

Till statsrådet Ingela Thalén

Vid sammanträde den 17 januari 2002 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2002:4) som gav en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag till utformningen och den närmare inriktningen av en analysgrupp inom området hälsa och ohälsa i arbetslivet. Utredningen (S 2002:1) har antagit namnet Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete. (Direktiven till utredningen har i sin helhet bifogats delbetänkandet i bilagan 1). Slutbetänkande skall avges den 31 mars 2003.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Ingela Thalén generaldirektören Anna Hedborg att från den 1 februari 2002 vara särskild utredare i utredningen. Som sekreterare i utredningen har sedan den 1 februari 2002 tjänstgjort avdelningsdirektören Birgitta Målsäter och utredaren Irene Wennemo.

Den 11 mars 2002 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen departementssekreteraren Lars von Ehrenheim, departementssekreteraren Thord Redman, kanslirådet Eeva Seppälä och kanslirådet Anders Viklund. Till att som experter ingå i utredningen förordnades överläkaren Leif Aringer, medicine doktorn Kerstin Fredriksson, professorn Christer Hogstedt, enhetschefen Rolf Lundgren, professorn Staffan Marklund, stf chefen Erik Mellander, projektledaren Gudrun Persson och handläggaren Ulla-Britt Selander.

Den 22 april 2002 förordnades docenten Inger Marklund som expert i utredningen.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet SOU 2002:62
Kunskapsläge sjukförsäkringen.

Stockholm den 5 augusti 2002

Anna Hedborg

/Birgitta Målsäter
Irene Wennemo

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Utredningens uppdrag och arbetsformer.....	11
1.1 Utredningens uppdrag	11
1.2 Utredningens arbetsformer	12
2 Utveckling av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma	13
2.1 Inledning.....	13
2.2 Tidigare utredningar.....	14
2.3 Uppföljning av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma	16
2.3.1 Utvecklingen av sjukfrånvaron	17
2.3.2 Utvecklingen av ohälsotalet 1990–2001	20
2.3.3 Förändringar i diagnospanoramata	24
2.3.4 Sjukskrivningarnas längd	26
2.3.5 Regionala och branschrelaterade skillnader i sjukskrivningsmönster	29
2.4 Varför ökar sjukskrivningarna?	31
2.4.1 Sämre hälsa?.....	31
2.4.2 Sämre arbetsmiljö?.....	35
2.4.3 Förändrad ålderssammansättning av arbetskraften?.....	43
2.4.4 Ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet?	46
2.4.5 Förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare?.....	50
2.4.6 Mer restriktiva förtidspensionsbedömningar?	52
2.4.7 Administrativa tillkortakommanden?.....	54

2.5	Sammanfattning.....	57
3	System för RFV:s framtida sjukförsäkringsstatistik.....	61
3.1	Inledning	61
3.2	Behov av bättre sjukförsäkringsstatistik	62
3.3	Vilken information behövs för att kunna följa och analysera sjukfrånvarons utveckling?	63
3.4	Tillbakablick - från 1970-tal till nu.....	65
3.5	Varför har det varit så svårt att få ett fungerande system till stånd?	67
3.6	Så görs uppföljningen och analysen av sjukfrånvarons utveckling idag av RFV	68
3.7	Heltäckande databas eller urvalsundersökningar?.....	69
3.7.1	Heltäckande databas – För- och nackdelar	69
3.7.2	Urvalsundersökningar – För- och nackdelar	70
3.7.3	Utredningens bedömning	71
3.8	Skydd för personlig integritet.....	71
3.9	Förslag till RFV:s statistikinhämtning på kort och lång sikt	73
3.9.1	På kort sikt.....	73
3.9.2	På lång sikt.....	74
3.9.3	Remissinstanserna överlag positiva till Sjukförsäkringsutredningens statistikförslag	75
3.9.4	Översyn av socialförsäkringens registerlag.....	76
3.9.5	Konsekvensanalys av förslaget till statistikinhämtning.....	77
3.9.6	Finansieringsfrågor.....	78
	Bilagor	
	<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv	79
	<i>Bilaga 2</i> Sjukfrånvarons utveckling under senare år	87
	<i>Bilaga 3</i> Arbetsmiljöns utveckling för kvinnor och män i olika åldrar	125
	<i>Bilaga 4</i> Folkhälsans utveckling	145

Sammanfattning

Inledning

Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA) har i uppdrag att föreslå hur en analysgrupp inom området hälsa och ohälsa i arbetslivet skall utformas. Utredningen skall också föreslå den närmare inriktningen för analysgruppens arbetsområde och redovisa för- och nackdelar med olika organisationsformer samt klargöra analysgruppens funktion och ansvar i förhållande till andra myndigheter, institut m.fl. som har ohälsan i arbetslivet som arbetsområde. Frågan om analysgruppens utformning och verksamhetsområde kommer att presenteras i slutbetänkandet som skall levereras den 31 mars 2003.

I detta delbetänkande redovisar AHA i enlighet med direktiven för utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet. Utredningen redogör också för hur det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik bör utformas.

Utveckling av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma

I kapitel 2 redogörs för iakttagna utvecklingstendenser och utredningen gör en sammanfattande analys av det aktuella läget rörande ohälsan i arbetslivet. AHA utgår från redovisningar från Riksförsäkringsverket (RFV), Statistiska centralbyrån (SCB), Folkhälsoinstitutet (FHI), Arbetslivsinstitutet (ALI) och Epidemiologiskt Centrum (EpC).

RFV redovisar sjukfrånvarons utveckling under senare år, SCB beskriver arbetsmiljöns utveckling för kvinnor och män i olika åldrar. FHI, ALI och EpC redogör för folkhälsans utveckling. Utredningen utgår från dessa rapporter och sammanfattar och dis-

kuterar utvecklingen av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma.

De senaste årens utredningar inom ohälsområdet har visat på sjukskrivningstalens snabba ökning. Det är mindre än ett år sedan utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) lämnade sitt slutbetänkande. Den bild som nu framträder av utvecklingen är i hög grad en bekräftelse av tidigare redovisningar.

Samhällsdebatten har varit och är intensiv när det gäller att förklara sjukfrånvarons ökning. AHA har valt att belysa flera olika faktorer påverkan. Utredningen kan slå fast följande:

- Folkhälsan har inte försämrats. Däremot har det psykiska välbefinnandet minskat. Det senare är sannolikt en bidragande förklaring till den snabba ökningen av psykiska diagnoser.
- Arbetsmiljön utvecklades negativt under 1990-talet. Andelen arbeten som innebar hög anspänning ökade. Det kan ha bidragit till ökningen av ohälsan, men inte förklara mer än en del. I senaste arbetsmiljöundersökningen finns tecken på en viss förbättring av arbetsmiljön.
- Den snabba ökningen av den andel i arbetskraften som är mellan 50 och 64 år har lett till en betydande ökning av antalet ohälsodagar.
- Sysselsättningsökningen har en liten direkt effekt, däremot har det skett en mindre ökning av andelen arbetslösa bland de långtids-sjukskrivna under de senaste åren.
- Ersättningen vid sjukfrånvaro har betydelse, men kan inte förklara den snabba sjukfrånvaroutvecklingen efter 1999.
- Administrativa tillkortakommanden och de mer restriktiva förtidspensionsbedömningarna kan ha lett till en ökning av sjukskrivningstiderna och till att förtidspensionerna har ökat mindre än vad som var förväntat utifrån den demografiska utvecklingen.

Utredningen vill lyfta fram två faktorer som kan anses väga tyngst i förklaringen av de ökade sjuktalen. Den ena faktorn är den förändring av befolkningens ålderssammansättningen som även vid oförändrade ohälsotal i olika åldersgrupper skulle ha medfört en kraftig ökning av antalet ohälsodagar. Administrativa tillkortakommanden och förändringarna i förtidspensionssystemet har lett till att denna ökning nästan uteslutande hamnat i sjukförsäkringssystemet.

Den andra faktorn är mer komplex. Under 1990-talet har arbetslivet blivit mer pressat och det psykiska välbefinnandet har mins-

kat. Det senare beror sannolikt både på situationen i arbetslivet och på andra faktorer i samhället. Utan att göra anspråk på att kunna komma med bevis vill utredningen ändå framföra hypotesen att något hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Samspelet är intrikata och dubbelriktade och tycks leda till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som ska tas hänsyn till – och uthärdas – på arbetsplatsen. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv.

Därmed hävdas inte att det nödvändigtvis är arbetet som orsakar sjukdom. Svenska arbetsplatser har ofta höga ambitioner vad gäller organisation, miljö, ledarskap och personalpolitik. De flesta trivs med sina arbetsuppgifter och tycker sig ha meningsfulla arbetsuppgifter. Men den psykiska pressen har ökat och fler reagerar på kombinationen av påfrestningar i sina liv med medicinska förklaringar.

Förhållandena på arbetsplatsen är ofta avgörande för sjukskrivningsbeslutet även när arbetet inte är den direkta orsaken. Det är från arbetet man sjukskrivs och det är till arbetet man ska återvända. Det är i samspelet mellan individen, arbetskamraterna och ledning som det avgörs om individen känner sig behövd och efterfrågad trots tillfälliga eller mera långvariga nedsättningar av fysisk eller psykisk förmåga.

System för RFV:s framtida sjukförsäkringsstatistik

I kapitel 3 lämnar AHA förslag till hur framtida system för RFV:s produktion av sjukförsäkringsstatistik bör utformas. Utredningen föreslår att RFV fortsätter att genomföra RFV-LSstudier, urvalsstudier om sjukskrivningar och rehabilitering, under så lång tid att parallella utvecklingsserier mellan LSstudierna och nyetable-rad statistik i ärendehanteringssystemet säkerställs.

Vidare föreslår AHA att RFV prioriterar registrering av, i första hand, diagnos och arbetsställe/organisationsnummer så snart det är möjligt med hänsyn till pensionsreformen och när Ärendehanteringssystemets version ÄHS 1.4 tas i produktion. ÄHS 1.4 möjliggör registrering av diagnos, sjukskrivande instans, av den försäkrade uppgiven arbetsskada, arbetsgivare, arbetsställe och sysselsättning.

På längre sikt föreslår AHA att RFV vidareutvecklar statistikinhämtningen genom att successivt, i kommande versioner av ÄHS, genomföra förslaget i Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande SOU 2000:121.

AHA föreslår också att Registerlagstiftningen anpassas så att de uppgifter som behövs för handläggning och uppföljning får registerföras.

1 Utredningens uppdrag och arbetsformer

1.1 Utredningens uppdrag

Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA) har i uppdrag att föreslå hur en analysgrupp inom området hälsa och ohälsa i arbetslivet skall utformas. Utredningen skall också föreslå den närmare inriktningen för analysgruppens arbetsområde och beskriva hur analysgruppen skall bidra till att

- en samlad bild av ohälsan på arbetsmarknaden redovisas,
- kunskaperna om ohälsan på arbetsmarknaden kontinuerligt uppdateras,
- i sammanhanget relevanta forskningsresultat tas tillvara på ett konstruktivt sätt och
- enighet kring den redovisade ohälsobilden skapas.

Vidare skall utredningen redovisa för- och nackdelar med olika organisationsformer samt klarlägga analysgruppens funktion och ansvar i förhållande till andra myndigheter, institut m.fl. som har ohälsan i arbetslivet som arbetsområde.

I föreliggande delbetänkande redogör AHA i enlighet med direktiven för hur det framtida systemet för produktion av RFV:s sjukförsäkringsstatistik bör utformas. En av svårigheterna som har påtalats i tidigare utredningar är att sammanföra relevant statistik från olika områden. I det kommande arbetet kommer kopplingarna mellan RFV:s statistik och andra statistikkällor att behandlas.

Utredningen följer också upp och utvärderar utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet.

Frågan om analysgruppens utformning och verksamhetsområde kommer att presenteras i slutbetänkandet som skall levereras den 31 mars 2003. Direktiven bifogas i sin helhet i bilaga 1.

1.2 Utredningens arbetsformer

Regeringen beslöt om direktiv för utredningen den 17 januari 2002. Utredaren och sekretariatet förordnades att påbörja arbetet fr.o.m. den 1 februari 2002.

Arbetet har bedrivits i nära samarbete med utredningens sakkunniga och experter. I enlighet med utredningens uppfattning om att ansvaret inom respektive område skall ligga kvar på respektive myndighet också om man inrättar en analysgrupp, har samarbete skett med Riksförsäkringsverket (RFV), Statistiska centralbyrån (SCB), Folkhälsoinstitutet (FHI), Arbetslivsinstitutet (ALI) och Epidemiologiskt centrum (EPC) för att få fram uppföljningen av hälsoläget.

Rapporterna från RFV, SCB och FHI-ALI-EpC återfinns som tre bilagor till delbetänkandet. I kapitel 2 lämnar AHA sin sammanfattning och analys av utvecklingen.

2 Utveckling av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma

2.1 Inledning

Den tidigare Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) påbörjade ett sammanhållet myndighetsöverskridande arbete med att följa upp och identifiera orsakerna till och sambanden kring den ökande ohälsan i arbetslivet. Analysen fortsatte i utredningen om en Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (S 2000:07) och i den arbetsgrupp i regeringskansliet som arbetade med att ta fram promemorian *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv* Ds 2001:28.

För att inte detta arbete skall avstanna innan den föreslagna analysgruppen har påbörjat sin verksamhet har AHA-utredningen, parallellt med uppgiften att *utforma* analysgruppen, uppdraget att *följa upp och utvärdera* utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet.

Utredningen har givit Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att redovisa adekvata uppgifter om utvecklingen med utgångspunkt i befintliga sjukdatabaser och sjukfallstudier. Likaså har utredningen uppdragit åt SCB att kartlägga utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan, samt åt Folkhälsoinstitutet (FHI), Arbetslivsinstitutet (ALI) och Epidemiologiskt Centrum (EpC) att göra en beskrivning av folkhälsans utveckling. Rapporterna från RFV, SCB och FHI-ALI-EpC återfinns i sin helhet i bilagorna 2, 3 och 4. Utredningen gör i detta kapitel en sammanfattande analys av det aktuella läget sådant det framträder i bilagorna och vissa andra källor och redogör för iakttagna utvecklingstendenser. Det är mindre än ett år sedan HpH-utredningen lämnade sitt slutbetänkande. Den bild som framträder är, som förväntat, i hög grad en bekräftelse av den tidigare bilden.

2.2 Tidigare utredningar

I Sjukförsäkringsutredningens delbetänkande *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* SOU 2000:72 redovisades en sammanställning av statistik i syfte att belysa de väsentligaste faktorerna bakom de senaste årens kraftiga ökning av sjukfrånvaron. Bl.a. konstaterades stora variationer i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper, olika sektorer och regioner. Likaså konstaterades att antalet sjukfall inte bara blivit fler, utan att sjukfallen också pågår allt längre.

Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* SOU 2000:121 redovisade sjukfrånvarons utveckling i företag av olika storlek, i olika branscher och inom olika sektorer. Sjukförsäkringsutredningen lät också samköra arbetsmiljöstatistik och sjukdata för att analysera samband mellan arbetsförhållanden och sjukskrivning.

Promemorian *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv* Ds 2001:28 rapporterade statistik beträffande utbrändhet och psykisk ohälsa, arbetsskadestatistik och resultat från besvär- och arbetsmiljöundersökningar. Arbetsorsakade besvär p.g.a. stress och psykiska påfrestningar har ökat markant under 1990-talets andra hälft.

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) analyserade i sin första delrapport *Handlingsplanens uppläggning och inriktning*¹ sjukfrånvarons påverkan på arbetskraftsutbud och sysselsättning. HpH inledde en diskussion om begreppet ”människor i arbete”. Den andra delrapporten *Punkter i en handlingsplan*² redovisade bl.a. mäns och kvinnors andelar av sjukskrivningar och arbetskraft över tid och sjukfall i olika längdklasser. HpH redogjorde också för bearbetningar av SCB:s arbetskraftsundersökningar och kortperiodiska sysselsättningsstatistik för att visa på skillnader i uppgiven sjukfrånvaro mellan olika sektorer och skillnader i sjukfrånvaro mellan arbetsplatser av olika storlek.

HpH:s slutbetänkande analyserar sjukfrånvarons utveckling och struktur ytterligare. Bl.a. redovisas både kort och lång sjukfrånvaro fördelad på olika åldersgrupper, liksom sjukfrånvarons ökningstakt. Samtidigt som sjukfrånvaron ökar i alla åldersgrupper avtar ökningstakten i alla grupper utom i den yngsta, 16–29 år. HpH fördjupar också analysen av skillnader i sjukfrånvaro mellan olika

¹ SOU 2002:5, bilaga 1:2.

² SOU 2002:5, bilaga 1:3.

arbetsplatser, sektorer, kommuner och län. HpH sammanfattade sina slutsatser enligt följande:

”HpH:s uppdatering av tidigare presenterade basfakta om och analyser av sjukfrånvaron visar att sjukfrånvaron fortsätter att öka och att ohälsa och därmed sammanhängande utstötning från arbetslivet blivit ett mycket allvarligt problem för allt fler människor. Vid utgången av år 2001 beräknas antalet personer som varit sjukskrivna längre än ett år till 120 000, nästan en tredubbling jämfört med 1997. Även antalet förtidspensionerade fortsätter att öka. Antalet förtidspensionerade och sjukskrivna sammantaget uppgick vid årsskiftet 2001/2002 till nära 16 procent av befolkningen i arbetsför ålder.

Den mycket kraftiga negativa utvecklingen av sjukfrånvaron fortsätter. Antalet sjukpenningdagar har ökat med 56 miljoner mellan åren 1997 och 2001. Relativt sett är ökningen 117 procent. HpH uppskattar att den totala sjukfrånvaron, inklusive karensdagar och frånvaro under sjuklöneperioden, under år 2001 uppgår till ca 150 miljoner dagar, vilket motsvarar mer än 400 000 årsarbeten. Till detta kan adderas förtidspensionärernas helårsfrånvaro som beräknas till 400 000. Sammantaget innebär detta att den korta, långa och permanenta sjukfrånvaron motsvarar 800 000 årsarbeten.

HpH:s uppdatering av tidigare presenterat material visar med full tydlighet att den förändring som nu pågår inte är generell. Hur än analysen görs framträder stora skillnader. Kvinnors sjukfrånvaro ökar väsentligt mer än mäns. Analyseras kvinnors sjukfrånvaro ytterligare visar det sig att utvecklingen inom vissa yrkesområden är väsentligt sämre än inom andra. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden – vård, skola och omsorg. Men också på denna nivå framträder stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun.

På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branscher och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större. De undersökningar HpH låtit genomföra visar att medarbetarnas upplevda möjlighet till kontroll och eget handlingsutrymme är av stor betydelse för sjukfrånvaron. Där dessa förhållanden har försämrats ökar också sjukfrånvaron mest.

Sjukfrånvaro påverkas också av förhållanden utanför arbetslivet. Trafikolyckor och ett stort antal sjukdomar har ingen eller litet

samband med arbetslivet. Sociala faktorer helt utanför arbetslivet spelar en stor roll. Individens egna aktiviteter i form av motion och kost är andra exempel. Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har de förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökning som skett de senaste åren.”³

2.3 Uppföljning av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma

Sverige är alltså inne i en period med höga och ökande sjuktal. Sedan 1997 har antalet sjukskrivna ökat snabbt. Under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var situationen likartad. Det slutade med att stora grupper lämnade arbetskraften med förtidspension när arbetslösheten ökade under början av 1990-talet. Dagens situation har många likheter med den kring 1990, men det finns också påtagliga skillnader. Det finns tecken på att dagens situationen är mer problematisk.

För det första var arbetslösheten betydligt lägre i slutet av 1980-talet än vad den är i Sverige idag. Redan vid samma nivå på sjuktal som under slutet av 1980-talet är alltså betydligt färre i arbete på grund av sjukdom eller arbetslöshet. Sjuktalet har dessutom passerat 1980-talets nivå.

En annan skillnad är att sjukfrånvarons ökningstakt är betydligt högre nu än vad den var i slutet av 1980-talet. Ökningstakten ger ännu ingen signal om att nivåerna har börjat stabilisera sig. Det mesta talar för ökningen av sjuktalet kommer att fortsätta under de kommande åren.

För det tredje kryper långtidsfrånvaron ned i åldrarna. Om – vilket är sannolikt – denna frånvaro i viss utsträckning leder till att förtidspensioneringarna ökar i yngre åldrar kommer många behövda arbetsår att gå förlorade.

Syftet med detta kapitel är att sammanfatta sjukfrånvarons utveckling under 1990-talet och början av 2000-talet. Utredningen ställer sig också frågan vilka olika faktorer som har bidragit till den aktuella utvecklingen. Många olika förklarande faktorer har lyfts fram till den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron. Mer sällan har man ställt olika förklaringar mot varandra för att försöka göra en

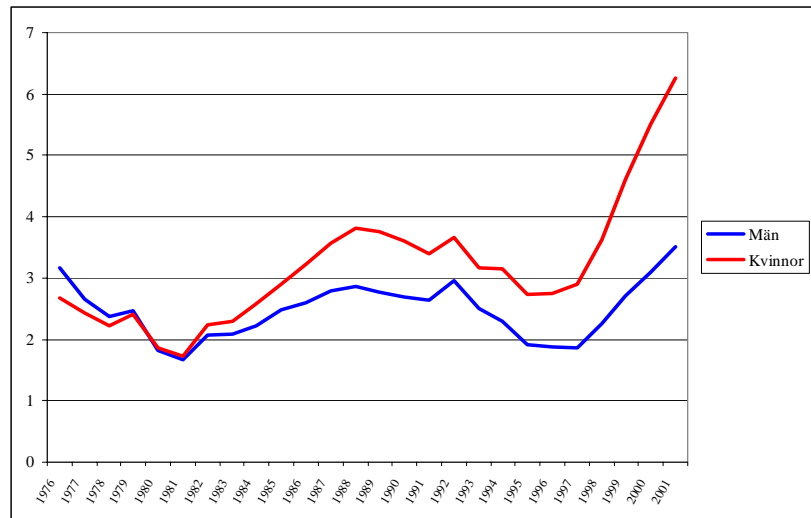
³ SOU 2000:5, sid 98-99.

bedömning av olika faktorerens förklarande kraft. Någon fullödig bild kommer inte heller denna utredning att kunna ge. Brister finns både i data och i förklaringsmodellerna vad gäller hur arbetsmiljö, ohälsa, försäkringsvillkor och en förändrad inställning hos individer, arbetsgivare och läkare till sjukskrivning har påverkat utvecklingen.

2.3.1 Utvecklingen av sjukfrånvaron

Under 1990-talets början minskade sjukfrånvaron under loppet av flera år, för att senare vända i en kraftig uppgång. Under samma period sker stora förändringar av ersättningssystemet vilket gör det problematiskt att jämföra statistiken under perioden. Riksförsäkringsverkets statistik bygger på utbetalningarna av sjukpenning. I och med att en sjuklöneperiod på 14 dagar införs 1992 och under en kortare period var 28 dagar påverkas sjukförsäkringsstatistiken. Karensdagens införande 1993 har också betydelse för sjukförsäkringsstatistiken eftersom ingen ersättning sedan dess utgår för denna dag. För att öka jämförbarheten över tid redogörs i nedanstående diagram för antalet personer som har varit sjukskrivna i mer än 30 dagar i relation till befolkningen.

Diagram 1: Antal kvinnor och män som har varit sjukskrivna längre än 30 dagar 1976–2001 i relation till befolkningen 16–64 år (%).



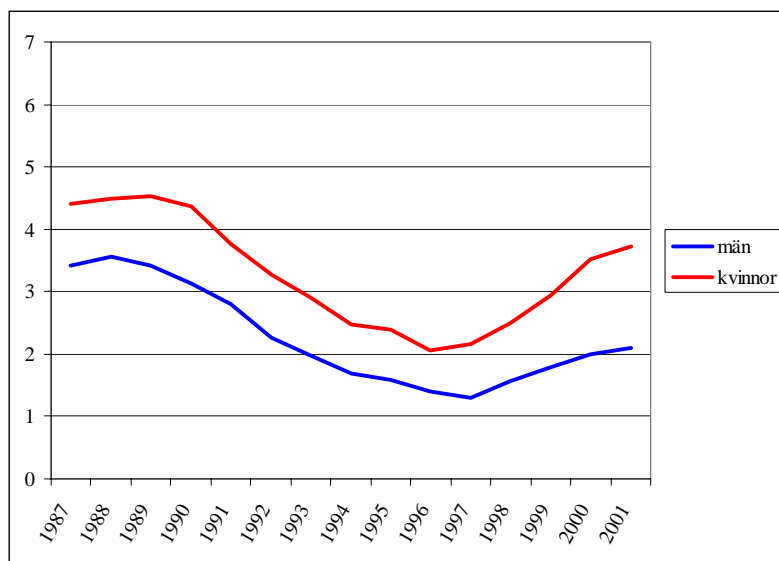
Källa: RFV, SCB, bilaga 2

Under 1988 var andelen sjukfrånvarande i mer än 30 dagar 2,9 procent för män och 3,8 procent för kvinnor av befolkningen i arbetsför ålder. Under 2001 hade denna nivå ökat till 3,5 procent respektive 6,3 procent. Om sjukskrivningarna istället hade relaterats till arbetskraften, skulle ökningen varit ännu större eftersom arbetskraftens storlek minskade under början av 1990-talet och ännu inte nått upp till 1990 års nivå. Sjukfrånvaron för kvinnor skulle vidare överskridit männens under hela perioden om arbetskraftens storlek använts i stället för befolkningen i arbetsför ålder. Andelen kvinnor i arbetskraften var nämligen betydligt lägre under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet.

Fortfarande utbetalas dock inte lika många sjukpenningdagar från försäkringen som under slutet av 1980-talet. Det beror på sjuklöneperiodens införande.

I diagram 2 baserar sig mättet på sjukfrånvaron istället på arbetskraftsundersökningarna. I dessa uppges hur många som var sysselsatta och frånvarande från arbetet under veckan på grund av sjukdom. De som uppges att de är frånvarande på grund av egen sjukdom relateras i diagrammet till befolkningen.

Diagram 2: Antal sysselsatta kvinnor och män som är frånvarande på grund av egen sjukdom 1987–2001 i relation till befolkningen 16-64 år (%).



Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningarna

I detta diagram uppvisas precis som i det föregående en topp vad gäller sjukskrivningarna kring 1988–1989. Därefter sjunker sjukfrånvaron för att återigen öka från och med 1996–1997. Till skillnad från det föregående diagrammet nås inga rekordhöga nivåer under 2001. Nivån är fortfarande lägre än under slutet av 1980-talet. Sjukfrånvaron enligt arbetskraftsundersökningarna var högre, jämfört med Riksförsäkringsverkets statistik, under 1980-talet, medan sjukfrånvaron enligt Riksförsäkringsverket har blivit allt större jämfört med arbetskraftsundersökningarnas mått under 1990-talet. Det finns flera möjliga förklaringar till denna utveckling. Ingen kan helt tillfredsställande förklara det vidgade gapet mellan olika statistikällor. I arbetskraftsundersökningarna är frånvaro på mindre än 30 dagar inkluderad, vilket den inte är i diagram 1. Det skulle tala för högre frånvarotal i diagram 2. Under slutet av 1980-talet visar också AKU-siffrorna högre frånvarotal. Från mitten av 1990-talet blir däremot RFV:s redovisning av faktiska sjukskrivningstal allt högre i jämförelse med AKU-siffrorna. Arbetslösas sjukfrånvaro är inte inkluderad i statistiken som bygger på arbets-

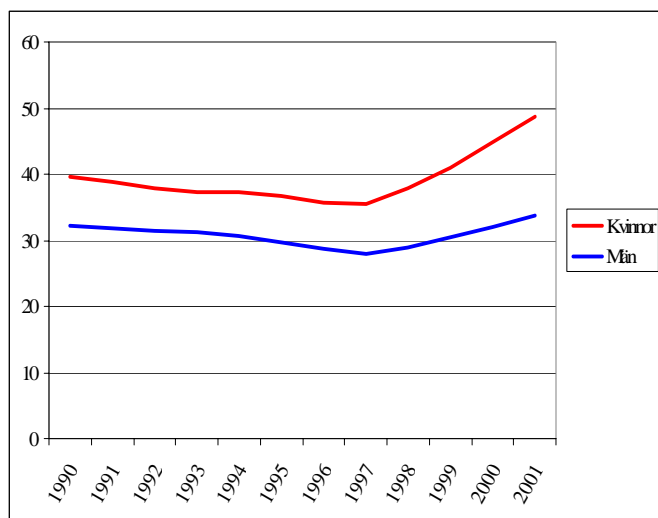
kraftsundersökningarna, vilket den är i Riksförsäkringsverkets statistik. Slutligen mäts deltidfrånvaro i Riksförsäkringsverkets statistik, vilket inte sker i arbetskraftsundersökningarna. En så kraftigt ökad skillnad i sjukfrånvaro kan emellertid inte bara förklaras av dessa två faktorer.

Arbetskraftsundersökningarna bygger på enkätundersökningar, med ett icke obetydligt bortfall. Det innebär en ökad osäkerhet i jämförelse med Riksförsäkringsverkets statistik. Sannolikt sker av något skäl någon form av underskattning av långtidsfrånvaron i Arbetskraftsundersökningarna. Det kan antingen bero på att de långtidsfrånvarande är kraftigt överrepresenterade i bortfallet eller på att de inte längre karaktäriserar sig själva som sysselsatta och frånvarande utan istället som utanför arbetskraften.

2.3.2 Utvecklingen av ohälsotalet 1990–2001

Det är framförallt sjukskrivningarna som ökat drastiskt sedan 1997. När ökningen av sjukfrånvaron ska analyseras är det emellertid viktigt att också förtidspensioner beaktas. För framförallt de äldre på arbetsmarknaden är det betydligt vanligare att vara förtidspensionerad på grund av ohälsa än att vara sjukskriven.

Diagram 3: Ohälsotalet, genomsnittligt antal sjukpenning- och förtidspensionsdagar för kvinnor och män 1990–2001, i relation till befolkningen 16–64 år.



Källa: RFV, SCB

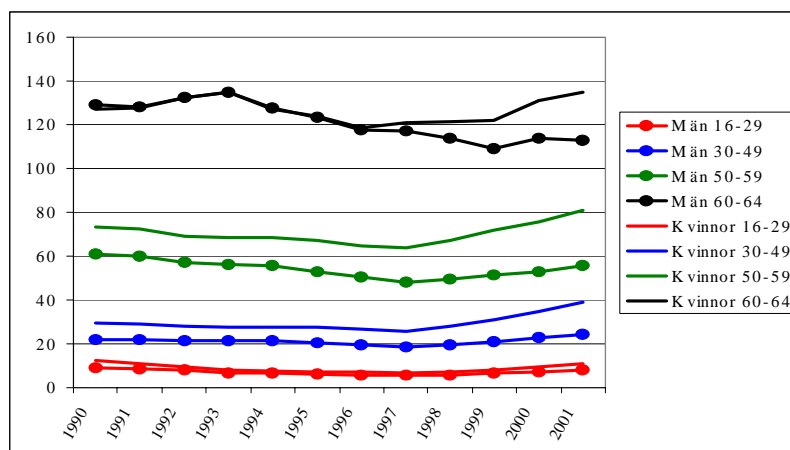
Ohälsotalet⁴ uppvisar inte lika stora svängningar som sjukfrånvaron. Nedgången under början av 1990-talet är mindre och ökningen från och med 1997 är inte lika brant. Ett viktigt skäl är det stora antalet personer som blev förtidspensionerade under början av 1990-talet. De påverkar ohälsotalets storlek tills dess de går i ålderspension. Jämfört med 1990 uppvisar inte männen någon större ökning av frånvaron. Deras genomsnittliga frånvaro var 1990 drygt 32 dagar och 2001 knappt 34 dagar. För kvinnor är ökningen betydligt större, från 40 dagar 1990 till närmare 50 dagar 2001. Det betyder att den genomsnittliga kvinnan 2001 var frånvarande från arbetslivet en månad och tjugo dagar per år på grund av ohälsa.

Särskilt när sjukfrånvaron skall analyseras för olika åldersgrupper bör man beakta hela frånvaron från arbete på grund av ohälsa, det

⁴ I ohälsotalet ingår under perioden 1990-95 alla ersättningsdagar från dag 15 i sjukskrivningsperioden. Under perioden 1996-2001 ingår alla ersättningsdagar som utbetalas på grund av ohälsa. Det senare innebär att under perioden 1/1 1997 till den 31/3 1998 då sjuklöneperioden var 28 dagar sjunker antalet ersatta dagar något. Vidare så innebär det att från och med 1996 ingår dag 1 till 14 för dem som har rätt till ersättning under denna period. Det gäller bland annat arbetslösa, vissa egenföretagare och vissa studerande.

vill säga både frånvaron med sjukpenning⁵ och med förtidspension⁶. Förtidspensioner svarar för den största volymen av ersatt frånvaro på grund av ohälsa. Men förtidspensionens andel av den totala volymen varierar kraftigt mellan olika åldersgrupper. De mellan 60 och 64 år är till exempel i mindre utsträckning sjukskrivna än de mellan 50 och 59 år, trots att deras ohälsotal är betydligt högre.

Diagram 4: Ohälsotalet⁷, genomsnittligt antal sjukpenning- och förtidspensionsdagar för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1990–2001, i relation till befolkningen 16–64 år.



Källa: RFV, SCB

Diagram 4 visar ohälsotalet (antal ersättningsdagar per person i befolkningen) 1990–2001 för män och kvinnor i olika åldersgrupper. Ohälsotalet är kraftigt åldersberoende. Äldre har betydligt fler ersättningsdagar per år. För de äldsta kvinnorna är ohälsotalet 135 dagar per år. Det innebär att den genomsnittliga kvinnan mellan 60 och 64 år 2001 var frånvarande från arbetet på grund av ohälsa 135 av årets 365 dagar. Den allra största delen av frånvaron, drygt 80 procent, avser förtidspensioner. Ökningen under slutet av 1990-talet har varit kraftigare för kvinnor än för män. Fram till 1996 var frånvaron på grund av ohälsa lika stor bland kvinnor och

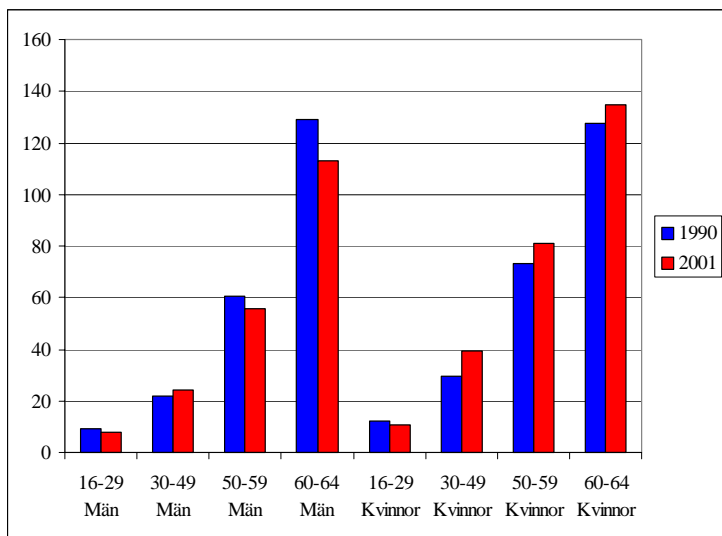
⁵ När uttrycket sjukpenning används i texten avses sjukpenning, rehabiliteringspenning och förebyggande sjukpenning.

⁶ När uttrycket förtidspension används i texten avses både på förtidspension och sjukbidrag. Sjukbidrag är en tidsbegränsad ersättning, på samma nivå som förtidspension.

⁷ Innan sjuklöneperioden infördes är endast sjukpenningdagar från och med den femtonde dagen inkluderade så att det ska vara möjligt att jämföra tidsserierna.

män i den äldsta gruppen. Sedan dess har ohälsotalet ökat för kvinnor medan det sjunkit något för män. Bland medelålders låg redan tidigare ohälsotalen högre för kvinnor. Skillnaden har dock ökat påtagligt under perioden. Vid en jämförelse med 1990 är ökningen störst för kvinnor mellan 30 och 59 år. Den mest positiva utvecklingen uppvisar män mellan 60 och 64 år. I denna grupp har frånvaron på grund av ohälsa minskat.

Diagram 5: Ohälsotalet, genomsnittligt antal sjukpenning- och förtidspensionsdagar för kvinnor och män i olika åldersgrupper 1990 och 2001 i relation till befolkningen 16–64 år.



Källa: RFV, SCB

Diagram 5 visar att ohälsotalet mellan 1990 och 2001 har sjunkit för män mellan 50 och 64 år. Det har däremot ökat för kvinnor mellan 30 och 64 år. Den största ökningen i antalet dagar har skett bland dem som är mellan 30 och 49 år. Denna grupp är nu frånvarande i genomsnitt 39 dagar per år, det vill säga en dryg tiondel av antalet dagar per år. För den yngsta gruppen är frånvaron på grund av ohälsa något lägre 2001 än 1990. Minskningen kan bero på att färre deltar i arbetskraften än 1990 och därmed inte är berättigade till sjukpenning. Något som talar för detta är att förtidspensions-talet har ökat under perioden medan sjukpenningtalet har gått ned.

Utifrån diagrammet kan man dra slutsatsen att det skett en viss föryngring av de sjukskrivna männen. För kvinnor däremot har en ungefär parallell ökning skett i alla åldersgrupper, med undantag för de yngsta.

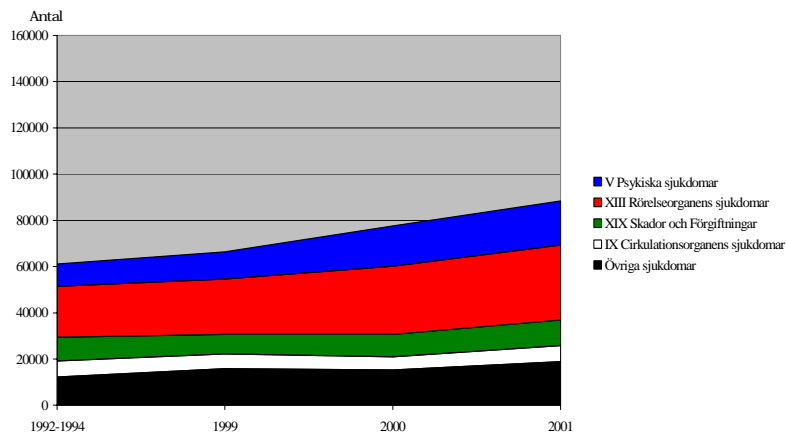
Antalet ersättningsdagar som tas ut av dem mellan 30 och 49 år har ökat markant för båda könen medan antalet dagar som de äldsta tar ut har minskat bland män. Med tanke på den utveckling som ägde rum under den förra perioden med hög sjukfrånvaro, det vill säga att många permanent slogs ut ur arbetskraften, är denna föryngring av de sjukskrivna problematisk. Både den mänskliga och den samhälleliga kostnaden för att slås ut från arbetskraften före 50 års ålder är betydligt högre än om utslagningen sker i åldern mellan 60 och 64 år.

2.3.3 Förändringar i diagnospanoramata

En viktig faktor för bilden av sjukfrånvaron är olika diagnosgrupperns utveckling. Då uppgift om diagnos saknas i den officiella statistiken måste annan information användas. Under åren 1992–1994 och i januari 1999, 2000 och 2001 gjorde RFV urvalsundersökningar bland dem som blev sjukskrivna och långtidssjukskrivna⁸. I dessa kartlades bland annat de sjukskrivnas diagnoser. I diagram 6 och 7 används dessa så kallade RFV-LSstudier för att uppskatta omfattningen och förändringen av de vanligaste diagnoserna för män respektive kvinnor.

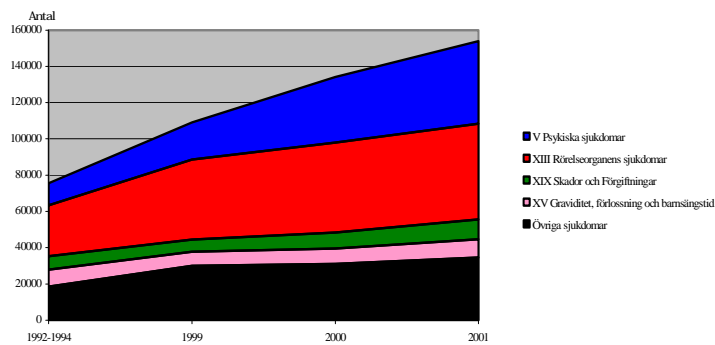
⁸ I bilaga 2 beskrivs denna studie mer utförligt.

Diagram 6: Antal sjukskrivna män 1992–94, 1999, 2000 och 2001 uppdelat på fem olika sjukdomstyper.



*Andelar beräknade i LS (1986-91), Riks-LS (1991-1994) och RFV-LS (1999-2001) relaterade till antalet pågående 60-dagars sjukskrivningar i december respektive år (genomsnittligt antal för 1986-91 och 1992-94)

Diagram 7: Antal sjukskrivna kvinnor 1992–94, 1999, 2000 och 2001 uppdelat på fem olika sjukdomstyper.



*Andelar beräknade i LS (1986-91), Riks-LS (1991-1994) och RFV-LS (1999-2001) relaterade till antalet pågående 60-dagars sjukskrivningar i december respektive år (g)

Källa: RFV-LSstudierna, bilaga 2

Under 1990-talet har antalet sjukskrivna med psykiska diagnoser ökat kraftigt. Kvinnor uppvisar den kraftigaste ökningen. Antalet sjukskrivna kvinnor med psykisk diagnos ökar från 12 000 1992–94 till 46 000 år 2001, det vill säga nästan fyradubblas. Ökningen för män motsvarar en fördubbling. Tyngre psykiska diagnoser, såsom psykoser och schizofreni, har inte ökat i någon nämnvärd grad. Det är framförallt sjukskrivning på grund av depressioner som ökat.

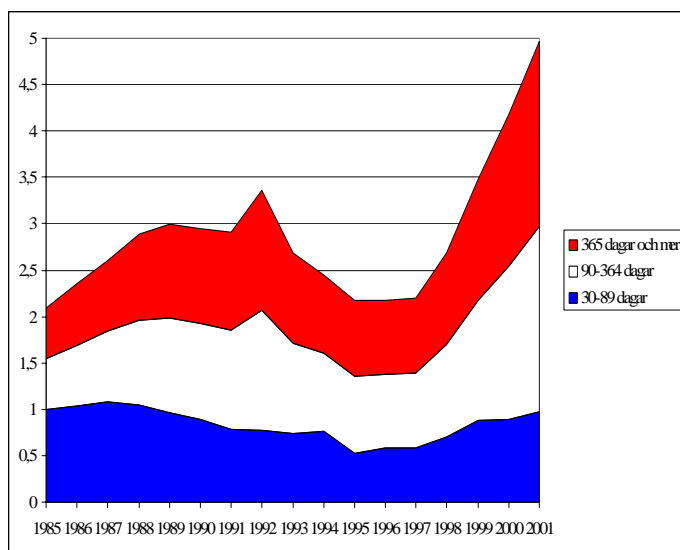
Rörelseorganens sjukdomar är fortfarande vanligast och har också ökat under perioden. Men ökningen är inte lika kraftig som för psykiska diagnoser. Ökningen bland män är närmare 50 procent och för kvinnor är den närmare 90 procent. Annan sjuklighet har inte ökat lika dramatiskt. I kategorin övriga sjukdomar är det framförallt gruppen symptomdiagnoser som ökar, det vill säga sjukdomar som diagnostiseras genom att individen har vissa givna symptom. De mest frekventa symptomdiagnoserna i senaste RFV-LSstudien är sjukdomskänsla och trötthet, feber, huvudvärk, smärta och värk, yrsel och svindel samt magsmärtor.

Diagnoserna skador och förgiftningar, cirkulationsorganens sjukdomar och graviditetsrelaterade sjukdomar ökar inte nämnvärt. Sammanfattningsvis förklarar ökningen av psykiska sjukdomar tillsammans med rörelseorganens sjukdomar mesta av ökningen av sjukfrånvaron under 1990-talet.

2.3.4 Sjukskrivningarnas längd

Ökningen av sjukfrånvaron kan också redovisas och analyseras avseende sjukskrivningstidens längd. I diagram 8 är sjukskrivningsperioden uppdelad i tre längder, sjukfall 30–89 dagar, sjukfall 90 dagar till ett år och sjukfall längre än ett år. Tillsammans adderar dessa nivåer till den totala frånvaron längre än 30 dagar som andel av befolkningen. Sjukperioder som är kortare än 30 dagar är på grund av de brister som finns i statistiken inte med i beräkningen.

Diagram 8: Pågående sjukfall uppdelade på tre sjukfallslängder 1985–2001 i relation till befolkningen 16–64 år.



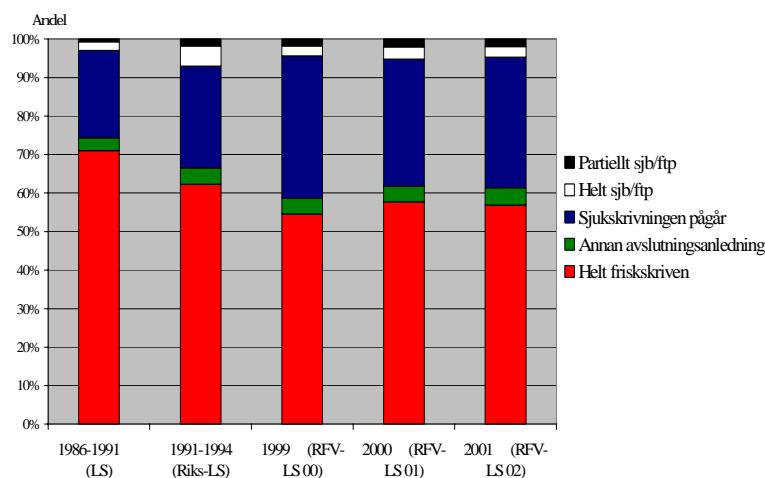
Källa: RFV

Av diagram 8 kan man utläsa att det framförallt är de långa sjukfallen som förklarar ökningen av sjukfrånvaron. De korta sjukfallen har inte ökat speciellt mycket. Jämfört med 1990 har den kortare sjukfrånvaron ökat från 0,89 procent av befolkningen till 0,97 procent. Under slutet av 1980-talet var sjukfrånvaro med denna längd vanligare än idag.

I nästa kategori, sjukfall 90–364 dagar, har sjukfrånvaron ökat betydligt mer och nått nya rekordnivåer. Ökningen jämfört med 1990 är 55 procent. Sjukfall som pågår längre än ett år har ökat kraftigast. Jämfört med 1990 har de nästan fördubblats.

Genom urvalsundersökningarna som RFV har utfört vid ett flertal tillfällen är det också möjligt att uppskatta hur risken för en sjukskriven att kvarstå i försäkringen efter ett års tid har varierat över tid.

Diagram 9: Situation efter ett års sjukskrivning för dem som har varit sjukskrivna mer än 60 dagar.

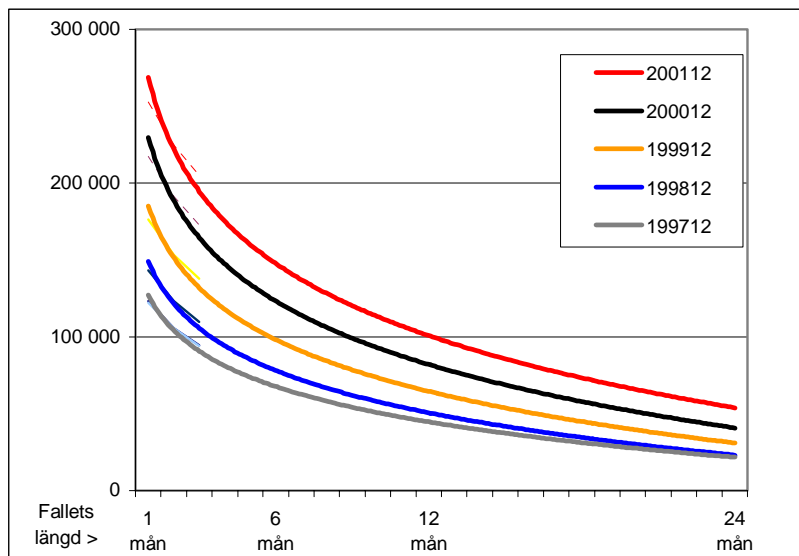


Källa: RFV, LS-studierna

Av diagram 9 framgår att sannolikheten att vara friskskriven ett år efter det man varit sjukskriven i minst 60 dagar har minskat sedan slutet av 1980-talet. I den studie som genomfördes 1986–91 hade drygt 70 procent av dem som blivit långtidssjukskrivna blivit helt friskskrivna ett år senare. För 1992–94 var motsvarande siffra drygt 60 procent. Under perioden 1999–2001 hade andelen minskat ytterligare. Andelen varierar mellan 54 och 58 procent. Under den senare perioden är en dryg tredjedel fortfarande sjukskrivna efter ett år och de resterande har hel eller halv förtidspension (eller sjukbidrag) eller är avslutade av annan anledning. Genomgående för hela perioden är att en relativt liten del övergår till förtidspension under det första året. I allmänhet är det först senare som förtidspensionsprövning görs.

Den kraftiga ökningen av antalet personer som är sjukskrivna i mer än ett år (diagram 8), beror alltså sannolikt på två faktorer. Inflödet i gruppen sjukskrivna mer än ett år har ökat både genom att fler blir sjukskrivna och att färre blir friskskrivna under första året. Fler blir dessutom kvar i sjukskrivningen efter det första året genom att varken bli friskskrivna eller förtidspensionsprovade.

Diagram 10: Antal sjukskrivna vid slutet av året efter hur länge de varit sjukskrivna 1997–2001.



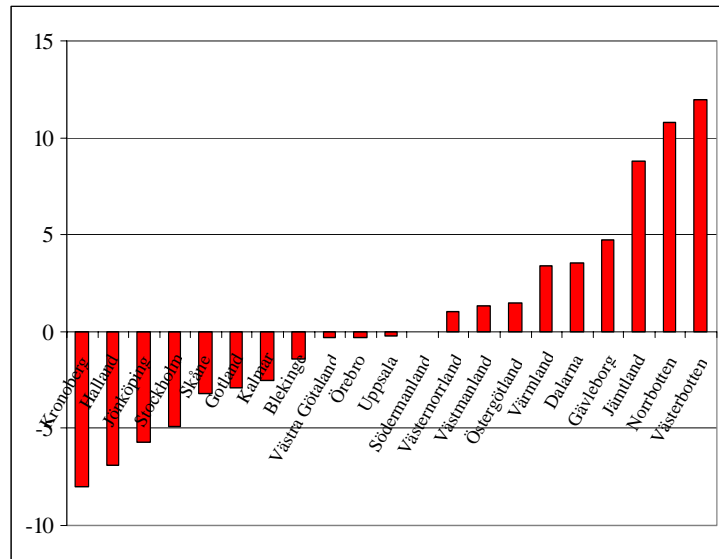
Källa: RFV bilaga 2

I diagram 10 visas antalet som kvarstår som sjukskrivna efter sjuk-skrivningstidens längd. Under senare år har ökningen skett i alla längder. Bilden är tydlig. Allt fler sjukskrivs allt längre. Och det gäller såväl kortare som längre sjukfall.

2.3.5 Regionala och branschrelaterade skillnader i sjukskrivningsmönster

Det finns stora skillnader i ohälsa mellan olika delar av Sverige. Till en mindre del är det beroende på att befolkningssammansättningen skiljer sig mellan olika delar av Sverige. I diagram 11 redovisas hur många fler eller färre genomsnittliga ohälsodagar ett län har när hänsyn tagits till sammansättningen av befolkningen i länet.

Diagram 11: Avvikelse från rikets ohälsotal för länen 2001 när hänsyn tagits till länets köns- och ålderssammansättning.



Källa: RFV, bilaga 2

I diagrammet påvisas att det finns stora skillnader mellan länen vad gäller ohälsotalet. Kronoberg, Halland och Jönköping har ohälsotal som ligger mer än fem dagar lägre än rikssnittet. I Västerbotten, Norrbotten och Jämtland är å andra sidan ohälsotalen mellan åtta och tolv dagar högre än rikssnittet. Värmland, Dalarna och Gävleborg har också högre ohälsotal men avviker inte i lika hög grad. En bidragande faktor till dessa skillnader kan vara att näringslivsstrukturen skiljer sig mellan olika delar av landet. Om man skulle ta hänsyn till arbetsmarknadssituationen i länen skulle en betydande samvariation mellan ohälsotal och arbetslöshet påvisas. Detta samband går dock på tvärs med det samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro som har iakttagits över tid. Det konjunkturberoende i sjukskrivningstalen som ofta påtalas skulle innebära att lägre arbetslöshet skulle ge upphov till högre sjukskrivningstal. Det regionala mönstret pekar i en annan riktning. Ohälsomönstrets regionala dimension bör dock analyseras grundligare. Riksförsäkringsverket har fått i uppdrag att jämföra regionala skillnader i sjukskrivningsmönster vilket ska redovisas till regeringen den 15 februari 2003.

Offentlig sektor uppvisar en kraftig överrepresentationen av de sjukskrivna, enligt RFV-LSstudierna. Till viss del är förklaringen att genomsnittsåldern för arbetskraften i kommuner och landsting har ökat under 1990-talet, vilket inte arbetskraften i den privata sektorn gjort i samma utsträckning.

2.4 Varför ökar sjukskrivningarna?

Många möjliga förklaringar till den snabba ökningen av sjukfrånvaron under de senaste åren har lyfts fram i utredningar och i samhällsdebatten. Huruvida en faktor förklarar hela ökningen av sjukfrånvaron, en mindre del eller inget alls, är viktigt att få klarhet i. En sådan analys är nödvändig för att det ska vara möjligt att dra rätt slutsatser om hur viktiga olika förklaringar är i förhållande till helheten och varandra. I detta avsnitt ska följande sju olika faktorer lyftas fram och diskuteras. Dessa är

- sämre hälsa,
- sämre arbetsmiljö,
- förändrad ålderssammansättning av arbetskraften,
- högre sysselsättning och lägre arbetslöshet,
- förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare,
- mer restriktiva förtidspensionsbedömningar och
- administrativa tillkortakommanden.

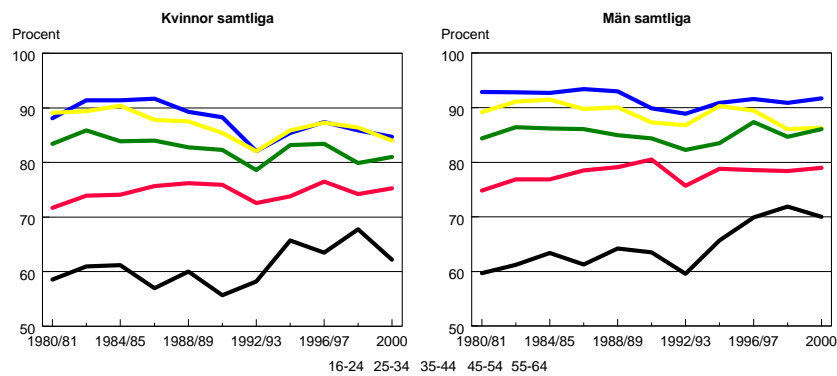
Flera av dessa faktorer kan i olika grad ha bidragit till de ökade sjukskrivningstalen. Det kommer inte i detta sammanhang att vara möjligt att fullt ut kvantifiera den roll de spelat. Utifrån det underlag som utredningen har tillgång till finns dock möjlighet att ge en något tydligare bild av de faktorer som haft betydelse för utvecklingen.

2.4.1 Sämre hälsa?

Den mest självklara frågan är givetvis om ökade sjukskrivningstal är en återspeglning av ökad ohälsa i den arbetsföra befolkningen. Nästan all ökning av sjukfrånvaron är långtidssjukskrivningar där det krävs läkarintyg. De som är sjukskrivna har alltså bedömts vara sjuka av medicinsk expertis. Samtidigt uppträder ett mångfacetterat och delvis motsägelsefullt mönster av ohälsoutvecklingen när andra

informationskällor används. I bilaga 4 ges en mer utförlig bild av hälsosituationen i den arbetsföra befolkningen.

Diagram 12: God hälsa (gott eller mycket gott hälsotillstånd) bland kvinnor och män i relation till befolkningen 16-64 år.



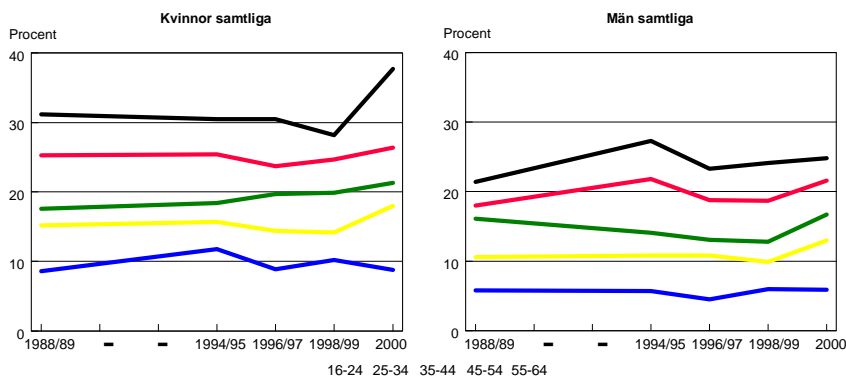
Källa: SCB/ULF

Den självskattade ohälsan, ett mått på hälsosituationen som uppvisar hög validitet, har ett relativt stabilt mönster 1980–2000. De kraftiga svängningarna i ohälsotalet, som bygger på socialförsäkringsstatistiken, finns inte vad gäller självrapporterad ohälsa.

Det som kanske är mest intressant i detta sammanhang är att skillnaderna i hälsa mellan olika åldersgrupper tenderat att minska under de senaste 20 åren. De äldre, och framförallt äldre män, uppger att de fått en bättre hälsa medan framförallt yngre kvinnor (16–44 år) uppvisar en viss försämring av sin självskattade hälsa.

Bland kvinnor är det framförallt den minskande gruppen av ej facklärd arbetare som i högre grad upplever att deras hälsosituation försämrats. Bland män har klasskillnaderna inte ökat. Det finns dock en tendens till att skillnaderna i självskattad hälsa med hänsyn tagen till utbildningsnivå ökat något för både män och kvinnor.

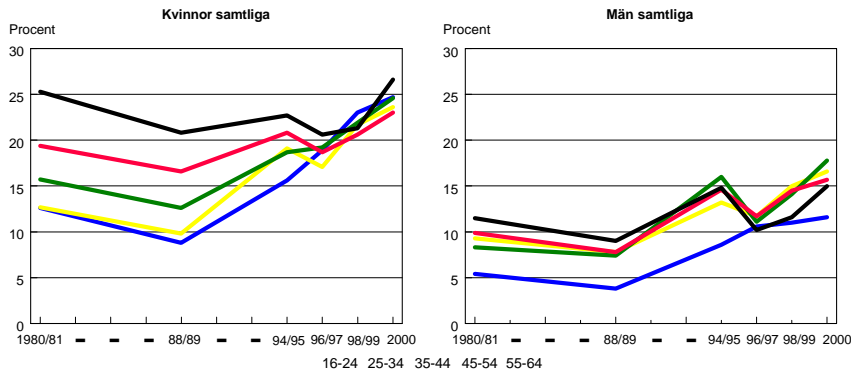
Diagram 13: Besvär av svår värk bland kvinnor och män i relation till befolkningen 16-64 år.



Källa: SCB/ULF

Besvär av svår värk uppvisar ett relativt stabilt mönster under 1990-talet i så gott som alla åldersgrupper. Under år 2000 ökar andelen äldre kvinnor med svår värk. Denna siffra bör dock tolkas med en viss försiktighet, eftersom 2000 års studie består av ett mindre urval än tidigare år. Av bilaga 4 framgår att det fortfarande finns klasskillnader vad gäller besvär av värk. Dessa har emellertid inte ökat under perioden.

Diagram 14: Besvär av oro bland kvinnor och män i relation till befolkningen 16-64 år.

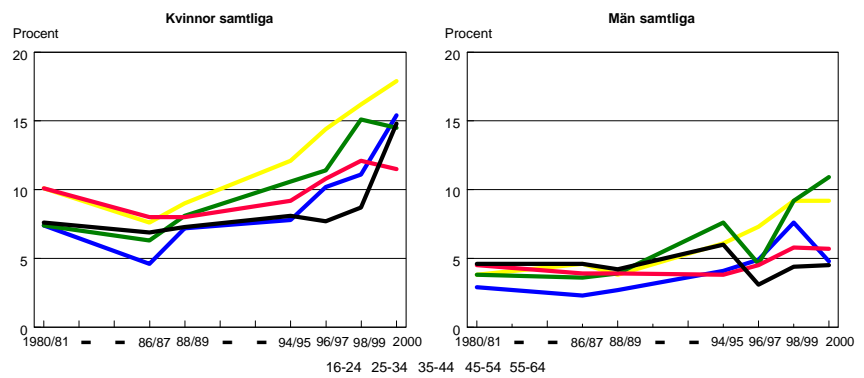


Källa: SCB/ULF

Många fler upplever numera en nedsättning av det psykiska välbefinnandet genom att de har besvär av oro. Under 1980-talet sjönk antalet personer med sådana besvär. Sedan 1988/89 har dock antalet som har besvär av detta ökat påtagligt.

Under 1980-talet led äldre i högre grad av sådana besvär. Ungefär dubbelt så många i den äldsta åldersgruppen hade besvär av oro jämfört med den yngsta. Ålderskillnaderna är helt uttraderade 2000, vilket innebär att för ungdomsgrupperna har besvären av oro mer än fördubblats. Bland kvinnor mellan 16 och 34 år led i slutet av 1980-talet ungefär 8 procent av oro och under 2000 var det mer än 20 procent. Bland unga män, 16–24 år, har oron ökat från 4 % till 15 %.

Diagram 15: Trött för jämnan (index)- kvinnor och män i relation till befolkningen 16-64 år.



Källa: SCB/ULF

Andelen som uppger att de är trötta för jämnan har också ökat kraftigt, framförallt bland kvinnor. För unga kvinnor har konstant trötthet nästan tredubblats sedan 1986/87. Bland männen är det också de yngsta som uppvisar den kraftigaste ökningen av trötthet. För män 45–64 år uppvisas ingen ökning. Antalet i förvärvsarbete som lider av sömnbesvär har också ökat både bland män och kvinnor. Nivåerna är höga framförallt för kvinnor. Även i detta avseende har de äldre männen haft en mer gynnsam utveckling än de yngre männen. Skillnaderna till de äldre människors nackdel har helt försvunnit.

Sammantaget kan förändringar av hälsosituationen inte förklara de snabba kasten i sjukfrånvaron. Hälsförändringar uppvisar

betydligt större stabilitet och långsammare förändringstakt än förändringarna i sjukskrivningen. Försämringarna av hälsosituationen rör i första hand oro, konstant trötthet och sömnbesvär. Dessa återspeglas i diagnosförskjutningarna i sjukförsäkringen under uppgångsperioden. Antalet sjukskrivna med lättare psykiska diagnoser har ökat kraftigt under denna period.

De äldre männen upplever sig också som friskare. Det kan förklara att deras ohälsotal inte ökat under 1990-talet utan tvärtom minskat. Att hälsosituationen inte utvecklats lika positivt för medelålders och äldre kvinnor kan förklara en del av deras större ökning av ohälsotalen.

Ökningen av självskattade psykiska besvär hos yngre, både män och kvinnor, motsvaras dock inte av höga sjukskrivningstal. Ohälsotalen är låga i denna grupp och har ännu inte ökat till 1990 års nivå. Ökningstakten i denna grupp är emellertid stor för tillfället och det finns en risk att den ökade upplevda ohälsan kan leda till en ökad sjukfrånvaro i framtiden.

Det är värt att notera att när människor tillfrågas om sitt hälsotillstånd tycks den upplevda bristen på psykiskt välbefinnande och det stora antal som upplever besvär med svår värk inte påverka bedömningen av den självskattade ohälsan i någon större grad. Det är betydligt större grupper som anser att de lider av besvär med värk, oro och konstant trötthet än den grupp som upplever att de har ett dåligt hälsotillstånd.

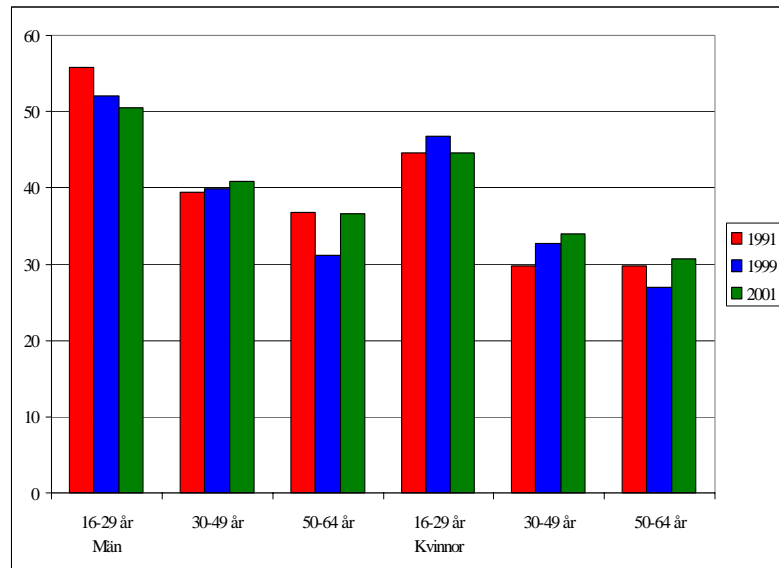
Sammanfattningsvis kan sämre hälsa knappast förklara den ökade sjukfrånvaron även om de äldre människors bättre hälsa och övriga gruppers sämre psykiska välbefinnande bidrar till förståelsen av utvecklingen.

2.4.2 Sämre arbetsmiljö?

Under 1990-talet har arbetsmiljön förändrats och i vissa viktiga avseenden försämrats. Genom de regelbundna återkommande arbetsmiljöundersökningarna kan man få en relativt bra bild av hur de sysselsatta upplever sin arbetsmiljö och hur de anser att deras hälsosituation har påverkats i vissa relevanta avseenden. Utvecklingen av den arbetsrelaterade hälsan uppvisar ungefär samma mönster som i föregående avsnitt som bygger på ULF-undersökningen.

I denna genomgång lyfts tre dimensioner fram – huruvida arbetet är kroppsligt ansträngande eller innebär ett enkelt arbete med upprepade arbetsmoment, hur utvecklingen av krav och möjligheterna till kontroll i arbetet har utvecklats och hur den arbetsrelaterade hälsan har utvecklats.

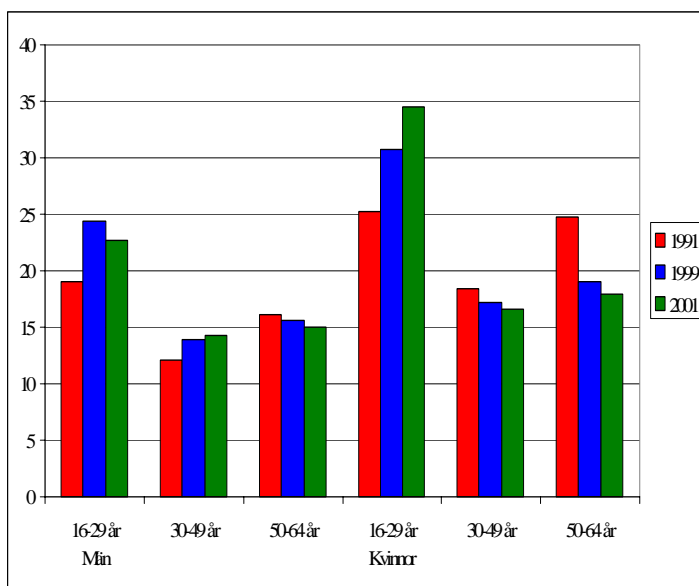
Diagram 16: Andel sysselsatta kvinnor och män i olika åldersgrupper som har ett kroppsligt ansträngande arbete 1991, 1999 och 2001.



Källa: Arbetsmiljöundersökningarna, SCB, bilaga 3

Andelen sysselsatta med ett kroppsligt ansträngande arbete minskar med ökande ålder. Allra vanligast är ansträngande arbete för yngre män och minst vanligt är det för äldre kvinnor. Under 1990-talet framträder ingen tydlig trend vad gäller andelen som har ett kroppsligt ansträngande arbete. Andelen yngre män som har ett sådant arbete minskar påtagligt, medan det inte finns en motsvarande utveckling för män i andra åldrar. Fler medelålders kvinnor än tidigare har ett kroppsligt ansträngande arbete. För kvinnor i andra åldrar uppvisas inte motsvarande förändring.

Diagram 17: Andel sysselsatta kvinnor och män i olika åldersgrupper som har ett enkelt arbete som innebär upprepade arbetsmoment 1991, 1999 och 2001.



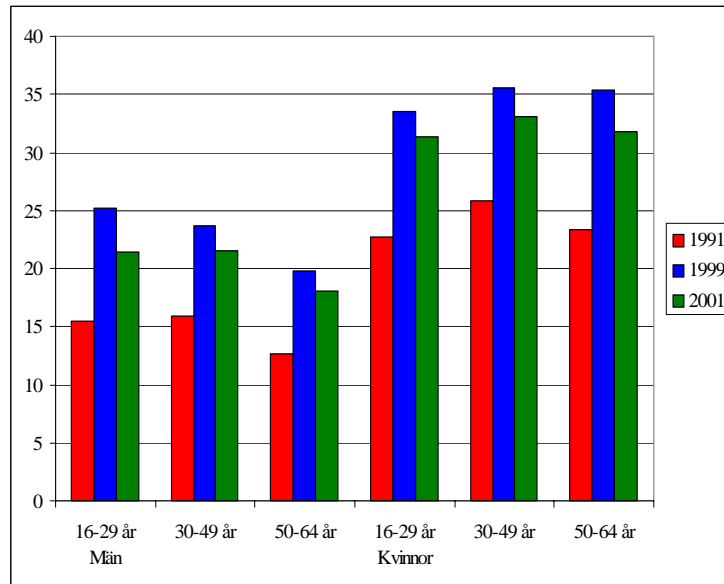
Källa: Arbetsmiljöundersökningarna, SCB, bilaga 3

För andelen sysselsatta med ett enkelt arbete som innebär upprepade arbetsmoment, framträder en påtaglig ökning för de yngsta i arbetskraften. Störst är ökningen för unga kvinnor, en ökning på nästan tio procentenheter. För de unga männen ökar också andelen personer med upprepade arbetsuppgifter, men ökningen är inte lika stor. För de äldre i arbetskraften finns inte samma mönster. Bland de äldre kvinnorna i arbetskraften uppvisas tvärtom en påtaglig minskning av andelen med upprepade arbetsmoment och enkla arbetsuppgifter. Sammantaget framträder en allt kraftigare skillnad mellan olika åldersgrupper vad gäller denna aspekt i arbetslivet. Det är tydligare än tidigare att det är de unga som i störst utsträckning har enkla arbetsuppgifter och ett arbete som innebär upprepade arbetsmoment.

En annan aspekt av arbetet som är viktig för arbetsmiljön är kombinationen av vilka krav som arbetet ställer och vilka möjligheter till kontroll över arbetsuppgifterna den anställde har. Kombinationen av höga krav och liten kontroll har i ett flertal studier påvisats ha negativa effekter på den anställdes hälsa. Arbeten med

sådana villkor brukar definieras som arbeten som innebär hög anspänning.

Diagram 18: Andel sysselsatta kvinnor och män i olika åldersgrupper som har ett arbete som innebär en hög anspänning 1991, 1999 och 2001.



Källa: Arbetsmiljöundersökningarna, SCB, bilaga 3

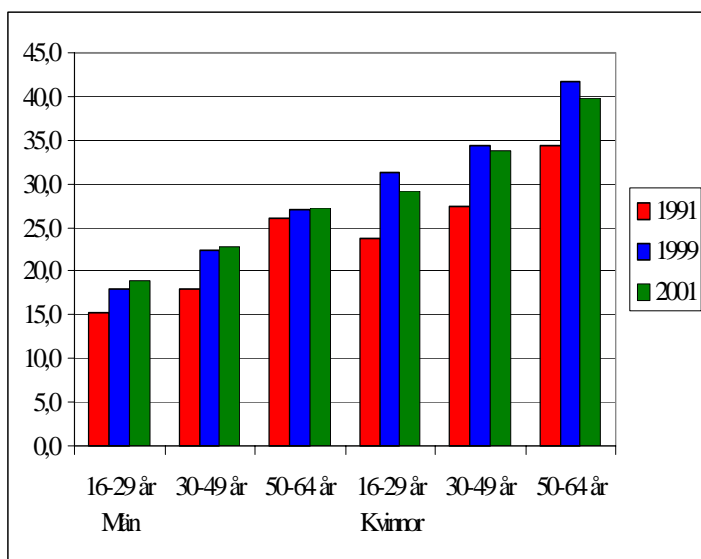
I diagrammet visas att i alla grupper ökar andelen med ett arbete som innebär hög anspänning. Ökningen är påtaglig i alla grupper. Under de två senaste åren har dock andelen med en hög anspänning minskat. Nivåerna är högst bland kvinnor, i alla grupper är andelen högre än 30 procent. Allra högst är andelen för kvinnor mellan 30 och 49 år. Bland män är det en mindre andel som har arbeten som innebär en hög anspänning. För män mellan 50 och 64 år finns den lägsta andelen sysselsatta som har sådana arbeten. I denna grupp uppvisas också den minsta ökningen.

Under 1990-talet ökade både andelen arbeten där det ställdes höga krav och där möjligheten till kontroll var liten, vilket framgår av bilaga 3. Under de senaste två åren beror minskningen framförallt på att kraven har minskat i alla grupper. Minskningen är störst för unga män. Andelen som har bristande kontroll har dock fortsatt att öka i flera av grupperna. Den kraftigaste ökningen av

bristen på kontroll har skett bland de yngsta på arbetsmarknaden. Kvinnor har sämre kontroll över sitt arbete än män i alla åldrar. Bland medelålders och äldre män är andelen med bristande kontroll betydligt lägre.

De sysselsattas hälsa har också förändrats under de senaste tio åren. I denna sammanställning har två index över den arbetsrelaterade ohälsan skapats. Det första fångar in förändringar av om man har ont i rörelseorganen och det andra det psykiska välbefinnandet⁹.

Diagram 19: Genomsnittlig andel med ont i rörelseorganen för sysselsatta kvinnor och män i olika åldersgrupper 1991, 1999 och 2001.



Källa: Arbetsmiljöundersökningarna, SCB, bilaga 3

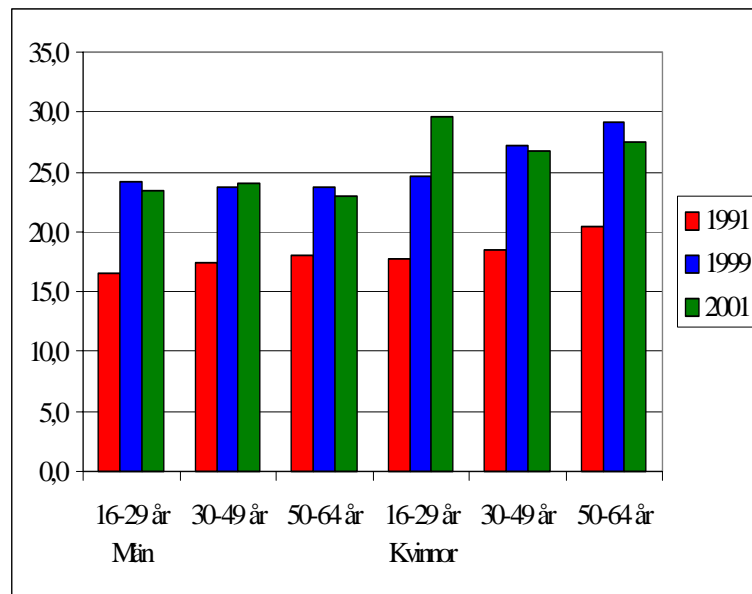
Under 1990-talet ökade andelen med ont i rörelseorganen för alla grupper. Kvinnor uppvisade emellertid en betydligt kraftigare ökning än män. Andelen som hade besvär ökade med mellan 5 och 10 procentenheter i dessa grupper. För män mellan 50 och 64 år var

⁹ Mättet på ont i rörelseorganen består av den genomsnittliga andelen som varje vecka har ont i axlar och armar, ont i övre delen av ryggen och nacken eller ont i nedre delen av ryggen. Mättet på psykisk välbefinnandet består av den genomsnittliga andelen som varje vecka är trött och häglös, har olust att gå till arbetet eller har svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken.

ökningen minst. För män har emellertid ökningen fortsatt mellan 1999 och 2001. Den kraftiga uppgången bland kvinnor har däremot vänts i en liten nedgång under de senaste två åren. I ULF-undersökningarna uppvisades inte någon motsvarande ökning av personer med svår värk under perioden 1991-1999. Frågornas konstruktion kan dock göra att man fångar in delvis olika aspekter av problem med värk.

Det psykiska välbefinnandet uppvisar ett något annat mönster.

Diagram 20: Genomsnittlig andel med ett bristande psykiskt välbefinnande för sysselsatta kvinnor och män i olika åldersgrupper 1991, 1999 och 2001.



Källa: Arbetsmiljöundersökningarna, SCB, bilaga 3

Mättet på det psykiska välbefinnandet visar på en kraftigt ökad ohälsa i alla grupper. Den största försämringen har kvinnor drabbats av. Här är det möjligt att se en större överensstämmelse med analysen som bygger på ULF-undersökningarna. Under 1991 vara skillnaderna mellan könen i dessa avseenden relativt små, nu är det betydligt större. Mest bekymmersam verkar utvecklingen vara för de yngsta kvinnorna. De är nu den grupp som har det sämsta psykiska välbefinnandet. I denna grupp finns den största andelen som

upplever sig vara trött och håglös och känner olust inför att gå till arbetet. Det är dock de äldsta kvinnorna som i störst utsträckning har svårt att sova på grund av tankar på arbetet.

Män uppvisar, precis som för den fysiska hälsan, den minsta försämringen. Nu har de äldre männen det bästa psykiska välbefinnandet. Äldre män avviker framförallt i två avseenden. De upplever i minst utsträckning att de är trötta och håglösa och tillsammans med de äldre kvinnorna upplever de den lägsta andelen olust inför att gå till arbetet.

I vissa avseenden finns starka kopplingar mellan förändringar av arbetsmiljön, den självupplevda arbetsrelaterade hälsan och sjukskrivningsmönstret. I andra avseenden uppträder inga sådana kopplingar.

För det första kan det slås fast att de ökade ohälsotalen bland kvinnor till del kan förstås med tanke på den sämre utvecklingen av arbetsmiljö och hälsa i denna grupp. I vissa avseenden har utvecklingen varit sämre för kvinnor än för män. En annan indikation som är av intresse är att män mellan 50 och 64 år har haft den minsta försämringen av sin situation, samtidigt som denna grupp har haft en minskning av ohälsotalet under perioden. För andra grupper är det svårare att se en koppling till ohälsotalen. De yngsta på arbetsmarknaden, och framförallt unga kvinnor, uppvisar försämringar i flera viktiga avseenden, men ingen uppgång av ohälsotalen jämfört med 1990.

Sammanfattningsvis finns en del som pekar mot att den försämring av arbetsmiljön som skett under 1990-talet nu vänts i en mer positiv utveckling. De problem som fortfarande ökar rör framförallt unga kvinnor.

Arbetsmiljön kan emellertid påverka sjukskrivningstalen på annat sätt än genom en sämre hälsa. Den kan också påverka om det är möjligt att arbeta givet de hälsoproblem man har. Vissa arbetsmiljöer kan vara tillåtande i en sådan situation. Arbetsituationen kanske lätt kan anpassas till de problem som individen har och det är möjligt att fortsätta att arbeta även om man inte är lika frisk eller stark som tidigare. Arbetsmiljöer kan också göra det omöjligt att kombinera individens rådande hälsosituation med det arbete man har.

I en bilaga till "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" redovisas intervjuer med långtidssjukskrivna och långtidssjukskrivna som återgått till arbete. En icke oväsentlig andel av de sjukskrivna uppger att de inte väntar på tillfrisknande utan på att

arbetsituation ska anpassas efter de fysiska och psykiska förutsättningar som de har. Många av dem som har återgått till arbetet intygar också att det var en anpassning av arbetet eller ett byte av arbete som gjorde det möjligt för dem att återgå till arbetet.¹⁰

Försämringen av arbetsmiljön under 1990-talet behöver alltså inte bara leda till ökad ohälsa utan den kan också ha gjort det svårare för dem med vissa hälsoproblem att vara kvar i arbetet eller för sjukskrivna att komma tillbaka i arbetet. Tidigare kunde kanske de äldre på arbetsmarknaden arbeta kvar trots att deras hälsosituation inte är lika bra som när de var yngre. De ökade kraven i arbetslivet kan ha lett till att de lättare slås ut idag.

Den fråga som man kan ställa sig i detta sammanhang är hur mycket av ohälsotalens förändring som kan förklaras av en förändrad arbetsmiljö. Ännu är inte kopplingarna mellan arbetsmiljö, upplevd ohälsa och sjukskrivningar tillräckligt utredda för att med tillräcklig säkerhet säga i vilken utsträckning som en viss försämring av arbetsmiljön ger upphov till ökade sjukskrivningstal. Dessa mekanismer skulle behöva utredas grundligare för att det ska vara möjligt att avgöra vilken roll försämringarna i arbetsmiljön har haft för ohälsotalet.

Enligt AHA:s bedömning kan det slås fast är att det är möjligt att se kopplingar mellan arbetsmiljöns och ohälsotalets utveckling. Det är dock uppenbart att detta inte är hela förklaringen. För äldre män inträffar en viss försämring av arbetsmiljön samtidigt som de minskat sina ohälsotal mellan 1991 och 2001. För medelålders och äldre kvinnor uppvisas i vissa avseenden en större negativ förändring av arbetsmiljön men det är inte troligt att det ensamt har lett fram till att ohälsotalet ökat med 33 procent – från 30 dagar per år till 39 dagar per år för kvinnor mellan 30 och 49 år – och med 5 procent – från 73 dagar per år till 80 dagar per år – för kvinnor mellan 50 och 64 år under samma period.

Arbetsmiljön försämrades under 1990-talet, men försämringen tycks nu ha upphört. Andelen jobb med hög anspänning ökade under 1990-talet för alla, men mest för kvinnor vilket stämmer med sjukskrivningsmönstret. Det är sannolikt att anspänningen i arbetslivet har påverkat det psykiska välbefinnandet och därmed indirekt sjukskrivningarna. De ökade kraven i arbetslivet, som kommer till uttryck i hög anspänning, kan också ha lett till ökade sjukskrivningar på grund av besvär som tidigare inte behövde leda

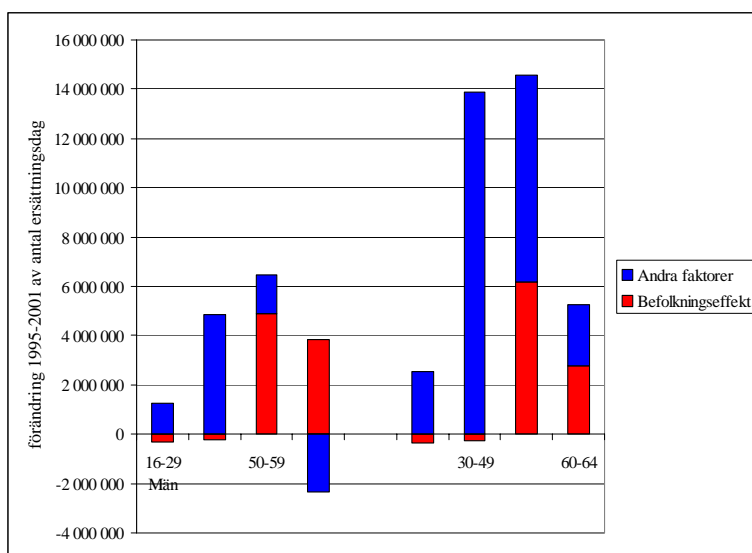
¹⁰ Handlingsplan för hälsa i arbetslivet SOU 2002:5, bilaga 3.

till sjukskrivning. I så fall är det mera i samspelet mellan kraven på arbetsplatsen och individen som förändringarna skett än i själva hälsan.

2.4.3 Förändrad ålderssammansättning av arbetskraften?

Ytterligare en faktor som kan ha haft betydelse för ökningen av sjukskrivningstalen är de demografiska förändringarna. Eftersom storlekarna på födelsekohorterna varierar mycket i Sverige förändras hela tiden ålderssammansättningen av dem i arbetsför ålder. För närvarande består arbetskraften av en stor och ökande grupp mellan 50 och 64 år. Eftersom sjukligheten är kraftigt åldersberoende, vilket tidigare har visats, leder skillnaden i sammansättning av dem i arbetsför ålder till att sjuktalen förändras.

Diagram 21: Förändring av antalet ohälsodagar för olika grupper mellan 1995 och 2001 uppdelat på befolkningseffekt och effekt av andra faktorer.



Källa: RFV, SCB

Diagram 21 visar betydelsen av förändringar i den arbetsföra befolkningens storlek och åldersstruktur och betydelsen av förändringar i ohälsotalet (sjukpenning och förtidspensionsdagar) i varje

åldersgrupp. I det underlag som ligger till grund för diagrammet kalkyleras hur stor ökningen av ohälsodagarna skulle vara om ohälsan i olika åldersgrupper varit oförändrad sedan 1995. Denna nivå blir helt beroende av förändringarna av befolkningens sammansättning och storlek och benämns befolkningseffekten. Resterande skillnad av ohälsodagarna mellan 1995 och 2001 beror på att olika befolkningsgrupper i större eller mindre grad är sjukskrivna och förtidspensionerade än tidigare.

Av diagrammet kan man utläsa att för de grupper som är äldre än 50 år har befolkningsförändringen en inte oväsentlig betydelse för ökningen av antalet ohälsodagar. För män mellan 50 och 59 år, förklarar det den största delen av ökningen. För männen mellan 60 och 64 år skulle ohälsodagarna ha minskat om inte gruppen samtidigt vuxit rejält i storlek. För kvinnor mellan 50 och 59 år förklaras drygt 40 procent av ökningen med befolkningsförändringen och för dem mellan 60 och 64 år förklaras drygt hälften av detta. Gruppen mellan 16 och 49 år har minskat i storlek under samma period. Ökningen av antalet ohälsodagar i dessa grupper skulle därmed varit något större om inte gruppen samtidigt blivit mindre. Den stora ökningen av antalet ohälsodagar för kvinnor mellan 30 och 49 år förklaras helt av att man i denna grupp är mer sjukskriven och förtidspensionerad än tidigare. När grupperna ska jämföras bör man ha i åtanke att de består av olika antal åldersklasser.

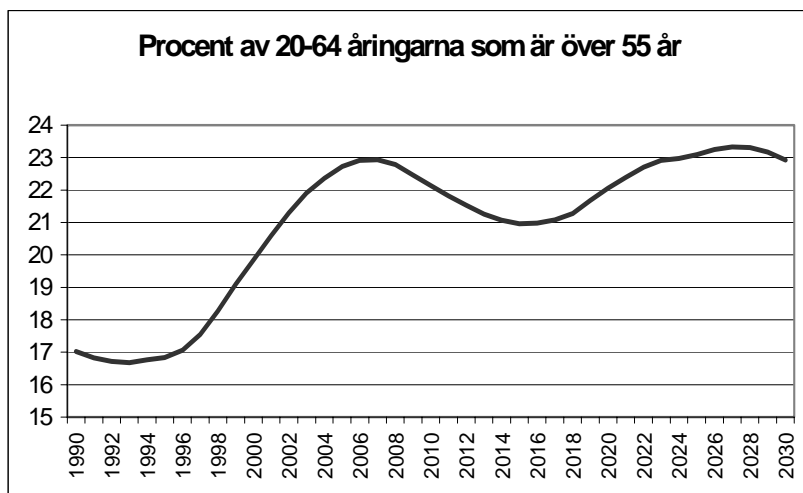
Sammantaget förklarar förändringar av den demografiska sammansättningen av den arbetsföra befolkningen en tredjedel av ökningen av antalet ohälsodagar mellan 1995 och 2001. I ett längre tidsperspektiv – från 1990 – väger förklaringen ännu tyngre och i ett kortare tidsperspektiv väger den lättare. Det mesta av den förväntade demografiska ökningen borde ligga i förtidspensionssystemet. Den demografiska faktorns förväntade effekt på ökningen av antalet sjukpenningdagar är bara 7 procent. Andra faktorer förklarar 93 procent. Förtidspensionsdagarna har emellertid inte ökat lika mycket som förväntat. Den demografiskt betingade förväntade ökningen av ohälsotalet har hamnat i sjukförsäkringen istället för i förtidspensionssystemet. Demografien i kombination med en stark utveckling av långa sjukfall istället för förtidspensioner har ett starkt förklaringsvärde.

Den demografiska utvecklingen bidrar emellertid inte alls till förklaringen av ökningen av antalet ohälsodagar för de yngre. För den stora ökningen av antalet ohälsodagar bland kvinnor mellan 30

och 49 år, har inte demografiska förändringar något som helst förklaringsvärde.

Demografin väger trots allt tungt. Också den framtida utvecklingen av ohälsan kommer att påverkas av den demografiska sammansättningen av befolkningen. Under de närmaste åren pekar denna faktor i riktning mot högre ohälsotal.

Diagram 22: Andel av 20–64-åringar som är över 55 år 1990–2030.



Källa: SCB:s befolkningsprognoser

Från mitten av 1990-talet och fram till 2006 ökar andelen äldre i arbetskraften markant. Sedan sker återigen en minskning av andelen äldre fram till och med 2016. Den demografiska faktorn kommer att bidra till en fortsatt ökning av sjukfrånvaron under de kommande åren. Först efter 2007 kommer den demografiska utvecklingen att bidra till minskade ohälsotal.

Om man antar att ohälsotalet i olika åldersgrupper kommer att vara oförändrat fram till 2007 kommer förändringen av den arbetsföra befolkningens storlek och sammansättning att öka antalet ohälsodagar med cirka 7 procent. Ohälsotalet, det vill säga det genomsnittliga antalet ersättningsdagar per år, kommer att öka från 41,2 till 42,7 dagar vid oförändrad hälsa inom respektive åldersgrupp. Antalet personer mellan 60 och 64 år ökar kraftigt i befolkningen, med ungefär 35 procent, medan antalet personer som är mellan 50 och 59 år minskar. I gruppen 60–64-åringar är

sjukskrivningstalet lägre än bland 50–59 åringar, men förtidspensionstalet är mer än dubbelt så högt.

Den demografiska utvecklingen borde därmed, med ett oförändrat sjukskrivnings- och förtidspensionsmönster ge upphov till ökade förtidspensionstal samtidigt som sjukpenningtalen ligger konstanta eller minskar.

2.4.4 Ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet?

Sedan 1997 har sysselsättningen liksom sjukfrånvaron ökat markant i Sverige. Att det i Sverige, precis som i vissa andra länder, finns ett konjunkturberoende i sjukfrånvaron har tidigare uppmärksammats. Detta konjunkturberoende kan dock bero på flera olika faktorer. När ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet förs fram som förklarande faktorer till sjukskrivningstalens ökning är det inte alltid lika tydligt vilken av dessa faktorer som är viktig i sammanhanget.

Fyra olika förklaringsmodeller kan särskiljas. De ökade sjukskrivningstalen skulle kunna bero på

- att ökad sysselsättning (eller egentligen en ökad arbetskraft) gör att fler kan bli sjukskrivna
- att personer som tidigare var arbetslösa nu istället är sjukskrivna,
- att sysselsättningsuppgången leder till att personer med relativt sämre hälsa inträder i arbetskraften och
- att rädslan för att bli arbetslös påverkar individens inställning till sjukskrivning.

Om arbetskraftens storlek ökar, ökar antalet personer som har rätt till sjukpenning. I Sverige kan nämligen både sysselsatta och arbetslösa vara sjukskrivna. Därmed borde också antalet ersatta dagar öka. Sedan 1998, när arbetskraftens storlek var som lägst, 4,25 miljoner personer, har arbetskraften ökat med drygt 150 000 till 4,4 miljoner personer. Under samma tid ökade antalet sjukpenningdagar från 53 till 92 miljoner, eller från 12,5 dagar till 20 dagar person och år i arbetskraften. Om det antas att sjukpenningtalet inte förändrats under denna period skulle ökningen av antalet ersatta sjukdagar blivit 2 miljoner dagar per år, istället för 39 miljoner. Ökningen under dessa år förklaras därmed till 5 procent av att arbetskraften ökat i storlek. Förändringen av arbetskraftens

storlek har alltså ingen stor betydelse för utvecklingen, men den bidrar i riktning mot ökade sjukskrivningstal.

I ett mer långsiktigt perspektiv är dock denna förklaring otillfredsställande. Ökningen av ohälsotalen sedan 1990 kan inte alls förklaras av arbetskraftens storlek. Under 1990 var ohälsotalen lägre än vad de är idag och arbetskraftens storlek var större.

Ytterligare en möjlig förklaring till att sysselsättningen och arbetslösheten påverkar sjuktalen är att personer som tidigare, när arbetslösheten var som högst var arbetslösa, numera är sjukskrivna. Den underliggande tolkningen bakom denna förklaring är att det finns en grupp av individer som det egentligen inte finns någon plats för på dagens arbetsmarknad. Denna grupp befinner sig i det ena eller andra stödsystemet. Var de befinner sig, anses vara mer beroende av stödsystemets relativa generositet och den kapacitet som finns för att kontrollera om de aktuella personerna verkligen har rätt till ersättning, än av personernas aktuella situation. Det faktum att arbetsförmedlingarna tydligare än tidigare kontrollerar om det finns vilja och förmåga att ta ett arbete och att försäkringskassorna på grund av deras snabbt ökande arbetsbelastning inte har möjlighet att göra utförliga bedömningar skulle kunna vara en förklarande faktor.

Tabell 1: Andel arbetslösa bland de långtidssjukskrivna, total arbetslöshet enligt AMS och överrepresentation av arbetslösa bland de långtidssjukskrivna 1991–92, 1993–94, januari 1999, 2000 och 2001.

	Arbetslöshet bland långtidssjukskrivna	Total arbetslöshet enligt AMS	Överrepresentation av arbetslösa
Alla 1991–92	12	8	50 %
Alla 1993–94	18	15	20 %
Kvinnor jan 1999	14,7	10	47 %
Män jan 1999	20,4	11,1	84 %
Kvinnor jan 2000	15,2	8,3	83 %
Män jan 2000	21,1	9,7	118 %
Kvinnor jan 2001	15,5	6,9	125 %
Män jan 2001	21,1	8	163 %

Källa: RFV, LS-studierna, AMS

Genom den urvalsundersökning RFV genomfört under 1990-talet finns uppgifter om vilken andel av de långtidssjukskrivna som uppger att de är arbetslösa. Det kan jämföras med den totala arbetslösheten vid samma tid. Det är svårt att med någon exakthet veta i vilken utsträckning personer som är i olika åtgärder upplever sig vara arbetslösa och därmed uppger det till försäkringskassan. Ytterligare en komplikation i detta sammanhang är att på många arbetsförmedlingar försvinner man ur statistiken över arbetslösa när man blir långtidssjukskriven. Om arbetslösa personer blir långtidssjukskrivna leder det både till att antalet sjukskrivna som är arbetslösa ökar och att den totala arbetslösheten sjunker. Det krävs därmed en stor försiktighet om man ska jämföra arbetslösheten bland de sjukskrivna med den totala arbetslösheten. Utredningen har ändå i detta sammanhang valt att jämföra dem som uppger sig vara arbetslösa med dem som enligt AMS uppgifter är öppet arbetslösa eller i konjunkturberoende åtgärder¹¹.

När arbetslösheten ökade snabbt under början av 1990-talet uppvisades också en ökning av andelen sjukskrivna som var arbetslösa. Denna ökning var dock relativt liten och innebar att överrepresentationen av arbetslösa minskade och nådde sin lägsta nivå. Det faktum att många av de arbetslösa var unga bidrog sannolikt till detta faktum. Under perioden januari 1999 till januari 2001 uppvisas en svag ökning av andelen arbetslösa bland de långtidssjukskrivna. Antalet personer som är arbetslösa och sjukskrivna ökar dock påtagligt eftersom sjukfrånvaron ökar under dessa år. Samtidigt sjunker den totala arbetslösheten i arbetskraften. Detta resultat kan tolkas som en indikation på att det skett en viss överströmning av arbetslösa till sjukskrivning under de senaste åren. Detta faktum kan ha bidragit till såväl ökningen av sjukskrivningstalen som minskningen av den totala arbetslösheten. Med reservation för de brister som finns i statistiken kan man säga att arbetslösas överrisk att vara sjukskrivna har ökat.

Samtidigt har fortfarande en helt övervägande del av de sjukskrivna en anställning. Bland kvinnor har ungefär 85 procent en anställning och bland männen nästan 80 procent. Ökningen av de arbetslösas sjukskrivning kan därmed bara förklara en mindre del av de ökade sjukskrivningstalen.

¹¹ De deltidsarbetslösa är inte inkluderade i den totala arbetslösheten. Det kan dock förekomma att deltidsarbetslösa blir sjukskrivna på den del av arbetstiden som de tidigare var arbetslösa på.

RFV har tillsammans med AMS gjort en analys av hur många personer det är som under ett år både varit inskrivna vid arbetsförmedlingen och varit långtidssjukskrivna (sjukskrivna mer än 60 dagar). Denna analys pekar på att av de 1,2 miljoner som var inskrivna vid arbetsförmedlingen (många av de inskrivna har ett arbete) under 2000 hade endast 79 000 personer också varit sjukskrivna mer än 60 dagar. I denna grupp var arbetshandikappade kraftigt överrepresenterade.

Den minskade arbetslösheten kan också ha lett till att den arbetskraft som anställs oftare blir sjukskriven. De som börjar arbeta i ett bättre konjunktorellt läge antas ibland ha en sämre hälsomässig status. I en bilaga till "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (SOU 2002:5) redovisas huvudsaklig försörjningskälla 1995 till 1999 för dem som hade arbete respektive var långtidssjukskrivna. I nedanstående tabell framgår vilken försörjningskälla som dominerade 1995.

Tabell 2: Huvudsaklig försörjningskälla 1995 för dem som 2000 i huvudsak var sjukskrivna eller arbetande.

Sysselsättningsstatus 2000	Förvärvsarbete >50 % -95	Arbetslösa >50% -95	Sjukpenning >50 % -95	Pension/ bidrag >50%-95	Blandgrupp -95
Helårssjukskrivna	71,8	9,2	5,2	8,7	4,2
Arbetande	77,4	6,4	0,5	10,2	1,6

Källa: Bilaga 3 i SOU 2002:5

Av tabellen framgår att av de helårssjukskrivna 2000 hade nästan 72 procent sin huvudsakliga försörjningskälla av arbete 1995. Endast 9,2 procent av de sjukskrivna hade sin huvudsakliga försörjning från arbetslöshetsförsäkringen 1995. De som var arbetslösa under en stor del av året har en något större risk för att bli sjukskrivna. Skillnaden är emellertid inte stor och kan inte på långt när förklara ökningen av sjukskrivningstalen.

Vad gäller den sista delförklaringen – att rädslan för att bli arbetslös påverkar sjukskrivningsmönstret – är det svårare att påvisa vilken effekt den har. Det finns studier som pekar mot att det i Sverige finns ett konjunkturberoende i sjukskrivningarna, som inte till fullo kan förklaras av andra faktorer. Sannolikt kan den snabba ökningen av sjukskrivningstalen i Sverige mellan 1997 och 2001 påverkats av detta. Det är emellertid oklart i vilken utsträck-

ningen den har gjort det. Om den upplevda risken att bli arbetslös skulle ha en stor betydelse för sjukskrivningarna borde ett helt annat regionalt mönster för sjukskrivningarna uppträda än det som finns idag. Sjukskrivningstalen borde vara högre där arbetslösheten är låg och vice versa. Istället är det tvärtom.

2.4.5 Förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare?

Ersättningsnivåer har betydelse för ohälsotalet. Om man genomför kraftiga minskningar av ersättningsnivån torde det med stor sannolikhet, i alla fall på kort sikt, leda till att antalet utbetalda ersättningsdagar minskar. De långsiktiga effekterna är däremot mer osäkra. Möjligheten till vila och återhämtning vid sjukdom kan påverka individens framtida hälsotillstånd. Försämringar av ersättningen skulle vidare kunna leda till att grupper på arbetsmarknaden bygger upp alternativa försäkringssystem vid sjukdom. Det är av intresse att diskutera vilken effekt olika ersättningsystem har för sjukfrånvaron och sjuknärvaron på arbetet. Det mesta pekar emellertid på att orsakssambanden är komplicerade.

Som ett resultat av 1980-talets diskussion och problemen i samhällsekonomin i stort genomfördes flera olika åtgärder på sjukförsäkringens område. Skälen var både att man ville minska utgifterna för sjukförsäkringen och att man ville påverka de ekonomiska drivkrafterna för både företag och de anställda.

En karensdag i sjukförsäkringen infördes 1993. Ersättningsnivån minskades från 90 till 80 procent 1995. Ett år senare sänktes den med ytterligare fem procentenheter till 75 procent. En sjuklöneperiod på 14 dagar infördes 1992 och förlängdes 1997 till 28 dagar. Dessutom infördes en del mindre förändringar i hur den sjukpenninggrundande inkomsten beräknades vilket innebar en mindre sänkning av ersättningen i vissa situationer.

Under 1998 återställdes i viss mån, men inte fullt ut, villkoren i sjukförsäkringen. Sjuklöneperioden minskades till 14 dagar och ersättningsnivån i sjukförsäkringen höjdes till 80 procent.

Det är nu liksom före 1990-talets försämringar vanligt att sjukpenning kompletteras med ersättning, ofta på 10 procent av lönesumman, från avtalsförsäkringar. Det förekommer också att privata försäkringar tecknas, enskilt eller i grupp.

Sammantaget innebar 1990-talets utveckling att ersättning från försäkringen vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom minskade. Den största försämringen drabbar dem som är korttidsfrånvarande, medan de långtidssjukskrivna inte drabbats av lika stora försämringar. Vidare har arbetsgivaren individuellt fått bära ett större ekonomiskt ansvar för framförallt de kortare sjukfallens kostnader genom att en sjuklöneperiod har införts.

Kostnaderna för sjukfrånvaron är därmed idag större för arbetsgivaren och ersättningen för individen är sämre än under början av 1990-talet.

Det finns studier som visar att ersättningsnivån och antalet karensdagar har betydelse för nyttjandet av sjukförsäkringen. Även om förändringar av ersättningssystemen inte kan förklara de ökade ohälsotalen under 1990-talet, har sannolikt relationen mellan korttidsfrånvaro och långtidsfrånvaro påverkats. Att korttidsfrånvaron har sjunkit trots att långtidsfrånvaron på grund av sjukdom har ökat kraftigt, kan ha påverkats av införandet av sänkta ersättningsnivåer och karensdagen. Det är också möjligt – men inte visat – att minskad korttidsfrånvaro kan bidra till ökad långtidsfrånvaro.

En uppsats av Henrekson och Persson påvisar effekter av förändringar i ersättningsnivåerna på försäkringsutnyttjandet. Analysen sträcker sig fram till 1999 och ger större effekt av 1998 års måttliga uppräkningsnivån än av någon annan förändring. Henrekson och Persson¹² utesluter inte heller att också annat påverkar uppgången 1999. Ökningen därefter förklaras inte alls.

Ett visst förklaringsvärde kan alltså ligga i ersättningsnivåns förändring. Det bär också sannolikhetens prägel att ersättningsnivåer spelar roll för hur många som på marginalen i varje givet hälsoläge tycker sig kunna vara frånvarande från arbetet. Tillräckligt kraftigt sänkt ersättning skulle leda till lägre frånvaro – men också till en sämre försäkring för dem som saknar valmöjlighet och måste utnyttja försäkringen. Frågeställningen här är emellertid snarare om den måttliga återställaren av ersättningsnivåerna som genomfördes 1998 skulle vara en avgörande förklaring till den mycket snabba ökningen av frånvaron från 1997. Med hänsyn till att ersättningsnivån är lägre och långtidsfrånvaron högre än i början av 1990-talet är det utredningens uppfattning att

¹² The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, Forthcoming in Journal of Labour Economics.

inte heller ersättningsnivån kan förklara mer än en liten del av ökningen.

2.4.6 Mer restriktiva förtidspensionsbedömningar?

Under de senaste 10–15 åren har det skett ett flertal olika förändringar av förtidspensionssystemet som kan ha påverkat sjukskrivningstalen. Under slutet av 1980-talet togs möjligheten till förtidspension av arbetsmarknadsskäl bort.

Den 1 januari 1997 upphörde de särskilda regler för bedömning av arbetsförmågan som gällt för försäkrade som fyllt 60 år. Bedömningen skulle främst avse förmågan och möjligheten att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som hon eller han tidigare utfört eller genom annat för henne eller honom tillgängligt lämpligt arbete. (7 kap § 3 AFL, 1996). I praktiken ledde åldregeln till de så kallade 58,3-pensioneringarna. På många arbetsplatser slutade man arbeta vid denna ålder för att först få en ersättningsperiod från arbetslöshetsförsäkringen och därefter förtidspension från 60 års ålder.

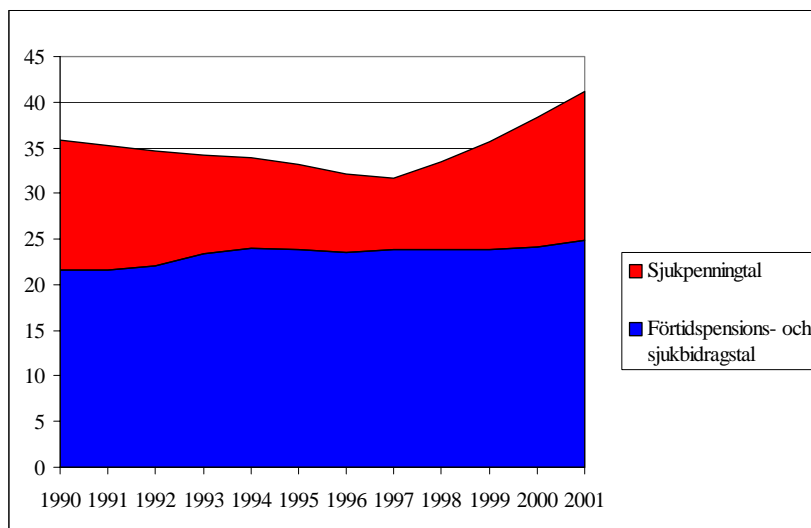
Senare under 1990-talet tydliggjordes också att förtidspension endast skulle utgå för nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska skäl.

Sammantaget kan regelförändringarna ha lett till att färre individer får rätt till förtidspension och fler blir kvar i sjukförsäkringssystemet. Även rätten till sjukskrivning ska visserligen bedömas efter samma kriterier om nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. I praktiken torde emellertid rätten till förlängning av sjukskrivning bedömas på ett annat sätt än rätten till förtidspension.

Förutom att rätten till förtidspension blivit något åtstramad har på senare år ytterligare en faktor bidragit till att förtidspensionernas andel av ohälsotalet har minskat, medan sjukdagarnas andel ökat. I takt med kraftigt ökat inflöde av sjuka och allt fler sjukfall att hantera, har försäkringskassornas handläggare allt svårare att hinna med att göra den förtidspensionsprövning som skall göras i längre fall och som ju längre fallen är desto oftare leder till förtidspension. Det kan alltså förutsättas att det i den växande gruppen mycket långa sjukfall finns en inte obetydlig grupp som borde ha förtidspension och med stor sannolikhet så småningom kommer att få det.

Ju längre sjukfallstiderna blir desto "segare" kan man anta att ohälsotalet blir. Det medför att det blir svårare att sänka det samlade ohälsotalet, även om inflödet av nya sjuka skulle avta.

Diagram 23: Ohälsotalet, genomsnittligt antal sjukpenning- och förtidspensionsdagar, 1990–2001, uppdelat på sjukpenning- och förtidspensionstal i relation till befolkningen 16–64 år.



Källa: RFV, SCB

I diagram 23 visas att förtidspensionstalet ligger relativt konstant under 1990-talet. Förtidspensionstalet ökar med drygt två dagar mellan 1990 och 1994. Under de kommande två åren sjunker det med en halv dag för att sedan mycket sakta börja öka igen. Sjukpenningtalet uppvisar betydligt större variationer. Det minskar fram till 1997 för att sedan öka kraftigt.

Att sjukpenningtalet uppvisar en större variation över tid förklaras till del av regelsystemet. Rätten till sjukpenning omprövas regelbundet. Vad gäller förtidspension (dock ej sjukbidrag) tas ett beslut som vanligtvis inte omprövas. Förtidspensionen utbetalas tills dess mottagaren går i ålderspension. Förtidspension i enlighet med äldre reglerna, som försvann 1997, har påverkat förtidspensionstalet ända fram till 2001.

En komplikation när utvecklingen ska tolkas är att sammansättningen av arbetskraften ändrat sig under denna period. Andelen

i arbetskraften som är mellan 50 och 65 år har ökat markant, medan de yngsta på arbetsmarknaden minskat något i antal. Fördelningen mellan förtidspension och sjukpenning är olika för olika åldersgrupper. Bland de yngsta motsvarar förtidspension bara en knapp tredjedel av ohälsodagarna, medan förtidspension motsvarar drygt 80 procent av de ersatta dagarna för de äldsta på arbetsmarknaden.

Det är framförallt de mellan 60 och 64 år som borde ha påverkats av regeländringarna. Om man analyserar dessa åldersgrupper finns indikationer på att en del av ökningen av sjukfrånvaron kan förklaras av att färre får förtidspension. Från 1993 har förtidspensionstalet bland äldre män sjunkit markant. Samtidigt sker under slutet av perioden en uppgång av sjukpenningtalet. Äldre kvinnors förtidspensionstal har också sjunkit något sedan 1993, medan sjukskrivningstalen ökat kraftigt. Det är dock inte möjligt att avgöra om förändringarna beror på strängare regler eller på det faktum att försäkringskassorna i mindre utsträckning än tidigare hinner med att göra förtidspensionsprövningar.

Sammantaget ges ett visst stöd för att mer restriktiva förtidspensionsprövningar har påverkat sjukskrivningstalet under senare tid. Det faktum att försäkringskassorna har svårt att hinna med att göra förtidspensionsprövningar för dem som varit långtids-sjukskrivna kan dock ytterligare ha spätt på denna effekt. Det senare kan förväntas leda till en framtida ökning av förtidspensionstalet.

2.4.7 Administrativa tillkortakommanden?

De två aktörer i sjukskrivningsprocessen som jämte individen själv har det starkaste inflytandet på utfallet är läkaren och försäkringskassan.

Läkaren utfärdar intyg om arbetsförmåga på grund av sjukdom, försäkringskassan beslutar om rätt till sjukpenning. Läkaren påverkar i första hand inflödet genom sitt intygsskrivande. Försäkringskassan kan teoretiskt påverka inflödet genom sin sjukpenningsrättsbedömning. I praktiken är emellertid försäkringskassans påverkan på inflödet mycket begränsad. Endast undantagsvis – i ca en promille av fallen – beslutar försäkringskassan att inte godta läkarintyg som grund för sjukskrivning.

Inflödet har tenderat att bli allt mera kontinuerligt. Läkarintygen har lika stor betydelse under hela sjukskrivningsprocessen. Ju

längre ett sjukfall pågår desto mindre är sannolikheten att individen återgår i arbete. Som framgår i bilaga 2 faller mer än 50 procent av kostnadsökningen mellan 1999 och 2001 på sjukfall över ett år. Det är således nödvändigt både att inflödet minskar och att utflödet ökar. Läkare har ett mycket stort inflytande under hela processen. De kan dock inte ensam vara sig hejda inflödet eller öka utflödet.

Men det finns anledning att reflektera över den situation i vilken läkarintyg utfärdas. Med de ökade långa fallen ökar antalet återbesök. Antalet verksamma läkare är nu, 2002, i stort sett detsamma som 1998. Samtidigt har antalet sjukskrivna mer än fördubblats och sjukfallen har blivit dubbelt så långa.

Detta indikerar att förutsättningarna för läkarna och deras faktiska möjligheter att göra grundliga medicinska utredningar förändrats. Det kan till exempel ha lett till att sjukskrivningsperioder förlängs mera av administrativa och arbetsbelastningsskäl än på medicinska grunder.

Grundliga analyser av läkares arbetsförhållanden och användning av sjukintygsinstrumentet krävs för att det ska gå att avgöra om, och i så fall i hur hög grad, dessa faktorer kan bidra till att förklara utvecklingen under de senaste åren.

Försäkringskassans påverkan på sjukskrivningarna ligger i första hand på utflödessidan. Genom åtgärder tidigt i sjukfallen ska administrationen bedöma vilka åtgärder som bör vidtas i varje pågående fall.

Vetskapen om att den största effekten av administrationens arbete ligger i att arbeta med de pågående fallen, har lett till utformning av riksmål för sjukfall i vissa längder. Det viktigaste av dessa är målet om högst tre sjukfall över två år per 1000 inskrivna försäkrade 16-64 år. Ett av de viktigaste skälen till val av mål är att sjukfall inte ska pågå under flera år utan att på ett eller annat sätt nå ett avslut. Endast undantagsvis kan fleråriga sjukskrivningar motiveras.

Som framgår av sammanställningen i bilaga 2 från RFV har detta mål inte nåtts i någon försäkringskassa under 2001. Istället kan vi se en stadig ökning av tvåårsfallen – en fördubbling mellan 1998 och 2001 på riksnivå med mycket stora regionala skillnader.

I 17 av de 21 länen är det också så att ökningen av tvåårsfallen från mars 1999 till mars 2001 är större än ettårsfallen. Samtidigt har totala antalet pågående sjukfall i stort sett fördubblats mellan 1998 och 2001. Detta har lett till en administrativ överbelastning. Med

allt fler individer beroende av ersättning från sjukförsäkringen har administrationen fått prioritera utbetalningar. Det finns således förklaringar till den uppkomna situationen.

De mycket kraftiga regionala skillnaderna pekar också på att administrationen kan göra skillnad. I en försäkringskassa där man systematiskt arbetar med sjukfallen med utgångspunkt i att rätt ersättning ska utgå (sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukbidrag, förtidspension och eventuella kombinationer av dessa) har man lyckats att bryta utvecklingen.

Tabell 3. Sjukfall och förtidspensioner/sjukbidrag per 1000 försäkrade vid utgången av mars månad 2002. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag under perioden 200104–200203.

	Förtidspensioner/sjukbidrag			Sjukfall	
	Bestånd Antal	Nybeviljande Antal	Samtliga Antal	över 1 år Antal	över 2 år Antal
Stockholms län	65	9	48	18	8
Kronobergs län	69	9	48	17	6
Uppsala län	73	10	58	25	11
Hallands län	73	8	47	16	6
Jönköpings län	74	9	50	20	8
Skåne län	76	10	50	20	8
Samtliga	79	10	54	21	8
Kalmar län	80	10	57	24	10
Västra Götalands län	80	10	53	20	8
Örebro län	82	12	55	21	8
Gotlands län	83	12	49	18	7
Blekinge län	84	9	52	21	8
Östergötlands län	84	11	57	25	11
Västernorrlands län	88	11	64	25	10
Södermanlands län	89	10	53	22	9
Värmlands län	91	12	59	22	8
Västmanlands län	92	14	52	18	6
Gävleborgs län	93	14	64	24	8
Dalarnas län	95	11	63	25	9
Jämtlands län	97	13	73	30	12
Norrbottnens län	105	12	69	28	11
Västerbottnens län	105	13	74	31	13

Källa: RFV, bilaga 2

Överbelastningen i försäkringskassorna förklarar därmed en del av de ökade ohälsokostnaderna och en än större del av ökningen av sjukskrivningskostnaderna.

Erfarenheterna visar att i mer än hälften av de fall som blivit ett år avslutas fallet med förtidspension. Fall över två år torde ännu oftare sluta med förtidspension. Ju längre tid som går desto större är sannolikheten att de långa sjukfallen uppbär fel ersättning, det vill säga belastar sjukförsäkringen när de rätteligen borde finnas inom förtidspensionssystemet.

Det är sålunda sannolikt att administrativa tillkortakommanden är en bidragande orsak till utvecklingen av i första hand de långa sjukfallen.

Stora regionala skillnader förekommer men sådana har funnits redan tidigare. Analyser som genomförts under senare år har visat att externa faktorer som näringsstruktur och befolkningsstruktur inte kan förklara mer än en liten del av de regionala skillnader som uppmätts i en rad avseenden.

Problemen inom administrationen har lett till att sjukfall blir både onödigt långa, ger felaktigt högre kostnader och ger stora risker för att alltför många sjukskrivna inte kommer tillbaka till arbetslivet.

Den administrativa överbelastning som blivit en effekt av det starkt ökade inflödet har samtidigt lett till en ond cirkel inom försäkringskassorna. Detta stora inflöde har undergrävt möjligheterna att göra tidiga insatser i sjukfallen för att därigenom förkorta sjukfall och sätta in rätt ersättning.

2.5 Sammanfattning

Flera olika faktorer är viktiga för förståelsen av de senaste årens sjukskrivningsutveckling. Ingen enskild faktor är avgörande och de bidrar i olika utsträckning. Sammantaget kan faktorerna förklara mycket, men antagligen inte hela ökningen.

En försämrad folkhälsa kan inte förklara den snabba ökningen. Folkhälsan förändras mycket långsammare och utan de svängningar som sjukfrånvaron uppvisar. På lång sikt är det tveksamt om man överhuvudtaget kan säga att folkhälsan har försämrats. För de äldre, och framförallt de äldre männen, uppvisas i stället påtagliga förbättringar.

Det psykiska välbefinnandet har försämrats under 1990-talet. Störst har försämringen varit för yngre och medelålders. Det kan bidra till att förstå den snabba utvecklingen av antalet personer som är sjukskrivna med psykiska diagnoser. Försämringen av det

psykiska välbefinnandet började emellertid öka redan efter 1990 medan uppgången i ohälsotalen, efter en lång nedgångsperiod, började först 1997.

Arbetsmiljön har försämrats under 1990-talet, för att plana ut eller förbättras under perioden 1999-2001. Andelen arbeten som innebär höga krav och brist på kontroll – det vill säga en hög anspänning – har ökat. Den ökade anspänningen i arbetslivet kan ha tagit sig uttryck i ett sämre psykiskt välbefinnande vilket i sin tur kan ha påverkat sjukskrivningstalen. I ett mer pressat arbetsliv, som ställer stora krav på fysiska och psykiska prestationer, kan det upplevas vara svårt att arbeta fram till normal pensionsålder eller komma tillbaka till efter en sjukdomsperiod. Utslagningen kan därmed ha blivit större även vid en oförändrad hälsa bland de sysselsatta.

Det kan inte heller bortses ifrån att den ökade anspänningen i arbetslivet och det sämre psykiska välbefinnandet lett till att fler anser att sjukskrivning blir en, i alla fall, tillfällig lösning på problemen. I takt med att sjukskrivningar med psykiska diagnoser blivit allt vanligare har den upplevda stigmatiseringen av att vara sjukskriven med psykiska besvär sannolikt kraftigt avtagit.

En viktig faktor som bidragit till de ökade ohälsotalen är den kraftiga ökningen av andelen äldre i arbetsför ålder. Skillnaderna i ohälsotal mellan olika åldersgrupper är stora. När andelen över 50 år ökar påverkar detta antalet ersatta ohälsodagar. Ökningen av antalet personer mellan 50 och 64 år innebär att antalet ohälsodagar kunde ha förväntas öka med en tredjedel av den ökning som skett mellan 1995 och 2001. Den framtida demografiska utvecklingen kommer på motsvarande sätt att leda till ett ökat tryck på ohälsotalet. Andelen 55-64 åringar kommer att fortsätta att öka fram till 2006.

Sysselsättningsutvecklingen under de senaste åren har en liten direkt effekt på sjukfrånvaron. Ökningen av arbetskraftens storlek sedan 1998, då den var som lägst, bidrar något till ökningen, men kan inte förklara den mer långsiktiga utvecklingen under 1990-talet. Arbetskraftens storlek var betydligt större 1990 än vad den var 2001.

Under de senaste åren har det skett en viss överströmning av arbetslösa till sjukförsäkringen. Arbetslösa är något överrepresenterade bland de sjukskrivna. Drygt 80 procent av de sjukskrivna har emellertid en anställning. De flesta långtidssjukskrivna har inte heller tidigare haft några längre arbetslöshetsperioder.

Det allmänna konjunkturläget, som lett till en upplevd lägre risk för att bli arbetslös, kan ha haft viss inverkan. Konjunktursituationen, tillsammans med en underliggande utveckling som inneburit ett hårdare arbetsliv och ett sämre psykiskt välbefinnande, kan ha bidragit till den snabba ökningen av antalet sjukskrivna.

Ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare har sannolikt påverkat utvecklingen. Under början och mitten av 1990-talet skedde stora minskningar av ersättningsnivån i sjukförsäkringen. Det följdes 1998 av en mindre ökning från 75 till 80 procent. I flera studier har man visat att förändringar av ersättningsnivån har betydelse för försäkringsutnyttjandet.

Försämringarna av ersättningsnivån under början av 1990-talet bidrog säkerligen till att sjukfrånvaron minskade. Det är inte osannolikt att allt fler var närvarande på arbetsplatsen trots att de inte var fullt friska.

Den måttliga ökningen av ersättningen under 1998 ledde sannolikt till en viss uppgång 1999, men kan inte förklara uppgången därefter.

Förändringar av förtidspensionssystemets regelverk och administrativa tillkortakommanden kan ha gett upphov till att ökningen av ohälsotalen nästan helt blev koncentrerad till en ökning av antalet sjukpenningdagar. I takt med att sjukskrivningstalen ökar har allt mer av arbetet på försäkringskassorna ägnats åt att göra det nödvändigaste – betala ut ersättning till de sjukskrivna. Både rehabilitering och förtidspensionsprövningar har därigenom prioriterats ned. Sjukskrivningstalen har ökat både genom att personer som borde vara förtidspensionerade eller få sjukbidrag fortsätter att finnas kvar i sjukförsäkringssystemet och genom att de som har hyggliga chanser att komma tillbaka i arbete genom rehabilitering, inte erbjuds sådana möjligheter.

Utredningen vill sammanfattningsvis lyfta fram de två faktorer som kan anses väga tyngst i förklaringen av de ökade sjuktalet. Den ena faktorn är den förändring av ålderssammansättningen av befolkningen som även vid oförändrade ohälsotal i olika åldersgrupper skulle gett upphov till en kraftig ökning av antalet ohälsodagar. Administrativa tillkortakommanden och förändringarna i förtidspensionssystemet har lett till att denna ökning nästan uteslutande hamnat i sjukförsäkringssystemet.

Den andra faktorn är mer komplex. Under 1990-talet har arbetslivet blivit mer pressat och det psykiska välbefinnandet har minskat. Det senare beror sannolikt både på situationen i

arbetslivet och på andra faktorer i samhället. Utan att göra anspråk på att kunna komma med bevis vill utredningen ändå framföra hypotesen att något hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Samspelet är intrikata och dubbelriktade och tycks leda till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som ska tas hänsyn till – och uthärdas - på arbetsplatsen. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv.

Därmed hävdas inte att det nödvändigtvis är arbetet som orsakar sjukdom. Svenska arbetsplatser har ofta höga ambitioner vad gäller organisation, miljö, ledarskap och personalpolitik. De flesta trivs med sina arbetsuppgifter och tycker sig ha meningsfulla arbetsuppgifter. Men den psykiska pressen har ökat och fler reagerar på kombinationen av påfrestningar i sina liv med medicinska förklaringar. Läkarna står ofta handfallna inför svårdiagnostiserade symptom. Utan vare sig tillräcklig tid eller beprövade behandlingsmetoder bifalls i allmänhet önskemål om sjukskrivning. Ett faktum är också att förhållandena på arbetsplatsen ofta är avgörande för sjukskrivningsbeslutet även när arbetet inte är den direkta orsaken. Det är från arbetet man sjukskrivs och det är till arbetet man ska återvända. Det är i samspelet mellan individen, arbetskamraterna och ledning som det avgörs om individen känner sig behövd och efterfrågad trots tillfälliga eller mera långvariga nedsättningar av fysisk eller psykisk förmåga.

3 System för RFV:s framtida sjukförsäkringsstatistik

3.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att i föreliggande delbetänkande redogöra för innehåll och utformning av det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik. Det framtida systemet skall vara ett tillfredställande instrument för uppföljning och analys av sjukfrånvarons utveckling. Olika åtgärders effektivitet skall kunna bedömas och utvärderas.

Kunskaperna om sjukskrivningsprocessens orsaker, samband och konsekvenser behöver förbättras. Analysen av sjukfrånvaron är komplex och uppgifter behövs om såväl hälsa och ohälsa som arbetsliv och arbetsmiljö. Utredningen koncentrerar dock här sitt förslag till vad som är nödvändig kunskap om själva sjukförsäkringen. Förbättrad statistik behövs för uppföljning, prognosarbete och som arbetshjälpmedel för försäkringskassornas ledning, uppföljning och handläggning. En förbättrad sjukförsäkringsstatistik möjliggör ett bättre helhetsperspektiv då sjukförsäkringsdata kan matchas med andra kunskapskällor som har relevans när sjukskrivningens orsaker skall analyseras.

Det har i analysen av sjukfrånvaron visat sig vara mycket komplicerat att koppla samman statistik från olika källor. Relevant statistik finns i flera olika databaser utöver i RFV:s register. För att få ut bättre effekter och kopplingar mellan dessa olika källor behövs en analys av möjliga och nödvändiga kalibreringar. Utredningen återkommer med förslag i dessa frågor i slutbetänkandet.

3.2 Behov av bättre sjukförsäkringsstatistik

Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) och Utredningen om Ökad Hälsa i Arbetslivet HpH (S 2000:07) påpekade stora brister vad avser sjukförsäkringsstatistiken och möjligheten att systematiskt samla data för uppföljning av utvecklingen. AHA-utredningen delar de båda tidigare utredningarnas analyser. Med nu gällande lagstiftning förhindras emellertid inte registrering av diagnos för rent statistiska ändamål. Däremot är det inte tillåtet att registrera uppgift om diagnos för lokal och regional uppföljning. Det faktum att eventuell diagnosuppgift måste registreras särskilt av handläggare har bidragit till att det varit svårt att få uppslutning kring att skapa särskilda statistiska inmatningar på det lokala planet som inte kan användas i det lokala arbetet.

Möjligheterna för uppföljning av sjukfrånvaron på lokal, regional och nationell nivå behöver förbättras. Statistiken ligger till grund för prognoser om sjukfrånvarons utveckling och kostnader. Den utgör också grund för utvärderingar av regelsystem och särskilda insatser och för forskning och longitudinella studier.

Behovet av sjukförsäkringsstatistik kan tyckas självklart. Ohälsan svarar för omfattande kostnader i statens budget och öknings- takten har varit hög de senaste åren. Sjukförsäkringsstatistik är en viktig välfärds/ofärdsinformation som bör ligga till grund för förslag till åtgärder. En utvecklad statistik över sjukfrånvaron skulle också förbättra möjligheten att följa effekter av olika insatser och åtgärder.

En bättre kunskap om diagnosfördelningens utveckling behövs för att förstå förändringar i sjukskrivningspanoramata. Utredningen är medveten om att diagnosstatistik aldrig kan göra anspråk på att utgöra absolut kunskap. Det kan över tid gå mode i vissa diagnoser. Symptomdiagnoser förekommer. Men detta är också ett skäl till att det är viktigt att kunna följa utvecklingen – att allmänt förstå vad som händer. Statistiken är ett redskap i kunskapsupplyggnaden.

Sjukfrånvaron är ett samhällsfenomen som har stort intresse inte bara för socialförsäkringsadministrationen och landets beslutsfattare utan också för Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsmyndigheten, hälso- och sjukvården, kommuner och landsting och arbetsmarknadens parter samt givetvis för allmänheten.

3.3 Vilken information behövs för att kunna följa och analysera sjukfrånvarons utveckling?

I Riksförsäkringsverkets befintliga register finns bl.a. uppgift om ålder, kön, boendekommun, inkomst, dagar och belopp. Däremot saknas uppgift om t.ex. diagnos, arbetsställe/arbetsgivare,¹ yrke och sjukskrivande läkare och dennes arbetsställe. Dagens register är framförallt skapade för utbetalning och speglar administrativa rutiner snarare än behov av statistik och uppföljning.

Befintlig statistik möjliggör bl.a. att följa antal sjukskrivna fördelade på ålder och kön, sjukskrivningars längd och förändringstakt, genomsnittlig dagersättning och fördelning på län och kommun, men det går inte att följa faktorer som förändring av förekomsten av vissa diagnoser över tid, sjukskrivning i privat respektive offentlig sektor, sjukskrivnas arbetsförhållanden, arbetslösas sjukskrivning eller olika läarkategoriernas sjukskrivningsmönster.

AHA-utredningen gör bedömningen att uppgifter som *diagnos* och *arbetsgivare* (arbetsställe/organisationsnummer) är av avgörande betydelse för att kunna följa och analysera sjukfrånvarons utveckling och att det har högsta prioritet att snarast säkerställa elektronisk registrering av dessa variabler. På lite längre sikt bör även information om rehabiliteringsåtgärder, sjukskrivande läkare, m.m. statistikföras elektroniskt för samtliga sjukfall.

Uppgift om diagnos och arbetsställe är viktig inte bara för att följa upp sjukfrånvaron och sjukförsäkringen. Dessa uppgifter ger också viktig information till försäkringskassans handläggare. I professionaliseringen av yrkesrollen behövs effektiva redskap. En viktig del av professionaliseringsprocessen är att återföra diagnos och arbetsplatspanorama till handläggare och arbetslag för reflektion och slutsatser. Uppgifter om från vilka arbetsplatser de sjukskrivna kommer är ett väsentligt underlag inte minst för försäkringskassans arbete med förebyggande verksamhet, men även för att utforma ett underlag till gagn för rehabilitering av dem som redan drabbats av ohälsa. Forskningen behöver också bättre underlag för analysen av sjukskrivning som behandlingsform – dess positiva och negativa effekter.

På motsvarande sätt skulle dessa uppgifter ha ett stort värde för hälso- och sjukvårdens planering, inte minst vad gäller vårdcentraler med områdesansvar för befolkningens hälsa. Också professio-

¹ Försäkringskassan kan idag registrera arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer utifrån vad den försäkrade uppgivit på sjukpenningförsäkringen i ett kundregister.

naliseringsen av läkares intygsskrivande kan underbyggas genom återrapportering individuellt och/eller per arbetsställe. Uppgift om sjukskrivande läkare skulle möjliggöra en återrapportering av respektive läkares sjukskrivningspanorama. Varje läkare skulle kunna få veta vad han eller hon "har i sin penna", en återkoppling på sitt sjukintygutfärdande, och en möjlighet att jämföra sig med andra. Utredningen har dock stannat vid att nu föreslå registrering av sjukskrivande instans; vårdcentral, företagshälsovård, sjukhusklinik, privatläkare eller övrigt. Ett viktigt skäl för detta ställningstagande är att utredningen anser att man bör avvakta ställningstaganden till den av HpH² föreslagna utbyggnaden av företagshälsovården. Med en kraftigt utökad företagshälsovård bör bedömning av arbetsförmåga förbättras, så att sjukskrivning tillgrips enbart då oförmåga att utföra ett arbete pga. sjukdom föreligger. Företagshälsovårdens läkare blir därmed en avsevärt mycket viktigare aktör än övriga läkare. Det är rimligt att anta att företagshälsovårdens läkare själva kommer att ha ett stort intresse av att kunna följa sina olika förskrivningar.

Idag är kunskapen om sjukfallens beskaffenhet under sjuklöneperiodens 14 dagar mycket begränsad. För närvarande gäller att arbetsgivare med färre än 100 anställda, på begäran, en gång per kvartal skall lämna uppgift om utbetald sjuklön. Uppgifterna skall lämnas av, med statistisk metod, utvald arbetsgivare. Arbetsgivare med 100 anställda eller fler, skall en gång per månad lämna uppgifter om utbetald sjuklön. Fr.o.m. hösten 2002 kommer även arbetsgivare med fler än 100 anställda att bli föremål för statistiskt urval. Statistiska Centralbyrån samlar in uppgifterna på uppdrag av Riksförsäkringsverket.³ Skulle ett beslut om en förlängd sjuklöneperiod fattas är det av stor vikt att (ett urval av) arbetsgivare åläggs i lag att redovisa motsvarande uppgifter som i detta betänkande föreslås i fråga om sjukförsäkringen. Uppgift om diagnos kommer dock inte att kunna samlas in under sjuklöneperioden eftersom en anställd inte är skyldig att uppge denna för sin arbetsgivare.

² Utredningen om en Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, S 2000:07.

³ Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1999:12) om uppgiftslämnande enligt 7§ 4 lagen (2001:99) om den officiella statistiken.

3.4 Tillbakablick - från 1970-tal till nu

Bristerna i nuvarande sjukförsäkringsstatistik har länge varit besvärande för möjligheterna att i grunden följa sjukfrånvarons utveckling och dess bestämningsfaktorer.

Grunden för socialförsäkringsadministrationens befintliga datasystem byggdes upp i början av 1970-talet. Datasystemet hade till en början ingen kapacitet för logik och lagring.⁴ Under åren 1975–76 gjorde Statskontoret en utredning om Riksförsäkringsverkets framtida datorbehov. Statskontoret konstaterade att de förutsättningar som legat till grund för valet av datordriftsorganisation inom den allmänna försäkringen hade ändrats på flera punkter. Förutsättningarna hade också ändrats i fråga om tillgången på ADB-teknik och utrustning av olika slag.

Mot bakgrund av Statskontorets rapport tillsatte regeringen år 1977 en parlamentarisk utredning (ALLFA-kommittén) som skulle lägga fram förslag om lämplig organisation av datordriften inom Riksförsäkringsverkets verksamhetsområde för tiden efter år 1980. Arbetet skulle särskilt inriktas på frågorna om, och i så fall i vilken utsträckning, det kunde var lämpligt att dela upp och sprida datorbearbetningarna och databaserna genom att komplettera den centrala datoranläggningen i Sundsvall med regionala anläggningar eller mindre datorutrustningar vid försäkringskassornas central- och lokalkontor.

ALLFA-kommittén föreslog i sitt betänkande *Socialförsäkringens datorer* (SOU 1981:24) att driften av sjukförsäkringssystemet (inkl. föräldraförsäkringen) och övriga dagarsättningar skulle förläggas till försäkringskassornas centralkontor. Datordriften för övriga system skulle bibehållas vid den centrala anläggningen liksom viss utdataproduktion för sjukförsäkringssystemet och övriga gemensamma funktioner. På sikt skulle datordriften mer fullständigt spridas till försäkringskassorna. Utredningen föreslog också att försäkringskassorna skulle få ett förstärkt inflytande över ADB-verksamheten i en organisationsform där försäkringskassorna hade majoritet. De närmare organisatoriska formerna och konsekvenserna av ett förändrat huvudmannaskap för ADB-verksamheten borde enligt ALLFA-kommittén utredas i särskild ordning.

Remissinstanserna hade delade meningar om ALLFA-kommitténs förslag, och förslagen genomfördes inte. I stället gav regeringen år 1983 Riksförsäkringsverket i uppdrag att utreda frågan om

⁴ Lokala sjukförsäkringsregister SOU 1991:9, s 31.

den framtida ADB-verksamheten för socialförsäkringen på 1990-talet och därefter. Utredningen (FAS-90) skulle ske i samråd med Statskontoret och i nära samarbete med försäkringskassorna.

FAS-90 lämnade slutrapporten *Framtida ADB-verksamhet för socialförsäkringen på 90-talet och därefter* i mars 1988. FAS-90-förslaget byggde på en kombination av lokal och central dator drift. En systemstruktur skulle byggas där alla lokal- och centralkontor skulle få egen datorkraft. Grundinformationen för sjukförsäkringen skulle lagras i lokala register⁵. Avsikten var att FAS-90-systemet skulle tas i bruk senast den 30 juni 1992. För genomförandet tillsattes en projektledning med en särskild projektledare.

Genomförandet av FAS-90 drevs som ett eget projekt från 1988 till 1993. Genomförandet påbörjades 1988 under arbetsnamnet *Spången*. 1990 kom *S-projektet* (systeminstallationsprojektet) igång och drev det utvecklings- och installationsarbete som påbörjats inom Spången vidare. Den första implementeringen av det lokala systemet gick under namnet *Bänken* och genomfördes 1991 till 1992.

FAS-90:s genomförandeprojekt avslutades år 1993. Redan 1992 drevs dock utvecklings- och implementeringsarbetet med det lokala systemet vidare inom *Projektet för verksamhets- och ADB-utveckling*. Under en kort period skedde mycket av utvecklingen inom ramen för Enheten för lokala system, placerad i Stockholm, men med ADB-centralen i Sundsvall som organisatorisk tillhörighet. Under 1994 startade inom detta projekt *Projektet Lokala S* som en fortsättning på S-projektet. Mycket av arbetet inom projektet Lokala-S drevs av svenska IBM och i alla fall till en början, av Andersen Consulting. Från år 1996 kom Lokala-S att sortera under RFV:s och försäkringskassornas *Utvecklingsprogram*. Lokala-S-projektet lades ned år 2000. Lokala-S hade visat sig vara mycket dyrbart att utveckla och underhålla och krävde dessutom orimliga arbetsinsatser.

Det nu pågående utvecklingsarbetet, *Ärendehanteringssystemet* (ÄHS) leds och samordnas sedan den 1 januari 2002 av RFV:s nya enheter för eTjänster och Kontorsstöd och IT-staben. Till denna organisation finns kopplade ett antal råd för i första hand samordning och samverkan mellan berörda intressenter. Försäkringskassan i Blekinge utgör modellkontor för ett pilotsystem (ÄHS 1.3 och

⁵ SOU 1991:9, s 32-33.

1.31) som tagits i drift under 2001 respektive 2002. Under 2002 skall en version av ÄHS (ÄHS 1.31) införas på landets samtliga försäkringskassor. Därefter planeras och utarbetas en vidareutvecklade version (ÄHS 1.4) som ska ge möjlighet att registrera uppgift om bl.a. diagnos och arbetsgivare och som planeras tas i bruk under hösten 2002.

3.5 Varför har det varit så svårt att få ett fungerande system till stånd?

Det är på sin plats att ställa frågan *varför* det har varit så svårt att få ett fungerande system till stånd? Ett antal projekt har arbetats fram, men mycket litet har förverkligats. Utredningen har funnit att hinder på olika plan bidragit till frågans komplexitet. Här kan bl.a. nämnas arbetsfördelningen mellan RFV och försäkringskassorna och integritetsfrågorna.

De befintliga systemen, vilka byggdes på 1970-talet är utbetalningssystem och inte avsedda som handläggarsstöd. Systemen distribuerar primärt utbetalningar och beslut till den försäkrade. Att samla in ytterligare uppgifter har inneburit ett stort extra arbete som inte ansetts ge tillräckligt stort mervärde i den lokala verksamheten för att motivera den extra arbetsinsatsen. Handläggare har arbetat med ett ärende i sänder och då fungerar pappersakten lika bra som en elektronisk databild. För att ett ärendehanteringssystem skall bidra till en professionaliserad yrkesroll måste en återföringsmöjlighet byggas in. Systemet måste konstrueras så att det ger såväl central som lokal statistik. Systemet måste också uppfattas av handläggarna som ett *handläggarsstöd* och av chefer som ett instrument för ledning och fördelning av arbetet lokalt.

En annan förklaring till att ett nationellt system inte kommit till stånd kan vara att Riksförsäkringsverket inte har ansvaret för arbetsprocesserna i handläggningen. Det har varit många parter som skall komma överens om såväl handläggarsstöd som statistikinhämtning.

Allt sedan början av 1990-talet har från försäkringskassan framförts behov av ett ledningsinformationssystem som stöd för den mål- och resultatstyrning som utvecklats. Ett sådant – Siluett – har utvecklats gemensamt av RFV och försäkringskassorna. Det har emellertid inte gått att skapa enighet om behoven av uppgifter i sjukförsäkringsregistret, till stor del beroende på det ovan nämnda

merarbetet för handläggaren att mata in uppgifter. RFV har heller inte drivit frågorna tillräckligt.

Det bästa har tillåtits bli det godas fiende. I avvaktan på radikalt förbättrade datastöd – som inte levererats – och lagliga möjligheter att registrera diagnoser – som inte givits – har inte heller de förbättringar som det funnits förutsättningar för, drivits fram. I det sammanhanget har också integritetsdebatten haft sin påverkan. Frågan om diagnosuppgift i registren har i olika omgångar varit föremål för omfattande diskussion. Ovan nämnda FAS-90:s genomförandeprojekt avslutades, mycket p.g.a. detta. Det faktum att det inte varit tillåtet att registrera diagnoser har också medfört att inte heller system för arbetsrelaterade uppgifter som arbetsgivare och yrke kommit till stånd.

3.6 Så görs uppföljningen och analysen av sjukfrånvarons utveckling idag av RFV

Med utgångspunkt i befintlig statistik redovisas idag antal sjuk-skrivna, sjukskrivningars längd och förändring, genomsnittlig dagersättning och fördelning på kön, ålder, län och kommun, likaså redovisas sjukförsäkringens kostnader och prognoser görs över förväntat utfall.

För att följa faktorer som diagnosers förändring över tid, sjuk-skrivning i privat och offentlig sektor, sjukskrivnas arbetsförhållanden, arbetslösas sjukskrivning, rehabiliteringsinsatser och sjuk-skrivande instans gör RFV återkommande studier om sjukskrivningar och rehabilitering.

Studierna kallas RFV-LS och genomförs i nuvarande form sedan år 2000. En årlig studie omfattar sjukfall som påbörjades de två första veckorna i februari året före undersökningen. Två urval görs. Dels ett urval av sjukfall som pågått längre än 14 dagar, och dels ett urval av långa sjukfall, dvs. sjukfall som är minst 60 dagar långa. Sjukfallen följs tills de avslutas, eller – om de fortfarande pågår – som längst i ett år. Varje urval omfattar 5 000 sjukfall. Uppgift om bakgrund (yrke, diagnos, arbetsgivare m.m.) och avslutningsanledning samlas in för samtliga sjukfall varje år som undersökningen genomförs. Vart annat år samlas också i det långa sjukfallsurvalet (de fall som pågått minst 60 dagar) uppgifter in om olika rehabiliteringsåtgärder.

Uppgifter om sjukfallen inhämtas dels från de centrala sjukfallregistren, dels från sjukfallsakterna. Uppgifterna från sjukfallsakterna matas in manuellt av handläggare på försäkringskassan.

Hittills har RFV publicerat fem rapporter från RFV-LS undersökningarna; *Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete* RFV redovisar 2000:11, *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete* RFV redovisar 2001:11, *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet. Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV analyserar 2002, *Vad kostar olika sjukdomar?* RFV redovisar 2002:2 och *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete* RFV redovisar 2002:3.

3.7 Heltäckande databas eller urvalsundersökningar?

Enligt direktiven skall utredningen analysera för- och nackdelar med att hämta uppgifter till en heltäckande databas från försäkringskassornas ärendehanteringssystem, och för- och nackdelar med att samla in uppgifter genom återkommande urvalsundersökningar. Som framkommer av avsnittets avslutande resonemang är det utredningens bedömning att en "heltäckande" databas skall byggas upp, men att en sådan aldrig helt kan ersätta behovet av urvalsundersökningar.

3.7.1 Heltäckande databas – För- och nackdelar

En heltäckande databas har fördelen av att vara just heltäckande. Kompletta uppgifter ger en möjlighet att matcha data med uppgifter från andra håll, även urvalsregister. Sjukförsäkringsregistret kommer aldrig att kunna innehålla alla de uppgifter som t.ex. särskilda utvärderingar kräver. Det är inte möjligt att lägga in upplevelsedata, dvs. individens egna beskrivningar av t.ex. sitt hälsotillstånd, sin arbetsplats, sina arbetsuppgifter eller av sin livssituation i övrigt. Sådana uppgifter är emellertid värdefulla för djupare analyser av orsakssamband, vilket inte minst HpH:s olika undersökningar visat. För att kunna matcha data från olika register krävs tillräckligt stora underlag. Om såväl sjukförsäkringsregistret som andra register man önskar sambearbeta bygger på urval blir i de

allra flesta fall antalet individer alltför litet för att möjliggöra analyser.

Databasen bör vara konstruerad så att uppgifterna hämtas automatiskt från ärendehanteringssystemet. En sådan databas kräver förhållandevis små personalinsatser och datakvaliteten bör kunna anses vara tillförlitlig.

Historien visar dock att det är viktigt att hitta automatiska lösningar. All manuell inmatning kräver stora personalresurser.

Uppbyggnadsskedet fordrar stora utvecklingskostnader, men enligt utredningens mening är det en nödvändig investering som kommer att ge avkastning under lång tid.

Ett avgörande argument för heltäckande databaser är att det bara är när alla omfattas som statistiksystemet också kan fungera för systematisk uppföljning på alla nivåer. Om alla berörda, handläggare, läkare, arbetsplatser och sjukvårdsinrättningar, skall kunna få en återföring av egna uppgifter krävs heltäckande databaser.

3.7.2 Urvalsundersökningar – För- och nackdelar

Att permanent inhämta sjukförsäkringsstatistik från urvalsundersökningar vill utredningen inte rekommendera. Att manuellt inhämta uppgifter från sjukfallsakter är ett tidskrävande arbete som kräver stora insatser av personalen. Manuell hantering kan också vara behäftad med vissa kvalitetsbrister. Skulle urvalsundersökningens upplägg förändras, är det också svårt med jämförbarhet över tid. Ett urval har också den begränsningen att det är svårt att matcha mot en annan bas som också bygger på ett urval.

Det finns dock situationer som bättre lämpar sig just för urvalsundersökningar. Det kommer alltid att väckas frågor, inte minst från forskning och utvärdering, som kräver tillgång till uppgifter som inte lämpar sig för ett permanent register. En urvalsundersökning går att anpassa till en specifik fråga. Den kan upprepas, men också förhållandevis enkelt förändras för att motsvara nya frågeställningar och undersökningsbehov.

3.7.3 Utredningens bedömning

Det är utredningens bedömning att en heltäckande databas skall byggas upp. Uppgift om diagnos och arbetsställe/organisationsnummer har högsta prioritet. En heltäckande databas kan dock aldrig helt ersätta behovet av urvalsundersökningar. Med tanke på att sjukfrånvaro bestäms av en rad faktorer som hänger samman med bl.a. rådande "sjukskrivningsklimat", attityder, syn på rättigheter och skyldigheter etc. måste man från tid till annan genomföra särskilda undersökningar – precis som nu.

Vidare bedömer utredningen att urvalsundersökningar i form av tidigare beskrivna RFV-LS-studier skall genomföras under så lång tid att man säkerställer parallella utvecklingsserier mellan urvalsundersökningarna och nyetableringen av statistik i det heltäckande ärendehanteringssystemet.

3.8 Skydd för personlig integritet

Det har som nämnts ovan funnits – och finns måhända fortfarande – en uppfattning att uppgifter om diagnos, i de fall de finns i ett register, skulle kunna vara integritetshotande. Diagnos registreras sedan länge för nybeviljade förtidspensions- och sjukbidragsärenden i ett statistikregister. Diagnos samlas också in i olika urvalsundersökningar som t.ex. RFV-LS-studien.

AHA har, lika litet som Sjukförsäkringsutredningen, kunnat finna några belegg för att diagnosuppgifter vare sig i statistikregistret över förtidspension och sjukbidrag eller i urvalsundersökningar missbrukats i något sammanhang. 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 inte heller 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.

Det är här viktigt att betona att uppgifter ur registren bara kan tas ut i form av statistik. Identifierbara personuppgifter kan enbart lämnas ut för forskningsändamål och det först efter bedömning i en etisk kommitté. Forskaren måste förbinda sig att inte lämna ut någon identifierbar information. Individer har rätt att få veta vilka uppgifter som finns om dem i ett statistikregister samt rätt till

uppgifter om sig själva från försäkringsregister, dock efter sekretessprövning.

Det är en viktig uppgift för den statistikförande myndigheten att väl värdera och säkerställa att varje ansökan från forskare prövas med avseende på integritetsfrågorna. Registeruppgifter som myndigheten handhar är enbart avsedda för statistiska ändamål. Att det finns en möjlighet att identifiera uppgifter är enkom till för att statistiskt göra samkörningar. Det är bara statistik som redovisas och analyseras. En handfull personer på Riksförsäkringsverket har behörighet att pröva ansökningar. Varje enskilt ärende för forskning prövas i särskild ordning. AHA vill markera att det inte finns några kända exempel på missbruk av de stora myndigheternas register med avseende på integritetsfrågan.

3.9 Förslag till RFV:s statistikinhämtning på kort och lång sikt

AHA föreslår att

RFV fortsätter att genomföra RFV-LS-studier under så lång tid att parallella utvecklingsserier mellan LS-studierna och nyetable-rad statistik i ärendehanteringssystemet säkerställs.

RFV prioriterar registrering av, i första hand, diagnos och arbetsställe/organisationsnummer så snart det är möjligt med hänsyn till pensionsreformen och när Ärendehanteringssystemets version ÄHS 1.4 tas i produktion. ÄHS 1.4 möjliggör registrering av diagnos, sjukskrivande instans, av den försäkrade uppgiven arbetsskada, arbetsgivare, arbetsställe och sysselsättning.

RFV vidareutvecklar statistikinhämtningen genom att successivt, i kommande versioner av ÄHS, genomföra förslaget i Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande SOU 2000:121.

Registerlagstiftningen anpassas så att de uppgifter som behövs för handläggning och uppföljning får registerföras.

3.9.1 På kort sikt

AHA föreslår att de RFV-LS-studier som redovisats i tidigare avsnitt genomförs kontinuerligt tills dess att en heltäckande databas fungerar och ger jämförelsetal minst tolv månader tillbaka i tiden.

Som en del i utvecklingsarbetet pågår inom RFV ett arbete med att erhålla heltäckande uppgifter om diagnos och arbetsgivare (DOA-projektet). Ett tekniskt system skall skapas där handläggare på försäkringskassan registrerar uppgift om diagnos, sjukskrivande instans (vårdcentral, företagshälsovård, sjukhusklinik, privatläkare eller övrigt), av den försäkrade uppgiven arbetsskada, arbetsgivare, arbetsställe och sysselsättning (anställd, egen företagare, arbetslös, studerande eller övrigt) i alla sjukfall. Målet är att registrering och inhämtning av uppgifterna skall samspela på ett sätt som minimerar den manuella handläggningen. På sikt bör uppgifterna kunna hämtas automatiskt. AHA föreslår att RFV prioriterar registrering av, i första hand, diagnos och arbetsgivare så snart det är möjligt med

hänsyn till pensionsreformen och i takt med att automatiserade processer tas i produktion. I ett första steg möjliggörs registrering av diagnos, sjukskrivande instans, av den försäkrade uppgiven arbetsskada, arbetsgivare, arbetsställe och den sjukskrivnes sysselsättning.

3.9.2 På lång sikt

Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) uppdrog åt RFV att kartlägga och redovisa vilka data som behövs för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaro⁶. Förslaget innebär att RFV:s sjukförsäkringsregister skall innehålla följande:

Grunduppgifter i sjukpenning- rehabiliteringspenningärenden
personnummer, ärende-id, typ av ärende, startdatum, datum för första ersatta dag, datum för senaste/sista dag i ärendet, status (pågående eller avslutat), handläggande kontor och arbetsskadeanmälan.

Uppgifter för bedömning rehabiliteringsfall, rehabiliteringsåtgärd
datum för bedömning, bedömning, datum (påbörjat, avslutat), åtgärdstyp, åtgärden genomförd, avbruten och rehabiliteringsproducent.

Uppgifter om utredning av rätt till förtidspension/sjukbidrag
datum (påbörjad, avslutad), resultat av prövningen (förslag till åtgärd, omfattning av förmån).

Uppgifter av medicinsk art
Diagnos, intygsskrivande läkare, antal ersatta dagar (fördelade efter omfattning), typ av förmån (sjukpenning, rehabpenning, förebyggande sjukpenning)

Uppgifter om den försäkrade
Nationalitet (medborgarskap), födelseland, yrke, sjukpenninggrundande inkomst, faktisk löneinkomst, karenstid, civilstånd, pensionskod, utbildning, sysselsättning (förvärvsarbetande, studerande, arbetslös), tjänstgöringsgrad (heltid, deltid), registerförande kontor och kommun/församling/fastighet.

⁶ Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU2000:121 sid. 193ff samt bilaga 10).

Uppgifter om arbetsgivare m.m.

Arbetsgivare/arbetsställe, antal anställda, bransch och sektor (privat, statlig, landsting, kommunal).

AHA delar Sjukförsäkringsutredningens bedömning att ovan uppräknade uppgifter bör ingå i sjukförsäkringsstatistiken. AHA föreslår därför att RFV vidareutvecklar statistikinhämtningen genom att successivt, i kommande versioner av ÄHS, genomföra förslaget i Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande SOU 2000:121.

Statistiska centralbyrån (SCB) har ett yrkesregister under utveckling. Vid ett genomförande av statistikförslaget bör därför undersökas/övervägas om uppgift om yrke enklast hämtas från SCB.

När det gäller sjukvårdens behov av statistisk återföring är det AHA:s uppfattning att sjukskrivande instans bör prioriteras. Om förslaget från HpH-utredningen, att Företagshälsovården skall yttra sig över arbetsgivarens rehabiliteringsunderlag genomförs, innebär det att företagsläkare förstärker sin roll när det gäller långtidssjukskrivningar. Det torde medföra att företagsläkare kommer att behöva arbeta med sitt sätt att sjukskriva. Därmed växer samtidigt fram en naturlig efterfrågan på intygsgivning per läkare fördelad på arbetsgivare och diagnos. Återkopplingen till individuell läkare kommer då att gälla en relativt liten grupp läkare. För denna grupp kommer emellertid den individuella statistiken att bli ett mycket viktigt arbetsredskap.

3.9.3 Remissinstanserna överlag positiva till Sjukförsäkringsutredningens statistikförslag

Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande skickades på sedvanlig remiss. Följande remissinstanser kommenterade förslaget till sjukförsäkringsstatistik; Kammarrätten i Stockholm, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Riksrevisionsverket, Arbetsmiljöverket, Arbetarskyddsstyrelsen, Försäkringskassförbundet, Privattjänstemannakartellen, Svenska akademikers centralorganisation, Tjänstemännens centralorganisation, Handikappförbundens samarbetsorgan, Hjärt – lungsjukas riksförbund och Alecta.

Remissinstanserna är överlag positiva till statistik och underlag som i sin tur kan leda till att rätt åtgärder sätts in. Dock måste sekretessen och den personiga integriteten värnas. I det följande

redovisas några citat från de instanser som yttrat sig om statistikförslaget:

”*Socialstyrelsen* ser det som angeläget att möjligheter till uppföljning av sjukförsäkringen säkerställs. En viktig del är därvid registreringen på nationell nivå av ställda diagnoser. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att registrering i den öppna vården sker i samma utsträckning och enligt samma regler som i den slutna. En sådan utveckling skulle också kunna ge ökade förutsättningar att genomföra utredningens förslag om diagnosregistrering i kodad form på sjukintyget.”

Arbetsmiljöverket vill ”understryka vikten av att de informations-system som försäkringskassan och Riksförsäkringsverket har utvecklas såväl vad avser så ingående variabler som möjligheter till sammanställningar av den information som finns. Speciellt viktigt är att de uppgifter som försäkringskassan registrerar kan sammanställas på företags- och arbetsställenivå.”

Försäkringskassaförbundet ”delar utredningens uppfattning att fler uppgifter ska få registreras och användas än vad som är möjligt med nuvarande begränsningar”.

”*TCO* är positiv till förslaget att förbättra statistiken om sjukfrånvaron. Det är en absolut förutsättning och nödvändighet för att kunna arbeta med det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Dock måste sekretessen och den personiga integriteten värnas.”

”Den typ av inbyggda register som handlingsplanen föreslår kan endast komma ifråga om individens integritet kan skyddas. HSO (*Handikappförbundens samarbetsorgan*) är medveten om de fördelar som finns med ett register där man kan finna statistik och underlag som i sin tur kan leda till att rätt åtgärder sätts in. Men det är oerhört viktigt att individens integritet kan skyddas i denna process eftersom det för den enskilda kan upplevas som känslig information.”

AHA delar givetvis uppfattningen att det är nödvändigt att integriteten säkerställs.

3.9.4 Översyn av socialförsäkringens registerlag

För närvarande pågår inom Socialdepartementet en översyn av socialförsäkringsregisterlagen (1997:934) som tillsammans med personuppgiftslagen (1998:204) reglerar integritetsskyddet vid automatiserad behandling av personuppgifter inom socialförsäk-

ringen. Inom ramen för den översynen ligger att överväga förändring av nuvarande reglering vad avser behandling av uppgifter om diagnos m.m.

AHA-utredningen har i överläggningar framfört vikten av att sjukförsäkringsstatistik inte bara får användas som officiell statistik utan att också lokala uppföljningar möjliggörs genom en anpassning av lagen. I takt med att handläggningen alltmer sker med hjälp av datateknik utvecklas och förenklas möjligheten att göra bättre uppföljningar regionalt och lokalt.

AHA-utredningen föreslår att registerlagstiftningen anpassas så att de uppgifter som behövs för handläggning och uppföljning får registerföras.

3.9.5 Konsekvensanalys av förslaget till statistikinhämtning

Enligt § 15 kommittéförordningen (1998:1474) skall utredningen analysera och ange vilka konsekvenser förslagen får för olika verksamheter i samhället. Vilka konsekvenser får förslagen för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen?

AHA bedömer att förslagen inte har någon påverkan på den *kommunala självstyrelsen*. Däremot kan kommunerna som arbetsgivare komma att påverkas av förslaget att registrera arbetsgivare. Det kommer att bli möjligt att presentera statistik över sjukfrånvaro bland kommunens anställda. Utredningen anser beträffande *brottsligheten* att förslagen inte har någon negativ påverkan vare sig för brottsligheten eller för brottsförebyggande arbete.

AHA bedömer att förslagen inte kommer att ha någon påverkan på *sysselsättning* och *offentlig service i olika delar av landet*. *Små företag* har redan idag en skyldighet att på begäran lämna uppgift om utbetald sjuklön. AHA ser inte att statistikförslaget skulle medföra några meruppgifter för dessa företag.

Utredningen har iakttagit stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. Utredningens bedömning är att fördjupade kunskaper om mäns och kvinnors sjukfrånvaro kan medverka till förslag som avser att stärka *jämställdhet mellan kvinnor och män*.

Utredningens bedömning är att *möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen* inte påverkas av förslagen. Förslagen om registrering av uppgift om bl.a. diagnos skulle kunna uppfattas som ett hot mot *den personliga integriteten*. Motsvarade uppgifter finns sedan länge registrerade i statistikregister över förtidspension/sjukbidrag. De samlas också in regelbundet i urvalsundersökningar. Utredningen har inte kunnat finna att dessa uppgifter missbrukats. Utredningen förutsätter att också att dagens tekniska förutsättningar möjliggör att dessa uppgifter kan föras utan att den personliga integriteten kan ifrågasättas.

3.9.6 Finansieringsfrågor

Utredningen har också till uppgift att kostnadsberäkna förslaget till statistikinhämtning. AHA gör bedömningen att kostnaderna för att bygga statistikregistren och att registrera uppgifter skall täckas av RFV:s och försäkringskassornas befintliga anslag.