

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

ISF kommenterar 2015:1

Ett systemperspektiv
på sjukfrånvaron

isf

ISF kommenterar 2015:1
Ett systemperspektiv
på sjukfrånvaron

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2015

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rätts-säkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Publikationen kan läsas online, laddas ner och beställas på www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2015

ISBN: 978-91-88098-08-5

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
1 Inledning	7
2 Olika hypoteser om sjukfrånvaron	11
3 Sjukförsäkringssystemet	13
3.1 Aktörer i systemet	13
3.2 Begreppet återkoppling	15
3.3 Det inbördes samspelet	17
3.4 Summering	23
4 Det faktiska förloppet 2008–2015	25
5 Policyslutsatser	29
Referenser	35

Generaldirektörens förord

Med denna skrift inleder ISF en ny publikationsserie, kallad *ISF kommenterar*. Publikationer i denna serie är tänkta som komplement till den offentliga debatten om socialförsäkringen. Texterna kommer att vara korta och bara undantagsvis presentera nya fakta. I stället ska de bygga på befintligt material från ISF eller andra källor och lyfta fram perspektiv eller fakta som inte fått tillräckligt utrymme i debatten.

Föreliggande skrift behandlar sjukfrånvaron. Sedan hösten 2010 ökar sjukpenningtalet efter närmare 10 års stabil nedgång, och sedan 2014 även ohälsotalet, som inkluderar sjuk- och aktivitetsersättning. Detta har gett upphov till en tämligen intensiv diskussion om vilka faktorer som kan ligga bakom ökningen och vad som är adekvata motåtgärder. Diskussionen tenderar att fokusera på enskilda faktorer – förhållanden i arbetslivet eller skolan, incitament för försäkrade eller arbetsgivare etcetera. I denna skrift ligger fokus i stället på samspelet mellan olika aktörer. Huvudbudskapet är att även om aktörerna var för sig – den försäkrade, läkaren, Försäkringskassans tjänstemän – har rimliga handlingsnormer, kan resultatet sammantaget bli en instabilitet som tar sig uttryck i en stadigt stigande eller (med andra förutsättningar) stadigt sjunkande sjukfrånvaro. Detta får konsekvenser för diskussionen om vad som är motiverat att göra i den rådande situationen.

Med det valda formatet är det självklart att framställningen måste bli skissartad. En förhoppning är ändå att det valda perspektivet ska kunna bidra till att bredda debatten. Kanske kan det också ge uppslag till fördjupade analysinsatser på vissa punkter i sjukförsäkrings-systemet.

Utöver det material som redovisas i referenslistan har Pathric Hägglund, Magnus Medelberg och Niklas Österlund bidragit med underlag. Skriften är författad av undertecknad.

Stockholm i september 2015

Per Molander

1 Inledning

Sjukfrånvaron i Sverige stiger nu sedan några år tillbaka efter en lång period med sjunkande nivå, vilket har gett upphov till en intensiv diskussion om orsaker och åtgärder. För att diskussionen ska kunna inriktas mot rätt problem är det väsentligt med en korrekt bild av utvecklingen på längre sikt. Den bild som man får av sjukfrånvaron beror i någon mån av vilken indikator man väljer. Ohälsotalet beskriver den totala sjukfrånvaron kopplad till sjukpenning och sjukersättning och är trögrörligt på grund av den betydande stock av personer som mottar sjukersättning och som huvudsakligen lämnar denna förmån via pensionering. För en mer aktuell bild av utvecklingen är därför sjukfrånvaron exklusive sjukersättningen lämpligare.

Med denna restriktion består sjukfrånvaron av två huvudkomponenter, sjuklöneperioden och sjukpenningdelen. Sjuklön infördes 1992 och var då 14 dagar. Den har tidvis varit längre (28 respektive 21 dagar) men är nu åter 14 dagar. Statistiken från de första tio åren är bristfällig, och bilden av den totala sjukfrånvaron under denna period är därför osäker.¹ Allmänt kan dock konstateras att antalet dagar med sjuklön har varit tämligen stabilt och varierat mellan 4 och 6 dagar per år och anställd.

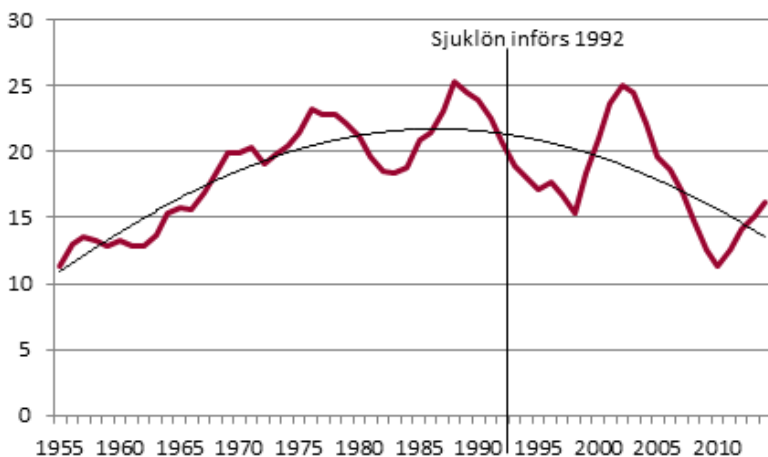
I sjukpenningdelen inkluderas också dagar med förmånen rehabiliteringspenning, som tillsammans med sjukpenningen bildar sjuktalet.

¹ I beräkningen har med ledning av statistiken åren före införandet 1992 antagits att sjukfrånvaron de första två veckorna utgör en fjärdedel av den totala frånvaron och att sjukfrånvaron de första fyra veckorna utgör en tredjedel.

Den samlade bilden under perioden 1955-2014 visas i figur 1 nedan, tillsammans med en uppskattad trendkurva. Diagrammet visar att den underliggande trenden för närvarande är nedåtgående och har varit så sedan omkring 1990. Som har konstaterats i Försäkringskassans löpande uppföljning ligger sjukfrånvaron i dag på en internationellt sett tämligen normal nivå.²

Däremot uppvisar sjukfrånvaron i landet en påfallande instabilitet. Att utnyttjandet av sjukförsäkringen varierar är naturligt och inget som är unikt för Sverige. Det hör dock till ovanligheterna att variationerna är så stora som i diagrammet. Det är svårt att föreställa sig att så kraftiga och snabba förändringar skulle återspegla en oberoende faktisk variation i arbetsförmåga hos de försäkrade. Det finns långsiktiga trender i arbetsliv, uppväxtförhållanden med mera (se nästa avsnitt) som kan bidra till att förklara delar av den långsiktiga förändringen i sjukfrånvaron men inte svängningar av det slag som diagrammet visar. Det krävs andra mekanismer för att förklara den utvecklingen.

Figur 1 Sjukfrånvaron (exkl. sjukersättning) i Sverige 1955–2014 (antalet dagar med sjuklön, sjukpenning eller rehabiliteringspenning³).



Källa: Försäkringskassan, SCB, egna bearbetningar (se not 1).

² Se t.ex. Försäkringskassan (2014). Bedömningen bygger på statistik från arbetskraftsundersökningarna.

³ Avser bruttodagar, dvs. oavsett om det gäller del- eller heltid. Det s.k. sjukpenningtalet är omräknat till nettodagar; se Försäkringskassan (2011). Skillnaden i uppträdande är liten.

Mönstret hos variationerna väcker också frågor. Svängningarna är inte slumpmässiga, utan långa perioder av sjunkande sjukfrånvaro avlöses av långa perioder då de stiger. I regleringsbrevet för 2012 fick ISF regeringens uppdrag att undersöka vad som är en långsiktigt hållbar nivå för sjukfrånvaron: ” ISF ska analysera dagens nivåer på beviljande av sjukpenning och sjukersättning med utgångspunkt i hur regeringens reformer har påverkat arbetskraftsutbudet för kvinnor och män. Analysen ska utgå från tidigare gjorda undersökningar av jämviktsarbetslöshet [...]”⁴ Regeringen har i det aktuella regeringsuppdraget utgått från att det finns en intressant parallell mellan jämviktsarbetslöshet och jämviktssjukfrånvaro. Detta är inte självklart, och det är också ämnet för den diskussion som följer.

⁴ Socialdepartementet (2011).

2 Olika hypoteser om sjukfrånvaron

I den allmänna debatten har det lanserats en lång rad olika förklaringar till sjukfrånvarons utveckling. Ingen av de faktorer som har förts fram kan dock ensam förklara utvecklingen.⁵ Det råder en viss asymmetri i debatten i så måtto att yttre faktorer bakom förändrad sjuklighet ofta förs fram i tider av ökande sjukfrånvaro, medan sådana faktorer sällan får utrymme när sjukfrånvaron går ner.

Det finns vissa rent mekaniska effekter som beror på överströmning mellan olika förmåner. Under vissa perioder har stigande (sjunkande) sjukfrånvaro tenderat att leda till att fler (färre) personer fått sjukersättning, eftersom lång sjukskrivning ofta har övergått i sjukersättning. Reglerna för sjukersättning har dock ändrats flera gånger under senare decennier, mest påtagligt 2008, när den tidsbegränsade ersättningen avskaffades samtidigt som det blev väsentligt svårare att få sjukersättning tillsvidare. Strängare regler för sjukersättning kan leda till en ökning av antalet personer med lång sjukskrivning, eftersom utflödet från gruppen som mottar sjukpenning till gruppen med sjukersättning då minskar.

På motsvarande sätt råder en viss samvariation mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet, inte i första hand beroende på en direkt överströmning mellan försäkringssystemen – detta flöde är ganska lågt⁶ – utan på att en persons möjlighet att få anställning kan förväntas hänga samman med risken för sjukfrånvaro. Inte heller detta samband är dock helt entydigt.⁷ Något enkelt samband mellan svängningarna i sjukfrånvaro och arbetslöshet finns inte. De svängningar som syns i

⁵ För en allmän diskussion av olika hypoteser, se Marklund m.fl. (2005), Lidwall (2011), ISF (2012), kap. 4, Försäkringskassan (2014).

⁶ PSFU (2013).

⁷ ISF (2012), avsnitt 4.6.

figur 1 har en period på omkring 10 år, medan vanliga konjunkturcykler i genomsnitt varar ungefär halva den tiden.

Det finns långsiktiga förändringar i sjukdomspanorama, arbetsmiljö och fritidsvanor som påverkar sjukfrånvaron.⁸ Till sådana faktorer hör arbetskraftens åldrande, som är särskilt märkbar inom offentlig sektor, och förändringar i arbetsmiljön. Det är inte i första hand den fysiska arbetsmiljön – belastningar, kemisk exponering och så vidare – som då står i fokus utan den psykosociala. Statistiken visar att stora grupper har fått minskat inflytande och kontroll över sitt arbete, vilket är en känd stressfaktor. Risken för arbetslöshet har betydelse.⁹ Inom privatlivet är ökad alkoholkonsumtion, minskad rörlighet och övervikt faktorer av betydelse.¹⁰ I ekonomisk litteratur riktas intresset framför allt mot regelverkets utformning och de incitament som det ger den försäkrade.

Ingen av de nämnda faktorerna kan dock förklara de snabba och kraftiga variationer som illustreras i figur 1. Över huvud taget är det svårt att se något starkt direkt samband mellan de regelförändringar som beslutats i riksdagen och den faktiska utvecklingen av sjukfrånvaron. Parallellt med skärpningen av villkoren i försäkringen under den första halvan av 1990-talet minskade sjukfrånvaron, men samtidigt skedde så stora förändringar på arbetsmarknaden att det är svårt att avgöra vilka faktorer som var viktigast för utvecklingen. Den kraftiga förändringen av sjukfrånvaron mellan 1997 och 2002 föranleddes inte av några stora regeländringar. Ändringarna i regelverket 2008 gjordes när sjukfrånvaron redan minskade stadigt och gav begränsade effekter utöver den redan pågående trenden.¹¹ Detta antyder att huvudförklaringen till de stora variationerna bör sökas någon annanstans än i de regeländringar som riksdagen har beslutat om.

Däremot kan politiska signaler vid sidan av det gällande regelverket ha betydelse. År 2002 förklarade dåvarande regering sin ambition att halvera sjukfrånvaron under en sexårsperiod. Att sjukfrånvarokurvan vände detta år kan sannolikt till en del förklaras med att det deklarerade målet påverkade förvaltningen i dess dagliga arbete. Man bör å andra sidan inte utgå från att den sortens avsiktsförklaringar i alla liknande situationer har avsedd effekt.

⁸ För en översikt, se Marklund m.fl. (2005).

⁹ Eliason m.fl. (2011).

¹⁰ Marklund m.fl. (2005), kap. 3 och 15.

¹¹ ISF (2010b), (2015b).

3 Sjukförsäkringssystemet

Sjukförsäkringssystemet är inte bara en samling regler som ingår i socialförsäkringsbalken. Hur systemet fungerar i praktiken beror på hur dessa regler tolkas av myndighet och domstol, hur sjukskrivande läkare gör sina bedömningar, hur förhållandena ser ut på arbetsplatser och inte minst hur de försäkrade agerar i relation till regler och till andra aktörer. Påverkan mellan aktörerna kan gå i båda riktningarna, och denna ömsesidiga påverkan kan få långtgående konsekvenser för hur systemet som helhet uppträder.

3.1 Aktörer i systemet

För att tillämpa det tidigare resonemanget på sjukförsäkringen krävs att man identifierar aktörerna och hur de inbördes påverkar varandra. De viktigare aktörerna är

- den försäkrade med den omgivande sociala miljön och de värderingar som råder där
- arbetsgivaren
- läkaren som utfärdar sjukintyg
- den handläggande myndigheten, i första hand Försäkringskassan men också i vissa fall Arbetsförmedlingen
- domstolarna.

Den försäkrade står i centrum. Samtidigt är detta begrepp en abstraktion; försäkringen omfattar miljontals personer som skiljer sig beträffande ålder, sjukdomsrisk, relation till arbetsmarknaden och i en mängd andra avseenden. All lagstiftning bygger på schabloner, och reglerna påverkar den heterogena gruppen av försäkrade på helt olika sätt. En förändring av ersättningsnivån eller antalet karensdagar kan därför få helt olika konsekvenser för olika grupper i samhället. En

extra karensdag påverkar grupper som typiskt har flera korta sjukskrivningar per år, medan de som har längre sjukskrivningsepisoder inte påverkas nämnvärt.

Rätten till sjukpenning avgörs av om den försäkrade i tillräcklig utsträckning har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Den faktiska nedsättningen av arbetsförmågan i den aktuella situationen är givetvis central. Den försäkrade har därtill vid en viss tidpunkt en förhistoria – genetiskt arv, socialt arv (som börjar redan före födseln), familjebildning och andra upplevelser tidigare under livet, tidigare sjukfrånvaro – som alla kan påverka förutsättningarna i den aktuella situationen.¹² Relationerna till arbetsgivaren och till andra på arbetsplatsen kan också spela roll.¹³ Det långsiktiga intresset av att vårda hälsan är en annan del av perspektivet. I ekonomisk litteratur riktas, som nämnts, intresset framför allt mot regelverkets utformning och de incitament som det ger den försäkrade. Det finns också vissa belägg för att förändringar i försäkringens generositet leder till förändrad sjukfrånvaro.¹⁴ Men den försäkrades agerande kan också påverkas av den sociala omgivningen och den normbildning som sker där.

Arbetsgivaren har normalt ett intresse av att de anställda är på plats och bidrar till verksamheten. Sjukfrånvaro innebär kostnader för minskad produktion eller för vikarier. Samtidigt påverkar arbetsgivaren genom sin organisation av arbetet en viktig del av den försäkrades vardag. En heltidsanställd tillbringar 8 timmar per dag 5 dagar i veckan på arbetet, vilket är en tillräckligt stor del av veckan för att man ska ha anledning att tro att arbetsförhållandena har effekt på hälsan.¹⁵

Läkaren som utfärdar sjukintyg har att utifrån sin medicinska kompetens göra en bedömning av arbetsförmågan. Den professionella normen ger en viss grundläggande stabilitet i bedömningarna. Läkarnas bedömningar påverkas dock av en mängd bakgrundsfaktorer, såsom läkarens egen ålder och kön, patientegenskaper vid sidan av det direkt sjukdomsrelaterade, liksom patientens eventuella egna önskemål om att bli eller inte bli sjukskriven.¹⁶ Läkare påverkas

¹² Se t.ex. ISF (2014), Angelov m.fl. (2011) och, beträffande påverkan före födseln, Nilsson (2008).

¹³ Widmark m.fl. (2005).

¹⁴ Se t.ex. Johansson och Palme (1996), (2005).

¹⁵ För en allmän översikt, se SBU (2003); specifikt rörande psykisk ohälsa Vingård m.fl. (2015).

¹⁶ Se t.ex. Englund m.fl. (2000), Arrelöv (2003), Alexandersson m.fl. (2013).

också av institutionella förhållanden och incitament, såsom budgetrestriktioner, konkurrensutsättning via vårdval etcetera.¹⁷

Försäkringskassans tjänstemän beslutar om sjukpenning och relaterade förmåner. Myndighetens ledning styr verksamheten genom olika dokument – riktlinjer, vägledande tolkningar av regelverket och så vidare – men också på andra vägar som intervjuer i massmedia. Det primära underlaget i det enskilda fallet är den försäkrades ansökan och läkarens sjukintyg. Läkarens rekommendation om sjukskrivning följs i mycket stor utsträckning av Försäkringskassan, vilket dock inte är liktydigt med att det är läkaren som är den ytterst drivande kraften i sjukförsäkringen.¹⁸

Vid sidan av Försäkringskassan bidrar *domstolarna* till tolkningen och i någon mån till utvecklingen av regelverket.

Hur detta system av regler och aktörer reagerar på förändringar i omgivningen och utvecklas över tid beror på hur de olika aktörerna samspelar med varandra. Om systemet vid en viss tidpunkt befinner sig i ett visst tillstånd med en viss nivå på ohälsan, sjukfrånvaron och så vidare, kommer systemet att vid en störning kunna utvecklas i olika riktningar, beroende på hur stark den ömsesidiga påverkan mellan aktörerna är och i vilken riktning den verkar. Störningar kan till exempel vara en störning på arbetsmarknaden, ett förändrat sjukdomspanorama eller en attitydförändring. Under vissa förutsättningar kan störningen kompenseras genom olika mekanismer och lämna sjukfrånvaron närmast opåverkad. Med andra förutsättningar kan störningen i stället bli självförstärkande och få konsekvenser som är långt större än man skulle förvänta som ett resultat av den ursprungliga störningen. Det som avgör utfallet är systemets interna dynamik, mer specifikt vilken *återkoppling* som finns mellan de olika delsystemen.

3.2 Begreppet återkoppling

Med begreppet *återkoppling* avses i detta sammanhang en mekanism som gör att en ändring av en viss variabels värde på olika vägar återverkar på variabeln själv. Återkopplingar kan motverka den ursprungliga ändringen eller förstärka den.

¹⁷ ISF (2014b), Arrelöv (2003).

¹⁸ ISF (2014c).

- *Negativ återkoppling*: Med *negativ* återkoppling menas att den initiala ändringen av tillståndet motverkas. Ett exempel kan vara att en värdefull medarbetare i en organisation drabbas av en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Arbetsgivaren försöker då på olika sätt mildra effekterna, vilket i vissa fall kan ske genom att den anställda får utföra en del arbetsuppgifter i hemmet, genom rehabiliteringsinsatser eller anpassning av arbetsuppgifterna eller arbetsplatsen. På ett mer fundamentalt plan kan myndigheter med ansvar för folkhälsan vidta förebyggande åtgärder när man nås av rapporter om en annalkande epidemi, vilket i så fall även det är ett exempel på en negativ återkoppling.
- *Positiv återkoppling*: När återkopplingen är *positiv*, förstärks den ursprungliga ändringen. Det är liktydigt med att den ursprungliga ändringen får följdverkningar som drar i samma riktning i stället för att motverka den som i det tidigare fallet. Konsekvensen blir att systemet drivs ännu längre bort från den punkt där det startade. Ett exempel på positiv återkoppling är att sannolikheten för sjukskrivning av en person ökar om fler i omgivningen är sjukskrivna, vilket sannolikt förklaras av sociala normer.¹⁹

Exempel på positiva och negativa återkopplingar är välbekanta från vardagslivet. En termostat som håller temperaturen i ett rum kring ett angivet värde är ett exempel på negativ återkoppling. Blir temperaturen för hög, reduceras värmen och vice versa. Positiv återkoppling förknippas med vad som i dagligt tal kallas goda spiraler eller onda cirklar, beroende på i vilken riktning en utveckling går. Exempelvis kan ett barn eller en vuxen med dåligt självförtroende kan bli offer för mobbning, vilket ytterligare sänker självförtroendet. Om man med en terapeutisk insats kan stärka självförtroendet, ökar motståndskraften mot mobbningsförsök. Risken för mobbning minskar då, vilket ytterligare kan stärka självförtroendet.

Begreppet återkoppling hänger nära samman med *stabilitet*. Med stabilitet hos en jämvikt för ett system menas att systemet tenderar att återvända till jämvikten efter en störning. Av vad som sagts ovan

¹⁹ Hesselius m.fl. (2013). Att författarna för fram sociala normer som en viktig förklaring beror på att man i den aktuella studien observerade skillnader i reaktionsmönster mellan dem som hade högre respektive lägre krav på sjukintyg.

följer att en viss jämvikt för att kunna vara stabil måste stödjas av en negativ återkoppling. Positiva återkopplingar tenderar att föra bort systemet från jämviktspunkten efter en störning och leder därför till instabilitet. Att de återkopplingar som påverkar systemet är negativa räcker dock inte för att garantera stabilitet. Konjunktursvängningar i en marknadsekonomi är exempel på en instabilitet som existerar trots den negativa återkoppling som ligger i prisbildningsmekanismen.

3.3 Det inbördes samspelet

Diagrammet i figur 1 ger en stark indikation på instabilitet. Svängningarna i sjukfrånvaron mätt med sjukalet har cykel på omkring 10 år och rör sig kring en underliggande sjukfrånvaro som når en topp under den första halvan av 1980-talet och därefter avtar. Det är uppenbart att dessa svängningar inte kan förklaras med utifrån förorsakade variationer i nedsatt arbetsförmåga. Det finns som nämnts långsiktiga förändringar i arbetsliv, övergång från skola till arbetsliv och liknande som kan förklara vissa långsiktiga förändringstendenser, men sådana förklarar inte svängningar av det slag som man ser i diagrammet. Det finns också en stabil variation över året (inte visad i diagrammet) som sammanhänger med infektionsspridningars beroende av väder, semestrar, skolstart med mera, men inte heller den är relevant för utvecklingen på längre sikt. Förklaringen bör i stället sökas i sjukförsäkringssystemets interna dynamik.

Staten har full auktoritet över regelverket genom lagar och andra författningar av lägre dignitet. Det slutliga utfallet bestäms dock som sagt inte bara av regelverket utan också av den administrativa och sociala miljö i vilken det är inbäddat. Tillämpningen hanteras av den administrativt ansvariga myndigheten, Försäkringskassan, men påverkas också av andra aktörer som sjukskrivande läkare, domstolar med flera. Det slutliga utfallet avgörs av samspelet mellan alla dessa aktörer.

Den försäkrade

En försäkrad som ansöker om sjukpenning eller annan förmån möter regelverket i dess implementerade form, det vill säga så som det uttolkas av Försäkringskassans tjänstemän. Med sig har hen då en förhistoria som kan påverka benägenheten att bli sjukskriven och som

kan beskrivas med en mängd parametrar – ålder, kön, arbetsförhållanden och annat. I den akuta situationen påverkas den försäkrade också av en mängd andra faktorer: det faktiska hälsotillståndet och arbetsförmågan, regelverket, familjerelationer, solidariteten med arbetsgruppen, det långsiktiga intresset av hälsa med flera. Från detta avvägningsproblem genereras ett visst önskemål, som kan vara fortsatt arbete eller sjukskrivning på del- eller heltid. Utifrån detta önskemål samspelar den försäkrade med övriga aktörer: Försäkringskassan, läkaren, arbetsgivaren, den sociala omgivningen och eventuellt också domstolarna.

Sjukskrivningsutfallen aggregeras till en kollektiv sjukskrivningsnivå, som har effekter bland annat på den sociala normbildningen på arbetsplatser och i grannskapet och som indirekt kan påverka också både myndighet och domstolar. Miljöns förstärkning är positiv: en ökning av en grupps sjukfrånvaro med 10 procent leder till en ytterligare ökning av sjukfrånvaron med 5,7 procent och på längre sikt med 13,3 procent.²⁰ Det föreligger också en viss könssegregation i normbildningen, såtillvida att kvinnor mest påverkas av de kvinnliga kollegorna och män av de manliga.²¹

Arbetsgivaren

Arbetsgivaren reagerar normalt negativt på en ökad sjukfrånvaro eftersom frånvaron medför kostnader för utebliven produktion, för vikarier eller för bådadera. Kostnaderna varierar dock med tidshorisonten. Arbetsgivaren kan på kort sikt påverka sjukskrivningens längd genom att engagera sig, framför allt genom att kontakta den sjukskrivna, söka finna alternativa vägar att utföra arbetet (till exempel i hemmet) eller genom att anpassa arbetet. Om frånvaron drar ut på tiden och en fungerande vikarie finns på plats, finns inte längre samma incitament att söka få tillbaka den anställda.

Försäkringskassan bedömer att kontakterna med arbetsgivaren allmänt sett är otillräckliga. En kontakt med arbetsgivaren tas i 51 procent av sjukfallen, i genomsnitt efter 106 dagar.²²

²⁰ Hesselius m.fl. (2013).

²¹ Johansson m.fl. (2014).

²² Försäkringskassan (2012), s. 25.

På längre sikt påverkas risken för sjukfrånvaro av arbetsförhållandena – organisationen på arbetsplatsen, förekomst av fysiskt ansträngande moment, stressnivåer och så vidare – som arbetsgivaren ytterst är ansvarig för.²³ Förändringar i sådana avseenden tar normalt längre tid och kan också kräva investeringar, som i så fall ska konkurrera med andra investeringar.

En väl fungerande företagshälsovård kan vara betydelsefull i sammanhanget, men denna har snarast förlorat i betydelse under en lång följd av år.²⁴ Arbetsmiljöverket skriver i sin översikt över arbetsmiljön 2013 att drygt 60 procent av arbetskraften anger att de haft tillgång till företagshälsovård och att andelen har sjunkit sedan 2011. Av alla syselsatta har 24 procent haft någon typ av kontakt med företagshälsovården, väsentligt fler män än kvinnor.²⁵

Den allmänna tendens till lösare relationer mellan arbetsgivare och löntagare som i ett längre tidsperspektiv har observerats på vissa delar av arbetsmarknaden kan vara problematisk. Andelen personer på arbetsmarknaden med tidsbegränsad anställning har vuxit från 11 procent under 1990-talets första hälft till 16,7 procent 2014 men förefaller ha stabiliserat sig på den nivån.²⁶ Ju längre relation som en arbetsgivare förutser med en anställd, desto starkare blir ansvaret för arbetsförhållandena och den långsiktiga utvecklingen av hälsan.

Läkaren

Läkaren påverkas i sitt beslut av hur starkt patienten efterfrågar sjukskrivning. Det innebär att en ökad efterfrågan från patienterna ökar sannolikheten för att läkaren skriver det sökta intyget.²⁷ Även här uppträder alltså en positiv återkoppling.

Den professionella normen inom läkarkåren är inte entydig i sjukskrivningssituationen. Å ena sidan finns en strävan efter objektivitet i bedömningen av arbetsförmågan och behovet av sjukskrivning, som i någon mån kan dämpa effekten av den positiva återkopplingen. Å andra sidan ingår det i läkarrollen att vara patientens ombud, vilket kan verka i motsatt riktning. Kommersiella hänsyn förstärker den

²³ SBU (2003), Vingård m.fl. (2015).

²⁴ Marklund m.fl. (2005), s. 343; SOU 2011:63.

²⁵ Arbetsmiljöverket (2014), s. 47.

²⁶ SCB (2015).

²⁷ Englund m.fl. (2000), Arrelöv (2003), Alexandersson m.fl. (2013).

positiva återkopplingen. Både för privata och för konkurrensutsatta offentliga vårdgivare innebär det en risk att neka ett sjukintyg, eftersom de kan förlora en patient. Den professionella normen försvagas mer, om konkurrenstrycket är hårt. ISF:s analys av vårdvalet visar att detta sannolikt har bidragit till en ökning av sjukfrånvaron. Effekten är signifikant bara i Stockholm läns landsting, men utslaget på hela landet motsvarar effekten en ökning av sjukskrivningarna med mellan 3 och 4 procent. De långa sjukfallen förlängdes också.²⁸

Interaktionen mellan läkare och arbetsgivare är i normalfallet svag. I en undersökning genomförd av Sektionen för försäkringsmedicin vid Karolinska Institutet uppgav 79 procent av läkarna att de aldrig eller högst några gånger per år deltar i de avstämningsmöten som organiseras av Försäkringskassan, och 91 procent uppgav att de sällan har andra kontakter med arbetsgivarna.²⁹ Lika sällan remitterar läkarna till företagshälsovården, enligt samma undersökning.

Interaktionen mellan läkarna och Försäkringskassan framstår inte heller som särskilt stark. Kontakter via avstämningsmöten täcks av andelen ovan. I samma undersökning från Karolinska Institutet uppgav två tredjedelar av läkarna att de ser måttligt eller inget värde med kontakter med Försäkringskassan.³⁰

Försäkringskassan

En ökning eller minskning av efterfrågan på sjukskrivning påverkar direkt Försäkringskassan. Med en konstant andel avslag ökar antalet beviljanden i direkt proportion till inflödet, och andelen avslag har i själva verket minskat under senare år. Mellan 2010 och 2014 sjönk andelen avslag från 3,2 till 1,5 procent, och under samma period minskade andelen indragna sjukpenningar från 2,1 till 1,2 procent.³¹

När Försäkringskassans tjänstemän ställs inför ett ökat inflöde av sjukanmälningar, ligger det nära till hands att, åtminstone på kort sikt, spara tid genom att bevilja sjukpenning i ökad utsträckning. Ett avslag eller en indragning kräver normalt mer arbetstid än ett beviljande. På längre sikt är denna reaktion kontraproduktiv, eftersom den leder till att fler ärenden måste hanteras, men reaktionen är inte desto

²⁸ ISF (2014b).

²⁹ Alexandersson m.fl. (2013), s. 85.

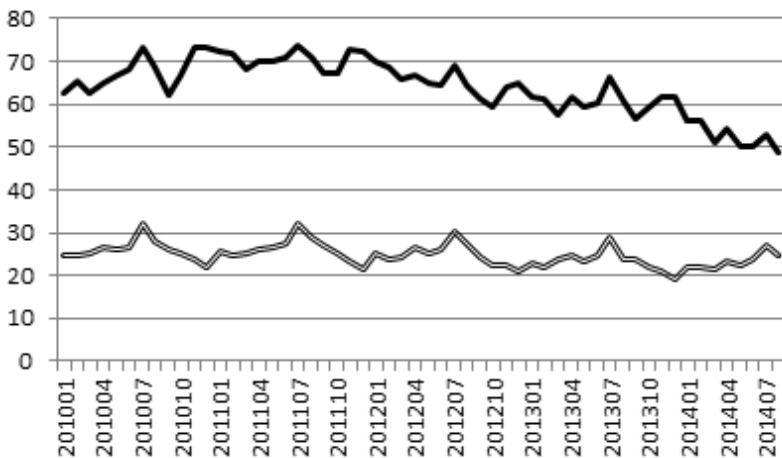
³⁰ Ibid. s. 150.

³¹ ISF (2015).

mindre förståelig hos en tjänsteman som känner tidspress.³² Som noterades ovan har andelen avslag och indrag också sjunkit under perioden 2010–14.

En annan indikation på tidsbrist och därmed sammanhängande ökad benägenhet att bevilja sjukpenning är att andelen prövningar av arbetsförmågan som utförs vid de lagstadgade tidsgränserna 90 och 180 dagar har minskat sedan 2011. Andelen sjukskrivningar som avslutas i anslutning till dessa tidsgränser har också sjunkit kraftigt.³³ Sambandet mellan tidsbrist och prövning styrks om man fingranskar variationen över året, som framgår av nedanstående diagram.

Figur 2 Samvariation mellan andelen genomförda prövningar vid 90 dagars sjukskrivning (heldragen linje) och andelen avslutade sjukskrivningar (genombruten). Enhet procent.



Källa: Försäkringskassan.

Diagrammet i figur 2 visar att andelen genomförda prövningar generellt uppvisar en topp i juli, när belastningen är lägst. Vid dessa mer frekventa prövningar ökar andelen avslutade sjukskrivningar, samtidigt som antalet påbörjade sjukskrivningar minskar.

En faktor som bidragit till utvecklingen är av allt att döma Försäkringskassans användning av begreppet *kund*. Det är centralt i styr-

³² Denna effekt har uppmärksammats också i Försäkringskassan (2014).

³³ ISF (2015b).

ningen av myndigheten, och andelen nöjda kunder är en av de viktiga indikatorerna på kvalitet i handläggningen. Det ligger en risk i själva kundbegreppet, eftersom det i viss mån konkurrerar med det traditionella myndighetsbegreppet. Det kan ifrågasättas också i sak, eftersom en kund på en fungerande marknad ska ha flera alternativ att välja mellan, medan Försäkringskassan administrerar en obligatorisk allmän försäkring. Motivet är sannolikt att man har velat betona den försäkrades perspektiv i utformningen och styrningen av verksamheten, men detta kan göras också inom ramen för en mer traditionell myndighetsstyrning. Exempelvis ingår mätning av väntetider sedan länge bland kvalitetsindikatorerna.

En lägre andel avslag samvarierar positivt med andelen nöjda kunder, vilket kan påverka chefer och tjänstemän i riktning mot en generösare bedömning.³⁴ Vilka signaler ledningen sänder ut i organisationen påverkar också handläggningen.

Sammanfattningsvis gäller att Försäkringskassan på olika sätt, både medvetet och omedvetet, kan bidra till att förstärka utifrån kommande förändringar i sjukfrånvaron både uppåt och nedåt.

Domstolarna

Domstolarna är en viktig komponent i socialförsäkringssystemet i sin roll som yttersta garant för en rättssäker handläggning. Ett självständigt domstolsväsende kan fungera stabiliserande och ökar förutsättningarna att upprätthålla en norm som är oberoende av variationer i efterfrågan på sjukpenning och andra förmåner. Samtidigt lider denna mekanism naturligtvis av svagheten att beviljade ansökningar mycket sällan överklagas.

Den omfattande analys av förvaltningsdomstolarnas beslut som ISF redovisade i en rapport 2014 bekräftar inte bilden av en från förvaltningen fristående normeringsinstans.³⁵ Tvärtom visar det sig att domstolarna i sitt eget beslutsfattande i stor utsträckning styrs av Försäkringskassans beslut och att de därmed inte kan sägas stå självständiga gentemot administrationen. Domstolarna är alltså inte någon stabiliserande aktör i sjukförsäkringssystemet.

³⁴ ISF (2014h), avsnitt 4.7.3.

³⁵ ISF (2014d).

3.4 Summering

När en person drabbas av nedsatt arbetsförmåga, finns ibland inget bedömningsutrymme; med den inträffade sjukdomen eller skadan finns inga förutsättningar att utföra ordinarie arbete och inte heller något annat mindre krävande. Men ofta finns det ett betydande utrymme för bedömningar. De svängningar som kan observeras i sjukfrånvaron kan inte förklaras med bakomliggande variationer i yttre faktorer; den rimliga tolkningen är i stället att de utgör cykliska variationer i utnyttjandet av bedömningsutrymmet.

I sjukförsäkringssystemet bestäms utfallet av ett komplext samspel mellan ett antal olika aktörer – den försäkrade, arbetsgivaren, läkaren, Försäkringskassan och domstolarna. Flertalet av dessa länkar har en positiv återkopplingseffekt, vilket innebär att en förändring i den primära efterfrågan förstärks och leder till en förändring i utfallet som kan vara långt större än vad den ursprungliga förändringen skulle låta förmoda. Det är inte storleken i återkopplingen som är det viktiga utan återkopplingens riktning, det vill säga om den är positiv eller negativ. Den huvudsakliga negativa och därmed potentiellt balanserande faktorn i systemet ligger i arbetsgivarens intresse av närvaro på arbetsplatsen. Läkarkårens professionella norm kan ha en viss stabiliserande effekt, men den har som framgått försvagats av institutionella förändringar.

Den samlade effekten verkar i båda riktningarna och förstärker därmed både minskningar och öknningar i efterfrågan på sjukskrivningar. Detta innebär att man inte kan utgå från att det finns någon självstabiliserande mekanism på övergripande nivå. I själva verket är svängningar av det slag som visas i figur 1 vad som bör förväntas i ett system som domineras av positiva återkopplingar och därmed sammanhängande instabilitet.

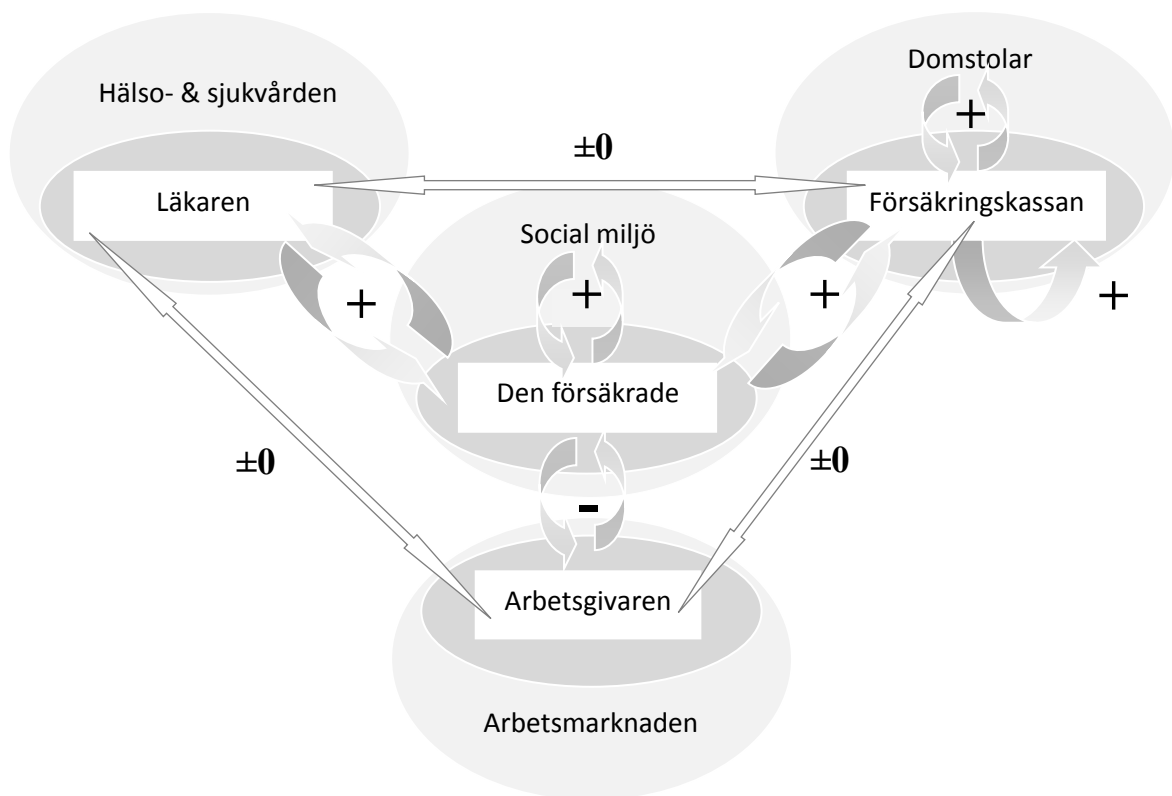
Om riksdag och regering har en ambition att hålla sjukfrånvaron på en viss, uthållig nivå, är detta ett mål som kräver en kontinuerlig bevakning av sjukfrånvaron med täta justerande ingrepp. Ansvaret för denna finjustering vilar hos Försäkringskassan i dialog med regeringen.

I figuren på nästa sida sammanfattas de samband som beskrivits ovan. Som påpekats tidigare är styrkan i sambanden inte det avgörande utan riktningen – om en återkopplingsmekanism bidrar till en förstärkning

eller en försvagning av de störningar som drabbar systemet. Plus-tecknen avser positiva återkopplingsmekanismer och minustecken negativa. Svaga återkopplingsmekanismer har markerats med ± 0 .³⁶

Figur 3 Samspel mellan sjukförsäkringssystemets olika aktörer.

Politiskt bestämt regelverk:
kvalificeringsregler,
ersättningsnivå, karenstid etc.



³⁶ Figuren tillför ingen ny information, så den läsare som inte finner den sortens framställning klargörande kan utan förlust gå vidare i texten.

4 Det faktiska förloppet 2008–2015

Mot bakgrund av de förändringar och mekanismer som beskrivits ovan är det möjligt att rekonstruera sjukfrånvarons utveckling under senare år, med fokus på vändningen under 2010 och det fortsatta förloppet. En primär faktor av betydelse var de förändringar i sjukförsäkringens regelverk som infördes 2008. De viktigaste inslagen var dels de fasta tidsgränser som infördes vid 90, 180, 364 och 914 dagar, dels avvecklingen av den tidsbegränsade sjukersättningen och de restriktivare bestämmelserna om sjukersättning tills vidare. Tidsgränserna har i någon mån bidragit till att minska sjukfrånvaron och påskynda återgång i arbete.³⁷ De nya reglerna för sjukersättningen fick flera konsekvenser och är en av orsakerna bakom den ökning av sjukpenninguttaget som började 2010, osäkert hur viktig.

För den som nekas sjukersättning är flera utvecklingsvägar tänkbara. Fortsatt sjukpenning är en möjlighet, eventuellt återvändande till sjukskrivning efter en period av arbetslivsintroduktion. Andra alternativ för den som har nekats sjukersättning har varit tidig pensionering³⁸, återgång i arbete på del- eller heltid, arbetslöshetsförsäkring, försörjningsstöd eller försörjning av nära anhörig. Den relativa storleken på dessa flöden är inte av avgörande betydelse för diskussionen här.

En minskning av uttaget av sjukersättning och en ökning av sjukpenninguttaget innebär en kraftig ökning av arbetsbelastningen inom Försäkringskassan, eftersom sjukpenningen kräver ett mer aktivt förhållningssätt. Detta gällde redan före regeländringarna 2008 – en form av rehabiliteringskedja tillämpades redan tidigare – men förstärktes av dessa. Sjukpenningen innefattar prövningar vid de fasta tidsgränserna och dessutom ett antal åtgärder som används i

³⁷ ISF (2010b), (2015b).

³⁸ ISF (2014e).

varierande utsträckning av handläggarna: avstämningsmöte, Sassamkartläggning, arbetsförmågeutredning med mera. Sjukersättningen ska enligt gällande regler omprövas vart tredje år, men den aktivitetsnivån har i praktiken inte upprätthållits, varför skillnaden i administrativ belastning blir ännu större.³⁹ Att den högre belastningen i viss utsträckning kom stötvis underlättade inte situationen för den handläggande myndigheten. Omkring 17 000 personer nådde den borte tidsgränsen den 1 januari 2010, varav en betydande andel ansökte om ny sjukpenning med början i april samma år.

Vårdvalet bidrog med ytterligare 3 till 4 procents ökning av sjukskrivningarna. För en organisation som befinner sig i närheten av sin handläggningskapacitet kan även små ökningar av inflödet leda till kraftigt ökade väntetider.⁴⁰

För att framgångsrikt kunna hantera en ökad belastning krävs att den handläggande myndigheten har tillräckliga resurser, att dessa resurser används effektivt och att regelverket vad gäller rätt till sjukpenning tillämpas korrekt. ISF:s analys av produktivitetens utveckling tyder på en i stort sett tillfredsställande produktivitetens utveckling i rent administrativt hänseende.⁴¹ Det som är problematiskt är dels den spontana reaktionen att i ett trängt läge bevilja sjukpenning snarare än att avslå eller dra in. Dilemmat illustrerar det nära sambandet mellan utgifter på myndigheterna förvaltningsanslag och utgifter på de sakanslag som myndigheterna förvaltar. Långt driven sparsamhet på förvaltningsanslagen riskerar att leda till långt större utgifter på sakanslagen, när återkopplingsmekanismerna träder i aktion.

Regeringens och myndighetsledningens styrning mot förtroende inleddes redan 2005, då myndigheten Försäkringskassan bildades. Det första verksamhetsåret för myndigheten formulerades målen i regleringsbrevet på följande sätt: ”Tilltron till socialförsäkringen och dess administration ska vara hög. Administrationen av socialförsäkringen skall vara rättssäker, effektiv och ha hög kvalitet.”⁴² Under de två följande åren upprepades dessa, med ett tillägg om krav på en god personalpolitik. I regleringsbrevet för år 2008 var kravet på personalpolitiken borttaget och ersatt med målet ”Felaktiga utbetalningar och brott mot socialförsäkringen ska inte förekomma.” Det följande året

³⁹ ISF (2014f).

⁴⁰ ISF (2010).

⁴¹ ISF (2015).

⁴² Citaten i detta stycke är hämtade från regleringsbrevet för de relevanta åren.

saknades övergripande målformuleringar, men orden effektivitet, rättssäkerhet, kvalitet, obehörigt nyttjande av försäkringen och tilltro nämns alla i verksamhetsdelen av regleringsbrevet. För sjukförsäkringsområdet betonades i måldelen en väl fungerande sjukskrivningsprocess, en formulering som behölls 2010. År 2011 avsåg de specifika målen förtroendet för Försäkringskassan och en väl fungerande sjukskrivningsprocess. I regleringsbreven för 2012 respektive 2013 återinfördes övergripande mål avseende förtroende, god service och hög kvalitet i tillämpningen.

Under 2013 märker man en viss divergens i prioriteringen mellan regeringen och Försäkringskassan. Regeringen markerade i budgetpropositionen för 2014, publicerad i september 2013: ”Samtidigt som myndigheten arbetar med ett ökat individfokus och ökat förtroende är det viktigt att värna försäkringen och säkerställa att rätt person får rätt ersättning.”⁴³ Samma höst framhöll myndigheten i sitt budgetunderlag för 2014–2016 att allmänhetens förtroende är den högst prioriterade frågan. I myndighetens verksamhetsplan för 2014 upphöjdes ”kundernas förtroende för Försäkringskassan” till det enda övergripande målet för verksamheten.⁴⁴ Detta föranledde regeringen att i budgetpropositionen för 2015 markera ännu tydligare: ”Det finns en risk för att målet om ett ökat förtroende går ut över målet om en korrekt tillämpning av försäkringen.”⁴⁵

Försäkringskassans ledning har också uppmanat handläggarna att utnyttja hela bedömningsutrymmet, vilket torde fungera som en stark signal i samma riktning; uppmaningen har återgivits i myndighetens årsredovisning.⁴⁶ Att signalen haft en effekt i denna riktning styrks av Försäkringskassans egen kvalitetsanalys från juni 2015, där det konstateras: ”Vid genomgångar av resultaten från genomförda uppföljningar har ett återkommande tema varit att handläggare säger sig ha uppfattat en tydlig ledningssignal om att det generellt är bättre att ’fria än fälla’.”⁴⁷

Vidare har antalet överklaganden av Försäkringskassans beslut till domstol minskat sedan 2011, trots att det totala antalet ärenden har

⁴³ Prop. 2013/14:1 UO 10, s. 20.

⁴⁴ Försäkringskassans verksamhetsplan 2014, sid. 1.

⁴⁵ Prop. 2014/15:1 UO 10, s. 24.

⁴⁶ ”Den innebär att vi ska sträva efter att möta kundernas unika behov utifrån det handlingsutrymme som lagstiftningen ger i varje kundmöte och i varje ärende.” (Försäkringskassans årsredovisning för år 2014).

⁴⁷ Försäkringskassan (2015b).

ökat.⁴⁸ Ytterligare en indikation i samma riktning är att Försäkringskassan i en egen rättslig uppföljning har konstaterat att en betydande andel av dem som når den bortre tidsgränsen i försäkringen och av dem som återvänder och beviljas sjukpenning inte kan anses berättigade till förmånen.⁴⁹

Sammanfattningsvis gäller att Försäkringskassan, förutom att svara positivt på ett ökat inflöde av ansökningar, själv har bidragit till en ytterligare ökning av sjukskrivningen. Detta har skett dels genom spontana reaktioner på handläggarnivå – beviljanden kräver på kort sikt mindre tid än avslag och indrag – dels genom en medveten styrning från ledningens sida i riktning mot en generösare tolkning av regelverket och en mindre aktiv policy för överklagande i domstol. Vilken av dessa faktorer som är viktigast kan inte avgöras, eftersom de verkar i samma riktning vid samma tidpunkt.

⁴⁸ ISF (2015).

⁴⁹ Försäkringskassan (2015).

5 Policyslutsatser

Från den tidigare analysen kan ett antal policyslutsatser dras dels avseende sjukfrånvaron i allmänhet, dels beträffande några av de viktigare aktörerna i systemet. Den viktiga insikt som kan hämtas ur analysen är att det inte nödvändigtvis är någon eller några enskilda faktorer som förklarar en ökande sjukfrånvaro. I stället är det några var för sig måttliga bidrag – ändrade regler för sjukersättning, vårdval och en stark kundorientering i Försäkringskassan – som, tillsammans med de systemeffekter som härrör från positiva återkopplingar, ligger bakom den kraftiga uppgången.

En långsiktigt hållbar sjukfrånvaro

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har tagit ställning för en långsiktigt hållbar sjukfrånvaro som ett mål för politiken.⁵⁰ Detta är ett naturligt mål, och utredningens förslag att knyta diskussionen om nivån till vad som händer i de länder inom OECD som Sverige brukar jämföra sig med är också rimligt. Vad man dock måste ha i åtanke är att den naturligt stabila jämvikt som efterfrågats, bland annat i det tidigare nämnda regeringsuppdraget till ISF, inte existerar. Varje nivå på sjukfrånvaron är instabil och måste därför upprätthållas med hjälp av ständiga små justeringar, som den handläggande myndigheten ansvarar för i dialog med regeringen. Konkret handlar det om hur bedömningsutrymmet hanteras, vilka prövningar av arbetsförmågan som görs och så vidare. Utan denna typ av justeringar kommer sjukfrånvaron att driva uppåt eller nedåt, som ett resultat av de positiva återkopplingsmekanismerna.

Starka politiska signaler kan som konstaterats ovan i vissa situationer bidra till att vända en utveckling. Man bör dock inte knyta alltför

⁵⁰ SOU 2015:21, s. 61 f.

starka förhoppningar till en sådan möjlighet. I dag gäller i ett antal avseenden andra förutsättningar än vad som gällde 2002.

Försäkringsreglerna

Ersättningsnivån är en parameter som riksdag och regering inte längre har full auktoritet över. Till följd av den offentliga försäkringens minskande relativa betydelse och framväxten av avtalsbaserade försäkringar har de flesta löntagare i dag en ersättningsnivå som inte är bestämd av riksdagen.⁵¹

Antalet karensdagar är däremot en parameter som riksdagen förfogar över. Det varierar ganska starkt inom OECD-området. Vissa anglosaxiska länder – Australien, Kanada och Nya Zeeland – har en eller två veckor. Frankrike, Irland, Japan och Storbritannien har tre dagar, Schweiz två och Belgien och Sverige en. De nordiska grannländerna Danmark, Finland och Norge har ingen karensdag.⁵² Eftersom huvudproblemet i den nu aktuella ökningen av sjukpenningtalet är de längre sjukskrivningarna, framstår en ökning av antalet karensdagar inte som en adekvat åtgärd.

Arbetsgivaren

Som framgår av analysen i avsnitt 3 är länken mellan anställd och arbetsgivare den enda som otvetydigt ger upphov till en negativ och därmed potentiellt stabiliserande återkoppling. Om regelverket ska förändras på någon punkt för att hålla tillbaka sjukfrånvarons ökning, är det naturligt att se över möjligheterna att stärka denna återkoppling.

I många länder har arbetsgivaren en del av det finansiella ansvaret för sjukfrånvaron, och det finns också internationell forskning som styrker att arbetsgivarens incitament har betydelse för sjukfrånvaron.⁵³ I Sverige sker detta via sjuklöneperioden på för närvarande två veckor. Medfinansiering prövades under en kort period 2005-06, men perioden var så kort och reglerna så snävt definierade att det inte går att dra några allmänna slutsatser om effekterna av ett medfinansieringsansvar. I själva verket har man anledning att tro att arbetsgivare

⁵¹ ISF (2014g), ISF (2015c).

⁵² PSFU (2012).

⁵³ ISF (2015d).

reagerar starkare på incitament än privatpersoner. De senare styrs av en mängd olika faktorer, varav ekonomiska incitament bara är en; företaget är å andra sidan en juridisk konstruktion som är utformad för att reagera just på ekonomiska incitament.

Mot ett större ansvar för arbetsgivaren reses regelmässigt invändningar. En är att arbetsgivaren inte kan påverka viss sjuklighet och därmed sammanhängande nedsatt arbetsförmåga – benbrott i skidbacken är ett exempel. Detta är i och för sig korrekt, men samma typ av invändning kan resas mot karensdagar och sänkt ersättningsnivå. Generellt sett är arbetsgivarnas inflytande över vardagslivet tillräckligt starkt för att motivera att de tar ett betydande ansvar för försäkringen; arbetsmiljö och arbetsvillkor påverkar den anställdas attityder och vilja att återgå till arbete. En annan invändning är att effekterna blir olika svåra att hantera för stora och små arbetsgivare. Detta kan dock hanteras med försäkringslösningar, som rätt utformade reducerar problemet för små arbetsgivare och samtidigt bevarar en del av incitamentet. En tredje invändning är att arbetsgivare skulle bli selektiva i anställningarna och undvika att anställa personer med en ofördelaktig prognos. I den mån en sådan prognos är möjlig att göra, görs dock sådana selekteringar redan i dag.⁵⁴ Därför är det svårt att se detta som ett särskilt starkt argument.

Ett problem med starka incitament kan vara att de leder till att arbetsgivare frestas att kringgå regelverket för att på så sätt undvika kostnader för sjukskrivning. En sådan möjlighet är att bara använda deltidsanställningar och kräva att de anställda ersätter varandra vid sjukfrånvaro och arbetar in frånvarotid i efterhand, en lösning som innebär att arbetsgivarens kostnader för sjuklön elimineras. Det är en lösning som har större förutsättningar att accepteras av löntagarna när arbetslösheten ligger högt. Motmedlet mot denna typ av konstruktioner är kontroller.

Sammanfattningsvis framstår en förstärkning av arbetsgivares ansvar som en välmotiverad förändring med sikte på en robustare sjukförsäkring. Den kan utformas finansiellt neutralt för arbetsgivarkollektivet som helhet, om arbetsgivaravgiften modifieras. I sammanhanget bör företagshälsovårdens organisation och ekonomiska förutsättningar ses över.

⁵⁴ Se exempelvis Eriksson m.fl. (2012).

Läkaren

Läkaren spelar en nyckelroll i sjukskrivningsprocessen. Som framgång är läkaren inte alltid den stabiliserande länk i kedjan som vore önskvärt. Den professionella rollen är i sig dubbel, och den ökande konkurrensutsättningen under senare år har ytterligare försvagat länken. För att läkarna ska kunna fungera som en stabiliserande faktor i systemet krävs en mer omfattande institutionell förändring. Förebilder kan hämtas från Finland eller Frankrike, där försäkringsläkarna har ett större inflytande över sjukskrivningsprocessen och därigenom kan säkerställa en stabilare hantering av bedömningsutrymmet.⁵⁵

Försäkringskassan

Försäkringskassan har som framgång en central roll för att upprätthålla en stabil och långsiktigt hållbar nivå för sjukfrånvaron. I nuvarande situation med en stadigt stigande sjukfrånvaro handlar det inte om att tillämpa någon radikalt annorlunda princip för styrning av verksamheten. I stället ligger lösningen i trohet mot regelverket vad gäller rätten till sjukpenning och relaterade förmåner, vidmakthållande av lagstadgade tidsgränser för prövning av arbetsförmågan, kontroller med mera. Kontinuerliga produktivitetsökningar måste även fortsättningsvis upprätthållas; möjligen borde moderna metoder för analys av köhantering tillämpas i större utsträckning så som illustrerats i några ISF-projekt.⁵⁶

Kundbegreppet är problematiskt och borde om inte elimineras så åtminstone ges en mindre framskjuten plats i styrningen. Självklart ska väntetider och tillgänglighet vara viktiga kvalitetsindikatorer, men detta gällde även innan förtroende hos kunderna upphöjdes till det enda övergripande målet för myndigheten.

På ett djupare plan bör regeringen låta analysera förhållandet mellan sakanslag och förvaltningsanslag. En ensidig inriktning på att hålla nere förvaltningsanslaget utan hänsyn till vilka effekter detta får på sakanslaget riskerar att leda till oönskade resultat.

⁵⁵ Gerner (2005).

⁵⁶ ISF (2010), (2012b).

Domstolarna

Domstolar är som framgått inte en autonom aktör i systemet utan är i sitt beslutsfattande beroende av Försäkringskassans bedömningar. För större självständighet krävs mer resurser för egna utredningar och fler utlåtanden från oberoende experter.

Polycylutsatser

Referenser

- Alexandersson, K. m.fl. (2013): *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning*. Sektionen för försäkringsmedicin, Inst. f. klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.
- Angelov, N. m.fl.(2011): *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. IFAU rapport 2011:2.
- Arbetsmiljöverket (2014): *Arbetsmiljön 2013*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:3.
- Arrelöv, B. (2003): *Towards understanding of determinants of physicians' sick-listing practice and their interrelations*. Akad. avh., Med. fak., Uppsala universitet.
- Eliason, M., Lundborg, P., Vikström, J. (2011): *Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet*. IFAU rapport 2011:8.
- Englund, L., Tibblin, G., Svärdsudd, K. (2000): "Variations in Sick-Listing Practice among Male and Female Physicians of Different Specialties Based on Case Vignettes", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 48–52.
- Eriksson, S., Johansson, P., Langenskiöld, S. (2012): *Vad är rätt profil för att få ett jobb?* IFAU rapport 2012:13.
- Försäkringskassan (2011): *Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen*. Socialförsäkringsrapport 2011:6.
- Försäkringskassan (2012): *Handläggning och bedömning av anställda sjukskrivna som passerar 180 dagars sjukskrivning*. Dnr 002587-2012. Ingår i Socialförsäkringsrapport 2012:12.
- Försäkringskassan (2014): *Analys av sjukfrånvarons variation*. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2014b): *Sjukfrånvarons utveckling*. Socialförsäkringsrapport 2014:18.

Försäkringskassan (2015): *Sjukpenningsärenden som avslutas för att dagarna tar slut*. Rättslig uppföljning 2015:03.

Försäkringskassan (2015b): *Gemensam kvalitetsanalys för Försäkringskassan juni 2015*. Dnr 027760-2015.

Gerner, U. (2005): *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen*. Inst. f. socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholm.

Hesselius, P., Johansson, P., Vikström, J. (2013): "Social Behaviour in Work Absence", *Scandinavian Journal of Economics*, 115, 995–1019.

ISF (2010): *Effektiv köhantering. Exemplet Tidig bedömning*. ISF rapport 2010:7.

ISF (2010b): *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*. ISF rapport 2010:1.

ISF (2012): *Stabilitet i sjukfrånvaron*. ISF rapport 2012:15.

ISF (2012b): *Handläggning av bostadstillägg*. ISF rapport 2012:3.

ISF (2014): *Sjukfrånvaro över generationer*. Rapport 2014:20.

ISF (2014b): *Vårdvalets effekter på sjukskrivningar*. Rapport 2014:17.

ISF (2014c): *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaro*. ISF rapport 2014:5.

ISF (2014d): *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*. ISF rapport 2014:18.

ISF (2014e): *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*. ISF rapport 2014:7.

ISF (2014f): *Förnyad utredning av sjukersättning*. ISF rapport 2014:13.

ISF (2014g): *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*. ISF rapport 2014:4.

ISF (2014h): *Produktivitet och kvalitet vid Försäkringskassans lokala försäkringscenter*. ISF Rapport 2014:24.

ISF (2015): *Försäkringskassans administration – produktivitet och kvalitet 2014*. Skrivelse 2015-04-28, dnr 2014-164.

- ISF (2015b): *Tidsgränserna i sjukförsäkringen*. ISF rapport 2015:5.
- ISF (2015c): *Offentlig och kollektivavtalad sjukförsäkring – Institutionell utveckling under 30 år*. ISF rapport 2015:6.
- ISF (2015d): *Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen*. ISF rapport 2015:4.
- Johansson, P., Karimi, A., Nilsson, P. (2014): *Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen*. IFAU rapport 2014:7.
- Lidwall, U. (2011) ”Hade vi en sjukskrivningsepidemi? Utveckling och orsaker”, i *Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå*. Socialförsäkringsrapport 2011:3. Försäkringskassan.
- Marklund, S. m.fl. (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson, P. (2008): *De långsiktiga konsekvenserna av alkoholkonsumtion under graviditeten*. IFAU rapport 2008:6. Under publicering i *Journal of Political Economy*.
- PSFU (2012): *Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Stockholm.
- PSFU (2013): *Den låga rörligheten mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Stockholm.
- SBU (2003): *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Stataens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.
- SCB (2015): *Utvecklingen av tidsbegränsat anställda*. AM 110 SM 1501, februari 2015.
- Socialdepartementet (2011): *Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Inspektionen för socialförsäkringen*. Regeringsbeslut 2011-12-20.
- SOU 2011:63. *Framgångsrik företagshälsovård*.
- SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*.
- Vingård, E. (2015): *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt*. Forte, Stockholm.

Referenser

Widmark, M. m.fl. (2005): "Vuxenmobbing och sjukskrivning", i
Marklund, S. m.fl. (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och
lösningar*. Arbetslivsinstitutet.

isf
INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se
ISBN 978-91-88098-08-5