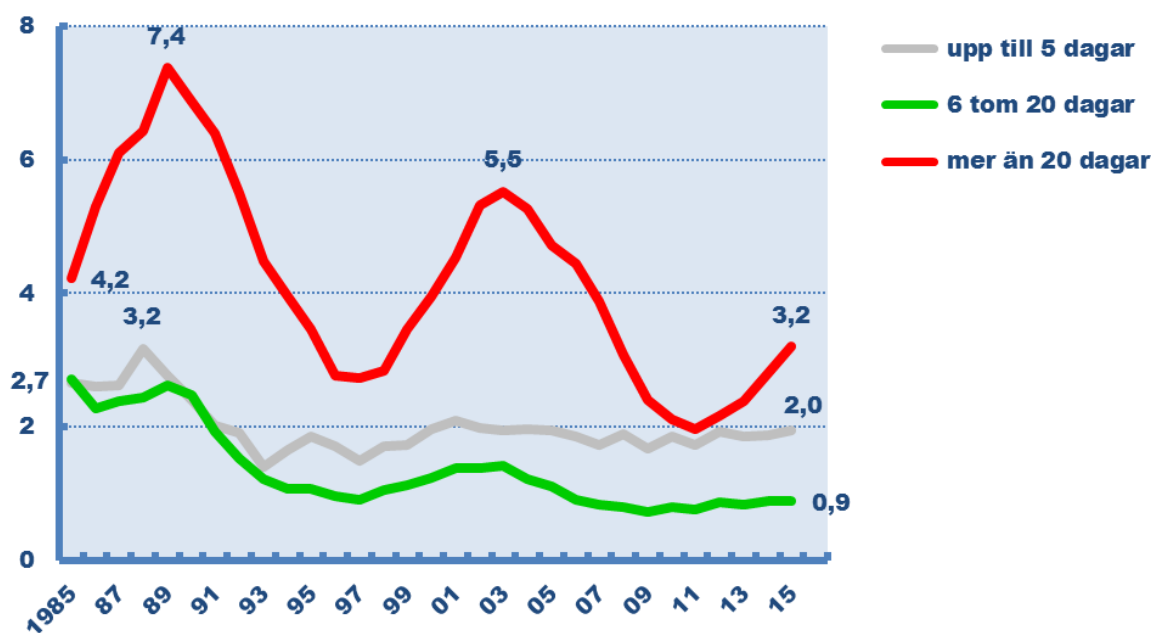


Sjukfrånvaroredovisningens dåliga kvalitet och brister är arbetsmiljöhistoriens största bluff

Regeringen vill sänka sjuktalet och sätta stopp för den skenande sjukfrånvaron. Det är inte första gången en regering vill stoppa sjukfrånvaroökningen. Under åren har åtgärderna varit många och de har alltid styrts av den politiska viljan oavsett höger-, vänster- eller mittenregering. Hur hög sjukfrånvaron är, och vad den består av, vet ingen.

Vi saknar såväl relevant statistik som faktaunderlag om åtgärdsbehovet. Beslut om sjukfrånvarominskning tas av politiker utifrån en subjektiv syn på sjukfrånvaro. Objektiva fakta om den för tillfället ”för höga sjukfrånvaron” finns inte att hämta hos vare sig Försäkringskassan eller SCB. Försäkringskassans statistik fångar inte upp all sjukfrånvaro och den registrerar inte heller korrekt den sjukfrånvaro som avser deltidsarbete. Sjuktalet visar inte om sjukfrånvaron i privata näringslivet, kommuner, landsting eller inom statliga myndigheter ökar eller minskar. Än mindre får vi veta om huruvida sjukfrånvaron varierar i olika anställningsformer. I kommuner som i sina lönesystem har ett kvalitetssäkrat underlag till sjukfrånvarostatistiken framgår att sjukfrånvaron inom äldreomsorgen för tillsvidareanställda är 8–10 procent av ordinarie arbetstid medan den är 1–2 procent för visstidsanställda och nästan obefintlig för timavlönade. För åtgärdsarbete och rätt bemanning behövs sjukfrånvarostatistik med indelning i anställningsformer.

Befintlig officiell sjukfrånvarostatistik ger inte ett fullständigt beslutsunderlag om den svenska sjukfrånvaroutvecklingen. Det enda vi säkert vet om sjukfrånvaron kommer från privata näringslivets tidsanvändningsstatistik. Där samlas på frivillig basis frånvaroinformation direkt från företagens löneredovisning vilket är en betydligt säkrare datakälla än urvalsstudier och data från flex-tidsystem eller subjektiva skattningar om sjukfrånvaro. Tidsanvändningsstatistiken produceras kvartalsvis och i en årsstatistik som omfattar information om arbetad tid, sjukfrånvaro och personalrörlighet för 130 000 arbetare och tjänstemän i privata näringslivet. Av den senaste tidsanvändningsstatistiken framgår att den korta sjukfrånvaron, dvs. egensjukskrivningen, inte är något större problem och inte heller visar någon katastrofal ökning – tvärtom. Korttidssjukfrånvaron ligger på samma nivå som i grannländerna som har läkarintygskrav från första sjukfrånvarodagen.



Sjukfrånvarovolymer uppdelad efter fallens längd, arbetare, 2:a kv. 1985-2015.

Källa: AON/Svenskt Näringsliv, "Tidsanvändningsstatistik", 2015.

Vore det inte dags att först satsa på beslutsunderlagets kvalitet och gå igenom hela problemet med sjukfrånvarostatistiken? Det för att få fakta om den verkliga sjukfrånvaroutvecklingen och för att resurser ska kunna fördelas på åtgärder vars effekter är verkningsfulla och mätbara. Eller, om inte det är möjligt, erkänna att samtliga politiska beslut om hur sjukfrånvaron ska hanteras på svenska arbetsplatser helt bygger på enskilda individers subjektivt självupplevda hälsa och livssituation. Dessa individupplevelser upphöjs till rikets sanningar när ofullständig statistik om sjukfrånvaroutvecklingen kommuniceras som objektiva fakta. Det är varken frågan om illvilligt bedrägeri med siffror eller betydelselösa charader utan om flathet när beslutsfattare struntar i viktiga samhällsfrågor i faktainsamling och granskning av beslutsunderlagets kvalitet. **Sjukfrånvaroredovisning är ett led i detta åtgärdsarbete för att den synliggör sjukfrånvaroutvecklingen på arbetsplatsen och ger tidiga signaler om behovet av arbetsmiljö-, personal- eller företagshälsovårdshjälp.**

För minskning av sjukfrånvaron behövs satsningar i lokalt arbetsmiljöarbete, personalarbete och företagshälsovård. Dessa bildar en treenighet vars verkningskraft måste ses när målet är att minska sjukfrånvaron. Jag har inte sett att dessa funktioners åtgärdsberedskap har prövats och därför ställer jag följande frågor om deras operativa ansatser:

Ser beslutsfattare hela sjukfrånvaromönstret? Utöver ersatt sjukfrånvaro finns i dag sjuknärvaro och dold sjukfrånvaro. Sjuknärvaro innebär att man arbetar trots att man är sjuk och egentligen borde vara sjukskriven. Med dold sjukfrånvaro avses sådan frånvaro som inte syns i statistiken därför att den anställda har bytt sjukfrånvaro dagar mot semester, använt sin kompensationsledighet eller tagit annan ledighet som döljer sjukfrånvaron.

Vad är orsaken till sjukfrånvaron? Utöver uppföljning av sjukfrånvaromönstret behövs fakta om sjukfrånvarorsakerna för att åtgärderna ska bli verkningsfulla. Sjukfrånvarorsakerna brukar indelas i tre huvudgrupper: sjukdom (medicinskt/biologiskt arbetshinder), organisatoriska orsaker

(biologiskt/socialt arbetshinder) och individknutna andra orsaker (socialt betingade arbetshinder). Ytterligare en orsaksgrupp skulle behövas: hanteringstid, dvs. den tiden den sjukförsäkrade tvingas vänta på ärendehantering i efterhjälpande organisationers köer. Det är väntetider till sjukvården, konsultationer med specialister, rehabilitering, ärendehandläggning på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

För vem är sjukfrånvaron dyr? De miljarder som sjukfrånvaron kostar brukar presenteras för att motivera regelförändringar för arbetsgivare, strängare sjukskrivningsregler för de försäkrade med krav på läkarintyg och strängare bedömning av arbetsskador. Sjukförsäkringen finansieras av arbetsgivaravgifter och egenavgifter. Vi talar om transferering, pengar in och pengar ut i form av sjukpenning och arbetsskadeersättningar. Under åren 2010-2014 har sjukförsäkringen och arbetsskadeersättningar gått med ett överskott på 5 986 miljoner kronor.

Socialförsäkringens finansiering 2010-2014, Sjukförsäkring och arbetsskadeersättningar, miljoner kronor

Källa: Socialförsäkringen i siffror 2015

År	2010	2011	2012	2013	2014
Sjukförsäkring					
Inkomster					
Avgifter	74 574	66 718	67 365	59 749	60 916
Statliga medel	14 941	14 768	14 043	22 329	11 375
Utgifter					
Utbetalningar	81 677	78 080	75 528	76 232	79 040
Administration	3 585	3 623	3 994	3 960	4 130
Överskott +	+ 4 253	- 217	+ 1 886	+ 1 886	- 10 879
Underskott -					
Arbetsskadeersättningar m.m.					
Inkomster					
Avgifter	8 370	8 803	4 596	4 286	4 259
Statliga medel	48	46	43	41	-
Övrigt	46	41	37	34	1
Utgifter					
Utbetalningar	4 587	4 240	4 033	3 905	3 610
Administration	242	242	251	257	225
Överskott	+ 3 635	+4 408	+ 392	+ 198	+ 424
Aktivitetsstöd					
Inkomster					
Avgifter	16 157	15 364	15 340	15 905	14 519
Statliga medel	698	614	606	653	697
Utgifter					
Utbetalningar	16 157	15 364	15 340	15 905	14 519
Administration	698	614	606	653	697

De som alltid betalar ett högt pris för arbetsskadan är varken staten eller arbetsgivaren utan den enskilde individen som efter arbetsskadan, långtidssjukfrånvaron och utebliven eller resultatlös rehabilitering blir förtidspensionerad. I ”Den galopperande sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen” (2004) väckte forskarna frågan om varför sjukfrånvaroperioderna blev längre och varför rehabiliteringen och återanpassningen inte fungerade¹. Den frågan är fortfarande aktuell. Förr uppmärksammades LO:s fattigpensionärer och nu hörs samma berättelser från tjänstemän som tvingas söka socialhjälp när förtidspensionen inte räcker till mat och hyra. Det är nu vi ser de verkliga effekterna av förtidspensionens privatekonomiska följder.

Vad gör företagshälsovården som finns överallt och ingenstans? När de nya riskkapitalister som äger stora företagshälsovårdskedjor tävlar med varandra om vem som har den bästa täckningen i riket frågar kunden om FHV-tjänsternas innehåll. IVL Svenska miljöinstitutets forskning² om förebyggande arbetsmiljöarbete visar att kunderna saknar information om vad företagshälsovården har att erbjuda dem och att de klagar på dålig kommunikation. Trots sin närvaro överallt finner inte företagshälsovården sin kund och dennes behov av tjänster.

I ”Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser?” från Centrum för arbets- och miljömedicin visar forskningsresultatet³ att företagshälsovården saknar i stor utsträckning ett regelrätt kontrakt mellan beställare och leverantör om vad beställaren förväntar sig av de tjänster som upphandlas. Om inte beställaren har någon egentlig idé om vad den ska ha företagshälsovården till – hur rimligt är det att förvänta stordåd som minskar sjukfrånvaron?

Vad har personalarbetet att komma med? Företagshälsovårdens kommunikationsproblem går igen i personalarbetet som inte heller lyckas med lokalt arbetsmiljö- och hälsoarbete. På det som numera kallas HR-avdelningar arbetar man med individorienterade läror. De sjuka kan i dag förvänta sig att rådats sluta röka och kröka och i stället banta. Personalarbetet utformas och kontextualiseras allt mer efter amerikanska läror och köp av utbildningslicenser till koncept som är avsedda att lösa andra länders arbetsmiljöproblem.

Den svenska sjukfrånvarons verkliga storlek och orsak vet ingen, men ändå ska den minskas. Hur? frågar många med mig. Det svenska arbetsmiljöarbetet, lagstiftningen och företagshälsoarbetet som var ett mönsterexempel för alla andra länder är en saga som inte håller. Det förebyggande och efterhjälpande lokala arbetsmiljöarbetet liksom tillsynen och uppföljningen fungerar dåligt om inte alls vad gäller sjukfrånvaro och hur den måste uppmärksammas, åtgärdas och följas upp. Nedmonteringen av arbetsmiljöarbetets bärande delar påbörjades av politiker och fullbordades av marknadskrafterna som nu kapitaliserar på den lilla rest som finns kvar av företagshälsovården. Vi riskerar att få den tvivelaktiga äran att utmärka oss som okunniga på ett område där vi förr var bäst i klassen. Ett område som påverkar många människors vardag.

¹ Larsson, T., Marklund, S., Westerholm, P. 2004, *Den galopperande sjukfrånvaron: sken, fenomen och väsen*, VINNOVA-projekt, RAR forskningsrapport nr. 1, Arbetslivsinstitutet.

² Schmidt, L., Sjöström J. 2015, *Användning av företagshälsovård i kommuner och landsting*, rapport nr 125, IVL Svenska Miljöinstitutet.

³ Åström Paulsson, S., Parmasund, M., Axelsdotter Hök, Å., Eriksson, T., Nyman, T., Schmidt, L., Torgén, M., Svartengren, M. 2014, *Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? – En genomlysning av avtal och avtalsprocesser*, Centrum för arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet.

Paula Liukkonen

Ekonomie doktor, docent i miljöekonomi och företagsekonomi