Andra exempel på diagnoser är diskbräck, fibromyalgi, kronisk värk, MB Bechterew, reumatoid artrit, whiplashskada. Vid genomgång av diagnoserna uppkommer frågan om dessa sjukdomstillstånd är sådana att den försäkrade riskerar att insjukna under en eller flera längre perioder, vilket var syftet med införandet av de s.k. utökade särskilda högriskskyddet.

Varje beslut om bifall som försäkringskassan fattar läggs en bevakning på genom en speciell kod. En försäkrad som fått beslut enligt 13 § första stycket 1. (större antal sjukperioder) har en kod och den som fått beslut enligt 2. (en eller flera längre sjukperioder) i SjLL har en annan kod. Utifrån angivna diagnoser som ligger till grund för beslut uppkommer otvivelaktigt frågan om handläggningsfel/felkodning hos försäkringskassorna i vissa ärenden. Om så är fallet är frågan vilken orsaken är till detta. En del försäkrade som fått beslut enligt 2. borde enligt RFV:s mening fått beslut enligt 13 § första stycket 1. SjLL, ex. migrän. RFV kommer att följa upp resultatet av denna undersökning.

## Slutkommentar

Sammanfattningsvis kan konstateras att det är relativt få personer som har beslut om särskilt högriskskydd. Anledningen till detta är oklart. Vid kontakt med personal på kassorna har de bl.a. uppgivit att den försäkrade inte själv har någon nytta av beslutet i och med att de fortfarande mister ersättning under karensdagen. De försäkrade har svårt att komma upp i tio sjukperioder under en tolv-månadersperiod. De tar hellre ut en semesterdag eller reglerar frånvaron via flexredovisning. Även bristande kunskap hos arbetsgiva-

---

<sup>16</sup> För samtliga diagnoser se bilaga 4.

ren nämns som en av orsakerna. Att vissa lokalkontor har många beslut om bifall väcker frågor, bl.a. om det är fråga om handläggningsfel eller är det vissa arbetsgivare som uppmärksammat de möjligheter som lagen ger. Den korta tid som RFV har haft till sitt förfogande har inte gjort det möjligt att undersöka detta vidare.

### Särskilt högriskskydd vid risk för många korta sjukfall

År och vecka	Tids- bergänsat	Tills vidare	Bifall	Avslag	Totalt	Bifall %	Avslag %
1992 v.2	3 850	2 021	5 871	0 106	15 977	37%	63%
1992 v.26	5 664	1 403	7 067	7 503	14 570	49%	51%
1993 v.1	5 944	1 419	7 363	3 517	10 880	68%	32%
1993 v.26	6 086	1 471	7 557	2 777	10 334	73%	27%
1994 v.1	7 120	1 517	8 637	3 342	11 979	72%	28%
1994 v.26	6 856	1 448	8 304	2 797	11 101	75%	25%
1995 v.1	6 789	1 419	8 208	2 067	10 275	80%	20%
1995 v.26	6 505	1 422	7 927	1 752	9 679	82%	18%
1996 v.1	6 150	1 409	7 559	1 508	9 067	83%	17%
1996 v. 26	5 834	1 422	7 256	1 232	8 488	85%	15%
1997 v.1	5 545	1 438	6 983	1 014	7 997	87%	13%
1997 v.26	5 339	1 396	6 735	909	7 644	88%	12%
1998 v.2	5 154	1 386	6 540	879	7 419	88%	12%
1998 v 26	5 169	1 470	6 639	788	7 427	89%	11%
1999 v.2	5 148	1 548	6 696	718	7 414	90%	10%
1999 v.26	5 103	1 637	6 740	663	7 403	91%	9%
2000 v.1	4 875	1 737	6 612	671	7 283	91%	9%
2000 v.26	4 957	1 853	6 810	643	7 453	91%	9%
2000 v. 39	5 080	1 889	6 969	621	7 590	92%	8%



## Särskilt högriskskydd vid risk för en eller flera längre sjukfall

År och vecka	Tids-beräknat	Tills vidare	Bifall	Avslag	Totalt	Bifall %	Avslag %
1998 v.26	36	3	39	3	42	93%	7%
1999 v.2	70	4	74	3	77	96%	4%
1999 v.26	79	5	84	1	85	99%	1%
2000 v.1	66	7	73	2	75	97%	3%
2000 v.26	93	9	102	3	105	97%	3%
2000 v. 39	94	9	103	7	110	94%	6%

## Diagnoser

	Antal
AKTIV RA	1
AKUT LÖSNINGSMEDEL PÅVERKAN AV PETROLEUM	1
ALOPECIA MAG-TARMKATARR + RYGGVÄRK	1
ANGINA PECTORIS	1
ARTROS	1
ASTMA ALLERGI	1
ASTMA ALLERGI ULCEROS COLIT	1
ASTMA OCH PSYKISKA BESVÄR	1
ASTMA ÄVEN NACK-RYGGBESVÄR	1
BRÖSTCANCER	1
CANCER	1
CERRIKALGI	1
CEW SYNDROM	1
COXARTHROS	2
CYSTISK FIBROS	1
DIABETES	1
DIABETES ST POST TRANSPORT	1
DIALYSBEHANDLING	1
DISKBRÄCK	3
EPELEPSI	1
FIBROMYALGI	5
FROSEN SHULDERS	1
GENERALISERAT ÅNGESTSYNDROM	1
IMMUNBRIST 1GG2 BRIST	1

KNÄBESVÄR	1
KRON BEHANDL RESISTENT SMÄRTA	1
KRONISK INFLAMMATION LEDSJUKDOM	1
KRONISK RA	1
KRONISK RECIDIVERANDE DEPRESS	1
KRONISK RYGGVÄRK	1
KRONISK VÄRK	1
LJUSÖVERKÄNSLIGHET KONTAKTALLERGI	1
LUMBAGO	2
LYMFOM	1
MANODEPRESSION	1
MB BECHTEREW	6
MB CHRON-COLIT	1
MENIERES SJUKDOM	1
METASTASERING LUNGA	1
MIGRÄN	10
MORBUS ADDISON	1
MORBUS CHRON	2
MULTIPEL SKLEROS (MS)	2
NJURSJUKDOM	1
POLYARTERITIS	1
POLYNEUPOTHI	1
PSORIASIS	2
PSYK INSUFF	1
PSYKINSUFF UTVECKLINGSSTÖRNING	1
REUMATISM MIGRÄN	1
REUMATOID ARTRIT	4
RYGGBESVÄR	1
SLE	2
SPINAL STENOS DISKDEGENERATION	1
SPONDATROPATI M SAKROILIIT	1
SPÄNNINGSHUVUDVÄRK	1
ST POST DISTORSION I HALSRYGG	1
SÖMNAFNE MED HUVUDVÄRK	1
TILLSTÅND EFTER MYBLOISK LEUKEMI	1
TINITUS	1
ULCERÖS COLIT PROCTIT	1
WHIPLASHSKADA	5
VÄRK I NACKE AXLAR RYGG	1
ÄTSTÖRNINGAR	1

2 Enkäter saknade diagnos

## Antal beslut om bifall (99 st) redovisade per LK

Lokal försäkringskassa	Lk.nr	Antal tidsbeg.	Antal	Totalt
Bjuv	1260	2		2
Borås	1490	1		1
Bromma	0155	2	1	3
Eslöv	1285	1	1	2
Grästorps	1444	1		1
Gävle	2180		1	1
Habo	0643	1		1
Hässelby	0165	2	1	3
Jönköping	0680	2		2
Kiruna	2584	1		1
Lund	1281	2		2
Mölnlycke	1401	11		11
Nybro	0881	2		2
Sundsvall	2281	12		12
Surahammar	1907	1	1	2
Sävsjö	0684	4		4
Tingsryd	0763	1		1
Umeå	2480	6		6
Upplands Väsby	0114	2	1	3
Vadstena	0584	1		1
Vetlanda	0685	17		17
Vällingby	0150	1	2	3
Västerås	1980	16		16
Älmhult	0767		1	1
Örnsköldsvik	2284	1		1

# Organisationsmedicin

**CG Sandberg, professor**

**Michigan State University**

Organisationsmedicinen har utvecklats under ett tjugotal år genom att applicera en bio-psyko-social modell och arbetssätt inom företagshälsovårdens verksamhet. Till detta har fogats kunskap från kognitionspsykologi, neurovetenskap och management.

Organisationsmedicinen förenar således kunskaper om organisationsutveckling och företagsledning med kunskaper från medicin, neurovetenskap och beteendevetenskap med syftet att utveckla hälsa, kvalitet och effektivitet inom arbetslivet.



## Bakgrund

Definitionen av levande system; "Levande system är öppna system som existerar i tid och rum, hanterar och omsätter materia och energi och som organiseras genom information". Inom de första nivåerna, "cell" och "organ", rör vi oss med relativt konkreta representationer av definitionen. På de högre nivåerna, "grupp", "organisation" och "samhälle" kommer definitionens funktioner att presenteras i mer eller mindre abstrakta former. Grupper, organisationer och samhällen är att betrakta som serier av gemensamma bilder, relationer och ömsesidiga beroenden vilka kan sägas forma ett kollektivt medvetande hos de ingående individerna.

Efterhand har det visat sig att den bio-psyko-social modellen är synnerligen användbar inom företagshälsovården. För att den skall komma till sin rätt krävs emellertid en specialutbildning i frågor kring grupper och organisationers villkor och uppbyggnad. En utbildning som idag inte finns vare sig i den medicinska grundutbildningen eller specialistutbildningen.

## Introduktion av Bio-psyko-social metodik inom företagshälsovården

Svensk företagshälsovård har till sitt innehåll och arbetssätt kommit att utformas gemensamt mellan parterna på arbetsmarknaden. Denna modell har varit framgångsrik under ett antal år då de fysiska arbetsmiljöproblemen varit dominerande. Under det senaste årtiondena har en snabb förändring av arbetsförhållandena skett från varuproduktion till högteknologi och produktion av tjänster och information. Denna utveckling har inneburit att företagshälsovårdens arbete måste utvidgas att även omfatta psykologiska och sociala faktorer i arbetsmiljön.

För att finna nya arbetssätt, framför allt för den medicinska delen av företagshälsovården, gjorde jag för Svenska Arbetsgivareföreningens räkning i slutet av 1970-talet en systematisk genomgång av olika arbetsmodeller för forskning och utveckling inom psykosocialt inriktad medicin vilka kunde ha intresse för företagshälsovård. I början av 1980 besökte jag ett antal amerikanska universitet som bedrev forskning inom området bio-psyko-social modell inom klinisk medicin. Ett fast samarbete etablerades med

Michigan State University (MSU) och där den medicinska fakulteten och Business School.

Under 1987 genomfördes, med stöd av dåvarande Arbetsmiljöfonden, ett samarbetsprojekt mellan Svenska Arbetsgivareföreningen och The Colleges of Human Medicine och Business vid Michigan State University. Genom programmet erbjöds tio svenska företagsläkare utbildning i en ny modell för företagshälsovård baserad på bio-psyko-social medicin och systemvetenskap. Projektet har avrapporterats i två rapporter till Arbetsmiljöfonden. Deltagarnas reaktioner var mycket positiva. Man ansåg att den bio-psyko-sociala modellen klart passade medicinsk företagshälsovård och hade stora förutsättningar att göra denna effektivare och mer kundanpassad förutom att bidra till medicinsk forskning och utveckling.

Verksamheten flyttades därefter över till Sverige där sammanlagt ett hundratal företagsläkare genomgått utbildningen. En målsättning har varit att ge läkare kunskaper och insikter i arbetsorganisationen som ett socialt system och förmåga att förändra systemet mot ökad hälsa och effektivitet.

### Utbildningens innehåll

Utbildningen har sträckt sig över ett år med fyra fasta internatveckor och mellanliggande litteraturstudier och projektarbeten. En stor vikt har fästs vid upplevelseorienterad utbildning där kursen och de däri ingående grupperna har beretts möjligheten att studera och förstå den egna utvecklingen och den sociala dynamiken.

Den första kursveckan ägnades åt systemvetenskap och bio-psyko-social metodik. Vidare organisationslära, affärsutveckling och styrelsearbete. Veckan avslutades med en simulerad företagsledningssituation.

Under tiden fram till den andra kursveckan fick deltagarna intervjua ett antal företags- och fackföreningsledare i frågor rörande strategiskt arbete, personalpolitik, marknadsföring och ekonomi. Målsättningen var att ge läkarna en god förmåga att kunna utvärdera ett företags förutsättningar och verksamhet.

Den andra kursveckan fokuserades på arbetsgruppen och dess dynamik såväl i föreläsningsform som i gruppdynamiskt inriktade övningar. Vidare presenterades och diskuterades forskning som belyser samband mellan sjukdom och sociala faktorer. Slutligen

fick man bekanta sig med olika testinstrument för studium av grupp och organisation samt utforma egna forskningsprojekt.

Den tredje veckan ägnades helt senaste rön från medicinsk forskning. Främst då inom områdena immunologi, neurofysiologi och neuroendokrinologi för att finna nya vägar att studera hälsopåverkande psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet.

Den fjärde och sista veckan användes för utbildning och färdighetsträning inom information, pedagogik, förändringsarbete och konsultativt förhållningssätt. Veckan avslutades med seminarier kring deltagarnas olika projektarbeten.

### **Exempel på organisationsmedicinsk verksamhet.**

I slutet av denna redogörelse lämnas ett par sammanfattningar av mer omfattande och långvariga projekt som genomförts under ledning av organisationsmedicinare.

### **Annan informationspridning.**

De vunna erfarenheterna har även anpassats och överförts till managementutbildning inom Institutet för Företagsledning (IFL) och i utbildningsinsatser från Arbetarskyddsnämnden (ASN). Kunskapsspridning har även skett genom föreläsningar, vetenskapliga artiklar, utbildningsmaterial och böcker.

### **Framtida specialistutbildning.**

Syftet med att tillskapa en kompletterande organisationsmedicinsk utbildning enligt ovan inom den ordinarie utbildningen av företagsläkare skulle dels vara för att göra företagshälsovårdens tjänster mer effektiva och efterfrågade, dels för att möjliggöra och förbättra ett tvärvetenskapligt arbetssätt. Dessutom kunde det bli möjligt att öppna fältet för praktiskt användbar forskning. Resultat från forskning inom det psykosociala arbetsmiljöområdet har varit svårt att få tillämpade i praktiken. Detta kan till stor del förklaras av att forskare och personal inom företagshälsovården inte talat samma språk. Ett bio-psyko-socialt arbetssätt skulle kunna förändra denna situation.



Det är lätt att se parallellen mellan organisationsmedicin och socialmedicin. Båda försöker studera sociala faktorerers inflytande på hälsan. Skillnaden ligger i att organisationsmedicin tillämpas inom mindre, hanterliga och påverkbara sociala system som företag och organisationer. Detta gör det lättare att åstadkomma experimentella förhållanden och studera utfall av vidtagna förändringar i termer av såväl hälsa som kvalitet och effektivitet.

### **Tillämpad neurovetenskap**

Som centralt i organisationsmedicin ser vi de moderna neurovetenskaperna. Det är hjärnor som skapar organisationer och sociala strukturer. Dessa påverkar i sin tur andra hjärnor och därmed också fysiologiska och kroppsliga funktioner. Exempel är de snabbt ökande kunskaperna om samband mellan kropp och själ som framkommit inom områden som stressforskning, endokrinologi och immunologi.

Det som bestämmer mycket av vår uppfattning om omvärlden är det som vi kallar det kognitiva systemet i hjärnan, främst inom den främre delen, frontalloberna. Det är detta system som gör att vi känner, tycker, tänker och upplever. Vi talar, föreställer oss, fantiserar, drömmer, planerar, beslutar och förändrar vårt handlande. Det är vår egen inre representation av den yttre världen, av verkligheten. Man kan säga att det är en samling av bilder och ord som hjälper oss att hitta vägen, att känna igen saker, att skapa intryck av personligheter och situationer, att förstå våra möjligheter och begränsningar. Det är den samlade kunskap vi har om livets sammanhang skapad med hjälp av hjärnans lagrade information av tidigare erfarenheter från skola, familj, utbildning och andra sociala sammanhang där individen bygger upp sitt eget unika system av "kartor och modeller" av den sociala verkligheten.

I arbetslivet är det organisationen som till stor del formar den sociala verkligheten. Hur vi handskas med den information som formar dessa kartor/modeller kommer att ha en avgörande betydelse för såväl hälsa som kvalitet och effektivitet. Ledarskap blir synonymt med informationshantering. Att skapa ett starkt kollektivt medvetande och åstadkomma att önskvärda förhållanden uppkommer såväl inom den egna organisationen som på marknaden. Detta synsätt förenar organisationsmedicin och arbetsledning.

I organisationsmedicinens arbetsätt ligger således att vara med och förändra dagens organisationer genom att i praktisk verksamhet omsätta kunskap om människans biologiska, psykologiska och sociala förutsättningar. En förändring av en organisation måste komma inifrån organisationen själv med målsättningen att åstadkomma en förändring och en förbättring av rådande förhållanden. Med organisationsmedicinsk metodik blir det möjligt att avläsa resultaten av genomförda förändringar såväl vad gäller hälsa och välbefinnande som effektivitet, kvalitet och upplevd kundnytta.

Grundläggande behov för dagens organisationer är att vara attraktiva för unga människor, likaväl som att ge äldre ett meningsfullt liv. Organisationer måste erbjuda lärande, utveckling och engagerande uppgifter, samt måste kunna attrahera och behålla kompetenta befattningshavare. För detta krävs ett socialt kompetent ledarskap.

### **Salutogenes**

I organisationsmedicinens målsättning låg redan från början att försöka förena företagsledningens och företagshälsovårdens intresseområden för att få gemensamma värderingar och delade kunskaper. Företagsledningen stimuleras sällan av att leta sjukdomsorsaker. Snarare vill man finna möjligheter till utveckling och förbättring och finna vägar till hälsa hos organisation och anställda. Av denna anledning har organisationsmedicinens initierat studier av "salutogena" organisationer. (efter salutogen = skapande av hälsa i motsats till patogen = sjukdomsalstrande). Detta har skapat basen till en omfattande kunskap om samband mellan arbetsorganisation, ledarskap och hälsa. Företagshälsovårdens organisationsmedicinska verksamhet har utvecklats till ett utpräglat teamarbete med deltagande av läkare, sköterskor, psykologer, beteendevetare och tekniker. I nätverk samarbetar man över organisationsgränser med ekonomer, personaladministratörer, utbildnings- och utvecklingsavdelningar samt med fack och företagsledning.

### **Rehabilitering, prevention och hälsopromotion.**

För effektiv rehabilitering är kunskap om psykologiska och sociala faktorer betydelse för biologiska förlopp en viktig förutsättning. För att en rehabiliterande insats skall ha optimala förutsättningar att lyckas måste individ och grupp mötas i en insiktsfull socialisationsprocess.

Kunskap om organisationen som ett socialt system och hur människors upplevelser av och reaktioner på detta system påverkar hälsa, kvalitet och effektivitet är även förutsättning för primär prevention.

För arbetslivet är det än mer tilltalande om vi med nya kunskaper kan åstadkomma hälsopromotion, finna och förstärka salutogena faktorer inom arbetsorganisationen. Mänskliga och effektiva organisationer är inte varandras motsats utan snarare varandras förutsättningar.

Abraham Maslow beskriver i sin bok Eupsychian Management hur studiet av företag och organisationer kan utgöra en källa till förståelsen av mänsklig utveckling och livskvalitet. En möjlighet att lära som inte finns i laboratorier eller på teoretiska institutioner. Denna Maslows insikt kan väl överföras till den medicinska vetenskapen. Ingen annan medicinsk verksamhet torde som organisationsmedicin ha möjlighet att studera sambandet mellan psykologiska, sociala och biomedicinska förhållanden. Här kan nämnas det stora och ekonomiskt tunga problem som de ökande antalet anmälda arbetsskador utgör. Vi vet att en stor del av problemet är att hänföra till organisatoriska, psykologiska och sociala problem i arbetsorganisationen.

### **Exempel**

Som exempel på organisationsmedicinsk verksamhet redovisas nedan erfarenheter från två projekt. Det första kallat A2000+ Framtidens Arbete och Hälsa och det andra Vision 2000.

C G Sandberg

**Litteratur i urval:**

- Maslow A H. Eupsychian Management; a journal. Homewood, Ill.; R.D. Irwin, 1965.
- Katz, D., Kahn RL., The Social Psychology of Organizations. John Wiley & Sons, Inc. 1966.
- von Bertalanffy, L., General Systems Theory, Brazillier, New York, N.Y., 1968.
- Rioch MJ. The work of Wilfred Bion on groups. Psychiatry 1970.
- Fish, B. and Karabenich, SA, Relationship between self-esteem and locus of control, Psychol rep, 29, 1971
- Engel, GL, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, Science, 196, 1977
- Miller JG. Living systems. New York, N.Y.: McGraw-Hill, 1978
- Antonovsky, A., Health, Stress and Coping, San Francisco, 1979
- Karasek, RA., Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesigns, Administrative Science Quarterly, 24. 1979.
- Sandberg, C G.: Hälsans Epidemiologi. Föreläsning vid Nordiska Ministerrådets utbildning Psychosomatic approach to job stress. Helsingfors 1981.
- Levi, L., Preventing work stress, Addison-Westley, Reading, Mass, 1981
- Sandberg, C G.: Räkna med människan, ekonomi och mänskligt beteende; etologi för ekonomer och beslutsfattare. Stockholm: Akademilitteratur, 1982.
- Lindell, J.: Mätning av upplevelser i arbetsmiljön: Om kartläggning av psykosocial arbetsmiljö. Stockholm: Management Media, 1982.
- Lindell, J & Sandberg C G: The SLOT-test: Theoretical background and practical applications. Arbetsmiljöfonden. 1985.
- Ingvar, DH. "Memory of the future": an essay on the temporal organization of conscious awareness, Hum Neurobiol, 4. 1985.
- Gardell, B., Arbetsorganisation och människans natur, Arbetslivsfonden, Stockholm, 1986.
- Ohlson C-G, Sandberg C G. The bio-psycho-social model in industrial medicine and management. Stockholm: Arbetsmiljöfonden, 1987.

- Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis* 40. 1987.
- Eysenck, H.J., Personality, stress and cancer: prediction and prophylaxis, *Br J Med Psychol*, 61. 1988.
- Johnson, J V., Hall E M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross sectional study of a random sample of the Swedish working population *Am J Public Health* 1988: 78
- Engström, K., Ottersten, S., Lindell, J., Ohlson, C-G. and Sandberg, C G.; *The Future and Health – an examination of an organizational test*, *Läkartidningen*, 86. 1989.
- Karasek, R A., Theorell, T. *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Books, 1990.
- Ingvar, D H., Sandberg, C G. *Det medvetna företaget. Om ledarskap och biologi*. Stockholm: Timbro, 1991.
- Ilgen, D R., Major D A., Hollenbeck, J R.: *Team Research in the 1990s*. New York. N.Y.: Academic Press, 1993.
- Handy, C. *Understanding Organizations*. 4th ed. London, U.K.: Penguin Books, 1993.
- Nerell, G., Sandberg, C G. *Ledarskap och arbetsorganisation för hälsa, kvalitet och effektivitet*. 2nd ed. Stockholm: Arbetarskyddsmyndigheten, 1994.
- Theorell, T.: Notes on the use of biological markers in the study of long term stress. In: Carlsson, JG., Seifert, AR., Birbaumer, N., (eds). *Clin Applied Psychophysiol*. New York: Plenum Press, 1994.
- Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, eds. *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress – From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995
- Lökk, J., Arnetz, B. Psychophysiological concomitants of organizational change in health care personal: Effects of a controlled intervention study. *Psychother Psychosom*. 66. 1997
- Engel, GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*. 38, 1997
- Biondi, M., Picardi, A. Psychological stress and neuroendocrine function in humans: the last two decades of research. (Review). *Psychother Psychosom*. 68. 1999

- Nygren Å, Sandberg C G. Projekt A2000+ Framtidens arbetsformer. AMF, SPP rapport 1999.
- Fava, GA., Sonino, N.: Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom* 69. 2000
- Bernin P, Theorell T, Sandberg C G. Biological correlates of social support and pressure at work in managers. Manuscript. Institutet för Psykosocial Miljömedicin. 2000.

## A2000+ FRAMTIDENS ARBETE OCH HÄLSA<sup>1</sup>

### En sammanfattning

A2000+ är ett projekt som belyser sambandet mellan psykologiskt /socialt arbetsklimatet och hälsa, motivation och effektivitet. Projektet genomfördes under två och ett halvt år i ett svenskt telekommunikationsföretag med c:a tusen medarbetare. I arbetet användes ett speciellt processutvecklingsinstrument avsett att uthålligt förbättra grupperns förmåga att själva utveckla och förbättra arbetsklimat och funktion.

Projektet är ett samarbete mellan Karolinska institutet, avdelningen för personskadeprevention, Institutet för Framtidsstudier och Telia Företag. Projektet har godkänts av och beviljats stöd från AMF – Sjukförsäkring och SPP.

Projektet har omfattat cirka åttio team och teamledare. Under projekttiden har flera omorganisationer genomförts. Team har upplösts eller övergått till annan verksamhet inom Telia-koncernen. I denna studie ingår endast intakta team med teamledare som genomgått hela utvecklingsprogrammet.

Inom projektet har vi utbildat, tränat och handlett teamledare men mätt resultaten av interventionen på teammedlemmarna. Detta för att inte i onödan påverka svar och resultat, för att vara kostnadseffektiva och inte i onödan störa de vardagliga relationerna och förhållandena på arbetsplatsen.

För analys och utvärdering har vi använt oss av SLOT (Sandberg & Lindell Organisations Test). Detta mäter både hur teammedlemmarna upplever arbetsklimatet och hur de önskar att det skulle vara inom ett antal områden som medbestämmande, feedback, konflikthantering, samverkan, socialt stöd, mål och resurser.

Teamledarna besvarar motsvarande frågor så som teamledaren tror att medarbetarna har svarat och som teamledaren önskat att medarbetarna skulle ha svarat. Detta möjliggör intressanta jämförelser och visar på förbättringspotentialer.

Samtliga deltagare i projektet fick i början och slutet av projektet besvara ett omfattande hälsoformulär.

---

<sup>1</sup> Professor Åke Nygren, Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention. Professor C G Sandberg, Institute of International Health, Michigan State University. Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention.

Ekonomiska måttetal och annan utvärdering av produktionsresultat har följts genom företagets egna rutiner och instrument.

Efter den första kartläggningen inleddes en tio dagar lång utbildning som behandlade såväl mer tekniskt orienterade ämnen som sociala relationer, kommunikation och gruppdynamik. Teamledare tränades i att använda SLOT som ett verktyg för målorienterad förändring. Resultaten från varje grupp analyserades och gemensamt inom teamet skraddarsyddes ett utvecklingsprogram för den egna gruppen. Under hela projektet har teamledarna träffat handledare var annan till var tredje vecka för genomgång av erfarenheter och stöd för fortsatt arbete i den egna gruppen.

I den första analysen jämfördes hur teamledare och teammedlemmar upplevde arbetsklimatet i gruppen. De teamledare som trodde att gruppen skattat klimatet högre än gruppen faktiskt gjort kallades "överskattare". Teamledare som hade samma uppfattning som gruppen kallades "likaskattare" och de som trodde att gruppens resultat var lägre än det faktiskt var kallades sålunda "underskattare"

Som vi även sett i tidigare studier upplever team med underskattande ledare generellt bättre arbetsklimat än grupper med överskattande ledare. Ett skäl till detta kan vara att underskattande teamledare är mer medvetna om kommunikationens och arbetsklimatets betydelse för motivation, effektivitet och hälsa varför de är mer uppmärksamma och måna om dessa förhållanden.

Vi fann också att team med underskattande ledare hade signifikant bättre hälsa än team med överskattande teamledare.

Projektets målsättning vara att göra teamledare mer medvetna om betydelsen av väl fungerande kommunikation och gruppdynamik för att åstadkomma ett positivt arbetsklimat. Vid det andra mättillfället fann vi en förbättring av hälsan i team där ledaren gått från att vara överskattande till att bli underskattande. Men denna förbättring i teamet förefaller att ha skett på bekostnad av en sänkning av hälsovärdena hos teamledaren. Detta var speciellt fallet hos kvinnliga teamledare. Kanske för att de är än mer medvetna om sociala förhållandens betydelse än vad deras manliga kollegor är.

Trots den iakttagna sänkningen ligger hälsovärdena för hela gruppen teamledare högre än motsvarande värden i den allmänna befolkningen som återfinns i SF-36 manualens normvärden.

Vi fann också ett signifikant förbättrat arbetsklimat och ökad självtillit i grupper där teamledare gått från att vara överskattare till



att bli underskattare. I vår studie finner vi ett starkt samband mellan grad av självtillit hos teammedlemmarna och ekonomiskt resultat. Dessa fynd är föremål för fortsatta studier.

Projektet har rönt hög uppskattning från såväl företagsledning som teamledare och medarbetare. Arbetsmetoderna tillämpas fortfarande inom företaget efter projektets avslutning.

Sammanfattningsvis kan sägas att en väl fungerande kommunikation mellan medarbetarna och ett insiktsfullt och skickligt hanterande av gruppens inbördes relationer är viktiga faktorer vad gäller att påverka arbetsklimat, hälsa och prestationer i arbetsgruppen. Studien visar också att det är viktigt att stödja teamledare och chefer i deras arbete vad gäller förbättrings- och förändringsarbete.

### Sammanfattning – "Långtidsfriska" vid Stora Enso Fors AB<sup>2</sup>

I slutet av 80-talet pågick en stor debatt i samhället om att antalet långtidssjuka hade ökat och rehabiliteringen fungerade dåligt. I samband med detta startade Arbetslivsfonden ett stort antal projekt för att råda bot på sjuklighet, arbetsskador och dålig rehabilitering. Delvis med hjälp av dessa medel tog Företagshälsovården (Fhv) vid Stora Billerud Fors, Kartongbruk fram ett arbetsplatsprogram på uppdrag av Ledningsgruppen. Arbetsplatsprogrammet innebar en omfattande utbildnings- och utvecklingsinsats vid hela bruket, som syftade till att verkställa vår arbetsmiljöpolicy och införa en *helhetssyn på hälsa, effektivitet, kvalitet och miljö*.

I samband med detta uppdrag gjordes också en studie om huruvida det föreligger hälsobefrämjande faktorer som kan skapa långvarig hälsa. Därvid myntades ordet "Långtidsfriska". Med långtidsfriska menas personer som inte varit sjukskrivna under två år. Personer som kan sägas trivas bra och ha få kroppsliga besvär. De är efterfrågade i sitt arbete och är något mer psykiskt belastade än övriga. De är sällan nedstämda eller har sömnbesvär. De långtidsfriska oroar sig inte för sin hälsa och kan sägas vara framtidsoptimister. Den här studien gjordes tillsammans med fyra företag inom Stora-koncernen samt Volvo Personvagnar. Det framkom att det fanns ett flertal kriterier vilka bidrar till att ge medarbetarna en långvarig hälsa. Dessa fyra kriterier var; dels ett *medvetet företag* med klara mål, god kommunikation, konsekvent och direkt feed-

---

<sup>2</sup> Johnny Johnsson  
Företagsläkare Stora Enso Fors

back, ett *kreativt klimat* med trygghet och frihet, repressaliefrihet och prestigelöshet, *konsultativt ledarskap* som utmärks av ett informationsansvar, klara målbilder och stödjande ledarskap där man inte lägger sig i, utan finns till hands. Dessutom ett *öppet arbetsklimat – medarbetarskap* med hög grad av medbestämmande, inte detaljreglerat, utan med respekt för varandras kompetens och tillit.

Utifrån kunskaper från dessa studier uppdrog Ledningsgruppen åt Fhv och Personalavdelningen vid Stora Fors att fullfölja arbetsplatsprogrammet och också att utvärdera insatserna i termer av långtidsfriska, allmänna ohälsotal men också utvecklingsvilja och trivsel. Utgångspunkten för arbetet blev hämtat från systemteori och omvärldsanalysen är gjord utifrån ett kundperspektiv. Programmet fick till målsättning att skapa en "Vision 2000", som sedan skulle fullföljas. Programmet har pågått mellan åren 1991 – 2000. Arbetsplatsprogrammet har varit omfattande och sträcker sig över hela organisationen. Det har innefattat organisationsutveckling, industriutveckling, speciella arbetsmiljöutvecklingar och utveckling av förebyggande, underhållande och rehabiliterande metoder inklusive friskvård.

Utvecklingsprogrammet startade med att utveckla förstaledschefer i kunskap om de salutogena faktorer som föreligger för att skapa det goda arbetet, och en fokusering kring de fyra ovan nämnda kriterierna som är en förutsättning för god hälsa, hög kvalitet och god effektivitet.

Utbildningarna har bestått av fakta kring människans villkor i arbetslivet, balans mellan uppbyggande och nedbrytande faktorer, kris- och stresshantering samt kommunikationskunskap. Utifrån faktakunskap har man sedan med gruppdynamisk metodik fått processa sin kunskap utifrån de fyra kriterierna, och också tränat de förhållningssätt som behövs för att skapa goda miljöer och ett effektivt arbete. Träningen har sedan fullföljts på hemmaplan med handledning och resultatuppföljning.

På likartat sätt har mellanchefer och högre chefer utbildats, även våra experter/internkonsulter och skyddsombud. Utbildningen har varit omfattande, vilket har inneburit att det dragit ut på tiden, som också varit nödvändigt för att den gruppdynamiska effekten skall hinna få full genomslagskraft. När vi tyckte att kompetensnivån var tillräckligt hög i alla dessa led så har vi också arbetat tvärfunktionellt med *arbetslag*, där arbetslagen har sammansatts av grupper över gränssnitt mellan olika kompetenser och där man har mixat

såväl chefer som medarbetare i nya grupper. Arbetslagsträningen avslutas med en kundfokusering och ett kundbesök.

För att få en optimal effekt av den här utvecklingen har under de senaste åren en interaktiv process med värdebaserat ledarskap införts. Detta kompletterats med en chefsutveckling som går ut på att få en god självkänedom hos samtliga chefer. Detta utbildnings- och utvecklingsprogram har sedan kompletterats med ett omfattande Friskvårdsprogram. Programmet innefattar såväl motion, kost som kultur och inspirerande upplevelser.

Projekt Långtidsfriska har utvärderats med ett flertal metoder, dels med så kallad SLOT-teknik (Sandberg-Lindell-Organisations-Test), där vi har tittat på de kriterier som framkom som förutsättningar för att skapa Långtidsfriska. SLOT är en multifaktoriell enkättest där man mäter den genuina arbetsgruppen gentemot förstaledschefer, mellanchefer och Ledningsgrupp samt interaktioner dem emellan. Testet innehåller en mätning av nuläge och ett önskat läge. Härvid har vi sett att vi har lyckats tämligen väl med att infria de kriterier som fordras för att kunna skapa Långtidsfriska.

Vi har också sett att antalet långtidsfriska har ökat på ett markant sätt. 1990–91 förelåg det 3 % långtidsfriska, kollektivanställda och 1996–97, 23 %. För tjänstemän var motsvarande siffror 12 % 1990–91 och 41 %, 1996–97. På i stort sett samma bemanning -91 som -97 kan man räkna ut att detta innebär, 32 årsarbeten mer närvarande 1996–97 än 1990–91. Detta motsvarar en besparing på cirka 30 miljoner kronor och projektet har kostat cirka 6 miljoner kronor. Detta innebär att insatserna förräntar sig nära nog fem gånger.

På motsvarande sätt kan vi se att rehabiliteringsarbetet ger, åter i arbete cirka 70 %, på ett sjunkande antal rehabiliteringsärenden. Antalet långtids- och korttidssjukskrivningar minskar väsentligt med dessa insatser och håller sig kvar på en relativt låg nivå. Långtidssjukskrivningar under projektet har sjunkit från i medeltal 52,3 dagar per sjukfall 1996 till 38,5 dagar 1998. Studien har också visat att det finns ett starkt samband mellan chefskap och medarbetarskap. Där den dialogen är som bäst, har vi i vissa skiftlag 45 % långtidsfriska och där det fungerar som sämst enbart 15 %.

Under studiens gång har vi också studerat de långtidsfriska och finner att de är jämt fördelade i ålder och kön, precis som i företaget.

Det förefaller också som att det finns ett mervärde att ha många långtidsfriska i en arbetsgrupp – där ökar kreativitet och utvecklingsvilja!

*Sammanfattning* av projekt Långtidsfriska är, att de insatser som Fhv tillsammans med Personalavdelning har utfört synes vara ett mycket framgångsrikt koncept för minskad såväl kort- som långtidssjukrivning, ökad rehabilitering och ökande mängd långtidsfriska medarbetare. Insatserna är mycket lönsamma, men kräver en hög grad av långsiktighet, hög grad av egenkompetens och kräver dessutom en kontinuerlig idébild och ambitionsnivå. Om man räknar om de resultat som har uppvisats i Stora Enso Fors (dvs. sjukskrivningsfrekvenser som ligger väsentligt under 5 %, rehabiliteringsgrad på > 70 % och ett stort antal ökande antal långtidsfriska) till en nationell nivå, så skulle med säkerhet mångmiljardbelopp kunna besparas.

# Taket i sjuk- och föräldraförsäkringen år 2001

Socialdepartementet  
Analys-PM  
Ilija Batljan, Patrik Andersson

På uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen



## Sammanfattning

Fler och fler förvärvsarbetande hamnar över taket och får därmed inte den kompensation de betalar för. Under de senaste fem åren har antalet förvärvsarbetande med inkomster över taket fördubblats, från 540 000 år 1996 till uppskattningsvis 1 100 000 nästa år. Vidare kommer 36 procent av de heltidsarbetande att ha inkomster över taket år 2001. Anledningen till denna utveckling är att taket i försäkringen endast har räknats upp med den allmänna prisnivån samtidigt som man under senare år haft relativt höga reallöneökningar i samhället.

Med den förväntade tillväxttakten kommer hälften av den heltidsarbetande befolkningen inom en snar framtid att ha en inkomst över taket. Försäkringen kan då inte längre anses bygga på standardtrygghet, utan grundtrygghet, och därmed inte heller ge ersättning relaterad till det faktiska inkomstbortfallet. Försäkringen riskerar i förlängningen att tappa sin legitimitet som försäkring och därmed falla sönder.

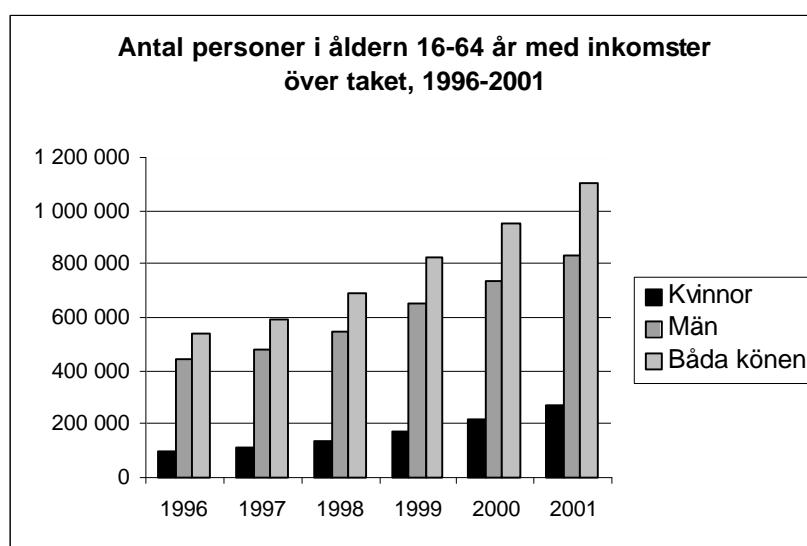
Sjukförsäkringen skall ersätta 80 procent av den arbetsinkomst man förlorar då man blir sjuk, upp till nivån 7,5 prisbasbelopp (det s.k. taket). Sjukpenningen beräknas alltså efter inkomstbortfallet vid sjukdom. Denna princip, så kallade inkomstbortfallsprincipen, har varit gällande för svenska socialförsäkringar allt sedan lagen om ändring i lagen om allmän sjukförsäkring utfärdades den 19 juni 1953. Genom samma lag avvisades förslag till lösningar som byggde på principen om grundtryggheten (lika ersättning för alla oavsett inkomst). I lagen om allmän sjukförsäkring fastställdes också det högsta beloppet som skulle ligga till grund för beräkning av sjukpenning (alltså ett inkomsttak). Taket låg på en för den tiden relativt hög nivå. Tanken bakom den höga nivån var att enbart en liten grupp av de förvärvsarbetande, de i översta inkomstkiktet, inte skulle få hela sin inkomst försäkrad. Huvudargumentet – som gäller fortfarande – var effektivitet.<sup>1</sup>

Frågan är då vad som har hänt med inkomsttaket under de senare åren. Av samtliga personer i åldern 16–64 år med förvärvsinkomst år 1996 hade närmare 550 000 en inkomst över taket. I år uppgår

<sup>1</sup> För mer information se Socialförsäkringsutredningens betänkande Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring (SOU 1952:39).

denna grupp till 950 000 personer och väntas öka till drygt 1 100 000 under år 2001. Mellan åren 1996 och 2001 kommer således antalet personer som bara delvis täcks av försäkringen, men som de är fullt ut med och finansierar, mer än fördubblas. Uppdelat på kön är dock skillnaden stor. År 1996 utgjorde kvinnorna endast 18 procent av gruppen med inkomster över taket. Denna siffra har idag ökat till 23 procent och beräknas öka ytterligare under år 2001, då kvinnorna svarar för 25 procent av alla personer med inkomster över taket. I Figur 1 nedan redovisas hur antalsutvecklingen ser ut mellan åren 1996 och 2001.

Figur 1.



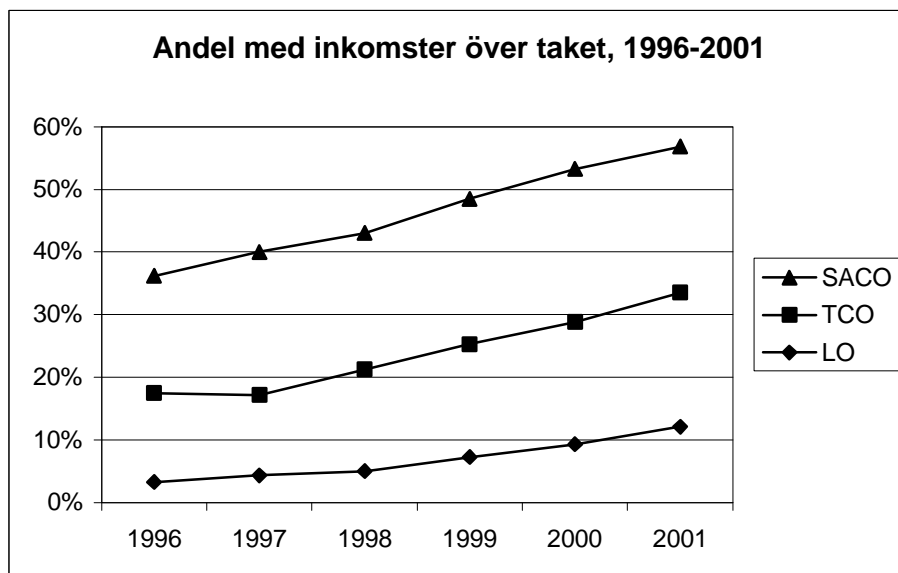
Källa: Socialdepartementets bearbetning av SCB:s 1996-98 inkomstfördelningsundersökning (HINK) samt bearbetning av den av Finansdepartementet framskrivna undersökningen för 1999-2001.

Frågan om inkomster över taket handlar således inte längre om samhällets allra översta inkomstkikt. Därmed håller taket, och uttag av avgifter över taket, på att förlora den legitimitet de haft allt sedan lagen om allmän försäkring kom till. De nya individer som sedan mitten av 1990-talet har nått taket tillhör inte samhällets översta inkomstkikt. Deras inkomster ligger snarare kring genomsnittsinkomsten. Att komma upp till taket idag kräver en månadslön på dryga 23 000 kronor. De reallöneökningar som vi fått se de



senaste åren, samt det faktum att taket inte höjts på många år, är anledningen till den utveckling som åskådliggörs av nedanstående diagram (Figur 2).

Figur 2.



Källa: Socialdepartementet, SCB och Finansdepartementet (se ovan Figur 1)

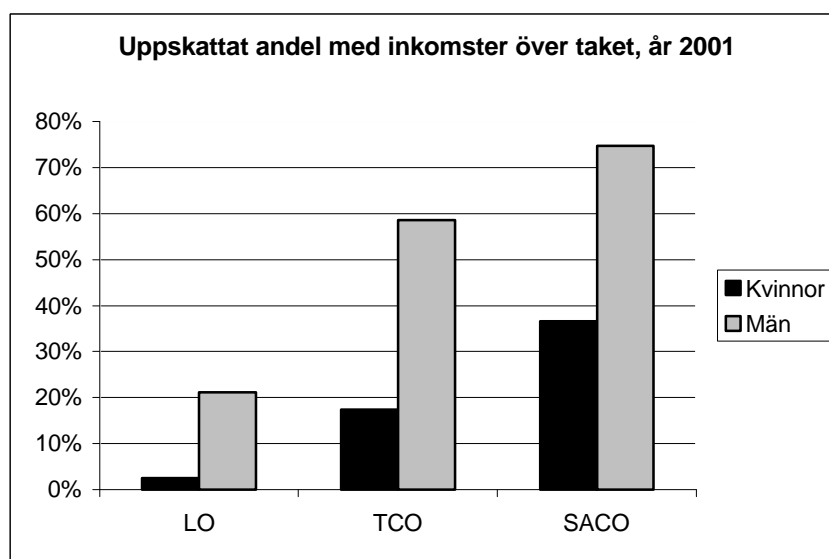
Detta diagram visar hur andelen personer över taket utvecklas i de tre största fackliga organisationerna mellan åren 1996 och 2001. För LO:s medlemmar ökar andelen personer med inkomster över taket från 3 procent till 12 procent, dvs. fyra gånger. För TCO:s medlemmar ökar andelen från 17 procent till 34 procent, dvs. två gånger, och för SACO:s medlemmar från 34 procent till 57 procent, lite drygt en halv gång. Detta bekräftar därmed påståendet att frågan inte längre enbart handlar om samhällets allra översta inkomstskikt.

Ur Figur 3 nedan framgår att stora grupper av kollektivanslutna män och kvinnor under nästa år kommer att ha inkomster som ligger över taket. Det allvarliga med denna utveckling är att ju högre lön människor får desto större del av inkomsten är oförsäkrad och desto lägre blir den procentuella kompensationen från den offentliga, gemensamt och solidariskt finansierade, försäkringen. Vidare

innebär det att ju fler som ligger över taket desto fler får en allt mindre del av sin inkomst försäkrad.

De flesta tjänstemän har dock avtalsvägen finansierat ett kompletterande sjukförsäkringsskydd som tar vid där den offentliga försäkringen upphör. Eftersom dessa grupper betalar först sociala avgifter för inkomstdelar över taket, betalar de i praktiken två gånger för sitt skydd. Motsvarande avtalsförsäkring saknas för närvarande bland de privatanställda inom LO-kollektivet. Samtidigt existerar nästan inga kompletterande försäkringar för föräldraförsäkringen, vilken bygger på inkomstbortfallsprincipen och har samma tak som sjukförsäkringen.

Figur 3.

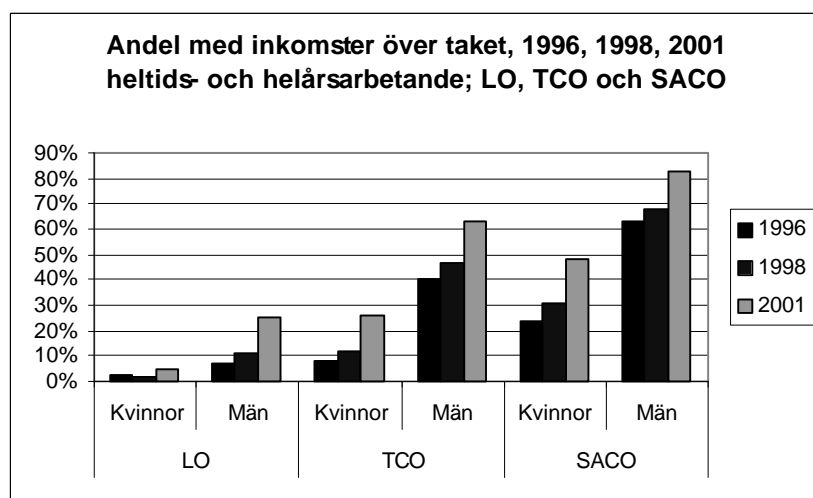


Källa: Socialdepartementet, SCB och Finansdepartementet (se ovan Figur 1).

Bland kvinnorna är andelen med inkomster över taket betydligt längre än bland männen. Det brukas förklaras utifrån två olika utgångspunkter. Den första förklaringen är att många kvinnor har en lägre lön än männen. Den andra förklaringen är att kvinnor arbetar deltid i betydligt högre utsträckning och därmed har en lägre årslön. Det är med hänsyn till den senare förklaringen viktigt att studera hur stor andel av de heltidsarbetande som ligger över taket.

Figurerna 1–3 ovan bygger på uppgifter som avser samtliga personer som har haft någon form av förvärvsinkomst under året. Därmed ingår även personer som har varit aktiva på arbetsmarknaden endast i begränsad omfattning typ: feriearbete, deltidsarbete och arbete under bara en förhållandevis kort del av året. Det är därför, vilket vi nämnde ovan, mer relevant att analysera personer som har arbetat heltid under hela året. Relevansen ligger också i att det är en inkomstbortfallsförsäkring som vi ska analysera och inget bidrag pga otillräckliga inkomster. Figur 4 visar utvecklingen av andelen personer över taket (heltids helårsarbetande) med uppdelning på facklig tillhörighet.

Figur 4.



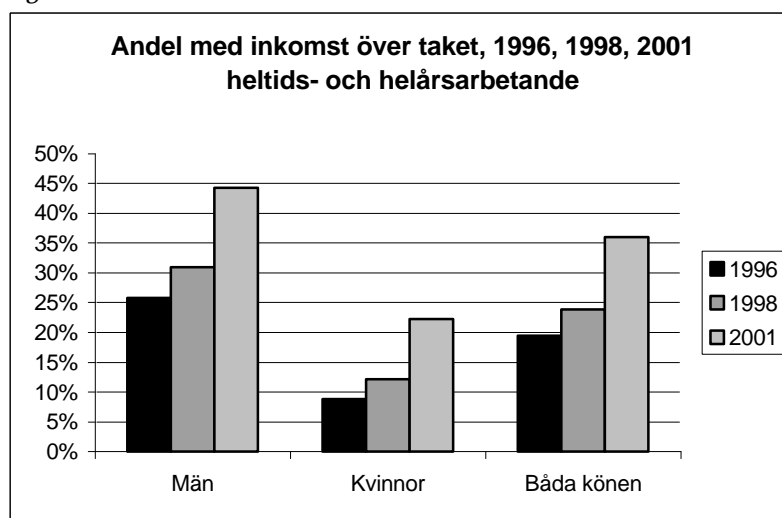
Källa: Socialdepartementet, SCB och Finansdepartementet (se ovan Figur 1).

Som framgår av figur 4 kommer var fjärde heltidsarbetande man från LO-kollektivet att ha inkomster över taket år 2001. För LO:s medlemmar ökar alltså andelen heltidsarbetande män med inkomster över taket från 7 procent till 25 procent och för kvinnor från 2 till 5 procent under perioden 1996–2001. En närmast dramatisk ökning kan man konstatera – mer än en tredubbling för män och mer än dubbling för kvinnor. För TCO:s heltidsarbetande kvinnor kommer andelen med inkomster över taket att mer än tredubblas under perioden 1996–2001, från 8 till 26 procent. För TCO:s män ökar andelen från 40 procent till 63 procent. Manliga

heltidsarbetande medlemmar i SACO har ingen inkomstbortfallsförsäkring att tala om. Med en andel på 83 procent över taket är sjukförsäkringen för denna grupp en slags grundtrygghet. Situationen är inte heller vidare gynnsam för SACO:s heltidsarbetande kvinnor, nästan varannan (48 procent) kommer nästa år att ha en inkomst som ligger över taket.

Andelen heltidsarbetande personer med inkomster över taket år 2001 kommer totalt sett att uppgå till 36 procent, en ökning med 90 procent sedan 1996 (Figur 5). Vidare ses att närmare 45 procent av alla heltidsarbetande män kommer att ha en inkomst över taket år 2001. Motsvarande siffra för kvinnorna är dryga 22 procent.

Figur 5.



Källa: Socialdepartementet, SCB och Finansdepartementet (se ovan figur 1)

Ovanstående resonemang gäller förstås inte bara sjukförsäkringen utan också andra trygghetssystem som föräldraförsäkring, arbetskadeförsäkring, förtidspensioner, etc. Detta gör situationen ännu mer allvarlig. Om stora grupper av de som finansierar socialförsäkringssystemen till mindre och mindre del omfattas och därmed inte längre känner solidaritet med dem, förlorar systemen sin legitimitet varpå andra lösningar snabbt kommer att uppstå.

Vill man bevara en av grundbultarna i den svenska socialförsäkringen, nämligen inkomstbortfallsprincipen, bör man överväga en höjning av taket. Snart har vi annars ett generellt grundtrygghetssystem, utan att någon bett om det. Vi kan därför konstatera att

den svenska socialförsäkringen, ett av det viktigaste instrumentet för svensk socialpolitik och kanske för det svenska välfärdssamhället, står inför ett avgörande vägskäl. Kommittén Välfärdsbokslut, med uppdrag att utreda välfärdsutvecklingen under 1990-talet, konstaterade i sitt delbetänkande "Välfärd vid vägskäl" att Sverige står inför flera socialpolitiska vägval. Frågan om taket är definitivt ett av de viktigaste.