

Bilaga

# Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa



## Bilaga

# Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa

### Innehållsförteckning

---

Sammanfattning.....	7
1 Regeringens ohälsomål.....	7
1.1 Definitioner.....	7
2 Historisk utveckling och aktuella tendenser.....	9
2.1 Stora variationer i sjukskrivningar under 90-talet.....	9
2.2 Utvecklingen hittills under 2003.....	11
3 Aspekter på sjukskrivning och dess förändringar.....	16
3.1 Konjunkturer som förklaring till förändringar i sjukskrivning.....	16
3.2 Arbetsmiljö och sjukskrivningar i olika delar på arbetsmarknaden...	17
3.3 Administrationen.....	20
3.4 Ekonomiska drivkrafter.....	20
3.5 Attityder till sjukskrivning.....	21
3.6 Jämställdhetsperspektiv.....	21
3.7 Regionala skillnader i sjukskrivning.....	25
4 Regeringens åtgärder för att motverka ohälsan 2002 – 2003.....	26
4.1 Regeringens åtgärder.....	26
4.2 Arbetsmarknadens parter.....	28
5 Arbete för att minska ohälsan på myndighetsnivå.....	29
Referenser.....	32
Underbilaga Den demografiska utvecklingen.....	33

## Tabellförteckning

---

2.1	Sjukpenning som andel av förvärvsinkomst år 2001 i olika familjetyper .....	11
2.2	Antalet sjukfall i februari 2003 och därav inskrivna arbetssökande.....	11
2.3	Andelen hela sjukpenningdagar av totala antalet från sjukförsäkringen ersatta dagar med fördelning efter sjukperiodens längd.....	14
2.4	Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter län, antal samt andel av arbetskraften 2002 samt förändring mellan januari – juni 2003 och januari – juni 2002 .....	15
3.1	Yrkes/utbildningsgrupper med högst sjukskrivning år 2001 .....	18

## Diagramförteckning

---

2.1	Antal dagar med sjukskrivning <sup>1</sup> 1955–2002.....	9
2.2	Antal sjukdagar i relation till arbetskraftens storlek, 1965–2002.....	10
2.3	Antal sjukfall längre än 6 månader.....	10
2.4	Antalet från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning månadsvis 2000–2003.....	12
2.5	Från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallets längd, kvinnor 2001–2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år.....	13
2.6	Från sjukförsäkringen ersätta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallets längd, män 2001–2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år.....	13
2.7	Sjukfallens varaktighet som andel fall som fortvarande pågår efter 2, 6, 12 resp. 24 månader.....	13
2.8	Antal personer i arbetslivsinriktad rehabilitering efter kön, månadsvis 2001–2003.....	16
3.1	Arbetslöshet och sjukfrånvaro.....	16
3.2	Andelen sjukpenning av förvärvsinkomsten för kvinnor i olika sektorer år 2001.....	18
3.3	Andel sjukpenning av förvärvsinkomsten efter arbetsplatsens storlek, 2001.....	19
3.4	Andelen arbetsorsakade besvär av all sjukfrånvaro.....	19
3.5	Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, män 2001.....	22
3.6	Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, kvinnor 2001.....	22
3.7	Ohälsotal och arbetslöshet för länen.....	25



## Sammanfattning

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Denna bilaga är den första avstämningen av målet. Avstämningen avser i första hand utvecklingen av från sjukförsäkringen ersatta nettodagar<sup>1</sup> under 2003.

Bakgrunden till ohälsomålet är den snabba ökningen av framför allt de långa sjukskrivningarna under de senaste åren.

De senaste årens utveckling mot allt flera sjukskrivningar har vänt under det senaste halvåret. Såväl antalet ersatta nettodagar som antalet sjukfall har minskat under 2003. Regeringen räknar med en viss fortsatt nedgång under hösten och även under nästa år. Nedgången gäller i första hand sjukfall kortare än ett år.

Andelen deltidssjukskrivningar har ökat. Detta kan tyda på att aktörerna – den sjukskrivne, försäkringens administration, arbetsgivare och läkare – nu verkar på ett mer aktivt sätt än tidigare för att den sjukskrivne skall kunna ta tillvarata arbetsförmågan och återgå till arbete på deltid. Det minskade antalet nya sjukfall är sannolikt till stor del en effekt av en försvagad konjunktur.

Sjukfall som överstiger ett år fortsätter att öka, särskilt de sjukfall som pågått längre än två år.

Kvinnor är överrepresenterade bland de sjukskrivna och svarar för ca två tredjedelar av alla sjukskrivningsdagar. Dagens sjukskrivningsnivå för män är inte särskilt hög i ett långt tidsperspektiv, medan skillnaderna mellan kvinnor och män tenderar att öka. Kvinnor är mer sjukskrivna än män oavsett om man tar hänsyn till ålder, utbildning, familjetyp eller bransch. Den största skillnaden mellan kvinnor och män gäller högskoleutbildade. Sjukskrivningarna har under lång tid varit och är i växande grad en jämställdhetsfråga.

Det finns skillnader mellan sektorer, branscher och yrken när det gäller sjukskrivningar. Yrken och sektorer inom framför allt den primärkommunala sektorn har en förhållandevis hög sjukskrivning – även om man tar hänsyn till ålders- och könssammansättningen.

Det finns även regionala skillnader. Regioner med hög arbetslöshet har ofta även en hög andel sjukskrivna och personer med aktivitets- och sjukersättning.

De kraftiga fluktrationerna i sjukskrivning under de senaste 15 åren måste bedömas utifrån många aspekter. Utöver konjunkturen har förändringar i ekonomiska incitament, försäkringsadministration, arbetsmiljö och möjligen förändrade attityder till framför allt psykiska diagnoser.

## 1 Regeringens ohälsomål

### 1.1 Definitioner

Regeringen fastställde i budgetpropositionen för 2003 ett mål för minskad ohälsa. Målet innebär att frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

#### *Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning*

Sjukskrivningarna kan delas upp i tre delar beroende på sjukskrivningens längd och ersättningsform. Den första delen är den så kallade karensdagen för vilken det inte utges någon ersättning. Dag 2 till och med dag 21 i perioden ersätts av arbetsgivaren i form av sjuklön. Sjuklöneperioden har förlängts med 7 dagar från och med 1 juli 2003. Fram till denna tidpunkt utbetalades sjuklön t.o.m. dag 14. Sjukpenning som betalas ut från sjukförsäkringen utges från och med dag 22. En sjukskriven som inte omfattas av sjuklönelagen är oftast berättigad till sjukpenning. Detta gäller bl.a. arbetslösa och egenföretagare. I dessa fall utgår sjukpenning från och med dag 2. Om den försäkrade som har inkomst från annat förvärvsarbete än anställning har valt att ha 3 eller 30 karensdagar utges sjukpenning därefter.

Regeringens ohälsomål innefattar alla sjukskrivna som har rätt till ersättning i form av sjuklön eller sjukpenning och beräknas inklusive karensdagen. Även arbetslösa och andra grupper som saknar anställning men har rätt till sjukpenning inkluderas.

Målet innefattar inte personer som uppbär rehabiliteringspenning. Sådan ersättning betalas

<sup>1</sup> Med nettodagar avses ersatta sjukpenningdagar omräknade till hela dagar.

som regel ut om den sjukskrivne deltar i någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering.

#### *Indikatorer*

Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall mätas med Riksförsäkringsverkets (RFV) statistik över antalet ersatta nettosjukpenningdagar från sjukförsäkringen och sjukfrånvarodagar under sjuklöneperioden. I måttet ingår även karensdagarna. Nettodagar betyder i sammanhanget att de dagar där ersättningen avser partiell sjukskrivning omräknas till hela dagar. Exempelvis utgör två halva ersättningsdagar en nettodag. En fördel med detta mått är att det fångar upp även förändringar som beror på att andelen med hel sjukpenning ändras. En annan fördel med måttet är att det finns en direkt koppling till kostnadsutvecklingen, liksom till arbetsutbudet. När det gäller sjuklöne- och karensdagar baseras regeringens halveringsmål på uppgifter utan omräkning till nettodagar. Det statistiska underlaget tillåter inte en sådan omräkning. Detta bedöms dock endast ha en marginell betydelse. Den statistik som finns om sjukpenningperiodernas längd visar att andelen partiella ersättningar är betydligt lägre för de kortare sjukfallen, ca 7 procent för falllängder upp till 28 dagar jämfört med längre sjukfall där motsvarande andel är 26 procent. De allra flesta sjukfallen avslutas innan de har hunnit bli ersättningsärenden.

Frånvaro på grund av sjukskrivning bör inte sammanblandas med begreppet sjukfrånvaro i arbetskraftsundersökningarna (AKU). Sjukfrånvarande enligt AKU är de som under en mätvecka har varit frånvarande från sitt arbete på grund av sjukdom. För att bli registrerad som sjukfrånvarande enligt AKU krävs således att det finns en anställning. Frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning enligt regeringens definition är således ett bredare begrepp än sjukfrånvaro enligt arbetskraftsundersökningarna.

Regeringens mål inbegriper även sjuk- och aktivitetsersättningar (tidigare förtidspensioner och sjukbidrag). Dessa skall mätas med RFV:s officiella statistik över antalet beviljade aktivitets- och sjukersättningar.

#### *Kvantifierat mål*

Utgångspunkten för regeringens mål är helårsutfallet 2002, dvs. det totala antalet ersatta nettodagar, uttagna sjuk- och karensdagar och nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar

under år 2002. Tidpunkten för målet är år 2008. Detta skulle kunna innebära att målet avläses från december utfallet 2007. Emellertid påverkas en enskild månadssiffra i hög grad av säsongsmässiga variationer, varför detta inte anses lämpligt. För att undvika att säsong och andra liknande faktorer påverkar utfallet skall målet för frånvaro på grund av sjukskrivning vara uppfyllt om summan av ersatta nettodagar, sjuklönedagar- och karensdagar för perioden juli 2007 – juni 2008 är högst hälften så många som antalet motsvarande dagar 2002. Tillägg skall dock göras med hänsyn till den demografiska utvecklingen (utvecklas vidare i underbilaga). För aktivitets- och sjukersättningar innebär målet att års-genomsnittet av antalet nybeviljade ersättningar under 2003 – juni 2008 skall vara lägre än det totala antalet nybeviljade ersättningar 2002 efter tillägg för den demografiska utvecklingen.

Demografin beräknas ha en relativt liten effekt på sjukskrivningar och antalet nybeviljade sjukersättningar framöver. Visserligen beräknas andelen och antalet personer i åldrarna 60 – 64 år att öka i förhållande till övriga personer i arbetsför ålder mellan åren 2002 – 2008. Effekten av detta motverkas delvis av att andelen och antalet personer i åldrarna 50 – 59 år beräknas minska något under samma period.

År 2002 ersattes 94,5 miljoner nettodagar från sjukförsäkringen. Dessutom uppgick antalet sjuklönedagar och karensdagar till sammanlagt 16 miljoner dagar. Totalt innebär detta 110,5 miljoner dagar. En halvering enligt regeringens mål innebär att antalet ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar för perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 skall uppgå till 55,3 miljoner dagar, innan den demografiska utvecklingen har beaktats. Enligt vad som framgår av underbilagan beräknas demografieffekten till 1,2 miljoner dagar. Efter att demografieffekten har beaktats kan målet för antalet dagar med frånvaro på grund av sjukskrivning kvantifieras till 56,5 miljoner dagar. Detta innebär att om ersatta nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar under perioden juli 2007 t.o.m. juni 2008 högst uppgå till detta tal har regeringens mål för frånvaro på grund av sjukskrivning uppnåtts.

Demografieffekten baseras på SCB:s prognoser. Den faktiska befolkningsutvecklingen kan naturligtvis skilja sig från prognosen. Eftersom denna skillnad brukar vara liten kommer demografieffekten inte att omräknas på grund av utfallet.



Från och med 1 juli 2003 förlängdes sjuklöneperioden från 14 dagar till 21 dagar. Detta innebär att antalet nettosjukpenningdagar minskar. Nedgången beräknas till 1,8 miljoner dagar år 2003 och ytterligare 1,7 miljoner dagar år 2004. Samtidigt kommer antalet sjuklönedagar att öka i motsvarande omfattning. Eftersom regeringens halveringsmål innefattar både sjukpenningdagar och sjuklönedagar leder förändringar i sjuklöneperioden endast till omfördelning mellan de olika sjukskrivningsperioderna inom ramen för målformuleringen.

Antalet nettodagar år 2002	94 500 000
Antalet karens- och sjuklönedagar år 2002	16 000 000
Totalt antal dagar	110 500 000
Halvering år juli 2007 – juni 2008	55 300 000
Demografieffekt	1 200 000
<b>Mål för antalet dagar med sjukskrivning juli 2007 – juni 2008</b>	<b>56 500 000</b>

Under 2002 beviljades 63 738 förtidspensioner och sjukbidrag. Den demografiska utvecklingen har även betydelse för antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar. Den demografiska utvecklingen beräknas höja den genomsnittliga nivån för nybeviljandet under perioden 2003 – juni 2008 med 500 nya fall. Detta innebär att om nybeviljandet för perioden 2003 – juni 2008 i års-genomsnitt blir lägre än 64 238 har regeringens mål för nya aktivitets- och sjukersättningar uppnåtts. Det är dock möjligt att ett enskilt år under denna period visar ett högre tal.

Antalet nybeviljade förtidspensioner år 2002	63 738
Tillägg för demografieffekt	500
<b>Års-genomsnitt för nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar 2003 – juni 2008=regeringens mål</b>	<b>&lt;64 238</b>

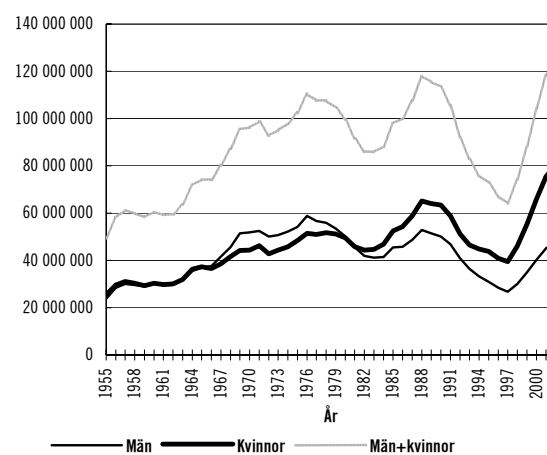
## 2 Historisk utveckling och aktuella tendenser

I detta avsnitt beskrivs sjukskrivningarna i ett långsiktigt perspektiv. Dessutom görs uppföljning av utvecklingen under 2003. Utgångspunkten är därvid regeringens ohälsomål och de åtgärder som regeringen har presenterat (se avsnitt 4).

### 2.1 Stora variationer i sjukskrivningar under 90-talet

Såväl sjukfrånvaro enligt arbetskraftsundersökningarna (AKU), antalet sjukskrivna personer som statens utgifter för sjukskrivningar nådde en mycket hög nivå under år 2002. Man får gå tillbaka till högkonjunkturåren i slutet av 1980-talet för att hitta liknande nivåer. Samtidigt blev antalet personer med aktivitets- och sjukersättning rekordhøgt och uppgick vid halvårsskiftet 2003 till nästan en halv miljon personer. Statens utgifter för sjukskrivning och förtidspension uppgick under 2002 till cirka 100 miljarder kronor, vilket i fasta priser är de högsta någonsin om skillnader i ersättningsnivå beaktas.

Diagram 2.1 Antal dagar med sjukskrivning<sup>1</sup> 1955–2002



Källa: RFV och egna beräkningar.

<sup>1</sup> Inkluderar ersatta sjukpenningdagar, sjuklönedagar och karensdagar.

År 1992 infördes regeln om att arbetsgivarna betalar sjuklön under de första två sjukskrivningsveckorna, ett år senare infördes en karensdag. Dessa förändringar i kombination med den djupa konjunkturedgången bidrog gemensamt till den rekordlåga nivån på utbetalda sjukskrivningsdagar i mitten på 1990-talet.

Antalet sjuklönedagar uppgick 2002 till cirka 16 miljoner och utgör därmed cirka 15 procent av det totala antalet sjukdagar.

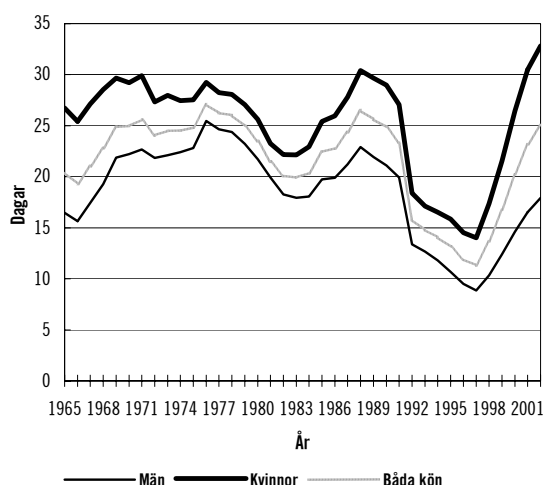
Utvecklingen av antalet utbetalade sjukpenningdagar via det allmänna sjukförsäkrings-systemet ökade kontinuerligt från dess införande år 1955 fram till början av 1970-talet. Därefter har sjukskrivningarna följt konjunkturerna tämligen väl. Sjukskrivningarna har genomgående ökat under högkonjunkturperioder.

De långsiktiga variationerna skall också ses i ljuset av förändringarna i arbetskraften. Under

1950-talet var kvinnors arbetskraftsdeltagande ungefär 25 procent, att jämföra med nästan 80 procent i dag.

Om man relaterar sjukskrivningen till arbetskraften, får man en något annorlunda bild över utvecklingen. Sjukskrivningsnivån mellan 1993 – 1997 var mycket låg sett i ett längre perspektiv. Dagens sjukskrivningsnivå för män är inte särskilt hög i ett långt tidsperspektiv, medan skillnader mellan kvinnor och män tenderar att öka.

**Diagram 2.2** Antal sjukdagar i relation till arbetskraftens storlek, 1965–2002

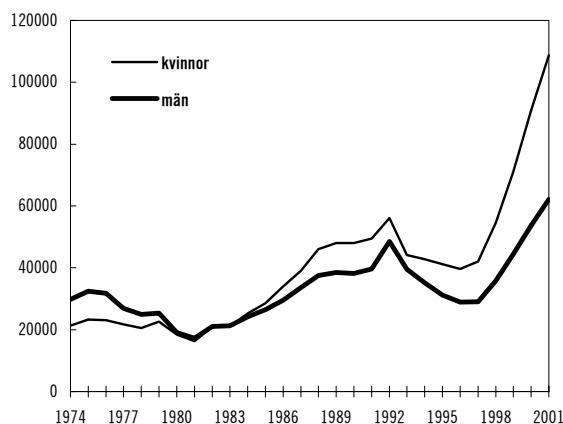


Källa: SCB, RFV och Socialdepartementets egna beräkningar.

### *De långa sjukskrivningarna ökar kraftigt*

Ökningen i sjukskrivningarna från år 1997 är koncentrerad till de långa fallen, framför allt till de sjukskrivningar som är längre än 6 månader.

**Diagram 2.3** Antal sjukfall längre än 6 månader



Källa: RFV/Arbetslivsinstitutet

Medan de kortvariga sjukskrivningarna således varierat under 1990-talet har de längre sjukskrivningarna ökat kraftigt allt sedan 1998. Antalet ersatta dagar för sjukskrivningar med en varaktighet längre än sex månader har tredubblats sedan år 1993 och statens utgifter för de långa sjukskrivningarna utgjorde 62 procent av de totala utgifterna för sjukpenning år 2002.

De långa sjukskrivningarna har under de senaste fem åren haft en tendens att övergå i allt längre fall. Samtidigt har antalet avslutade fall minskat i alla s.k. längdklasser – i varje fall i relation till antalet fall. Många av de längre sjukfallen övergår vanligen i sjukersättning (förtidspension). Antalet nybeviljade förtidspensioner har varierat under de senare åren. I slutet av 1990-talet nybeviljades relativt få förtidspensioner – en utveckling som under de senaste två åren förbytts till ett relativt högt nybeviljande. År 2002 beviljades 63 738 personer förtidspension, vilken är den högsta nivån på många år.

Trots de senaste två årens höga nybeviljande av förtidspensioner har således de längsta sjukskrivningsfallen fortsatt att öka i antal framför allt genom att färre sjukskrivningsfall avslutats. Det förändrade diagnospanoramats kan vara en anledning till svårigheterna att avsluta de långa sjukfallen. Antalet sjukskrivna på grund av psykiska besvär har ökat kraftigt under de senaste åren, och utgör ungefär cirka 20 procent av sjukfallen. Fortfarande dominerar emellertid rörelseorganens sjukdomar som den vanligaste diagnosen och omfattar nästan hälften av sjukfallen.

Flera utredningar har konstaterat att ökningen av sjukskrivningarna sedan 1997 varit ungefär lika stor i alla grupper. Sjukskrivningen bland kvinnor har emellertid ökat något starkare än bland män.

Mer intressant är möjligen att relatera dagens sjukskrivningar för olika grupper till ett mer jämförbart år vad gäller den allmänna sjukskrivningsnivån. I tabell 2.1 redovisas sjukpenningens andel av förvärvsinkomsten för olika hushållstyper och år. Detta mått är en god approximation på sjukskrivningens omfattning. Den kanske mest slående skillnaden vid en jämförelse med 1993 års sjukskrivningar – då ungefär samma regelverk som idag gällde – gäller kvinnor i barnfamiljer. Sjukskrivningen i denna grupp har sjunkit dramatiskt sedan början av 1990-talet. Förändringen hör med stor sannolikhet samman

med minskningen av barnafödandet, som var mycket högt under början av 1990-talet.

**Tabell 2.1 Sjukpenning som andel av förvärvsinkomst år 2001 i olika familjetyper<sup>1</sup>**

	Män			Kvinnor		
	1993	1997	2001	1993	1997	2001
Ensamstående med barn, 20-39 år	3,78	1,90	2,93	6,30	3,48	5,66
Gifta/samboende med barn, 20 - 39 år	1,92	1,10	1,93	6,55	2,50	3,62
Ensamstående utan barn, 20-39 år	3,08	1,82	2,08	3,08	2,18	3,58
Gifta samboende utan barn, 20-39 år	2,07	1,17	1,72	3,15	2,31	3,07
Ensamstående, 40-59 år	5,38	3,69	5,05	5,12	4,00	6,83
Gifta samboende, 40 - 59 år	4,00	2,68	3,85	4,50	3,53	6,24
Alla familjetyper, 20 - 59 år	3,16	2,03	2,81	4,34	2,76	4,79

<sup>1</sup> Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttaket i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

Källa: SCB, LOUISE-data.

Samtidigt har sjukskrivningstalen ökat något för ensamstående med barn. Ensamstående – såväl kvinnor som män – är mer sjukskrivna än sammanboende i de flesta åldersgrupper.

Bland de *förvärvsarbetande* var cirka 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen någon gång sjukskrivna mer än två sammanhängande veckor per år (d.v.s. fick sjukpenning) någon gång under 2001. Jämfört med situationen åtta år tidigare (1993) var detta ungefär oförändrat för kvinnor, medan andelen sjukskrivna män var två procent lägre 2001 än åtta år tidigare.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att förebygga sjukskrivning bland *arbetslösa*. Av samtliga sjukfall i början av 2003 utgjorde inskrivna arbetssökande drygt 12 procent, med en stor överrepresentation på de korta sjukfallen som kan förklaras av att de arbetslösa inte har någon sjuklöneperiod.

**Tabell 2.2 Antalet sjukfall i februari 2003 och därav inskrivna arbetssökande**

	Sjukfall Totalt antal	Därav inskrivna arbetssökande	Andel inskrivna arbetssökande
<b>Kön</b>			
Kvinnor	195 895	22 141	11,3%
Män	113 229	15 718	13,9%
Samtliga	309 124	37 859	12,2%
<b>Falllängd</b>			
1-14	5 633	2 863	50,8%
15-28	19 464	3 178	16,3%
29-59	32 817	4 834	14,7%
60-179	60 287	8 103	13,4%
180-364	55 554	6 150	11,1%
1-2 år	78 335	7 359	9,4%
2 år-	56 983	5 366	9,4%
Samtliga	309 124	37 859	12,2%

Källa: RFV.

Antalet personer med aktivitets- eller sjukersättning uppgick vid halvårsskiftet 2003 till 491 000. Det innebär att en nettoökning med cirka 70 000 personer har ägt rum under 90-talet. Åldersstrukturen hos personer med sjukersättning gör att avgången från denna grupp kommer att ligga på cirka 40 000 om året under de närmaste åren. Kvinnorna utgör cirka 55 procent av gruppen och utbildningsnivån är låg i förhållande till hela befolkningen.

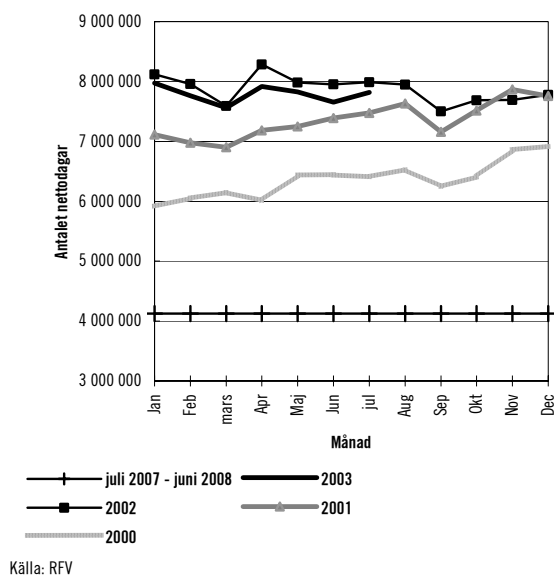
## 2.2 Utvecklingen hittills under 2003

### *Korta sjukskrivningar minskar*

Efter flera års uppgång vände utvecklingen för sjukskrivningar under hösten 2002. Hittills i år (jan – jul 2003) har antalet ersatta nettodagar minskat med 2,5 procent jämfört med motsvarande period 2002. Kvinnors sjukfrånvaro har minskat med 2,7 procent och mäns med 2,1 procent. Nedgången beräknas fortsätta under hösten 2003.

Den förlängda sjuklöneperioden innebär i sig att antalet nettodagar blir 1,7 miljoner dagar färre 2003. Samtidigt beräknas antalet sjuklönedagar öka i motsvarande omfattning. Förlängningen av sjuklöneperioden påverkar således inte förutsättningarna att uppnå regeringens halveringsmål utan är enbart en omfördelning mellan de dagar som ersätts med sjuklön och dagar med sjukpenning.

**Diagram 2.4** Antalet från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning månadsvis 2000–2003



Av diagrammen 2.5 och 2.6 framgår att årets nedgång i antalet ersatta nettodagar kan hänföras till de kortare och medellånga sjukfallen. Antalet nettodagar för sjukfall som varat ett halvt år eller mindre har under perioden januari – juli 2003 minskat med 13 procent för kvinnor och 12 procent för män jämfört med motsvarande period 2002. För samma period har antalet nettodagar för sjukfall som har varat mellan ett halvt år och ett år minskat med 9 procent för kvinnor och 8 procent för män.

Nedgången kan delvis förklaras av att ett ökat antal personer sjukskrivits på deltid (tabell 2.3). Delvis beror utvecklingen på att färre personer blivit sjukskrivna. Däremot finns det inga tecken på att pågående sjukfall avslutats tidigare nu än vad som var fallet under 2002.

Vid konjunkturuppgång ökar sjukfrånvaron. Vid konjunkturedgång gäller det motsatta. Tillväxten i den svenska ekonomin har varit svag sedan tredje kvartalet 2002. Till följd av den svaga konjunkturen har antalet varsel och arbetslösheten ökat under 2003. Samtidigt har sysselsättningsgraden minskat. Denna osäkerhet om den fortsatta ekonomiska utvecklingen har sannolikt bidragit till att antalet nya sjukfall har minskat.

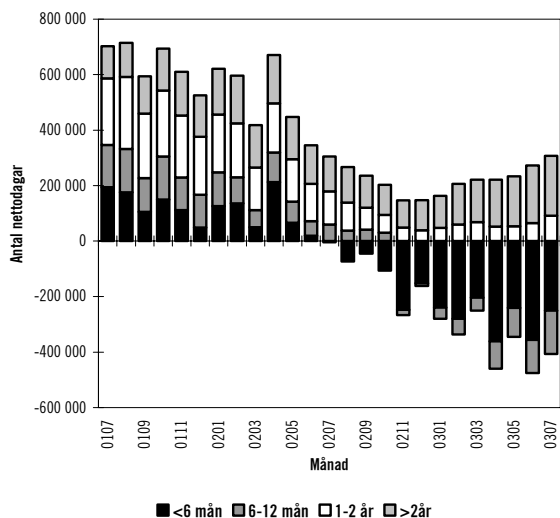
Den ökade andelen deltidssjukskrivningar tyder på att en eller flera av de olika aktörerna inom området – den sjukskrivne, försäkringens administration, arbetsgivare och läkare – agerar på ett mer aktivt sätt än tidigare för att den sjukskrivne skall kunna ta tillvara eventuell restarbetsförmåga och återgå till arbete på deltid.

#### *Långa sjukskrivningar ökar*

Antalet nettodagar för sjukfall som överstiger ett år har fortsatt att öka under 2003. Framförallt har antalet sjukfall som har pågått två år eller längre ökat. Antalet ersatta nettodagar för sjukfall längre än två år steg med 26 procent för kvinnor och 23 procent för män mellan perioderna januari – juli 2002 och samma period 2003.

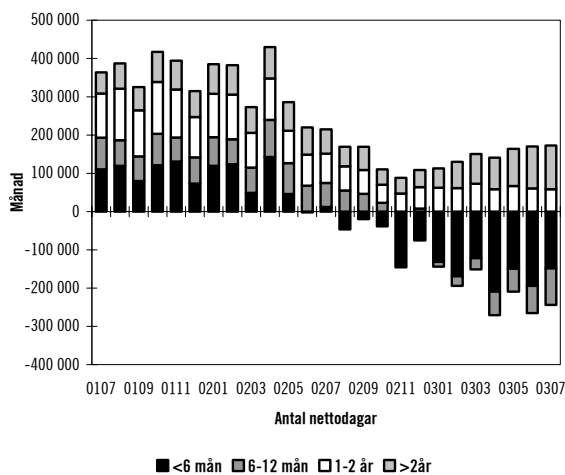
Utvecklingen av de långa sjukfallen hänger delvis samman med nybeviljandet av aktivitets- och sjukersättningar (tidigare förtidspensioner). Särskilt gäller detta sjukfall överstigande två år. Under 2002 var nybeviljandenivån hög, vilket sannolikt var den huvudsakliga förklaringen till att antalet nettodagar ökade i långsammare takt. På grund av statistikomläggningar hos Riksförsäkringsverket finns ännu inte uppgifter om nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar tillgängliga för i år. Beräkningar som baseras på antalet personer som under året fyller 65 år och således övergår till ålderspension, totala antalet förtidspensionerade samt uppgifter från regionala försäkringskassor tyder på att det hittills i år har beviljats betydligt färre aktivitets- och sjukersättningar än i fjol.

**Diagram 2.5** Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallens längd, kvinnor 2001-2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år



Källa: RFV

**Diagram 2.6** Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter sjukfallens längd, män 2001-2003, förändring i antal från motsvarande månad föregående år



Källa: RFV

### Färre nya sjukfall

Det totala antalet pågående sjukfall uppgick till ca 291 000 i maj 2003. Det var 900 sjukfall färre än i maj 2002. Antalet sjukfall har minskat i de kortare längdklasserna. Cirka 102 000 kvinnor och 60 000 män hade haft sjukpenning en kortare tid än ett år i maj 2003, vilket var en minskning med 10 000 kvinnor och 7 000 män jämfört med maj 2002. Procentuellt sett var minskningen ungefär densamma både för kvinnor och för män. Antalet sjukfall överstigande ett år har fort-

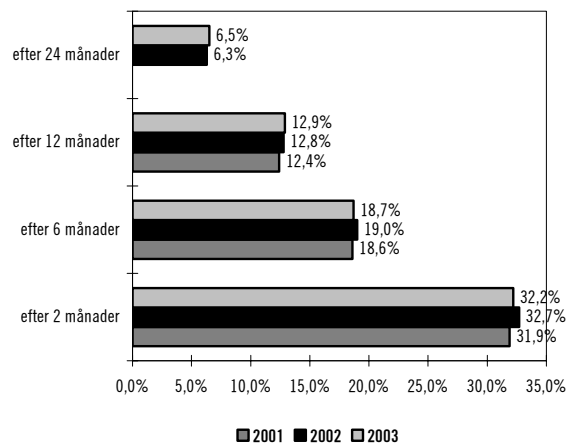
satt att öka. Framförallt gäller detta de längsta fallen, överstigande två år. Ökningen är dessutom större för kvinnor än för män (28,7 resp. 24,0 procent).

Antalet pågående sjukfall bestäms dels av antalet nya sjukfall, dels av längden på sjukfallen, dvs. hur snabbt sjukfallen avslutas. Sjukfall kan avslutas antingen genom att den sjukskrivne återgår till arbete eller beviljas aktivitetsersättning/sjukersättning.

Antalet nya sjukfall har tenderat att minska under våren. Under perioden januari – mars 2003 inträffade 17 000 färre sjukfall jämfört med motsvarande period i fjol. Detta är en nedgång med 8 procent. En av förklaringarna till nedgången är sannolikt, som tidigare nämnts, det försämrade konjunkturläget och ökad osäkerhet om utvecklingen framöver.

De ökade resurser som administrationen tillförts (se avsnitt 4) kan förväntas bidra till att sjukpenningsärenden avslutas tidigare än vad som har varit fallet. Någon förkortning i varaktigheten har dock ännu inte skett, vilket även framgår av diagrammet nedan. I diagrammet redovisas andelen ärenden som fortfarande pågår efter 2 månader, 6 månader, 12 månader och 24 månader åren 2001, 2002 samt januari – april 2003.

**Diagram 2.7** Sjukfallens varaktighet som andel fall som fortfarande pågår efter 2, 6, 12 resp. 24 månader



Källa: RFV

### Deltidsjukskrivningar skall vara förstahandsalternativ

När arbetsförmågan inte är helt nedsatt är det möjligt att vara sjukskriven till 25, 50 eller 75 procent. Deltidsjukskrivningar är mer förekommande bland kvinnor än män. Dock gäller

för båda könen att det är heltidssjukskrivningar som dominerar. År 2002 uppgick andelen ersatta heltidsdagar till 70 procent vad gäller kvinnor och 76 procent vad gäller män. Regeringen har aktivt vidtagit åtgärder för att öka deltidssjukskrivningarna. Således har regeringen bestämt att sjukskrivning på deltid alltid skall vara ett förstahandsalternativ fr.o.m. juli 2003. Dessutom har nya läkarintyg tagits fram för att underlätta bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Andelen heltidssjukskrivningar är en indikator som används för att mäta effekterna av dessa åtgärder.

I linje med regeringens intentioner har det skett en viss förskjutning från heltidssjukskrivning till deltidssjukskrivningar. Det framgår av tabellen nedan att andelen dagar som utbetalas för sjukskrivna på heltid var ca 4 procentenheter lägre under första halvåret i år jämfört med motsvarande andelar år 2002 för både kvinnor och män. Heltidssjukskrivningarna har minskat som andel i samtliga längdklasser. Dock har nedgången varit något mer markant för sjukfallen understigande ett år än för de längre sjukfallen. Som redan nämnts kan förskjutningen från heltid till deltidssjukskrivning förklara en stor del av nedgången i antalet från sjukförsäkringen ersatta nettodagar hittills i år. Uppskattningsvis har antalet nettodagar minskat med ca en miljon till följd av detta.

**Tabell 2.3 Andelen hela sjukpenningdagar av totala antalet från sjukförsäkringen ersatta dagar med fördelning efter sjukperiodens längd**

Procent				
	<6 månader	6 månader – ett år	Ett år<	Samtliga
<b>Kvinnor</b>				
2001	75,5	67,6	70,2	71,9
2002	73,9	65,9	68,1	70,0
2003 (jan – jul)	70,4	61,6	65,2	66,2
<b>Män</b>				
2001	82,5	73,2	73,5	77,4
2002	81,6	72,4	72,8	76,4
2003 (jan – jul)	78,7	68,5	70,8	73,4

Källa: RFV

### Regionala skillnader

En indikator på administrationens hantering av sjukfall är att de finns stora skillnader i sjukskrivningar mellan olika regioner. Det är därför av intresse att följa utvecklingen regionalt. Eftersom de olika försäkringskassorna är självständiga och därför delvis agerar olika kan en regional jämförelse dessutom synliggöra goda exempel.

De regionala skillnaderna är tämligen stora även när man ser till den hastighet med vilken sjukskrivningarna tenderat att minska under de senaste månaderna. I fem av länen –Gotlands, Östergötlands, Västmanlands, Jönköpings och Värmlands län– har antalet nettodagar minskat med 6–8 procent under perioden januari – juni 2003 jämfört med motsvarande period året innan. Samtidigt har antalet ersatta nettodagar ökat i fyra av länen. Detta gäller Skåne, Jämtlands, Västernorrlands och Kalmar län.

Det träder inte fram något tydligt regionalt mönster som kan förklara varför vissa län har lyckats sänka antalet sjukpenningdagar relativt mycket och andra inte alls. Såväl län med låga som län med höga sjuktal, arbetslöshetssiffror och andra potentiella förklaringsvariabler finns med i båda grupperna. Exempelvis gäller att två av de fem län där ersatta sjukdagar fortfarande ökar (Kalmar och Skåne län) har genomsnittliga eller relativt låga sjuktal. Av Riksförsäkringsverkets interna uppföljning har framgått att vissa kassor har kunnat korta ned sjukfallen betydligt medan andra inte har lyckats med detta.

Det finns relativt stora skillnader mellan kvinnor och män på länsnivå. Övriga exempelvis att ersatta nettodagar för kvinnor minskar kraftigt på Gotland, samtidigt som antalet sjukpenningdagar i stort sett är oförändrat för män, –12 respektive –0,5 procent.

**Tabell 2.4 Från sjukförsäkringen ersatta nettodagar avseende sjukpenning efter län, antal samt andel av arbetskraften 2002 samt förändring mellan januari – juni 2003 och januari – juni 2002**

Procent

	Procentuell förändring mellan jan – jun 2003 och jan – jun 2002			Antalet nettodagar 2002	
	Samtliga	Kvinnor	Män	Totalt	Genomsnitt per person i arbetskraften
Gotlands län	-7,8	-12,0	-0,5	547 000	19,5
Östergötlands län	-7,5	-8,7	-5,5	4 713 000	23,7
Västmanlands län	-7,0	-7,7	-5,9	2 555 000	20,7
Jönköpings län	-6,8	-7,2	-6,2	2 919 000	17,7
Värmlands län	-5,7	-5,6	-6,0	3 323 000	26,4
Dalarnas län	-4,8	-5,2	-4,2	3 171 000	24,0
Västra Götalands län	-4,4	-4,7	-3,9	15 369 000	20,5
Gävleborgs län	-4,1	-4,4	-3,7	3 340 000	25,6
Hallands län	-2,8	-4,2	-0,5	2 475 000	17,7
Sörmlands län	-2,6	-3,0	-1,9	2 574 000	20,8
Stockholms län	-2,2	-2,7	-1,3	18 204 000	18,4
Uppsala län	-2,0	-3,4	0,3	3 482 000	22,9
Norrbottnens län	-1,5	-0,7	-2,7	3 379 000	28,8
Västerbottnens län	-0,7	-0,5	-1,2	3 626 000	29,5
Örebro län	-0,5	-0,5	-0,5	3 016 000	22,8
Kronobergs län	-0,1	0,0	-0,4	1 589 000	17,9
Skåne län	0,7	1,3	-0,2	11 283 000	20,6
Jämtlands län	1,0	0,8	1,2	1 847 000	30,9
Västernorrlands län	1,0	0,9	1,1	2 965 000	25,6
Kalmar län	1,1	1,6	0,3	2 506 000	23,0
Blekinge län	m <sup>1</sup>	m <sup>1</sup>	m <sup>1</sup>	1 613 000	22,6
Hela riket	-2,5	-2,7	-2,1	94 494 000	21,4

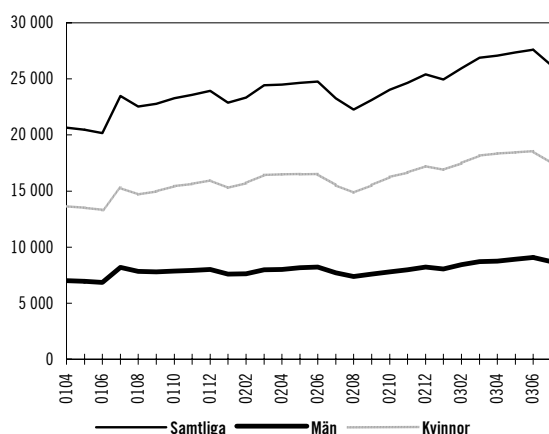
<sup>1</sup> Tillförlitlig uppgift saknas.

Källa: RFV

*Rehabiliteringsinsatserna har intensifierats*

Personer som uppbär rehabiliteringspenning omfattas inte av regeringens mål. Ungefär 45 000 personer är årligen föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering och borde därmed uppbära rehabiliteringspenning. Detta är ett förhållandevis lågt tal med tanke på det höga antalet sjukskrivna. Regeringens ambition är att flera personer skall komma från en passiv sjukskrivning till en aktiv. Avsikten med införandet av en egen kontaktperson för den sjukskrivne hos försäkringskassan som samordnar rehabiliteringsinsatserna har bl.a. varit att åstadkomma detta, liksom införandet av för de sjukskrivna obligatoriska avstämningsmöten och rehabiliteringsunderlag från arbetsgivaren. Dessutom har försäkringskassorna tillförts medel för att anställa flera rehabiliteringssamordnare.

Av diagrammen nedan framgår att antalet kvinnor och män i arbetslivsinriktad rehabilitering har ökat något under loppet av 2003. I juli 2003 deltog 13 procent fler kvinnor och procentuellt lika många fler män i arbetslivsinriktad rehabilitering jämfört med motsvarande månad föregående år. De insatser som har gjorts tycks ha fått en effekt. Uppgifterna bör dock tolkas med försiktighet till följd av att statistiken om antalet personer i arbetslivsinriktad rehabilitering är osäker. Både under- och överskattning kan förekomma på grund av bristfällig registrering hos försäkringskassorna.

**Diagram 2.8** Antal personer i arbetslivsinriktad rehabilitering efter kön, månadsvis 2001–2003

Källa: RFV, SAR

Drygt 60 procent av de personer som har varit föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering återfår arbetsförmågan helt eller delvis. Riksförsäkringsverket utreder möjligheterna att ta fram ytterligare indikatorer för att följa upp försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet. I kommande uppföljningar kommer dessa indikatorer att redovisas särskilt.

### 3 Aspekter på sjukskrivning och dess förändringar

I den allmänna debatten om orsakerna till den kraftiga ökningen av framför allt de långa sjukskrivningarna nämns främst konjunkturen, arbetsmiljön, bristande ekonomiska incitament, arbetskraftens högre ålder samt en otillräcklig sjukförsäkringsadministration som tänkbara orsaker. Den s.k. AHA-utredningen (SOU 2002:62) konstaterar att alla faktorer spelat in i någon utsträckning, men att ingen enskild faktor haft någon avgörande betydelse. Utredningen pekar också på att människors syn på sjukförsäkring antagligen har förändrats i samspel mellan individ, läkare och arbetsplats. Enligt utredningen kan en sådan förändring vara en förklaring till den ökade sjukfrånvaron. Andra utredningar (Lidwall, Henreksson, Marklund m fl.) konstaterar oftast att en enskild faktor haft en viss betydelse men lägger tyngdpunkt på olika faktorer.

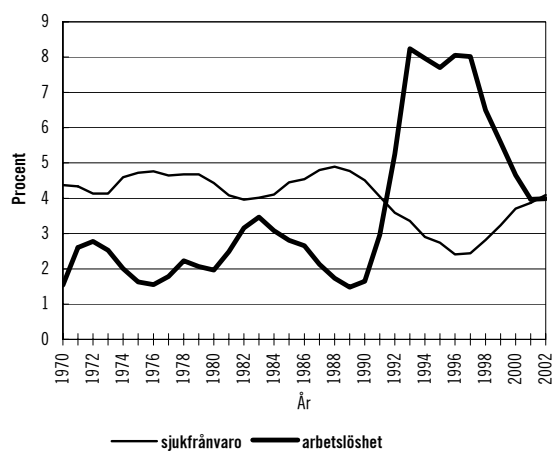
De utredningar och forskningsrapporter om den ökade sjukskrivningen som hittills publicerats ger inte underlag för några entydiga slutsat-

ser om orsakssambanden. Man kan konstatera att arbetskraftens högre ålder knappast har bidragit annat än marginellt till ökningen (cirka 5 procent enligt beräkningar av RFV).

I detta avsnitt diskuteras närmare betydelsen av förändringar i konjunkturen och arbetsmiljö, administrationens betydelse, ekonomiska incitament samt förändrade attityder som möjliga orsaker till variationerna i sjukskrivningar. En särskild genomgång av jämställdhetsaspekten redovisas. Dessutom behandlas kortfattat regionala skillnader i sjukskrivning.

#### 3.1 Konjunkturer som förklaring till förändringar i sjukskrivning

I Sverige finns, till skillnad från i flertalet andra europeiska länder, ett tydligt samband mellan konjunkturer och sjukfrånvaro som innebär att när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. Detta samband har varit stabilt över flera konjunkturcykler.

**Diagram 3.1** Arbetslöshet och sjukfrånvaro

Källa: SCB, arbetskraftsundersökningarna.

I en rapport från ESO (Ds 2002:49) studeras utvecklingen av sjukfrånvaron i några europeiska länder. Där visar det sig att i Sverige, Norge och Nederländerna finns ett tydligt samband mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet över tiden.

I RFV:s rapport "Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron?" (RFV Redovisar 2001:10) ges två teoretiska förklaringar till detta samband. Den ena bygger på att nivån på arbetslösheten påverkar sjukfrånvarobeteendet.



Om en person upplever att risken för att bli uppsagd ökar vid sjukskrivning kommer denne att bli mindre benägen att vara borta från arbetet när risken för att bli avskedad upplevs som större, dvs. när arbetslösheten stiger. Under perioder med hög arbetslöshet skulle alltså sjuka personer i högre utsträckning vara sjuknärvarande i stället för sjukfrånvarande.

Den andra förklaringen är att personer med hög risk för att bli arbetslösa också har en högre sannolikhet att vara sjukfrånvarande. När arbetslösheten är låg, och sysselsättningen därmed hög, är dessa personer i högre utsträckning anställda jämfört med när arbetslösheten är högre. De bidrar därmed till en högre nivå på sjukfrånvaron under högkonjunktur.

Rapportens slutsats är att av dessa två förklaringar är det den förstnämnda förklaringen som dominerar, dvs. att det i större utsträckning är så att arbetslösheten har en dämpande effekt på sjukskrivningsbeteendet än att personer med sämre hälsa påverkar sjukskrivningsnivån genom att vara arbetslösa i lågkonjunktur och sysselsatta i högkonjunktur.

AHA-utredningens delbetänkande (SOU 2002:62) delar upp de möjliga förklaringarna till konjunkturmönstret i fyra delar:

- ökad arbetskraft gör att fler kan bli sjukskrivna
- personer som tidigare var arbetslösa blir nu istället sjukskrivna
- sysselsättningsuppgången gör att personer med sämre hälsa inträder i arbetskraften
- rädslan för att bli arbetslös påverkar individernas benägenhet att vara sjukskrivna

Den första förklaringen är enligt betänkandet otillräcklig för att förklara de senaste årens utveckling. Förklaring två innebär att det finns personer som det egentligen inte finns plats för på arbetsmarknaden. Beroende på systemens utformning och kapaciteten för kontroll befinner sig dessa individer i olika system vid olika tidpunkter och den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna skulle därmed delvis kunna förklaras av att arbetsförmedlingarna har blivit striktare i sin bedömning av vem som är berättigad till ersättning, medan försäkringskassorna blivit mindre strikta bl.a. beroende på en ökad arbetsbelastning. Även om sjukskrivningarna tycks ha ökat bland arbetslösa har dock den största delen sjukskrivna personer faktiskt en anställning,

vilket leder till slutsatsen att även denna förklaring bara står för en del av helheten.

Den tredje förklaringen innebär att när sysselsättningen ökar, anställs även personer med sämre hälsa och därmed högre sannolikhet för sjukskrivning. I betänkandet konstateras att personer som tidigare varit arbetslösa visserligen har en något högre risk för sjukskrivning, men att skillnaden är så pass liten att inte heller den kan förklara ökningen av sjukskrivningstalen.

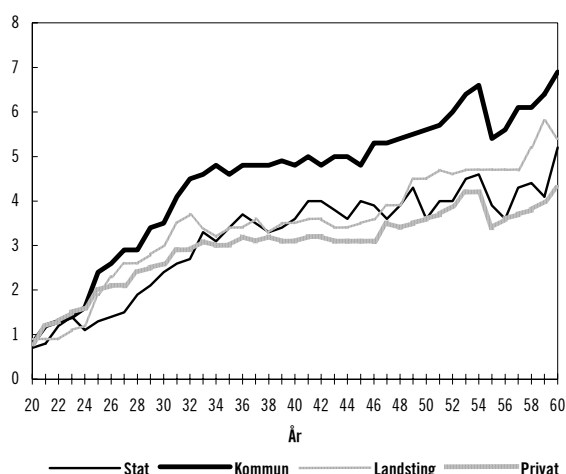
Den fjärde och sista förklaringen har i andra studier påvisats ha viss betydelse. Hur stor effekten av ett förbättrat konjunkturläge och därmed minskad risk för arbetslöshet har varit är dock svårt att mäta. Slutsatsen blir att de förklarande faktorer som presenterats här sannolikt har var sin del i förklaringen, men att det är svårt att uppskatta hur stor denna del är och vid vilken tidpunkt en enskild faktor spelar in. Konjunkturen förefaller inte ha haft denna betydelse för de långa sjukskrivningarna. Visserligen ser man även här en variation med hänsyn till konjunkturer på samma sätt som sjukskrivningen i övrigt, men ökningen av de långa sjukfallen under de senaste åren söker annan förklaring.

### 3.2 Arbetsmiljö och sjukskrivningar i olika delar på arbetsmarknaden

Det faktum att sjukskrivningen varierar på olika delar av arbetsmarknaden har ofta tagits till i takt för att arbetsmiljön och dess förändringar har stor betydelse för såväl hälsa som sjukskrivningar. Det har i flera sammanhang bl.a. framkommit att sjukskrivning och sjukfrånvaro är högre i den offentliga sektorn jämfört med den privata. Särskilt hög är sjukskrivningen i den primärkommunala sektorn.

I primärkommunerna är 80 procent av de anställda kvinnor, vilket självfallet påverkar sektorns sjuktalet eftersom sjukskrivning bland kvinnor är betydligt högre än bland män. Personalen i kommunerna har vidare en högre medelålder än arbetskraften i sin helhet – det skiljer cirka 1,5 år. Även detta påverkar sjuktalet, som ökar med ålder.

Men även om man tar hänsyn till dessa skillnader i personalens sammansättning, är sjuktalet högre i primärkommunerna än i andra sektorer.

**Diagram 3.2 Andelen sjukpenning av förvärvsinkomsten för kvinnor i olika sektorer år 2001<sup>1</sup>**

Källa: SCB, LOUISE-databas

<sup>1</sup> Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttaket i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

Sjukskrivning i primärkommunerna är med detta sätt att mäta påtagligt högre för åldrarna 52 – 60 år, men den gäller i alla åldrar. Notabel är den relativt stora skillnaden mellan sjukskrivningen i primärkommuner och landsting.

Det finns ännu inga studier som visar om den höga sjukskrivningen i kommunerna är ett resultat av brister i arbetsmiljön, om otillräckliga ekonomiska resurser ger en hög arbetsbelastning, eller om det är arbetets art i sig som ger höga sjukskrivningar. Eftersom de kommunala huvudverksamheterna skola, barnomsorg och äldreomsorg till 90 procent bedrivs i kommunal regi är en sådan jämförelse svår att göra.

Bland de kommunala verksamheterna är sjukskrivningarna högst inom äldre- och barnomsorgen, men betydligt lägre inom skolan. Sjukskrivningarna bland kvinnor inom skolan är emellertid lika höga som inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

Manlig kommunal personal är varken mer eller mindre sjukskrivna i kommuner än i andra sektorer.

De högsta sjukskrivningstalen för olika yrkesgrupper i kommunerna gäller speciallärare, lärare i praktiskt-estetiska ämnen samt baspersonal med gymnasieutbildning inom äldreomsorgen.

**Tabell 3.1 Yrkes/utbildningsgrupper med högst sjukskrivning år 2001**

Mest sjukskrivna kvinnor	Index <sup>1</sup>	Mest sjukskrivna män	Index <sup>1</sup>
Verkstadsmekaniker	241	Speciallärare	101
Omvårdnadsarbete (gymnasieutbildade)	229	Transportarbetare	94
Transportarbetare	218	Omvårdnadsarbete (gymnasieutbildade)	93
Social serviceutbildning	214	Yrkeslärare	89
Speciallärare	201	Träarbetare	81
Förskollärare	196	Livsmedelsarbete	76
Barnskötare o dyl.	191	Verkstadsmekaniker	74
Fritidspedagoger	188	Byggnadsarbetare	73
Lärare i praktiskt-estetiska ämnen	183	Lärare i praktiskt-estetiska ämnen	71
Hotell- och restaurangarbete	181	Sjukgymnaster	69

<sup>1</sup> Index mot alla yrkesgrupper, summa kvinnor och män.

Källa: RFV och SCB, specialbearbetning

De lärargrupper som ovan redovisats med höga sjukskrivningar är relativt små – de stora lärargrupperna inom grund- och gymnasieskolan har lägre sjukskrivningstal än genomsnittet både för män och kvinnor.

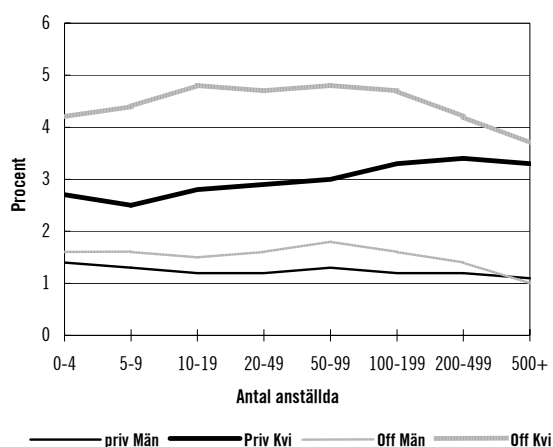
Bland de branscher som domineras av verksamhet i privat regi finns de högsta sjuktalen inom vissa industribranscher. Lägst sjukskrivning återfinns inom tjänstemannabranscher med hög inkomst/utbildning, t.ex. finansiella tjänster.

#### *Färre sjukskrivningar på små arbetsställen?*

Regeringen har föreslagit inrättandet av ett särskilt högkostnadsskydd i sjukförsäkringen för småföretag. Huvudbakgrunden till detta är att småföretag är betydligt mer känsliga för produktionsstörningar på grund av sjukfrånvaro, men delvis också på grund av en lägre sjukfrånvaro i småföretagen. Man har noterat en lägre sjukfrånvaro i småföretag i tidigare undersökningar. Dessa undersökningar baseras på den s.k. kortperiodiska sysselsättningsstatiken. Denna statistik omfattar såväl sjuklönen som sjukpenning. Statistik som enbart omfattar sjukpenning visar emellertid att skillnaderna mellan företag av olika storlek är mycket små. För män finns nästan inga skillnader. Det är således troligt att de kortaste sjukfallen (sjuklöneperioden) är betydligt mindre vanliga på små arbetsställen än större. För kvinnor är sjukfrånvaron (som ersätts i form av sjukpenning) något mindre på små arbets-

ställen, men i offentlig sektor också på de allra största.

**Diagram 3.3 Andel sjukpenning av förvärvsinkomsten efter arbetsplatsens storlek, 2001**



Källa: SCB, LOUISE-databas

#### En ökning av arbetsrelaterad ohälsa

Sedan 1995/96 mäter SCB den arbetsrelaterade sjukfrånvaron. Måttet bildas genom att intervju-personer i enkäter sagt sig vara sjukfrånvarande till följd av arbetet under det senaste året. Det är alltså individens egen uppfattning som mäts. Av undersökningen framgår att den arbetsrelaterade sjukfrånvaron ökat kraftigt från 1998 både för kvinnor och män.

Det finns flera undersökningar som ger liknande bilder av storleksordningen på den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, exempelvis RFV analyserar (2003:10), SCB (Ds 2001:28), HpH-utredningen (SOU 2002:5).

**Diagram 3.4 Andelen arbetsorsakade besvär av all sjukfrånvaro**



Källa: AV/Undersökningen om arbetsorsakade besvär, SCB/AKU

#### Faktorer i arbetsmiljön som påverkar sjukskrivning

Vid analyser av den psykosociala arbetsmiljöns inverkan på hälsan har de senaste åren ofta använts en modell som kallas krav-kontroll-modellen. Modellen arbetar med två variabler, egen kontroll (beslutsutrymme) och psykologiska krav. Om både kontroll och krav är höga anses arbetet vara "aktivt", om de båda är låga är arbetet "passivt". Hög kontroll och låga krav ger ett "avspänt" arbete, medan låg kontroll och höga krav ger ett "spänt" (eller "anspönt") arbete. Resultatet av RFV:s enkät från maj 2002 (RFV analyserar 2003:10) är att en betydligt högre andel av de kvinnor och män som hade ett anspönt arbete, dvs. ett arbete med höga psykiska krav och låg egenkontroll, upplevde att förhållandena på arbetet är orsaken till sjukskrivningen jämfört med dem som hade en annan sorts arbete. Av dem som hade ett anspönt arbete ansåg cirka 7 av 10 att sjukskrivningen var arbetsrelaterad, medan det endast var cirka 3 av 10 av dem med avspänt arbete som ansåg det samma.

I HpH-betänkandets bilaga 2:7 redovisas resultatet från en studie med 9 000 personer i åldern 25–59 som följs mellan åren 1995 och 1999. Studien belyser

- ergonomisk arbetsmiljö
- upprepade arbetsmoment
- krav och kontroll.

Resultaten visar att det finns tydliga samband mellan ergonomiska påfrestningar i arbetet och andelen som haft sjukpenning och liknande bidrag. Detta gäller både män och kvinnor.

Vidare visar det sig att arbeten där samma arbetsmoment upprepas och där arbetet inte kan påverkas har tydliga effekter på sjukpenninguttaget, med större risk för männen än för kvinnorna.

Både män och kvinnor som arbetar under hög anspänning (låg egenkontroll och höga arbetskrav) har ökad frånvaro på grund av ohälsa. Kvinnor med såväl aktiva som passiva jobb och jobb med låg anspänning uppvisar lägre sjukskrivning än de som har jobb med hög anspänning, dvs. låg kontroll och höga krav. Män uppvisar ett annat mönster. Män med aktiva jobb har i mindre grad än andra män ett stort uttag av sjukpenning och liknande bidrag, medan däremot män med jobb med såväl hög som låg an-

spänning samt med passiva jobb har högre sjukskrivning. Det finns alltså en viktig skillnad mellan hur kvinnor och män reagerar på aktiva jobb – stort sjukpenninguttag är dubbelt så vanligt bland kvinnor än bland män.

Det mönster som uppvisas för utvecklingen av den långa sjukskrivningen tyder på att förändringar i arbetslivet och då främst försämringar av den psykosociala arbetsmiljön har stor påverkan på utvecklingen. Arbetslivsinstitutet har i augusti 2003 till regeringen överlämnat en rapport angående trender i arbetslivet "Låsningar och lösningar i arbetslivet". Rapporten pekar på en nära koppling mellan den ökade långtidssjukskrivningen och förändringar i arbetslivet. Bland annat menar forskarna att det finns en ökad tendens till utsortering av individer med "svagheter av olika slag". I rapporten sägs; "Undersökningar visar att upp till en tredjedel av den arbetande befolkningen bär på olika besvär och sjukdomar; en förhöjd nivå på sjukskrivningarna kan bero på att de berörda inte får vara kvar i arbetet eller själva vill avbryta sitt arbete. Den stora skillnaden i dag är inte en ökning av besvärsfrekvensen utan att fler av de som har hälsoproblem i högre grad är långtidssjukskrivna, och att det finns en tendens till en långsiktig ökning av andelen personer med hälsoproblem som försvinner in i de sociala- och arbetsmarknadspolitiska systemen". Rapporten lyfter också fram att samtidigt som arbetsmiljön i många hänseenden blivit bättre så har en utveckling skett av nya problem i arbetsmiljön. Forskarna menar att det är entydigt att den psykosociala arbetsmiljön för många försämrats vilket har en stor betydelse för att allt fler känner stress och oro.

### 3.3 Administrationen

Socialförsäkringens administration har en betydelsefull roll i sjukskrivningsprocessen. Administrationen bedömer arbetsförmågan, har ett samordningsansvar för den enskildes rehabilitering och ett ansvar att rätt ersättning utbetalas. Det finns tecken på brister i försäkringskassans administration, bl.a. att sjukfrånvaron skiljer sig mycket åt mellan olika regioner. Brister i administrationens funktionssätt kan vara en av orsakerna till att sjukskrivningarna har ökat.

I ESO-rapporten "Den svenska sjuka" diskuteras läkarnas och administrationens agerande som en anledning till att konjunkturen verkar på-

verka sjukfrånvaron i vissa länder men inte i andra. En tänkbar hypotes är att brister förekommer i läkarnas precision vid sjukskrivning samt socialförsäkringsadministrationens kontroll i länder där sjukfrånvaron varierar kraftigt med konjunkturläget. I en ännu opublicerad uppföljning av RFV:s och ESO:s studie har en närmare undersökning av denna hypotes ställts. De preliminära resultaten har dock inte givit något tydligt stöd för hypotesen att det skulle kunna föreligga ett sådant samband.

AHA-utredningen lyfter fram administrationen som en viktig aspekt i delbetänkandet "Kunskapsläge sjukförsäkringen". Enligt utredningen har sjukskrivningstalen 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.

En del av de åtgärder som regeringen har vidtagit gäller administrationen. Bland annat har medel tillförts för att flera rehabiliteringssamordnare skall kunna anställas och att avstämningarna med den sjukskrivne skall kunna hållas. Regeringens åtgärdsprogram redovisas i avsnitt 4. Åtgärderna kan endast delvis följas upp med befintlig statistik över exempelvis andelen partiella sjukskrivningar och antalet personer i rehabilitering. Eventuella kompletterande indikatorer diskuteras på Riksförsäkringsverket (se avsnitt 5).

### 3.4 Ekonomiska drivkrafter

Arbetsgivarnas kostnader i synnerhet för den korta sjukfrånvaron är betydande (se bl.a. Ds. 2002:63 Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron). Så länge som arbetsgivaren betalar sjuklön till den sjukskrivne kvarstår lönekostnaden i stort sett samt de andra ordinarie kostnader som arbetsgivaren har. Därtill kommer kostnader i form av produktionsbortfall, kvalitetsförsämringar och övriga kringkostnader.

Vid en längre tids sammanhängande frånvaro är möjligheterna för en enskild arbetsgivare större. Om en vikarie sätts in har arbetsgivaren kostnader för att rekrytera och skola in en ersättare, men när väl denne är på plats och har tagit över arbetsuppgifterna är arbetsgivarens

merkostnader till följd av sjukfrånvaron förhållandevis blygsamma. Det kan t.o.m. vara så att verksamheten fungerar bättre än tidigare. I sådana situationer är arbetsgivarnas incitament att verka för en aktiv rehabilitering av den långtids-sjukskrivne små, liksom också incitamenten att förebygga långtidsjukskrivning.

Det kan vidare vara så att incitamenten att vidta åtgärder av detta slag är större hos privata än hos offentliga arbetsgivare. Förklaringen är att det eventuella produktionsbortfallet inte leder till samma kostnadskonsekvenser i offentlig verksamhet som i privat. Sjukfrånvaron i offentlig sektor kan i vissa fall i praktiken bli en besparing för verksamheten.

Att ekonomiska incitament – i första hand förändringar av ersättningsnivån – har betydelse för individens benägenhet att sjukskriva sig torde vara ställt bortom alla tvivel. Så t.ex. har införandet av karensdagen sannolikt haft stor betydelse för nedgången av den korta sjukfrånvaron. Henreksson/Persson (2003) har visat att förändringar i ersättningsnivån har en generell påverkan på sjukskrivningen. I denna analys framkommer också att denna effekt är starkare för kvinnor än för män.

### 3.5 Attityder till sjukskrivning

Orsaken till uppgången av de långa sjukskrivningarna under de senaste fem åren har inte kunnat förklaras entydigt. AHA-utredningen (SOU 2002:62) lyfter fram förändringar i ålderssammansättning, administrativa tillkortakommanden och förändringar i förtidspensions-systemet som förklaringsfaktorer.

Vidare pekar utredningen på en mer komplex faktor, som har att göra med ett mer pressat arbetsliv och ett minskat psykiskt välbefinnande. Utredningen konstaterar att ”något har hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv”.

I den allmänna debatten talas ibland om en attitydförändring till sjukskrivning. Attitydförändringen kan gälla såväl individer, läkare som arbetsgivare.

Redan på 1950-talet diskuterade sociologen Parsons (se Alexandersson, SOU 2000:121) olika aspekter av sjukrollen och hävdade att den innehåller fyra institutionaliserade förväntningar,

av vilka två är skyldigheter och två är rättigheter. Skyldigheter är att vilja bli frisk, uppfatta situationen som ”icke önskvärd” och att samarbeta för att bli frisk. Rättigheter gäller att slippa arbeta samt att ej hållas ansvarig för sitt tillstånd. En tyngdpunktsförskjutning från skyldighet till rättighet skulle ge en ökad sjukskrivningsbenägenhet, allt annat lika.

I internationella sammanhang brukar man skilja på olika aspekter av begreppet sjukdom (se bl.a. Wikman, Marklund, 2003):

- självupplevd sjukdom
- medicinsk sjukdom, dvs. den sjuklighet en läkare kan diagnostisera
- socialt accepterad sjukdom, dvs. den roll en ”sjuk” person tar eller ges i ett samhälle.

En eventuell normförskjutning under senare år skulle till stor del gälla den socialt accepterade sjukligheten. I takt med att sjukskrivningarna ökat – inte minst i form av långa sjukskrivningar med psykiska diagnoser – kan den sociala acceptansen för särskilt psykiskt betingade sjukskrivningar ha ökat. Det finns emellertid inga studier som bekräftar en förskjutning. Däremot finns studier som visar att en betydande del av de sjukskrivna inte är det på grund av medicinska orsaker och att många anser att sjukskrivning kan vara rätt även om man inte är sjuk.

Paradoxalt nog tycks även den s.k. sjuknärvaron ha ökat under de senaste åren (se Aronsson 2002), samtidigt som sjukskrivningarna ökat. Huruvida detta gäller korta eller långa sjukperioder är inte klarlagt.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det för närvarande saknas tillräcklig kunskap om förändringar i attityder till sjukskrivning som delförklaring till de stora variationer i sjukskrivningar som ägt rum under de senaste 15 åren.

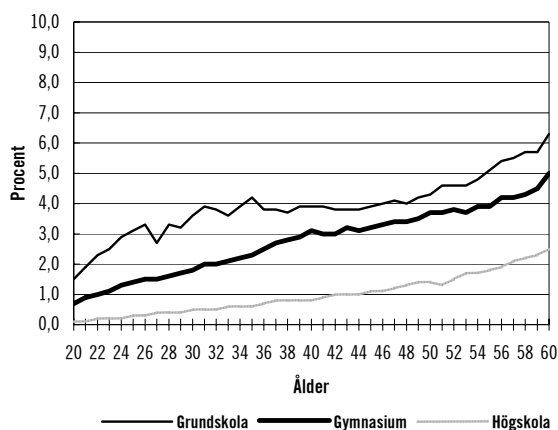
### 3.6 Jämställdhetsperspektiv

Kvinnor har under lång tid varit överrepresenterade bland de sjukskrivna. Innan kvinnor på allvar kom in på arbetsmarknaden var naturligt nog kvinnors andel av sjukskrivningarna oftast – men inte alltid – mindre än hälften. Från början på 1980-talet, när kvinnors sysselsättningsgrad nådde ungefär samma nivåer som mäns, har kvinnors andel av sjukskrivningarna ökat – särskilt i högkonjunkturer – och omfattade cirka

två tredjedelar av alla sjukskrivningsdagar under första halvåret 2003.

Kvinnor är mer sjukskrivna än män i alla grupper oavsett ålder, utbildning, familjetyper, bransch osv. Storleken på skillnaderna kan variera beroende på efter vilken indelningsgrund jämförelserna görs. Nivån på sjukskrivningarna sammanfaller med ålder och utbildningsnivå, vilket framgår av diagrammen nedan. Som framgått tidigare är det mått som använts i diagrammen en god approximation på sjukskrivningens omfattning.

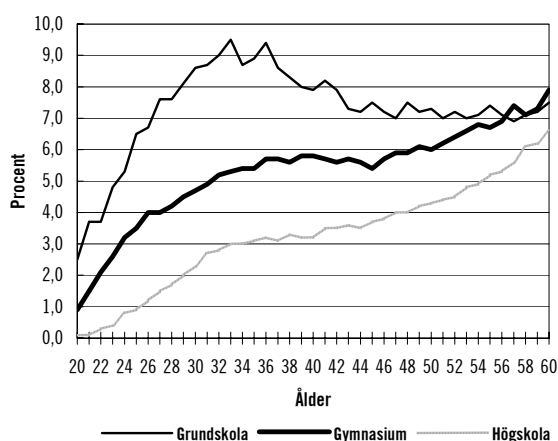
**Diagram 3.5 Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, män 2001<sup>1</sup>**



Källa: SCB, LOUISE-data

<sup>1</sup> Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttakiet i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s Sjukdom och ohälsa, bilaga 1.

**Diagram 3.6 Andel sjukpenning av förvärvsinkomst efter ålder och utbildningsnivå, kvinnor 2001<sup>1</sup>**



Källa: SCB, LOUISE-databasen

<sup>1</sup> Detta mått underskattar sjukskrivningen för alla med inkomst över inkomsttakiet i sjukförsäkringen. Felet är emellertid marginellt enligt SCB:s rapport "Sjukdom och ohälsa", bilaga 1.

Den största skillnaden mellan kvinnor och män gäller högskoleutbildade. Medan kvinnor med lägre utbildningar har en sjukskrivning som är ungefär dubbelt så hög som mäns, har högskoleutbildade kvinnor en sjukskrivning som ligger 3 – 6 gånger högre än mäns. Allvarligt är också att kvinnor med låg utbildning har en mycket hög sjukskrivningsnivå redan i unga åldrar.

Bland olika familjetyper har ensamstående kvinnor med barn den högsta sjukskrivningen i åldrar mellan 28 och 50 år. I åldrarna upp till 26 år har gifta/samboende kvinnor med barn de högsta sjuktalen. Bland män finns inte lika stora skillnader mellan olika familjetyper, men ensamstående män har en högre sjukskrivningsfrekvens än samboende.

Det faktum att kvinnor är mer sjukskrivna än män har ett antal dimensioner. En översikt av dessa redovisas i det följande.

#### *Handläggningen vid försäkringskassan*

En studie av Pär-Olov Sännvall (Socialförsäkring, kön och agenda, Försäkringskassan i Stockholm län, 2002) visar att kvinnor och män behandlas olika vid handläggningen hos försäkringskassan av sjukskrivning och rehabilitering. I samtliga de tre diagnosgrupper som studerades visade sig kvinnor bli mer partiellt sjukskrivna än män. Vidare beviljades kvinnor kortare perioder av såväl arbetsträning som studier än män; kostnader för utbildningar till kvinnor uppgick i genomsnitt till mindre än en tredjedel av mäns; kvinnor beviljades såväl arbetsträning som studier senare i sjukfallen, jämfört med män.

#### *Deltagande i arbetslivet*

År 2001 var kvinnors sysselsättningsgrad 73,5 procent, mäns 77,0 (Arbetskraftsundersökningen, SCB). För 25 år sedan var skillnaderna betydligt större – de senaste decennierna har enkelt uttryckt inneburit att kvinnors arbetskraftsdeltagande visat en stigande trend medan mäns varit sjunkande. I synnerhet kännetecknas Sverige av ett internationellt sett mycket högt arbetskraftsdeltagande bland kvinnor i åldern 50–59 år.

Mäns och kvinnors arbetsliv är olika genom att kvinnor i högre utsträckning än män arbetar deltid, i högre utsträckning än män har tidsbegränsade anställningar, framförallt vikariat och i lägre utsträckning än män är egna företagare (se RFVredovisar 2001:5).

*Yrkes- och sektorfördelningen*

AHA-utredningen har, baserat på bl.a. SCB:s statistik om självrapporterade besvär med data fram till och med 2001/2, funnit endast små skillnader mellan näringslivets sektorer vad gäller samband mellan fysiska förhållanden på arbetet och olika besvärsutfall. Däremot finns det en kraftig ökning av sambandet mellan sömnsvårigheter på grund av arbetet och sjukfrånvaro över 5 veckor bland kvinnor inom offentlig sektor. Bland kvinnor är sjukfrånvaro till följd av besvär, oavsett typ av besvär, störst inom offentlig sektor. Sjukfrånvaro totalt på grund av fysiska besvär är vanligare bland män inom privat sektor än inom offentlig sektor.

Arbetsmarknaden är könssegregerad i alla länder, men i större utsträckning i Sverige än i de flesta andra länder (enligt Alexandersson i SOU 2000:121, Bilaga 5). Detta gäller både i den meningen att flertalet yrken är antingen mans- eller kvinnodominerade och över- och underordning på arbetsplatsen. Könssegregeringen leder, enligt Alexandersson, till att kvinnor och män i stor utsträckning dels exponeras för olika arbetsmiljöer, både i betalt och obetalt arbete, dels för att de arbetsmiljöförhållanden kvinnor utsätts för oftast är sämre. Den vertikala uppdelningen innebär att kvinnor finns på lägre befattningsnivåer och i mindre prestigefyllda jobb än män. På 43 procent av alla arbetsplatser finns inga kvinnliga chefer överhuvudtaget medan manliga chefer endast saknas på 5 procent av alla arbetsplatser (se SOU 1998:6, betänkande från Kvinnomaktutredningen).

Denna uppdelning av arbetsmarknaden kombineras med att kvinnors löner fortfarande är betydligt lägre än mäns, bl.a. är kvinnoarbete inom offentlig sektor, vård och omsorg särskilt lågavlönat.

*Arbetsförhållanden*

I RFV:s studie (RFV Analyserar 2003:3 Psykosocial arbetsmiljö- och långvarig sjukskrivning) pekas förändringar i den psykosociala arbetsmiljön ut som den troliga utlösande faktorn bakom ökningen av de långvariga sjukskrivningarna sedan 1997. Den psykosociala arbetsmiljön har under 1990-talet ändrats särskilt för kvinnorna. Vidare framgår att den kraftigaste ökningen av sjukfrånvaron och de arbetsrelaterade besvären har skett inom de delar av arbetslivet som haft den mest negativa utvecklingen när det gäller psykosocial arbetsmiljö, nämligen

de kvinnodominerade kommunala verksamheterna vård, skola och omsorg.

I AHA-utredningens två betänkanden analyseras hur arbetsmiljön utvecklats under det senaste decenniet för män och kvinnor vad avser höga arbetskrav, egenkontroll över arbetet, graden av anspänning i arbetet samt stöd från chefer och arbetskamrater. Vidare studeras sambandet mellan exponering av olika fysiska och psykiska påfrestningar på arbetsplatsen och sjukfrånvaro. Väsentliga skillnader mellan mäns och kvinnors förhållanden visas, t.ex. i att andelen kvinnor som har ett bristande inflytande över sitt arbete har ökat sedan 1995/96 medan andelen män med bristande inflytande över det egna jobbet minskat sedan 1997/98. Samtidigt ser man ett klart samband mellan inflytande i arbetet och sjukskrivning. Andelen kvinnor som både hade lång sjukskrivning och litet inflytande över sitt arbete ökade kraftigt mellan 1995/96 och 2001/02. Även andelen män med både lång sjukskrivning och litet inflytande ökade kraftigt under samma period, men inte lika mycket som kvinnorna.

*Psykiska besvär*

Av studier som gjorts av folkhälsoutvecklingen (se SOU 2002:62, bilaga 4: Folkhälsans utveckling) mellan 1980 och 2000 framgår att befolkningens psykiska hälsa har försämrats under 1990-talet i några avseenden, mer bland kvinnor än bland män och mer i yngre åldrar (under 45 år) än i äldre. Ängslan, oro och ångest, trötthet och sömnbesvär har blivit vanligare. Trötthet och sömnbesvär tycks ha ökat framförallt efter 1996/97, både bland kvinnor och män men mest omfattande och systematiskt och på högre nivåer bland kvinnorna. Dessa är de enda allmänna hälsoindikatorer som i den citerade rapporten direkt kan kopplas till utvecklingen av sjukfrånvaron.

De psykiska problemen återkommer i statistiken över diagnoser vid långvariga sjukskrivningar. De vanligaste diagnoserna både hos män och kvinnor vid långvariga sjukskrivningar gäller rörelseorganens sjukdomar (se SOU 2002:62, Bilaga 2: Sjukfrånvarons utveckling under senare år). Andelarna både för män och kvinnor har mellan 1991 och 2001 ganska stabilt legat mellan 36 och 41 procent utan någon tydlig trend. Den näst vanligaste diagnosen är psykiska sjukdomar, inklusive utbrändhet, som uppvisar ett helt annat

mönster över tiden. Andelen psykiska diagnoser har under perioden 1991–2001 ökat från 16 procent till 30 procent (av de långtidssjukskrivna kvinnorna) och från 16 procent till 22 procent (av de långtidssjukskrivna männen).

#### *Tidsanvändning i vardagslivet*

Den hastiga ökningen av psykiska diagnoser bör ses mot bakgrunden av att män och kvinnor i stor utsträckning har olika slag av arbetsuppgifter med olika inslag av fysisk och psykisk belastning, kontroll och krav. Det kan också finnas ett samband med skillnader i mäns och kvinnors levnadsförhållanden och livssituation. Att dessa skillnader kan vara betydande framgår av SCB-statistik om tidsanvändning

Kvinnor arbetar oavlönat cirka 4 timmar per dag i hemmet medan mäns insats är omkring 3 timmar. SCB konstaterar i rapporten att detta innebär stora skillnader i mäns och kvinnors tidsanvändning. Så är t.ex. mäns arbete i högre grad koncentrerat till vardagar och dagtid, medan kvinnors är mer utspritt över dag och kväll, vardag och veckoslut. En annan skillnad är att förvärvsarbetet kan utföras under längre sammanhängande tidsperioder, vilket ger längre sammanhängande ledighet, medan hemarbetet sker utspritt över tiden med ständiga växlingar mellan ledig tid och arbetstid. Kvaliteten på kvinnors lediga tid sänks därför, dvs. ger mindre utrymme för personlig frihet och återhämtning.

Slutsatsen av tidsanvändningsstudien är att om man tar hänsyn även till oavlönat arbete så framgår skillnader mellan mäns och kvinnors livssituation. Detta kan vara en bidragande orsak till att förhållandena på arbetsplatsen påverkar män och kvinnor på olika sätt, t.ex. att kvinnor därmed kan vara mer utsatta för stressrisker i sitt förvärvsarbete. Kombinationen av obetalt hemarbete och förvärvsarbete är ett omdiskuterat ämne i forskningen (se Nationella Folkhälsokommitténs betänkande SOU 2000: 91). En forskningslinje går ut på att människor som har flera livsuppgifter (såväl förvärvsarbete som hemarbete) mår bättre än de som endast har en (expansionhypotesen), medan en annan linje (belastningshypotesen) fokuserar människans begränsningar och menar att flera livsuppgifter innebär en ökad belastning och därmed ökad risk för ohälsa. Flertalet studier avseende kvinnor tyder på att expansionhypotesen är mer giltig än belastningshypotesen men båda får stöd i svenska studier. Flera studier påvisar t.ex.

dubbelarbetets negativa inverkan på kvinnors hälsa. Mycket talar för att en kombination av de båda hypoteserna behövs för att förstå sambanden mellan arbete och hälsa, dvs. att flera livsuppgifter gynnar hälsan under förutsättning att den totala belastningen inte är för stor.

#### *Samhällsförhållanden, arbetsförhållanden, könsroller*

En analys ur ett jämställdhetsperspektiv av det konstaterade mönstret av ökade sjukskrivningar, särskilt bland kvinnor, måste ske genom en bedömning av flera samverkande faktorer. Enligt Valfärdsbokslut för 1990-talet (SOU 2001:79) uppvisar kvinnor fortfarande sämre välfärd än män på flera centrala områden, främst vad gäller ekonomi, arbete och hälsa, samtidigt som kvinnor har längre livslängd, bättre social förankring och något bättre utbildning än män. En viktig förändring under 1990-talet har konstaterats av Valfärdsbokslutet, nämligen att den psykosociala arbetssituationen har förvärrats mer för kvinnor än för män. Den ökade förekomsten av tidsbegränsade anställningar är också en förändring som framförallt berört kvinnor. Vidare är ensamstående kvinnor med barn en av de grupper för vilka utvecklingen över tid i förhållande till befolkningen i övrigt varit sämst, enligt Valfärdsbokslutet. En oroande trend har under 1990-talet varit den kraftiga ökningen av de ungas – och i synnerhet unga kvinnors – psykiska ohälsa.

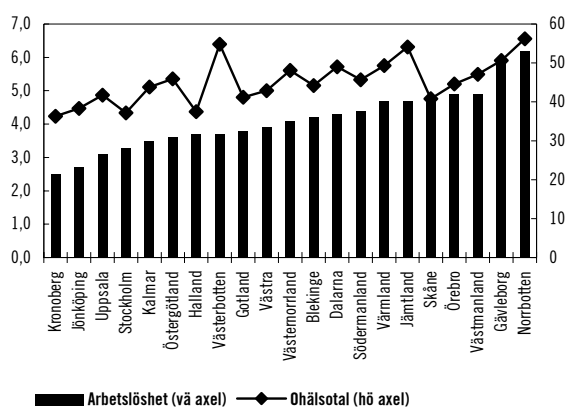
Det verkar vara en rimlig hypotes att ovanstående samhällsförhållanden och särskilt kombinationen av ett alltmer pressande arbetsliv med hög förvärvsfrekvens bland både kvinnor och män, och ett i stort sett statistiskt, traditionellt könsrollsmönster, kan skapa förutsättningar för ohälsa i arbetslivet. I denna situation inträffade i mitten av 1990-talet en försämring av arbetsmiljön, särskilt av den psykosociala arbetsmiljön. Samtidigt upplevde Sverige en förbättrad konjunktur med de konsekvenser en sådan brukar ha innebarande högre sjukskrivningstal. Med denna förklaringsmodell kan sjukskrivningsutvecklingen förstås utifrån de traditionella könsrollerna som en långsamt föränderlig bakgrundsfaktor i kombination med mer föränderliga faktorer som arbetsmiljö och konjunktur.



### 3.7 Regionala skillnader i sjukskrivning

På riksnivå finns över tiden ett samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro som innebär att när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. På regional nivå finns ett annat mönster när man jämför nivåerna på arbetslöshet och sjukfrånvaro. I flera fall är det så att de län som har högre arbetslöshet också har högre ohälsotal, och tvärtom. Några konkreta exempel på detta är Norrbottens och Gävleborgs län, som ligger högst bland länen både när det gäller arbetslöshet och ohälsotal, samt Jönköping, Kronoberg och Stockholm som uppvisar de lägsta arbetslöshetstalen och samtidigt mindre låga ohälsotal. För övriga län är sambandet inte lika starkt, men en tendens till positivt samband mellan arbetslöshet och ohälsa återfinns i flertalet län.

Diagram 3.7 Ohälsotal och arbetslöshet för länen



Något som uppmärksammas från olika håll är att nivån på sjukfrånvaron skiljer sig mycket åt mellan olika regioner. Förutom att det finns ett positivt samband mellan arbetslöshet och sjukskrivning så skiljer sig sjukskrivningstalens storlek markant åt. I HpH-utredningen (SOU 2002:5) konstaterades att skillnaderna är så stora mellan olika kommuner att den verkliga sjukfrånvaron varierar med relationen 1 till 7 i förhållande till den förväntade sjukfrånvaron. HpH finner dessa skillnader anmärkningsvärda då de inte enbart kan förklaras genom skillnader vare sig i kön, åldersstruktur eller näringslivsstruktur.

Även i AHA-utredningens delbetänkande (SOU 2002:62) gjordes en genomgång av de regionala skillnaderna. Slutsatsen blev att befolkningssammansättningen i olika län endast kan förklara en mindre del av skillnaderna i ohälsotal. Man konstaterar också att samvaria-

tionen mellan arbetslöshet och sjukskrivning vid en given tidpunkt går i en annan riktning än det konjunkturmönster över tiden som gäller för landet som helhet.

I RFV:s studie av regionala skillnader i sjukskrivningsmönster konstateras att det länge har funnits regionala skillnader när det gäller sjukskrivning, men att de har förändrats över tiden så att ohälsan de senaste 20–30 åren har flyttat från storstäderna till glesbygden. Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa som är tydligt i flertalet län förklarar RFV med att sjukskrivning sannolikt fortfarande används som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd i de län som lider av hög strukturell arbetslöshet. RFV finner det anmärkningsvärt att den ökning av ohälsan som har skett de senaste åren har varit stor framför allt i de län som redan hade höga ohälsotal.

Skillnaderna mellan länen, och även det faktum att de senaste årens ökning tenderar att i större utsträckning ha skett i län med redan höga ohälsonivåer, skulle kunna förklaras med att åldersstrukturen eller branschammansättningen skiljer sig åt mellan länen på ett sådant sätt att det är de som förklarar skillnaderna i sjukskrivning. RFV konstaterar dock, liksom andra gjort tidigare, att de regionala skillnaderna finns i alla åldersgrupper och alla branscher, dvs. de beror inte entydigt på åldersstruktur eller branschammansättning. I stället lyfts skillnader i sjukskrivningspraxis fram som en delorsak till de regionala skillnaderna.

Regeringen beslutade i december 2002 om ett uppdrag till sex myndigheter att kartlägga och analysera regionala skillnader i sjukfrånvaro inom respektive myndighet. Resultaten redovisas i denna budgetproposition (Utgiftsområde 2, Bilaga 1).

Det är inte bara nivån på sjukskrivningarna som varierar mellan länen utan också sjukskrivningarnas längd. Regionala skillnader i demografi, arbetsmarknad och näringsstruktur avspeglar sig till viss del i de långtidssjukskrivnas egenskaper i olika län. Vissa skillnader är dock så framträdande att de troligtvis inte kan förklaras av olika strukturella skillnader mellan länen. Skillnader när det gäller exempelvis diagnosmönster indikerar även att sjukskrivningspraxis kan variera över landet. (Se rapporten "Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete", RFV Redovisar 2002:8)

## 4 Regeringens åtgärder för att motverka ohälsan 2002 – 2003

### 4.1 Regeringens åtgärder

#### *11-punktsprogrammet*

Mot bakgrund av den stora ökningen av sjukfrånvaron och särskilt de långa sjukskrivningarna påbörjade regeringen hösten 2001 ett arbete med en strategi för hälsa i arbetslivet i form av ett 11-punktsprogram (prop. 2001/02:1). Programmet innehöll såväl åtgärder i syfte att förebygga ohälsa som insatser för snabbare återgång till arbete för de som redan är sjukskrivna.

Behovet av ett mål för arbetet att minska ohälsan framfördes och arbetet att införa ekonomiska incitament för arbetsgivare att förebygga ohälsa inleddes inom ramen för 11-punktsprogrammet. Ytterligare punkter i programmet var behovet av ekonomiska hälsobokslut och försöksverksamhet inom offentliga sektorn, förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, översyn av sjukskrivningsprocessen samt översyn av forskning och statistik. Dessutom framfördes behovet av förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården. Vikten av en engagemang från arbetsmarknadens parter poängterades och trepartssamtalen mellan regeringen och parterna initierades. Exempel på några viktiga insatser som har initierats av arbetsmarknadens parter redogörs för i avsnitt 4.2.

#### *Fortsatt strategi*

Regeringens arbete att minska sjukskrivningarna har därefter baserats på 11-punktsprogrammet. Programmet har utvecklats och fördjupats i flera punkter och i budgetpropositionen för 2003 presenterades den fortsatta strategin för arbetet. Även den fortsatta strategin är inriktad på de två huvudområdena, förebyggande arbetsmiljöarbete och åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa. Det konstaterades bl.a. det nödvändiga i att förstärka, vidareutveckla och konkretisera åtgärderna under de närmaste åren med inriktning på följande områden: ekonomiska drivkrafter, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering, sjuk- och aktivitetsersättning och förstärkt förebyggande arbete.

*Åtgärder inom området sjukskrivningsprocessen, rehabilitering och sjukförsäkringens administration*  
I budgetpropositionen för 2003 tillfördes socialförsäkringens administration närmare 500

kronor per år för arbetet mot ohälsan 2003 och 2004. Resurserna skall bl.a. användas till att anställa flera rehabiliteringssamordnare. Vidare skall den försäkrade ges rätt till en egen kontaktperson på försäkringskassan som stödjer den enskilde och samordnar insatser av arbetsgivare, läkare och andra samt regelbundet håller kontakt med den försäkrade. Även behovet av flera försäkringsläkare från 2003 samt förstärkt utbildning av läkare i försäkringsmedicin påtalades. I samma proposition aviserades en översyn av socialförsäkringens administration. För att bl.a. öka effektiviteten i arbetet med att minska ohälsan.

Våren 2003 lade regeringen fram förslag till riksdagen (prop. 2002/03:89) bl.a. i syfte att öka användningen av deltidssjukskrivning när den enskilde har viss arbetsförmåga kvar. I propositionen föreslogs att deltagande i avstämningsmöten hos försäkringskassan för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan och behovet av rehabilitering skall vara obligatoriskt för den enskilde. Vidare föreslogs att reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar skall skärpas och att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för att betala ut sjukpenning. Även i denna proposition poängterades behovet av att förstärka intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin och att flera försäkringsläkare anställs. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen (bet. 2002/03:SfU10, rskr. 2002/03:227). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Från den 1 juli 2003 gäller en ny blankett för läkarintyg. Intyget har utformats på ett sådant sätt att det underlättar för läkaren att avgöra om patienten skall vara sjukskriven på hel- eller deltid. Syftet med det nya intyget är att patientens faktiska arbetsförmåga skall framgå tydligare för försäkringskassan som skall besluta om rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

I 2003 års ekonomiska vårproposition (prop. 2002/03:100) föreslog regeringen ytterligare ett antal åtgärder för att minska sjukskrivningarna och för att begränsa kostnaderna för ohälsan. Det föreslogs att sjuklöneperioden för arbetsgivare skall förlängas från 14 till 21 dagar och att den sjukpenninggrundande inkomsten skall multipliceras med faktor 0,97 vid beräkning av sjukpenning. Dessutom skall sjukpenningen för

arbetslösa anpassas så att sjukpenning för denna grupp inte utges med högre belopp än det högsta ersättningsbeloppet inom arbetslöshetsförsäkringen. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

*Sjukskrivna arbetslösa och personer som inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare*

Regeringen har vidtagit särskilda åtgärder för att arbetslösa och personer som inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare skall kunna få hjälp och rehabilitering tillbaka till ett arbete.

Riksförsäkringsverket (RFV), Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket (AV) fick redan i sina regleringsbrev för budgetåret 2001 i uppdrag att inkomma till regeringen med en gemensam handlingsplan för hur samverkan skall utformas för en effektiv användning av befintliga rehabiliteringsresurser. Förutom en konkretisering av det formella samarbetet mellan myndigheterna innehöll handlingsplanen en rad åtaganden om olika insatser för att förbättra och effektivisera samverkan.

Vidare har det under 2002, 2003 och 2004 avsatts 70 miljoner kronor per år för tre projekt för att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. AMS och RFV har i uppdrag att genomföra projekten. Samtliga projekt skall slutredovisas i februari 2005.

I början av 2003 har AMS och RFV fått i uppdrag av regeringen att lämna förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering. Avsikten är att stärka arbetslinjen i sjukförsäkringen så att fler sjukskrivna fortare skall kunna återfå sin arbetsförmåga och få ett arbete. Förslagen skall avse arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna med en anställning de inte bedöms kunna återgå till. Utgångspunkten bör vara att arbetsförmedlingen efter överenskommelse med försäkringskassan får ansvaret för insatser för dem som behöver nytt arbete medan försäkringskassan behåller samordningsansvaret för rehabiliteringen och ansvaret för dem som skall återgå till sin anställning. Uppdraget har redovisats till regeringen i juni i år och ärendet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Slutligen har det i 2003 års ekonomiska vårproposition föreslagits att en temporär form av anställningsstöd skall införas för att underlätta långtidssjukskrivna att återgå i arbete. Regeringen har avsatt 200 miljoner kronor 2003 och 600 miljoner kronor 2004 för stödet.

*Människor i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser*

I budgetpropositionen för 2003 och i proposition 2002/03:2 föreslog regeringen att högst 5 procent av de budgeterade utgifterna för sjukpenning skulle få användas för samverkan mellan myndigheter inom rehabiliteringsområdet.

I juni lämnades i propositionen Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/03:132). förslag till utformningen av samverkan. Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett lands- ting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den föreslagna finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete.

*Åtgärder inom området aktivitets- och sjukersättning*

För att öka intresset för att pröva möjligheten att förvärvsarbeta har RFV under 2002 genomfört särskilda informationsinsatser för att de försäkrade skall få god kännedom om reglerna om vilande förtidspension. Reglerna infördes fr.o.m. 2000 och syftar till att stimulera till återgång i arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv. I mars 2003 lämnade regeringen förslag om en utvidgning av den nuvarande möjligheten till vilande sjuk- eller aktivitetsersättning från ett till två år för att pröva att förvärvsarbeta utan att rätten till förmånen går förlorad. De utvidgade reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

*Ett förstärkt förebyggande arbete*

Regeringen har i budgetpropositionen för 2003 framhållit behovet av att förbättra det förebyggande och rehabiliterande arbetet. Grunden för det fortsatta arbetet för ökad hälsa i arbetslivet är en utveckling av arbetet på arbetsplatserna i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Åtgärder när det gäller utvecklingen och förstärkningen av det förebyggande arbetet har aviserats. Det gäller företagshälsovården samt tillsynen på arbetsmiljöområdet. Följande kan redovisas för de punkter i strategin som närmast faller inom det förebyggande området.

Trepartsamtalen, som inleddes hösten 2001, avslutades i februari 2003 i och med att slutrapporten Ett arbetsliv för alla lämnades. Samtalen har haft till uppgift att skapa samsyn och

samordna insatserna i strategin. Rapporten och dess förslag kommer att utgöra ett viktigt underlag i det fortsatta arbetet med att öka hälsan i arbetslivet.

Regeringen har beslutat att tillsätta en arbetsgrupp "Hälsa i staten" med uppgift att stimulera till gemensamma insatser i statlig förvaltning för ökad hälsa och lägre sjukfrånvaro.

Regeringen har beslutat att genomföra en informationssatsning om hälsa i arbetslivet. Riksdagen har beslutat om 20 miljoner kronor för 2003 under förutsättning att parterna medverkar både i genomförande och finansiering.

För år 2003 har en resursförstärkning om totalt 30 miljoner kronor tillförts Arbetsmiljöverket för att stärka tillsynsverksamheten.

Arbetslivsinstitutet har haft regeringens uppdrag att komma in med en rapport som innefattar en beskrivning och analys av nya trender i arbetslivet och som bedöms vara av betydelse för eller inverka på utvecklingen av ett hållbart arbetsliv i Sverige. Uppdraget redovisades i augusti 2003.

Regeringen har uppdragit åt VINNOVA (Verket för innovationssystem) att föreslå former och inriktning för stödinsatser som avser samverkan mellan flera arbetsgivare i fråga om förebyggande och rehabiliterande arbete. VINNOVA redovisade uppdraget i juni 2003. Beslutet om ett uppdrag för genomförande av insatser bereds för närvarande i Regeringskansliet. För ändamålet har 14 miljoner kronor avsatts.

Lagstiftning om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i årsredovisningarna i företag och kommuner har beslutats av riksdagen. Regeringen har vidare föreskrivit motsvarande krav för de statliga myndigheterna. De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.

Vidare beslutade regeringen i maj 2002, inom ramen för försöksverksamheten inom offentlig sektor, om medel till försöksverksamhet avseende hälsobokslut. Det handlar om att prova olika modeller för redovisning och styrning av verksamheten från arbetsmiljösynpunkt. Även denna försöksverksamhet skall följas och utvärderas av VINNOVA.

Totalt 30 miljoner kronor avsätts under 2003 för att förstärka den regionala skyddsombudsverksamheten. Medlen, utöver detta tillskott, uppgår till cirka 70 miljoner kronor. För 2001 och 2002 avsattes för respektive år 10 miljoner

kronor för utbildning av regionala skyddsombud.

Totalt 15 miljoner kronor har tillskjutits för 2003 för att förstärka utbildningen av personal inom företagshälsovården. För 2002 avsattes 10 miljoner kronor för metodutveckling av företagshälsovårdsutbildningen. Regeringen beslutade i juni 2003 att tillsätta en särskild utredare för att utreda vissa frågor om företagshälsovården. Utredaren skall redovisa uppdraget såvitt avser företagshälsovårdsutbildningen senast den 1 januari 2004 samt såvitt avser frågorna i övrigt den 1 juli 2004.

Ett uppdrag gavs i mars 2002 åt Arbetsmiljöverket att utreda hur arbetsmiljöcertifiering (frivillig kvalitetssäkring/bedömning av ett företags arbetsmiljöarbete) kan stärka arbetsmiljöarbetet. Uppdraget slutredovisades i mars 2003. Verket pekar i sin rapport bl.a. på de svårigheter som finns att förena certifiering med ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att vidta förebyggande arbetsmiljöåtgärder.

Regeringen har i juni 2003 uppdragit åt Statskontoret att utvärdera Arbetsmiljöverkets insatser vad gäller införande av systematiskt arbetsmiljöarbete. En sådan utvärdering har aviserats budgetpropositionen för 2003. Uppdraget skall redovisas senast den 15 april 2004.

## 4.2 Arbetsmarknadens parter

Arbetsmarknadens parter har en viktig roll i arbetet att minska ohälsan. Särskilt gäller detta förändringar som syftar till att förbättra arbetsmiljön. Parterna har engagerat sig i detta arbete på olika sätt. Som exempel kan nämnas två större projekt som AFA bedriver i samarbete med Karolinska Institutet.

Programmet "Bättre arbetsmiljö och hälsa" genomförs av AFA på uppdrag av Svenskt Näringsliv, LO och PTK och riktar sig till arbetsplatser inom den privata sektorn. Programmet bygger på ett samarbete mellan företag och branscher och där företagsledningar, medarbetare och fackförbund blir delaktiga. En utvärdering som har gjort hösten 2001 på ett av de företag som har deltagit i programmet, Värö Bruk, visar lyckade resultat i form av sjunkande sjukfrånvaro. Dessutom hade andelen som inte har varit sjukskrivna under de senaste året ökat från 44 till 50 procent.

Programmet "Sunt liv.nu" genomförs av AFA på uppdrag av Svenska Kommunförbundet, landstingsförbundet och de fackliga organisationerna Kommunal, OFR (offentliganställdas Förhandlingsråd), och SACO. Sunt liv.nu riktar sig till de som arbetar i kommuner och landsting. Målsättningen är att alla landets kommuner och landsting skall beröras av programmet.

Ett annat exempel är Alecta, som på uppdrag av Svenskt Näringsliv och PTK, Privattjänstemannakartellen, sköter tjänstepensionen ITP och som aktivt arbetar för att lösa problemen med de höga sjukskrivningarna bland anslutna företag. Detta innebär att Alecta identifierar företag som har störst behov att komma till rätta med sjukskrivningarna, tydliggör de kostnader som kan undvikas och tillsammans med företagen driver projekt för att minska antalet sjukskrivna och förkorta tiden för sjukskrivningar. Alecta identifierar verktyg och angreppssätt som ger bevisade effekter inom områdena ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och rehabilitering. Dessutom utvärderar och prövar Alecta tillsammans med företag och aktörer nya modeller. Alecta stöder dessutom relevant forskning inom området. Alecta arbetar också aktivt för att visa på goda exempel, insatser på arbetsplatsen som ger resultat i form av färre sjukskrivningar och därmed ökad lönsamhet. Utmärkelsen Sveriges Bästa Arbetsplats är ett sätt att lyfta fram de goda exemplen.

## 5 Arbete för att minska ohälsan på myndighetsnivå

En central del av arbetet att minska ohälsan sker på myndighetsnivå. Indikatorer som visar hur myndigheten lyckas med detta är därför ett viktigt instrument i uppföljning och utvärdering av regeringens ohälsorabete. Därför har Riksförsäkringsverket (RFV), Arbetsmiljöverket (AV), och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) i regleringsbrev för 2003 fått regeringens uppdrag att redovisa förslag till indikatorer för hur de olika myndigheterna bidrar till att uppnå regeringens mål. Avsikten är att indikatorer som myndigheterna redovisar för det egna arbetet årligen följs upp. Det finns också ett antal myndigheter som exempelvis genom forskning, utredning eller utvärderingsinsatser kan bidra till arbetet. Några av dessa, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut

(FHI) och Institutet för psykosocial medicin (IPM), har fått i uppdrag att redovisa vilka insatser man vidtagit för att bidra till att målet att sänka ohälsan nås. Utöver dessa bedrivs betydelsefullt arbete inom området vid Arbetslivsinstitutet. Vid institutet bedrivs forskning och utveckling inom sex kunskapsområden; arbetshälsa, arbetsmarknad, arbetsorganisering, ergonomi och belastning, fysiska och kemiska hälsorisker samt integrations- och utvecklingsprocesser. Arbetslivsinstitutet är också ett nationellt kunskapscentrum inom arbetslivsområdet. Rapportering av uppdraget har inkommit från Riksförsäkringsverket, Arbetsmiljöverket, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut och Institutet för psykosocial medicin, vilka redovisas i korthet nedan.

### *Riksförsäkringsverket, socialförsäkringens administration*

I Riksförsäkringsverkets rapportering beskrivs bl.a. den strategi som socialförsäkringsadministrationen tagit fram för arbetet med att minska sjukfrånvaron. Där har tre insatsområden prioriterats. Dessa är attityder, rätt ersättning och förmån samt samordningsuppdraget. Strategin utgår från tre begrepp, förhindra nya sjukfall, förkorta sjukfall och föra åter personer till arbetslivet, dvs. att samordna samhällsinsatser kring den sjukskrivne i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Genom information till arbetsgivare och allmänhet och utbildning av läkare vill socialförsäkringsadministrationen påverka attityderna till sjukförsäkringen. Framför allt ska alla inblandade parter förväntningar förändras till en mer aktiv inställning där den enskildes arbetsförmåga i ökad utsträckning tas tillvara och passiv sjukskrivning undviks. Deltidssjukskrivning ska vara huvudalternativet. Vidare planeras en satsning på kvalitén i prövningen av ersättningsrätten i nya sjukskrivningsfall. Detta innebär bl.a. omfattande utbildningsinsatser och flyttning av resurser. Dessutom avser socialförsäkringsadministrationen att satsa på att göra avstämningssmötet till ett effektivt instrument. På detta möte ska den sjukskrivne, dennes läkare och arbetsgivare tillsammans med försäkringskassan göra en plan för återgång i arbete.

De resultatindikatorer som RFV redovisar utgår från begreppen förhindra, förkorta och föra åter och de tre nämnda insatsområdena. Några

av indikatorerna kan tas fram direkt från RFV:s statistiksystem. Detta gäller bl.a.:

- nyttillkommande sjukfall,
- frekvens av partiella ersättningar i sjukfall upp till 180 dagar,
- andel sjukfall som passerar olika intervall t.ex. 90, 180 och 365 dagar,
- antal sjukfall över viss längd t.ex. ett och två år per tusen invånare och
- antal nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar.

Vissa av indikatorerna som presenteras innebär en ny administrativ hantering och är fortfarande under diskussion och har ännu inte tagits fram.

#### *Arbetsmiljöverket*

Arbetsmiljöverket har valt att redovisa tre olika indikatorer på effekterna av Arbetsmiljöverkets insatser:

- andel krav efter inriktning,
- antal efterfrågade föreskrivningar och
- arbetsgivarnas tillämpning av systematisk arbetsmiljöarbete.

Andel krav efter inriktning har valts som indikator för att visa inom vilka av arbetsmiljöns problemområden som AV inriktar sina krav via inspektion.

Indikatorn antal efterfrågade föreskrifter indikerar hur AV når ut med sina informationsinsatser. Indikatorn är exempel på de insatser AV gör för att påverka olika aktörer, för att de ska göra vad arbetsmiljölagen föreskriver. När insatser har genomförts och de första effekterna i form av ökad kunskapsnivå och ändrade attityder märks, är nästa effekt faktiska förändringar i hur arbetet med arbetsmiljön bedrivs i företag och förvaltningar.

AV bedömer att införande av systematiskt arbetsmiljöarbete i den form som anges i föreskriften med samma namn är ett viktigt steg i arbetet med att åstadkomma en förbättrad arbetsmiljö. AV föreslår därför indikatorn arbetsgivares tillämpning av Systematiskt arbetsmiljöarbete som anger i vilken utsträckning som föreskriftens krav har genomförts ute på arbetsplatserna

#### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen har med anledning av uppdraget lämnat följande förslag på åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet.

- Socialstyrelsen avser att göra en generell översyn av de allmänna råd och föreskrifter som berör intyg.
- Socialstyrelsen avser att samverka med övriga myndigheter i genomförandet av förslaget Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (Ds 2003:2).
- Socialstyrelsen kommer att lämna förslag till indikatorer för att följa utvecklingen av ohälsa.
- Socialstyrelsen vill framhålla att hälsodataregistren är en viktig kunskapskälla i arbetet med att sänka ohälsotalet.
- Socialstyrelsen föreslår studier avseende analys av regionala skillnader i sjukskrivning, sjukfrånvaro och arbetslöshetsersättning samt skillnader mellan dagens och gårdagens sjukskrivning.
- Socialstyrelsen avser att i samarbete med Kommunförbundet och Riksförsäkringsverket göra en kartläggning av sjuka mottagare av annan ersättning än från sjukförsäkringen.
- Socialstyrelsen avser att utöka tillsynsarbetet, bl.a. med fokus på hur rehabiliteringsbehovet tillgodoses vid sjukskrivning.

#### *Statens folkhälsoinstitut*

Statens folkhälsoinstitut (FHI) är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. FHI skall även följa upp samhällets folkhälsopolitik och folkhälsoutvecklingen i relation till folkhälsans bestämningsfaktorer. FHI presenterar följande insatser i vilka FHI har en viktig uppgift, ofta i samarbete med andra myndigheter och kunskapsorganisationer:

- kunskapssammanställning om sjukskrivningens effekter och motåtgärder,
- analyser om orsaker till arbetsrelaterad ohälsa ur ett folkhälsoperspektiv med ett brett hälsobegrepp,
- metodutveckling och kunskapsöversikter om hälsofrämjande arbetsplatser,
- kunskapssammanställningar om framgångsrikt regionalt/lokalt arbete (dialog med

- företrädare för landsting, kommuner, länsstyrelser),
- metodutveckling för alkohol-, drog- och tobaksförebyggande insatser i arbetslivet,
- metodutveckling för att främja fysisk aktivitet i arbetslivet samt
- utvecklingsarbete kring målinriktad rehabilitering.

FHI planerar att tillsammans med Arbetslivsinstitutet och Institutet för psykosocial medicin uppdatera den kunskapssammanställning som gjordes i samband med AHA-utredningen 2002. Kunskapssammanställningar planeras dessutom om framgångsrikt regionalt/lokalt folkhälsoarbete inom arbetslivsområdet. FHI planerar även att tillsammans med ALI, AV och RFV utveckla och stärka ett svenskt nätverk kring hälsofrämjande arbetsplatser.

#### *Institutet för psykosocial medicin*

Institutet för psykosocial medicin (IPM) har som huvuduppgift att bedriva och främja forskning inom sitt kunskapsområde, psykosocial medicin. Arbetslivet är ett av de områden som IPM bedriver forskning inom. IPM definierar sina insatser för ökad hälsa i arbetslivet enligt följande:

- produktion och sammanställning av kunskap, främst genom IPM:s forskningsprojekt samt publikationer i form av stressforskningsrapporter, originalartiklar och kunskapssammanställningar,
- spridning av kunskap genom seminarier, debatter, kurser av olika slag, konferenser och utbildningsverksamhet, genom rådgivning till andra myndigheter, olika professionella grupper, frivilligorganisationer och företag, IPM:s medverkan i populärvetenskapliga böcker, läromedel och tidskrifter samt genom hemsida på Internet,
- samordning av kunskap. IPM bedriver ett mångsidigt kunskaps- och erfarenhetsutbyte med andra myndigheter, universitet, högskolor och vetenskapliga institutioner. IPM samordnar Det svenska nätverket för stressforskning, som bildades 2002 av 34 olika kunskapsproducenter.

## Referenser

Alexandersson, K: "Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?" Bilaga 5 i SOU 2000:121, "Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag"

Aronsson, G;, Gustafsson, K (2002): "Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser", Arbetslivsinstitutet

Ds 2002:63: "Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron", Finansdepartementet

Henrekson, M; Persson, M (2004): "The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System". Journal of Labor Economics, Vol 22, No 1

Karasek R och Theorell T, (1990): "Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life", Basic Books, New York

Nyman, Bergendorff, Palmer (2002): "Den svenska sjukan", Ds 2002:49, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO)

Riksförsäkringsverket (2001): "Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron?", RFV redovisar 2001:10

Riksförsäkringsverket (2002): "Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång till arbete"

Riksförsäkringsverket (2003): "Psykosociala faktorer som förklaring till sjukskrivningar"

Riksförsäkringsverket (2003): "Regional skillnader i sjukskrivningsmönster"

Riksförsäkringsverket (2003): "Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?"

SOU 2000:91: "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan", Slutbetänkande från Nationella Folkhälsokommittén

SOU 2001:79: "Välfärdsbokslut för 1990-talet", Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslutet

SOU 2002:5: "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet", Slutbetänkande från HpH-utredningen

SOU 2002:62: "Kunskapsläge sjukförsäkringen." Delbetänkande av utredningen om analys av hälsa och arbete (AHA)

SOU 2003:13: "AHA: utredningsinstitut och mötesplats" Slutbetänkande från AHA-utredning

Wikman, A; Marklund, S (2003): "Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige". I Trendantologin "Ute och inne i arbetslivet", Arbetslivsinstitutet



## Den demografiska utvecklingen

Sannolikheten för sjukskrivning och utträde från arbetsmarknaden på grund av sjukdom ökar med stigande ålder. Det framgår av tabellen nedan att ohälsotalet varierar kraftigt med åldern. Sjuktalet är högre för kvinnor än för män i samtliga åldersgrupper. Det är således rimligt att förutsätta att såväl antalet sjukskrivningar som aktivitets- och sjukersättningar ökar när befolkningen i arbetsför ålder blir äldre, vilket har varit fallet under den senaste 10-årsperioden.

**Tabell 1 Ohälsotal<sup>1</sup> efter ålder**

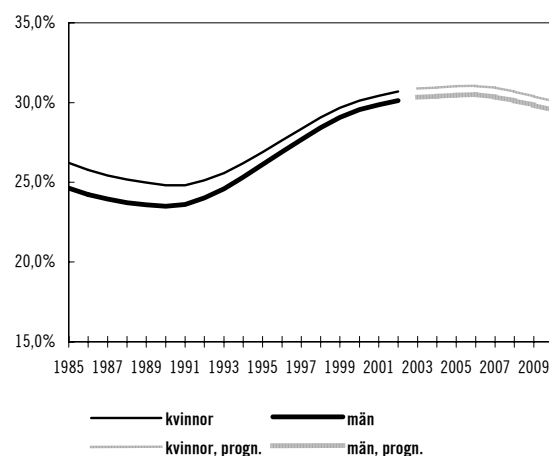
	1998	2000	2001	2002
<b>Kvinnor</b>				
16–29 år	7,3	9,4	10,8	
30–49 år	27,9	35,0	39,3	
50–59 år	68,1	76,4	81,3	
60–64 år	122,5	132,4	137,2	
<b>Män</b>				
16–29 år	6,0	7,1	7,9	
30–49 år	19,7	22,9	24,7	
50–59 år	50,6	53,4	56,1	
60–64 år	114,6	116,1	116,0	

<sup>1</sup> Antalet dagar med sjukpenning och aktivitets- och sjukersättning per person och år.

Källa: RFV

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre i arbetsför ålder har bidragit till att öka sjukskrivningarna under den senaste 10-års perioden. Enligt de beräkningar som har gjorts av Socialdepartementet svarar demografien för ca 4 procentenheter av den totala ökningen av nettosjukpenningdagar på 87 procent mellan 1998 och 2002.

**Diagram 1 Kvinnor och män i åldrarna 50–64 år som andel av befolkningen i arbetsför ålder (16–64 år)**



Källa: SCB

Andelen personer i de äldre åldersgrupperna (50 – 64 år) har ökat från 24,2 procent år 1991 till 30,4 procent 2002. Mellan åren 2002 och 2008 beräknas den äldsta femårsgruppen 60 – 64 år öka sin andel medan andelen 50 – 59 år minskar.

Effekten av den demografiska utvecklingen på antalet nettodagar beräknas till en miljon dagar för perioden 2002 till juni 2008. Beräkningen utgår från 1998 års åldersfördelning av antalet ersatta nettodagar. Beräkningarna har gjorts genom att antalet nettodagar 1998 uppdelats i femårsklasser, kvinnor för sig och män för sig. Antalet nettodagar för respektive åldersklass har sedan skrivits fram med den demografiska utvecklingen för respektive åldersgrupp. Om antalet personer i en åldersgrupp har ökat/minskat har antalet nettodagar för denna grupp skrivits upp/ned med samma procentuella förändring. T.o.m. år 2002 har framskrivningarna gjorts med den faktiska befolkningsförändringen för respektive åldersgrupp. För åren därefter har framskrivningarna gjorts med SCB:s senaste befolkningsprognos. Totalt beräknas antalet dagar ha ökat med 3,2 miljoner mellan åren 1998 och 2007 och 2,2 miljoner mellan 1998 och 2008 på grund av den demografiska utvecklingen. Därav kan 2,1 miljoner sjukpenningdagar hänföras till perioden 1998–2002. Således beräknas antalet nettodagar öka med 1,1 miljoner mellan åren 2002 och 2007. Effekten är något mindre om perioden förlängs till juni 2008, ca 0,8 miljoner dagar. Demografieffekten för perioden 2002 – juni 2008 beräknas till en miljon dagar, som redan nämnts.

Det är inte möjligt att mer exakt avgöra demografieffekterna på sjuklöne- och karensdagar. Dock har en effekt om 0,2 miljoner dagar räknats fram. Talet baseras på antagandet att den demografiska utvecklingen påverkar frånvaron under sjuklöneperioden procentuellt lika mycket som gäller för den sjukfrånvaro som ersätts av försäkringskassan.

Totalt beräknas antalet nettodagar samt sjuklöne- och karensdagar öka med 1,2 miljoner till följd av den demografiska utvecklingen.

Demografieffekten kommer inte att ändras i målformuleringen även om utfallet skulle bli något annorlunda än den befolkningsprognos som har använts i beräkningarna. Målet skall beräknas så att det totala antalet dagar 2002 halveras och därefter görs ett tillägg om 1,2 miljoner dagar

Utgångsåret vid beräkning av effekten av den demografiska utveckling för aktivitets- och sjukersättningar är 2002. Även dessa beräkningar har gjorts på 5-års kohorter som har skrivits fram med SCB:s befolkningsprognos. Enligt beräkningarna är den genomsnittliga nivån för nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar under perioden 2003 – juni 2008 ca 500 högre jämfört med nivån för 2002 på grund av den demografiska utveckling.