

Rapport från Arbets- och miljömedicin nr 109

Rådslag om sjukfrånvaron: Vilka kan göra något åt det och hur?

Sammanställning av aktörernas och parternas förslag

Mats Eklöf, PhD och Lotta Dellve, PhD (red)

Arbets- och miljömedicin, Göteborg

Göteborg, juni, 2005



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
Avdelningen för yrkesmedicin



ARBETSMILJÖ
VERKET



SAHLGRENKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET
Arbets- och miljömedicin



SVENSKT NÄRINGSLIV
CONFEDERATION OF SWEDISH ENTERPRISE
REGIONKONTOR GÖTEBORG



Arbetsförmedlingen



Försäkringskassan



Arbetslivsinstitutet
VÄST
Industrin och den mänskliga resursen



Rapport nr 109
Arbets- och miljömedicin
S:t Sigfridsgatan 85, 412 66 Göteborg
013-343 81 03, amm@amm.gu.se
www.amm.se

ISSN 1650-4321
ISBN 91-7876-108-5

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	2
Rådslag om sjukfrånvaron.....	2
Synpunkter och förslag från rådslag om sjukfrånvaro	2
Vad händer sedan?	3
INTRODUKTION	4
METOD.....	5
Deltagare	5
Rådslagsgruppernas uppdrag.....	5
Datainsamling.....	5
Databearbetning	6
Metodbegränsning.....	6
SAMMANSTÄLLNING AV SYNUNKTER OCH FÖRSLAG FRÅN RÅDSLAGET	7
Psykosociala belastningar i arbete och privatliv	8
Problem	8
Idéer.....	8
Individens ökande beroende av arbetsgivaren- arbetets effektivisering och beroende av individen.....	10
Problem	10
Idéer.....	10
Individrelaterade orsaker: medicinska, biologiska, moraliska och arbetsmarknadsmässiga	12
Problem	12
Idéer.....	12
Kunskapsbrister rörande arbete och hälsa – Att arbeta med rätt frågor	15
Problem	15
Idéer.....	15
Brister i det förebyggande arbetet, rehabiliteringsarbetet och anpassningen av arbetet på arbetsplatsen	17
Problem	17
Idéer.....	17
Resurser för förebyggande, vårdande och rehabiliterande verksamhet.	20
Problem	20
Idéer.....	20
Otydlig ansvarsfördelning och bristande samverkan	22
Problem	22
Idéer.....	22
DISKUSSION.....	25
VAD HÄNDER SEDAN?	27

SAMMANFATTNING

Rådslag om sjukfrånvaron

Rådet för hälsa och arbetsliv i Västra Götaland inbjöd den 5 april 2005 till ett stort rådslag om sjukfrånvaron. Syftet var att generera idéer för att förebygga sjukfrånvaro, förkorta sjukskrivningar och att snabbare återföra sjukskrivna i arbetet. Rådet vill med detta dokument dela med sig av de synpunkter och idéer som framkom under rådslaget.

Cirka 300 personer deltog i rådslaget. De representerade de olika parterna och aktörerna i arbetslivet.

Rådslag genomfördes vid 39 bord kring tre teman: nulägesbeskrivning och idéer för att förebygga sjukfrånvaro, förkorta sjukskrivningar och att snabbare återföra sjukskrivna i arbetet. I varje grupp valdes en ordförande och en annan att föra anteckningar.

Forskare vid Arbets- och miljömedicin analyserade samtliga avskrivna anteckningar och kategoriserade problembeskrivningar och idéer till lösningar, utgående från anteckningarnas innehåll.

Syftet med föreliggande rapport är att övergripande beskriva de områden som diskuterades i rådslaget. Avsikten var att samla erfarenheter, tankar och idéer om vad som behövs idag för att förebygga sjukfrånvaro, förkorta sjukfrånvaro och snabbare återföra sjukskrivna i arbetslivet.

Synpunkter och förslag från rådslag om sjukfrånvaro

Här nedan följer en sammanfattning av de problembeskrivningar, synpunkter och idéer som antecknades vid rådslagsborden.

Såväl förebyggande av sjukskrivning som rehabilitering skulle underlättas om det fanns tillräcklig tillgång till arbetsplatser där den fysiska och psykosociala miljön var bättre anpassad till individens förutsättningar. För att nå detta behöver de teoretiska kunskaperna om arbetsmiljö och hälsa, de praktiska färdigheterna samt individkännedomen bli större, inte minst hos arbetsledare och chefer. Om arbetsmiljölagstiftningen följdes skulle delar av problematiken kunna undvikas. Befintlig forskningskunskap borde få ett bättre praktiskt genomslag i arbetslivet.

Arbetsrätt och försäkringssystem i kombination med det allmänna arbetsmarknadsläget bidrar till att individer utan hög attraktivitet på arbetsmarknaden tenderar att vilja stanna kvar i sin anställning så länge som möjligt för att på så sätt bibehålla ekonomisk trygghet. Samtidigt har besparings- och lönsamhetskrav lett till minskade möjligheter för arbetsgivare att kunna erbjuda arbeten för personer med nedsatt prestationsförmåga.

Kraven på förmåga, resurser och formella möjligheter inom rehabiliteringssystemet, för att hitta individanpassade lösningar, har ökat. I konsekvens med detta gick relativt många idéer ut på att den kompetens samt de formella regler och resurser, som idag är knutna till enskilda myndigheter eller andra rehabiliteringsaktörer, borde samordnas och att detta skulle ske tidigt i rehabiliteringsprocessen.

Aktiva insatser tidigare i rehabiliteringsprocessen och kontinuerlig kontakt med sjukskrivna framhölls av flera som betydelsefullt för tidig återgång i arbetet. Kunskaps- och resursbrister inom vårdsystemet gör att personer blir sjukskrivna på otydliga grunder eller i onödan och blir kvar i sjukskrivning på grund av vårdköer. Mot bakgrund av den aktuella stressrelaterade psykiska ohälsan framhölls särskilt de resursbrister som finns avseende psykoterapeutisk behandling och liknande. Möjligen måste man, idag i vårt samhälle, acceptera att en viss del

av befolkningen inte kan eller vill ha ett ”vanligt” arbete. I såväl individens och samhällets intresse är det därför nödvändigt med bättre möjligheter till anpassade arbeten efter personlig förmåga. För detta, menade man, krävs nya och strukturerade ekonomiska incitament.

Individens ansvar för sin egen hälsa och hur samhällsfaktorer påverkar ansvarstagande och arbetsmoral på individplanet togs upp i rådslaget. Attitydpåverkan, gärna redan i skolan, och aktivt ifrågasättande av normer och normsändare skulle alltså kunna vara fördelaktigt. Detta torde för sin trovärdighet vara beroende av en hög och konsekvent moral hos ledande personer i samhället. Det påpekades att en alltför moraliserande attityd i förhållande till sjukskrivna kan ha en negativ effekt genom att de förstärker en negativ självbild.

Arbetsgivarnas stora ansvar belystes men också svårigheten att alltid finna lösningen i den egna verksamheten. Samarbete mellan arbetsgivare framhölls som ett sätt att hitta arbeten som matchar individuella förutsättningar.

Vad händer sedan?

Rådet för hälsa och arbetsliv i Västra Götaland tog initiativ till rådslaget för att stimulera till diskussion i denna komplexa fråga. Denna rapport kan användas som underlag för fortsatta diskussioner och för att utforma mer konkreta åtgärdsförslag bland organisationer och myndigheter. Rådet kommer att använda förslagen till att göra en handlingsplan att kunna gå vidare med. Till exempel planeras följande:

Nationellt

- Rådet kommer att bjuda in arbetslivsministern till ett seminarium för de som medverkade vid rådslaget.
- Rådet kommer att sprida resultatet till riksdagspolitiker, regionråd och ansvarskommittén.
- Rådet kommer skriva en debattartikel, som utgår från rådslaget, med uppmaning till en bred politisk samling.

Västra Götalands län

- Rådet, och dess medlemmar, kommer att inspirera till lokalt och regionalt samarbete och samordning av krafter mellan aktörer, till exempel arbetsgivningar sjupartsamtal och stärkt roll för företagshälsovården.

Forskning och utveckling

- Rådet kommer att tillskriva FAS, Vinnova, och VR om att en särskild satsning på forskning och utvecklingsarbeten behövs inom detta område, till exempel implementering, genomförande och effekt av samordnade resurser.
- Rådet, och dess medlemmar, förespråkar ett regionalt initiativ för ett tvärvetenskapligt försäkringsmedicinskt forskningsinstitut eller centrumbildning, gärna med inriktning mot interventionsforskning.

INTRODUKTION

Rådet för arbetsliv och hälsa i Västra Götalandregionen bildades 1998. Rådet är en informell partsammansatt grupp med företrädare från Arbetsmiljöverket, Arbets- och miljömedicin, Arbetslivsinstitutet Väst, Västra Götalandsregionen genom sin Folkhälsokommitté, Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden, SACO, LO, TCO, SIF och Svenskt Näringsliv.

Syftet med rådet är att informera om och förbättra arbetsförhållanden i regionen. Rådet sammanträder en gång per termin. Diskussioner och initiativ genom rådet har bland annat bidragit till Västra Götalands folkhälsorapport, en seminarieserie om stress, utbildningsdagar om stress, utbrändhet och hållbar arbetsförmåga samt ett rådslag om åtgärder för att bättre hantera och minska sjukskrivningarna.

Rådet för hälsa och arbetsliv i Västra Götaland inbjöd den 5 april 2005 till ett stort rådslag om sjukfrånvaron. Syftet var att generera idéer för att förebygga sjukfrånvaro, förkorta sjukskrivningar och att snabbare återföra sjukskrivna i arbetet. Vidare syftade rådslaget till att förändra syn, attityd och beteende hos aktörerna samt att de genererade idéerna skulle utmynna i projekt för förändringar inom organisationer och företag samt för forskning. Inbjudna var aktörer från till exempel arbetsgivare, fackliga organisationer, hälso- och sjukvården, försäkringskassan, arbetsmiljöverket, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och forskningen. I arbetsgruppen som arrangerade rådslaget arbetade Annemarie Särner, Arne Olsson, Per-Olof Kjellén, Monica Holmberg samt Ewa Andegren och Arne Pettersson från Personalstrategiska avdelningen i Västra Götalandsregionen och Lotta Dellve från Arbets- och miljömedicin.

Rådslaget dokumenterades för att kunna föras vidare. Två forskare, Lotta Dellve och Mats Eklöf vid Arbets- och miljömedicin, fick av rådet i uppdrag att analysera dokumentationen kvalitativt. Denna rapport är en bearbetad sammanställning. Den som är intresserad uppmanas att studera den oredigerade dokumentation som finns att ladda ned från Arbets- och miljömedicins hemsida (www.amm.se) eller att kontakta de parter som fanns representerade vid rådslagen.

Mats Hagberg

Ordförande i Rådet för hälsa och arbetsliv i Västra Götaland

SYFTE

Syftet med föreliggande rapport är att övergripande beskriva de områden som diskuterades i rådslaget. Avsikten var att samla erfarenheter, tankar och idéer om vad som behövs idag för att förebygga sjukfrånvaro, förkorta sjukfrånvaro och snabbare återföra sjukskrivna i arbetslivet.

METOD

Deltagare

Inbjudan till rådslaget riktades brett i samråd med representanter för Rådet för hälsa och arbetsliv. Cirka 300 personer deltog i rådslaget. De representerade de olika parterna och aktörerna i arbetslivet (ett 80-tal arbetsgivare, ett 60-tal arbetsgivare och behandlare från Västra Götalandsregionen, ett 70-tal representanter från fackföreningar, 25 från Försäkringskassan, 20 från Arbetsförmedlingen, ett 10-tal från arbetsmiljöverket, 15 konsulter samt representanter från företagshälsovården). Deltagarna indelades i 39 grupper om 6-8 personer. Gruppindelningen bestämdes i förväg av rådslagets arbetsgrupp. Det eftersträvades att de olika deltagarkategorierna fördelades jämnt bland borden för att olika partsintressen och perspektiv skulle finnas representerade vid varje bord.

Rådslagsgruppernas uppdrag

I varje grupp valdes i förväg en deltagare med mötesvana att vara ordförande och en annan att föra anteckningar. Rådslagsgrupperna fick sina uppdrag dels via muntliga presentationer som skedde i storgrupp före rådslagen, dels på papper (tabell 1). Dokumentationen fördes enligt temaområdena enligt färdigställd mall.

Datainsamling

Gruppdiskussioner, kallade rådslag, genomfördes i tre omgångar som var och en varade i ungefär 60 minuter. Varje omgång hade sitt eget tema som i sin tur var indelat i fyra delaspekter. Deltagarnas uppgift var att rådslå kring dessa tolv punkter (tabell 1). Fokus skulle ligga på samverkansfrågor.

Tabell 1. Teman/innehållsstruktur för rådslagen

<i>Rådslag 1</i>	<i>Rådslag 2</i>	<i>Rådslag 3</i>
Att förebygga sjukfrånvaro	Att förkorta sjukskrivning	Att snabbare föra åter i arbete
<i>Teman för varje rådslag:</i>		
Nulägesbeskrivning och glömda problemområden Visionära idéer Konkreta idéer Pionjära exempel		

Efter varje huvudomgång samlades anteckningarna in och lämnades över till särskilda sekreterare som ordagrant skrev av anteckningarna, vilka slutligen sammanfördes till ett dokument vars omfång blev cirka 40 sidor.

Arbetslivsforskare från Arbets- och miljömedicin (3 forskare), Arbetslivsinstitutet Väst (2 forskare) och Institutet för Stressmedicin (1 forskare) cirkulerade som observatörer mellan borden.

Databearbetning

Forskare vid Arbets- och miljömedicin gick igenom samtliga avskrivna anteckningar och kategoriserade problembeskrivningar och idéer till lösningar, utgående från anteckningarnas innehåll. I kategoriseringen sorterades problembeskrivningarna respektive idéerna i teman. Dessa teman framkom induktivt, dvs de mest centrala kategorierna sorterades och benämndes efter egenskaper. Problembeskrivningarna var likartade, vare sig det handlade om förebyggande åtgärder eller rehabilitering. Vid analysarbetet visade det sig också att visionära respektive konkreta idéer tenderade att till stora delar ha relativt likartat innehåll samt att deltagarna inte alltid skilde på visionära och konkreta idéer. Därför har i resultatredovisningen dessa olika typer av idéer sammanförts under en rubrik. Vidare innehöll dokumentationen inga konkreta beskrivningar av lyckade pionjärprojekt, utan sådana omnämndes endast med namn. Vi har här avstått från att lista dessa. Den preliminära resultatbeskrivningen diskuterades med de forskare som fungerade som observatörer under rådslaget.

Metodbegränsning

En begränsning i den använda datainsamlingsmetoden var systemet med av rådslagsgrupperna utsedda sekreterare som själva deltog i rådslagen. Den dubbla uppgiften i kombination med problemområdets komplexitet, den variation med avseende på perspektiv som fanns i rådslagsgrupperna samt den tid som stod till förfogande gjorde sannolikt sekreterarnas uppgift svår. Det fanns i grupperna heller ingen förberedd ordförande/processledare som skulle ha kunnat skärpa diskussionernas fokus. Detta torde ha bidragit till att de förda anteckningarna starkt tenderade att bli abstrakta och skissartade.

SAMMANSTÄLLNING AV SYNPUNKTER OCH FÖRSLAG FRÅN RÅDSLAGET

Dokumentationens innehåll sorterades i sju kategorier (figur 1). Resultatredovisningen strukturerades i enlighet med dessa kategorier. Varje kategori presenteras med en inledande del om nuläges- och problembeskrivning. Sedan beskrivs de idéer om möjliga lösningar som framkom. Naturligtvis överlappar kategorierna delvis varandra och problem och idéer berör inte endast en kategori.

Psykosociala belastningar i arbete och privatliv
Individens ökande beroende av arbetsgivaren - Arbetets effektivisering och beroende av individen
Individrelaterade orsaker: medicinska, biologiska, moraliska och arbetsmarknadsmässiga
Kunskapsbrister rörande arbete och hälsa – Att arbeta med rätt frågor
Brister i det förebyggande arbetet, rehabiliteringsarbetet och anpassningen av arbetet på arbetsplatsen
Resurser för förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamhet
Otydlig ansvarsfördelning och bristande samverkan

Figur 1 Huvudkategorier av problem och lösningsidéer som framkom vid rådslagen

Psykosociala belastningar i arbete och privatliv

Problem

- Framför allt psykosociala frågor nämndes som problematiska i arbetslivet.
- Ökade **prestationskrav**, uppdrivet tempo, ökad kontroll av den anställda samt en organisationskultur som accepterar tryck på individen skapar stress.
- **Minskad arbetstillfredsställelse**, till exempel på grund av sänkta kvalitetsnormer, tar bort arbetsglädjen.
- För lite medarbetardelaktighet och otydlig kommunikation skapar en känsla av **bristande kontroll**.
- **För stora chefsområden** omöjliggör daglig dialog med personalen; chefer har för lite **kunskap om psykosociala frågor** och hur de kan hanteras, man är dåliga på att hantera konflikter och integrationsfrågor.
- Balansen mellan arbetsinsatsen och **det utbyte som individen får från arbetet** (stimulans, status, upplevd rättvisa med avseende på ekonomiskt utbyte) kan ha försämrats.
- **Samhället** har allmänt sett utvecklats mot ökande psykisk belastning och sämre återhämtning på fritiden. De dominerande värderingarna har gått mot mer konsumtion och mer prestation. Detta drabbar redan i barndomen. Det kan vara svårt att samordna arbetskrav och privatlivets krav, inte minst för yrkesarbetande kvinnor.

Idéer

När det gällde förebyggande inom arbetsmiljön rörde de flesta inläggen **förbättrat socialt stöd, framför allt från ledningen**. Den dominerande bilden kan sammanfattas: Satsa på ledarskapet!

Det handlade om **ökad tydlighet, ökad närhet mellan ledning och personal** (mindre chefsområden/mindre personalgrupper), att få tydliga mål, feedback och bekräftelse och att öka chefers kompetens inom arbetsmiljöfrågor i allmänhet och kommunikation i synnerhet, konflikthantering, rehabilitering och psykosociala arbetsmiljöfrågor.

Även andra organisationsinterna källor till socialt stöd skulle kunna utvecklas, exempelvis **kamratstödsgrupper**. Ökad tillgång till **externa samtalspartners och handledning** lyftes fram som önskvärt.

Chefer bör inte tillsättas enbart på tekniska (eller administrativa) meriter.

Både planeringssamtal och **arbetsplatsträffar skulle kunna bli mer inriktade på hälsofrågor**.

Idéer rörande **lägre eller anpassade prestationskrav** handlade om kortare arbetstid och/eller mer flexibel arbetstid allmänt och för personer med av medicinska, sociala eller åldersmässiga skäl nedsatt prestationsförmåga i synnerhet. Även fler lediga dagar att använda vid behov diskuterades. Arbetstiden skulle kunna konjunkturanpassas och även årstidsanpassas – kortare på höst-vinter, längre på våren sommaren.

Prestationslönesystem borde tas bort samt att den allmänna tävlingshetsen borde tonas ner.

Arbetsgivaren har ett ansvar att **avlasta individer** som är benägna att ta på sig för mycket arbete.

Arbetsmoment som förknippas med skadlig belastning kan tas bort ur individens arbete, icke skadliga moment kan vara kvar.

Chefen bör ha **mer och bättre kontakt med sin personal**, inte minst sjukskrivna.

Det behövs **mer personal**. Ökade resurser för administrativt stöd, till exempel sekreterare och assistenter efterfrågades.

Ökat inflytande och mer delaktighet för medarbetarna. Offentliga medel skulle kunna användas för att utveckla medarbetares delaktighet på arbetsplatserna.

Möjligheter till **flexiblare och/eller kortare arbetstid** skulle öka kontrollen över arbetstiden.

Ökat inflytande för kvinnor och personer inom ”kvinnoyrken”, delegerat beslutsfattande till medarbetarnivån.

Arbetsrotation kan ses som ett sätt att öka kontrollen samt att skapa variation i belastningsmönstren. En ofta förekommande kommentar var av typen: ”Det måste vara kul att gå till jobbet”.

Individens utbyte av arbetet: förbättrade förhållanden när det gäller individens utbyte av arbetet (en hälsfaktor!) diskuterades. Det handlade då om att motverka underbetaldhet samt alienering, dvs att kopplingen mellan utfört arbete och slutresultat bör vara tydlig.

Färre omorganisationer: nytillträdda chefer bör undvika genomgripande omorganisationer i syfte att visa sin handlingskraft.

Den allmänna livsmiljön: när det gällde den allmänna livsmiljön framhölls att omvärderade attityder till ständig aktivitet, ständiga upplevelser var önskvärda: **Lugnare livstempo**, lugnare samhällstempo, mer balans i livet!

Individens ökande beroende av arbetsgivaren- arbetets effektivisering och beroende av individen

Problem

- Ett sätt att uppnå bättre anpassning mellan individ och arbetsmiljö kunde vara att byta arbete. Det är **av flera skäl problematiskt att byta arbete**: Allmän brist på arbetstillfällen, särskild brist på arbeten där kraven kan anpassas efter nedsatt prestationsförmåga, arbets- och försäkringsrättsliga förhållanden som inte motiverar individen att själv säga upp sig samt problem i samband med behov av kompetensutveckling för att kunna ta nytt arbete. Det påpekades att hanteringen av denna fråga i grunden baseras på värderingar kring huruvida arbetslivet skall ha plats även för mindre högpresterande individer, i synnerhet om prestationsnedsättningen är betingad av sjukdom eller arbetsskada, eller inte.
- **Sjukskrivna eller personer som inte fungerar eller trivs på arbetet kan inte få hjälp av arbetsförmedlingen så länge de har anställning.** Detta skapar inlåsnings effekter.
- När individer återvänder till arbetsplatsen bör man där ha **utrymme för arbetsträning och förståelse** för att man inte direkt kan eller bör gå upp i normalt tempo. Samtidigt är **villkoren för både privata och offentliga arbetsgivare sådana att man inte kan förvänta sig samhällsansvar i form av att ge utrymme för personer som inte presterar fullt.**
- Negativ orsaksspiral: genom de förväntningar som finns i samhället avseende ständiga förändringar och effektiviseringar samt **inramning av arbetet** (rutiner, kvalitetsäkring, ökade krav, rationaliseringar) begränsas individers utrymme. Detta kan innebära att kreativitet samt individuella och kulturella förmågor går förlorade. Marginalerna blir små och **individens sårbarhet ökar** – detta kan leda till stressjukdomar och depressioner. Det är svårt för dessa individer att finna arbete, det är **svårt för arbetsgivaren att anpassa arbeten** när arbetsuppgifterna är kraftigt inramade. Såväl offentliga som privata arbetsgivare har stora kostnader på grund av sjukskrivningar vilket kan innebära slimmade organisationer, ökad konkurrens och snabba förändringar. Detta medför otrygghet för de anställda, vilket kan ge sjukskrivning
- Många **produktionsansvariga**, ledare och småföretagare med flera **lever med stor press** och riskerar utmattningssyndrom.
- Individer som inte är högpresterande riskerar att mobbas av kollegor och medarbetare.

Idéer

Ökat samarbete mellan arbetsgivare för att finna nya passande arbeten för personer med hälsoproblem eller som inte trivs/fungerar på sitt arbete; ”arbetsgivarringar”. Arbetsgivarna borde bli mer tillmötesgående när det gäller att erbjuda anpassade arbeten. Detta skulle kunna ske redan vid tidiga signaler på brister i förmåga eller funktion.

Samhällsekonomiskt stöd i samband med att individer söker nytt arbete. På så vis skulle det bli mindre ekonomiskt riskabelt för individen att säga upp sig.

Hjälp till individens ”karriärplanering” och kompetensutveckling skulle kunna minska individens beroende av arbetsgivaren. Arbetsgivare kan bättre se till personliga förutsättningar och odla talanger i sina organisationer.

Allmänt sett **bättre tillgång till arbetsmöjligheter** var önskvärt, men några mer konkreta visioner för detta dokumenterades inte.

Ge individen möjlighet **att byta arbetsplats under sjukskrivningen utan att förlora sina rättigheter**, det vill säga få möjlighet att pröva ett nytt arbete med sin ”tidigare” anställning kvar.

Ge **Arbetsförmedlingen uppdraget att arbeta med sjukskrivna anställda**. De har expertkunskap att hjälpa långtidssjuka till annat arbete, till omskolning och med kompetensutveckling

Arbetsgivare kan samarbeta för att ”byta” personal i fall där problemet är att individen kan prestera, men inte på nuvarande arbetsplats. Arbetsgivarringar och möjligheter att pröva på arbete hos annan arbetsgivare skulle kunna vara konkreta arbetsformer.

Den skyddade delen av arbetsmarknaden bör byggas ut.

Det bör finnas möjlighet att få **tjänstledigt med lön**, för att förebygga sjukskrivning

Individrelaterade orsaker: medicinska, biologiska, moraliska och arbetsmarknadsmässiga

Problem

- **Individer tar för lite ansvar för sin egen hälsa:** individen kunde ta mer ansvar för att byta arbete, sköta sin hälsa och kondition samt avstå från för många åtaganden. Individen har ett ansvar att lära sig hantera stressen på arbetsplatsen. Det påpekades att detta inte gör arbetsgivarens ansvar mindre och att fokusering på individen kan förskjuta uppmärksamheten från faktiska miljöproblem.
- **Dålig moral och slappa attityder:** individer använder för liberala kriterier för när de skall sjukskriva sig, tänker för lite på sina skyldigheter mot försäkringssystem, arbetsgivare och samhälle samt är för egoistiska. Allmänt sett så har moralen i samhället sjunkit och det betraktas som helt acceptabelt att leva på bidrag. Ungdomar har en annan, mer ansvarslös syn på sjukfrånvaron.
- **Individer har svårt att få jobb:** det påpekades att många individer både är sjuka och arbetslösa och därmed har svårt att kunna arbeta, oavsett hur väl de sköter sig och hur moraliskt exemplariska de är. Man får då förvänta sig att de söker förmånligast möjliga lösning för den egna försörjningen.
- **Man tillhör fel kön:** eftersom kvinnor sägs vara mer sjukskrivna än män är det i detta specifika perspektiv ett problem att vara kvinna.
- **Man har fel ålder:** äldre sjuka och äldre arbetslösa har svårare än yngre att få plats i arbetslivet.
- **Samhällsnormer påverkar individer att högp prestera** på såväl arbetstid som fritid. Detta ställer krav på individen att sätta gränser. Exempelvis driver sig unga kvinnor mycket hårt utan att minska kraven.
- **Individen riskerar att passiviseras** om rehabiliteringsinsatser, inklusive nödvändig vård, inte sätts in tillräckligt snabbt. Om man finner att en individ inte kan återgå till sitt arbete, och alternativa arbeten inte finns, återstår till slut endast socialbidrag som försörjningsmöjlighet. Detta kan få allvarliga konsekvenser för individens totala situation.
- **Individen har ett ansvar att hålla kontakten med arbetsgivaren och att genomföra de aktiviteter som rehabiliteringsplanen innehåller.** Det är inte bara arbetsgivaren som bör hålla kontakten med den sjuke. Individen har också ett ansvar för sin egen friskvård och bör inse att världen är som den är och att anpassning är nödvändig.
- **Många sjukskrivna känner skuld** för sin situation. Detta bidrar inte till tillfrisknande.
- Massmedia och hälsoexperter förmedlar **ett snävt och elitistiskt människoideal** som innebär att man inte duger om man inte är ung, vacker och frisk. Hälsoexperter av olika slag bidrar till att skapa ett expertberoende som gör att individen förlorar förmågan att lyssna till sig själv.
- **Kulturella skillnader finns avseende sjukdomsbegreppet.** Sjukskrivningsmönstret skiljer sig mellan länder.

Idéer

Ställ tydligare och starkare krav på individerna och höj arbetets status i samhället. Människors beroende av trygghet bör minskas.

Individerna bör tidigt lära sig goda och hälsosamma vanor och det individuella ansvarstagandet för hälsan bör bli större och göras tydligare. Detta kunde understödjas av skolan, genom livsstilsrådgivare och hälsosinspiratörer, friskvårdsbidrag eller friskvård på arbetstid. Samarbeta med Korpen och studieförbunden! Mer undervisning om hälsofrågor och mer gymnastik i skolan!

Ge **större utrymme för etik och normfrågor i privat- och samhällslivet**. Verka för ett klimat där kommersiellt eller ideologiskt förmedlade normer och medialt välexponerade normsändares ("direktörer", "pampar", "kändisar", och liknande) beteende ifrågasätts. Offentliga och privata ledare bör alltid föregå med gott exempel vad gäller arbetsmoral och ekonomisk moral.

Hälsokontrakt mellan individ och arbetsgivare. Ekonomiska och sociala belöningar bör utgå till personer som har ett hälsosamt beteende och deltar i friskvårdsaktiviteter. Försäkringskassan kan kräva av den sjukskrivne att denne deltar i rehabilitering eller friskvårdsaktiviteter.

Lönekriterierna skulle kunna inkludera hälsoaspekter: livsstil, motion och liknande.

Hälsoprofiler, attitydmätningar och testningar bör användas mer och följas upp individuellt via företagshälsovården eller andra oberoende konsulter samt på gruppnivå ute på arbetsplatserna.

Motion och **fysisk träning** på läkarrecept.

Öka individers ansvar för sitt liv, sin hälsa och ohälsa. Lära individer motstå massmedias idealbild av hur man ska vara, att man duger som man är. Öka individens tillit till sig själv.

Ändra attityder gentemot de sjukskrivna. Man bör **motarbeta skuldbeläggning** och istället **ta tillvara individens resurser** och motivation att bli frisk samt att stärka de positiva sidorna i dennes identitet istället för att via moralism och skuldbeläggning stärka de negativa sidorna. Genom att visa för individen att denne behövs kan man stärka de positiva delarna av identiteten.

Individanpassning av arbetet och rehabiliteringsprocessen. Att ha individen i centrum i rehabiliteringsprocessen – och inte myndigheternas uppdrag och "penningapåsar". Skapa mer luft i systemet för att kunna se till människan. Fokusera möjligheter och vad hon kan för att skapa individuella lösningar. Det viktigt att man ser till att individen inte förlorar kontakten med arbetsplatsen.

Arbeta med tidig och effektiv konflikthantering som del i rehabiliteringsarbetet, då detta erfarenhetsmässigt ofta innebär konflikter. Individuell coach för att lösa konflikter och andra knutar.

Tidigt stödja individer som är sjukskrivna med exempelvis kamratstödjare och individuella coacher.

Arbetsgivaren kan ifrågasätta mer, exempelvis sjukintyg. Ha bättre kontroll över korttidssjukskrivning och attityder till sjukskrivning.

Utvecklingssamtal som inkluderar individens hälsa: individens mål, aktiviteter och vad individen behöver för att behålla sin hälsa.

Mer samarbete med arbetsförmedlingen och försäkringskassan om de individer som inte klarar av sitt arbete.

Uppmärksamma genusperspektivet i rehabilitering.

Alternativa aktiviteter som genererar aktivitet i kropp och själ.

Acceptera att en viss del av befolkningen inte kan, får, eller vill arbeta och prestera lika mycket. Dessa kan erbjudas medborgarlön, friår, samhällstjänst eller liknande.

Alternativa försäkringssystem som kompletterar sjukförsäkring och arbetslöshetskassa.

Kunskapsbrister rörande arbete och hälsa – Att arbeta med rätt frågor

Problem

- Den medicinska kunskapen rörande diagnostisering behöver förbättras, nu råder **diagnosförvirring**. Vidare: hur skall läkare kunna **bedöma arbetsförmågan** – måste i så fall känna till vilka alternativa arbeten som är möjliga och vad de innebär. Vårdgivare bör bli bättre på att bedöma och specificera vad för slags uppgifter en sjukskriven person bör klara av. Behandlande/sjukskrivande läkare bör få bättre kunskaper om Försäkringskassans arbetsmetoder och regelverk.
- **Arbetsgivaren** bör få mer kunskap om hur medarbetare kan hjälpas med den personliga utvecklingen, eftersom denna hänger ihop med hälsan, samt med faktorer utanför arbetet som hänger samman med ohälsan.
- Den omfattande **forskningsbaserade kunskap** som finns om arbete, hälsa och rehabilitering bör tillvaratas bättre i praktiken
- Kunskapsbrist hos både arbetsgivaren och den sjukskrivne om effektiv vård vid ett visst besvär. Arbetsgivare kan sakna **kunskap om vilka rättigheter arbetsgivare har** när det gäller att få hjälp med rehabiliteringsinsatser.
- Cheferna har för lite kompetens, vilket bland annat försvårar samverkan med andra aktörer. **Chefer saknar utbildning i regelverket.**
- Bristande kunskap om aktörernas roller

Idéer

Kunskapen på ledningsnivå rörande förhållandet mellan arbetsmiljö och hälsa borde bli bättre, särskilt när det gäller **psykosociala aspekter**. Detsamma gällde kunskapen om förhållandet mellan **hälsa och ekonomiskt resultat**. Detta gällde inte bara kunskap, utan framför allt förmågan att praktiskt hantera hälsorelaterade miljöproblem. För bättre kunskap kan arbetsgivaren ha nytta av en egen coach i rehabiliteringsfrågor och en egen kontaktman på Försäkringskassan.

Utbildningsinsatser för chefer och arbetsledare om arbetsförmåga och rehabilitering för att öka medvetenheten om hälsa - sjukdom samt motivera chefer.

Det är även viktigt att **ta tillvara den expertkunskap som finns bland forskare och konsulter** och att finna sätt att sprida denna kunskap i hela organisationen. Mer konkret skulle arbetsgivare kunna ha interna hälsoexperter tillgängliga för chefer och medarbetare. Även utbildningsinsatser nämndes.

Sjukskrivande läkare **bör bli bättre på att bedöma individens arbetsförmåga.**

Hälsofrämjande processer och hälsopromotion bör uppmärksammas mer. Vårdfrågor och fysisk arbetsmiljö fokuseras för mycket. Konkret handlade dessa idéer om friskvård och livsstilsfrågor samt att arbeta utifrån ett mer existentiellt helhetsperspektiv; vad vill individen ha ut av sitt liv och sitt arbetsliv?

Förbättrad **ergonomisk medvetenhet** och tekniska lösningar för bättre arbetsmiljö.

Man bör bli bättre på att **analysera sjukfrånvaron** på en arbetsplats. Här kan arbetsgivare samarbeta med Försäkringskassan.

Arbetsgivare borde fokusera mer på medarbetarnas hälsa och mindre på ägare och kunder.

Brister i det förebyggande arbetet, rehabiliteringsarbetet och anpassningen av arbetet på arbetsplatsen

Problem

Brister i det förebyggande arbetet gäller

- Att inte bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Att man genom omorganisationer och outsourcing bryter ner etablerade nätverk för arbetsmiljö och hälsoarbete.

Brister i rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen avser:

- Tydlighet och rutiner
- Sent agerande, sen uppföljning vid sjukdom
- Samarbete mellan ansvariga på arbetsplatsen och individen
- Ineffektiv rehabilitering på arbetsplatsen vid belastningsbesvär
- Resurser hos arbetsgivaren gör att sjukskrivna anställda sägs upp på grund av arbetsbrist
- Handlingsplaner i rehabiliteringsutredningarna
- Arbetsplatsens och arbetskamraternas delaktighet
- Kommunikation mellan arbetsledaren och sjukskrivande läkaren
- Ensidig fokus på det individen inte kan istället för det individen kan.
- Brister hos ledare. Att cheferna har ett tungt ansvar och inte mår med rehabiliteringsarbetet. Bristande ledarskap leder till längre sjukskrivning. Trögt samarbete i rehabiliteringsfrågor mellan chef och medarbetare.

Brister i anpassning av arbetet till individens förutsättningar avser:

- Svårigheter att hitta alternativa arbeten på grund av bland annat slimmade organisationer
- Ineffektiv anpassning av arbetet vid belastningsbesvär
- Tröghet vid omplacering av individer med tillfällig funktionsnedsättning
- Solidaritet mellan anställda för att medverka till omorganisering av arbetsuppgifter

Idéer

Resurser och utrymme för förebyggande arbete. Relativt många idéer handlade om att det förebyggande arbetet bör ske på arbetstid och integreras mer med den ”ordinarie” verksamheten. Det handlade om möjligheter i termer av tid och plats för motionsaktiviteter, träning, sociala aktiviteter och kulturupplevelser, om utbildningar i psykosociala frågor och stress, inte minst för linjecheferna, om förebyggande behandlingar som massage, om samtalsgrupper för reflektion kring arbete, livsstil och hälsa samt om möjligheter till individuella stödsamtal, inte minst för linjechefer, med psykologer eller präster. I den mån arbetstid inte kan användas för förebyggande aktiviteter skulle arbetsgivaren kunna subventionera eller finansiera förebyggande arbete. Förebyggande aktiviteter skulle också kunna anordnas i ideell regi, till exempel genom personalklubbar och kamrattstödsgrupper och genomföras på fritiden. Expertstöd från lämplig konsult, till exempel psykolog, jurist, präst, läkare eller dietist, skulle inom rimlig ram kunna finansieras av arbetsgivaren och vara tillgängligt vid behov som identifieras av medarbetaren själv.

Kontroll, redovisning, tydliga och tidiga insatser. Arbetsgivare borde bli bättre på systematiskt arbetsmiljöarbete och att mer aktivt bry sig om den enskilde medarbetaren. Ett exempel på det senare kunde vara att aktivt ifrågasätta sjukskrivningar, försöka få tillbaka individen och ta dennes arbetsförmåga i anspråk. Ett annat exempel är att verka för en tidig arbetsförmågebedömning i samarbete mellan läkare och arbetsgivare. Andra konkreta idéer handlade om regelbundna mätningar av riskfaktorer för att tidigt identifiera exponerade, om att genomföra regelbundna personalvårdsronder med medverkan av medarbetare, experter och linjechefer och om att ha policier för hälsofrämjande åtgärder. Hälsorelaterade faktorer borde inkluderas i organisationernas redovisningssystem, exempelvis i form av hälsobokslut. Arbetsmiljö- och hälsofrågorna borde kopplas starkare och tydligare till det ”ordinarie” beslutsfattandet och verkligen bli en angelägenhet för linjeorganisationen. Arbetsgivaren bör utveckla bättre system och rutiner för att följa ohälsan bland personalen och ta fram nyckeltal för att illustrera kopplingen mellan sjukskrivning/verksamhet/ledarskap. Strukturerat system bör finnas för att följa befintliga lagar och avtal, för hur man ska hantera olika situationer samt för tidig kontakt, problemidentifiering och åtgärd vid sjukskrivning. Man bör förse ledarna med klara rutiner för rehabilitering och hälsofrämjande åtgärder samt ha tydliga policydokument avseende sjukskrivning och rehabilitering.

Tidiga och aktiva insatser vid sjukskrivning. Många förslag rörde att rehabiliteringsarbetet hos arbetsgivaren skulle ske tidigare, ske snabbare och ske mer aktivt, till exempel genom att starta rehabiliteringsarbetet tidigare (exempelvis vid den första eller andra sjukskrivningsdagen) och ha en tidig plan (exempelvis inom fyra veckor).

Snabb, kontinuerlig och förbättrad kontakt med sjukskrivna. Tydlighet i när, vad och hur arbetsplatsen håller kontakten med den sjukskrivne. Täta, kontinuerliga kontakter. Tydliga rutiner för hur man skall hålla kontakten med långtidssjukskrivna och visa dessa att man bryr sig. Kontakterna bör omfatta inte endast arbetsgivaren, utan även arbetskamraterna. Kamratstödare eller nätverk av kollegor som håller kontakten under sjukskrivningen, med stöttning och resurser från arbetsplatsen. Mentorerna på arbetsplatserna, faddrar och lärlingssystem kunde vara sätt att ge stöd i samband med arbetsåtergång. Sjuksköterska från FHV kan ringa hem den första eller andra sjukskrivningsdagen för att erbjuda råd/tips och eventuellt boka tid hos läkare

Organisera för möjligheter till anpassat arbete i organisationen – men det kräver resurser. Jobb behövs som kan anpassas efter personlig förmåga. Detta kan ske genom att skapa ett ”internt samhall” med möjlighet till tillfälligt anpassade arbeten, genom att organisera så att arbetsrotation blir möjligt inom organisationen – med bättre möjlighet till omplacering. Seniorverksamhet, det vill säga arbetsplatser för personer som på grund av naturligt åldrande inte kan prestera lika mycket som unga individer kunde underlätta både förebyggande och rehabilitering. För detta krävs nya, förenklade, strukturerade och förändrade ekonomiska incitament för arbetsanpassning.

Flexibilitet och påhittighet i anpassning av arbetet. Förslagen rörde att man skulle finna flexibla och kreativa lösningar. Exempelvis att kompetensutveckling och deltidssjukskrivning bör ses som bättre alternativ än heltidssjukskrivning. Flexibla organisationer som kan erbjuda lämpliga arbetsuppgifter och kan ta emot partiellt sjukskrivna.

Stötta en aktiv sjukskrivning. Sjukskrivna skulle kunna arbeta som mentorerna åt sina egna vikarier och därigenom göra en nyttig arbetsinsats, avlasta chefer och behålla kontakten med arbetsplatsen. Karriärplanering, inom eller utanför organisationen, istället för sjukskrivning.

Arbetsgivaren kan hålla gruppmöten med sina sjukskrivna om exempelvis kost, motion och mental hälsa.

Samarbeta med andra arbetsgivare i arbetsgivarringar och arbetsgivarnätverk.

Samarbetet kan innehålla att man kan byta sjukskrivna med varandra, byta goda rutiner och erfarenheter och ge möjlighet för arbetsprövning på annan arbetsplats

Skapa attraktiv arbetsplats att längta tillbaka till – värdera humanresurser. Förslagen rörde hur arbetsgivaren såg på resurser och hur styrda man var av policy för rehabiliteringsarbete som finns i andra länder. I vissa fall menade man att det behövdes ett förändrat tankesätt avseende humanresurser. Att medmänsklighet kunde användas som konkurrenskraft, något att vara stolta över, och att vi i Sverige skulle stå fast vid vår tradition av att värdera arbetskraften och de mänskliga värdena. Sök/sprid information om goda lösningar och introducera lämplighetsprofil som arbetsgivare.

Kunniga chefer som värnar om anställdas hälsa och tar aktiv del för att förkorta sjukskrivning. Förstärk den del av chefsuppdraget som rör att vara en vårdande chef. Visa omtanke, medmänsklighet och respekt för anställda och sjukskrivna. Chefen kan vara en bra coach och investera tid med medarbetarna. Det goda samtalet mellan arbetsledare, kollegor, och anställd har betydelse. Chefen som initiativtagare till samtal om arbetsmiljön. Fler humanister i chefsposition. Ett delat ledarskap för att bättre hantera ledarens ansvar för arbetstagares arbetsmiljö och rehabilitering.

Skapa utrymme för konfliktfrågor i rehabiliteringsarbetet. Man bör tidigt avgöra om och vilka konflikter som påverkar sjukskrivningen och rehabiliteringsarbetet.

Utveckla medarbetarskapet till ökat ansvar för att möjliggöra arbetsanpassning. Man bör bevaka attityder till sjukskrivning och prestation bland medarbetare för att kunna utveckla möjligheter till tidig återgång. Den sjukskrivnes arbetskamrater bör ordentligt informeras om dennes arbetsförmåga och vilka krav som man kan ställa. Det är viktigt att arbetsträning får vara just träning.

Förstärkt företagshälsovård (FHV). Genom lagstiftning eller bindande avtal skulle FHV ges en starkare ställning. Regleringen bör ge utrymme för FHV att arbeta förebyggande och att kunna ge vård på samma villkor som vårdcentraler. Arbetsgivarens samarbete med FHV om aktiviteter och åtgärder kan ökas.

Effektiva urval för bättre anpassning mellan arbetskrav och individuella förutsättningar skulle kunna vara en form av prevention.

Resurser för förebyggande, vårdande och rehabiliterande verksamhet.

Problem

- Det finns begränsade ekonomiska resurser för förebyggande arbete och för Försäkringskassans arbete.
- Inom vården brister resurserna att ge snabb vård, inte minst samtalsstöd, samt tillgången till stabil läkarbemanning.
- Långa köer till behandling. Vårdköerna kan medföra onödigt långa sjukskrivningar och det kan ifrågasättas att Försäkringskassan och arbetsgivaren genom detta får ta kostnader som egentligen beror på otillräckliga vårdresurser.
- Inom vården har läkaren lite tid för varje patient, vilket leder till att man lätt tillgriper sjukskrivning som rutinåtgärd i stället för att tillsammans med patienten finna alternativa, mindre passiviserande, lösningar.

Idéer

Man skulle kunna använda callcenters för att ge råd i hälsofrågor.

Företagshälsovården borde byggas ut och vara mer tillgänglig. Den borde vara en mer permanent resurs, eller en slags försäkring, och inte baseras på betalning per insats, eftersom det senare skapar utrymme att ”snåla”.

Primärvården borde ha ökad tillgänglighet och kunna fungera som en hälsovårdande instans för arbetssökande och andra som ej har tillgång till företagshälsovård.

Den offentliga vården borde byggas ut med **mer resurser inom det psykosociala området**. Individuellt stöd och behandling vid psykiska och sociala problem borde vara lika självklart som medicinska problem. Resurserna för samtalsbehandling med högkostnadsskydd bör stärkas, exempelvis genom **omfördelning av resurser**.

Man skulle kunna bättre utnyttja de **stöd- och vårdresurser som finns vid sidan av den offentliga vården**, inte minst när det gäller psykologiskt stöd och behandling. Exempelvis skulle bristen på psykologer/psykoterapeuter inom vårdsystemet kunna balanseras genom att utnyttja kyrkans resurser för själavård.

Offentliga medel skulle kunna medfinansiera organisations- och ledarskapsutveckling i hälsofrämjande syfte. På motsvarande sätt skulle arbetsgivaren kunna medfinansiera förbättring av primärvården.

Förkorta vårdköerna

Förbättra samarbetet mellan läkare, mellan vårdinrättningar och mellan behandlare för att behandling och rehabilitering ska gå snabbare

Fokusera friskfaktorer även i rehabiliteringsarbetet

Ändrad roll för den medicinska vården. Den **alternativa medicinen** bör ges större möjligheter till offentlig finansiering. Samarbetet mellan alternativ medicin och skolmedicin bör utvecklas.

Vården bör få resurser för tidiga vårdande och även förebyggande insatser.

Ändrad roll för den medicinska vården Sjukskrivande läkare borde mer aktivt ta del i rehabiliteringsprocessen. Tveksamt om läkare kan bedöma arbetsförmågan i alla fall. Men läkarintygen bör ändå innehålla arbetsförmågebedömning. Det är viktigt att läkaren tidigt deltar i rehabiliteringen för att inte tappa fart och cementera roller.

Otydlig ansvarsfördelning och bristande samverkan

Problem

- **Preventions- och rehabiliteringsarbetet är uppsplittrat** mellan för många olika aktörer som har svårt att samverka för effektiv prevention: Individen, arbetsgivaren, fackförening, företagshälsovården, sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen. En allmän brist på samverkan och effektiv kommunikation diskuterades. Mer specifika frågor: Arbetsrätt, medicinsk kunskap och försäkringsregler kan leda till olika slutsatser rörande en individs status. Sjukskrivande läkare borde ta mer hänsyn till arbetsmiljöförhållanden när arbetsförmåga bedöms.
- **Hämmande eller oklara uppdrag eller regelverk:** Det finns regler och uppdragsdefinitioner som hämmar samverkan, exempelvis sekretessregler som försvårar samarbete mellan sjukvård och arbetsgivare, uppdrag som kräver att individen kan klassas som "sjuk" eller "arbetslös", oklarheter rörande när en person är "sjuk" eller "arbetslös", bristen på uppdragsformuleringar som tvingar olika aktörer att samarbeta samt rigida regler rörande till vad en viss myndighets pengar får användas.
- **De olika aktörerna bevakar sina egna intressen:** Ansvars- och kompetensdiskussioner mellan aktörerna är ett problem. Exempel: Arbetsgivaren tar tillvara sitt intresse av produktivitet genom att inte tillhandahålla anpassade arbeten. Försäkringskassan hävdar att individen är arbetsförmögen trots sjukdom och därmed ej ett fall för FK. Sjukförsäkringen får bekosta bristen på lämpligt arbete eller privata problem som inte rör sjukdom. Arbetsförmedlingen får klienter som inte kan få arbete på grund av nedsatt prestationsförmåga orsakad av sjukdom. Individen kompenserar sig via sjukförsäkringen för arbetslöshet eller dålig arbetstillfredsställelse. Politiska beslutsfattare för över arbetsmarknadspolitiska problem på arbetsgivaren. Kortsiktiga intressen går före långsiktiga.
- **Läkare bör bli mer delaktiga i rehabiliteringsplanering.** Långa sjukskrivningar bör av sjukskrivande läkare kunna motiveras under rehabiliteringsmöten. Den centrala idén inom detta område var att **individen bör sättas i centrum**, inte olika myndigheters eller parters regler eller budgetar.
- **Man agerar för sent:** sjukvården har för långa köer; samarbetet mellan olika vårdgivare är för dåligt. För lite fokus på prevention, för mycket fokus på rehabilitering. Aktörerna försöker samverka först när individen blivit sjuk. Enskilda aktörer väntar tills individen kommit in i deras specifika ansvarsområde.
- **Sjukskrivna arbetslösa saknar rehabiliteringsstöd.**
- **Arbetsförmedlingen saknar uppdrag att arbeta med anställda** avseende bland annat omskolning och arbetsbyte. Arbetsförmedlingen bör få arbeta med att hjälpa personer med anställning att få nytt lämpligare arbete.
- **Bidragssystem som motverkar varandra och inte ger incitament till att vara frisk.**

Idéer

Ekonomisk helhetssyn. De olika system som finansierar sjukförsäkring, arbetslöshet, produktion, vård och så vidare borde samordnas så att man får en bild av den totala kostnaden för ohälsan. Det kan vara nödvändigt att skapa samordnade finansieringsmodeller

för att undvika att man prioriterar kostnadsminimering inom det egna budgetområdet. Risken för det senare ökar när de olika parterna tvingas till besparingar inom sitt respektive område.

Utveckla snabba, enkla, aktiva samverkansformer mellan aktörerna och parterna.

Utveckla tidig samverkan mellan (a) läkare, till exempel sjukskrivande läkare, företagsläkare och försäkringsläkare, (b) arbetsgivaren och sjukskrivande läkare; arbetsgivaren ska kunna ifrågasätta sjukintyg, (c) arbetsgivaren och försäkringskassan, till exempel med egen kontaktperson på Försäkringskassan, (d) mellan arbetsgivare: arbetsgivarringar: byta sjukskrivna, (e) med andra aktörer som kan erbjuda behandling och stöd.

Mer samverkan, förändrad rollfördelning. Fackföreningarna borde engageras i hälsofrämjande arbete. Försäkringskassan borde utveckla resurser och kompetens att samarbeta med arbetsgivare och att samverka mer med arbetsgivare vad gäller rehabiliteringsåtgärder. Arbetslivstjänster och Arbetsförmedling bör komma in tidigare i rehabiliteringsprocessen och får mer inflytande över den. Arbetsförmedlingen bör alltid finnas med i nätverket runt den sjukskrivne. Arbetsförmedlingen och försäkringskassan skulle kunna samarbeta för att ta fram intresseprofiler och arbetspsykologiska utredningar avseende sjukskrivna samt att ge vägledning och stöd.

Politiska beslutsfattare bör engageras och fås att samverka för att skapa regleringar som premierar eller tvingar fram mer samarbete mellan de olika parterna och myndigheterna.

Samordnade tidiga kontakter och åtgärder. För att snabbare återföra sjukskrivna i arbete bör insatserna sättas in tidigare än vad som är vanligt idag. Individen, arbetsgivaren, facket och andra inblandade parter, inklusive den sjukskrivnes vårdgivare, bör tidigt etablera kontakter för att planera och genomföra rehabiliteringsinsatser, som bör anpassas till den sjukskrivnes problematik, som kan vara väldigt olika beroende på orsak/sjukdomstyp och individens situation i övrigt. Det är alltså viktigt att kunna lyssna till den sjukskrivnes egna upplevelse. Se till att kontakten mellan sjukskriven och arbetsplatsen upprätthålls. Snabb kontakt arbetsgivare – sjukskriven bör tas. Sjukanmälan borde gå via företagshälsovården som hjälper till med snabb kontakt. Offentliga rehabiliteringsaktörer bör tidigt ta kontakt med arbetsgivare som tenderar att ha många sjukskrivna. Arbetsgivaren bör snabbt kräva intyg från sjukskrivande läkare, som preciserar arbetsförmågan samt se till att rehabiliteringskunniga personer inte finns i stabsfunktioner utan ute i linjeorganisationen.

Försäkringskassan bör utveckla arbetsmetoder som är lika över hela landet. Handläggarna borde samarbeta med samma arbetsgivare, för god kontinuitet och ”lokalkännedom”. Detta gäller även alla aktörer som är aktiva inom rehabiliteringsområdet.

Parterna bör ha löpande kontakter under hela rehabiliteringsprocessen, exempelvis genom avstämningsmöten. Detta **kan kräva anpassning av regelverken** och att de olika parterna lär sig de andra parternas arbetsvillkor och regelverk, så att man förstår varandras utgångspunkter. Det bör vara tydligt vem som ansvarar för vad i rehabiliteringsprocessen, så att risken för att sjukskrivna skall hamna mellan stolarna, i ett slags ansvarsvacuum, minskas. Det formella bör alltså bli mer flexibelt samtidigt som systematik och tydlig ansvarsfördelning bibehålls.

Förändrade regler: Försäkringskassans regelverk borde bli mer flexibelt med avseende på till vad sjukförsäkringen kan användas. Arbetsgivare bör ej ansvara för sjuklighet som inte är arbetsrelaterad. Lagg inte allt på arbetsgivaren!

Steglös sjukskrivningsnivå

Avskaffa företagshälsovårdens begränsning av ”fria nyttigheter”, för att korta tiderna för utredning och vård.

DISKUSSION

Sammanfattningsvis kan man säga att rådslagen illustrerade de svårigheter och möjligheter som finns inom hälsofrämjande och rehabiliterande arbete. Samverkan tycks vara en faktor av central betydelse och möjligen låg rådslagens viktigaste funktion i att samla olika aktörer, ge dem tillfälle att mötas i samtal och förhoppningsvis lägga grunden för fördjupade kontakter som kan leda fram till konkreta samverkansformer och nätverk för att minska sjukfrånvaroproblematiken.

Sammanställningen lyfter fram de problem och de lösningar som idag diskuteras för att komma till rätta med sjukskrivningsproblematiken. Men allmänt sett innehöll resultaten huvudsakligen sedan länge välkända problembeskrivningar och idéer, vilket antyder att en allmän medvetenhet finns men att det finns faktorer som hämmar dess praktiska tillämpning. En sådan faktor är möjligheten för varje inblandad part: myndigheter, arbetsgivare, individen själv, fackföreningarna, vårdsystemet och så vidare att tona ner det egna ansvaret och lyfta fram andras ansvar. En annan faktor är det faktum att ohälsoproblematiken kan förklaras med hänvisning till olika systemnivåer i arbetsliv och samhälle: är det arbetsorganisationen, regelverket, individerna eller rentav hela samhället som bör förbättras? Ett särskilt område för stress, vilket fått ökad aktualitet under senare år, är problem med att samordna arbetsliv och privatliv, inte minst föräldrar med hemmavarande barn. Man diskuterar idag även vilken roll belastningar och brist på återhämtning under fritiden spelar för hälsoläge och frånvaro. Ett känsligt frågeområde är då om och hur myndigheter och arbetsgivare kan agera för att påverka individens fritidsaktivitet och familjeliv.

Rådslagens resultat visade att det finns en medvetenhet om att man bör samverka för gemensamt ansvarstagande och arbeta på flera nivåer. *Man kunde dock notera att relativt många av de mer konkreta idéerna rörde påverkan på individers beteende och tänkande. Detta gällde arbetande eller sjukskrivna individer i allmänhet och cheferna i synnerhet. Troligtvis hängde detta samman med att sätt att påverka individer är enklare att tänka och, framför allt, pröva i praktiken.*

Sjukskrivningsproblematiken är utpräglat multifaktoriell och därmed svårgreppbar på ett intellektuellt plan. Praktiskt experimenterande och lärande av erfarenhet är troligen effektivare än att vänta på en total och helt integrerad teknisk och formaliserad lösning, vilken förefaller osannolik. En rad framgångsrika projekt nämndes och det är troligt att lärandet av erfarenheter som faktiskt finns skulle kunna bli bättre. Det är troligt att ett lärande förhållningssätt skulle underlättas av viss flexibilitet i förhållande till formella regelverk och övergripande partsintressen. Detta förutsätter troligen goda relationer, inbegripande förtroende, mellan myndighets- och partsrepresentanter som är inblandade i förebyggande och rehabiliterande arbete. Sådana relationer brukar ta tid att bygga upp och pröva hållbarheten i, varför omorganisationer och andra strukturförändringar, som bryter ner personliga nätverk, ur denna synpunkt är något negativt.

Problemområden som rör ineffektiv splittring mellan aktörer, formalism och otydliga regelverk kan försena rehabiliteringsarbetet. Förbättringsförslag för tidigare, snabbare och mer samordnade åtgärder rörde bland annat samordnade finansieringsmodeller, förbättrad samordning mellan arbetsgivare, aktörer och myndigheter samt att arbetsförmedlingen borde finnas med i nätverket runt den sjukskrivne.

Mer kunskap, hos individen och bland chefer, om arbetsmiljö respektive livsstil och hälsa framhölls som önskvärd. Inte minst lyftes behovet av mer kunskap om psykosociala aspekter fram. Det finns forskning inom hälso- arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdena och dess resultat borde kunna användas mer. Teoretiska kunskaper bör dock kopplas till praktisk färdighet, varför stöd och vägledning från experter inom olika områden sannolikt behövs. Frågan är då hur pass stor tillgängligheten till sådant stöd är och vem som skall finansiera det. Experter tenderar också att konkurrera om utrymme och resurser vilket torde bidra till en viss osäkerhet hos deras klienter rörande vilket expertperspektiv som är det rätta: medicinsk behandling, hälsorådgivning, psykoterapi, fysisk träning, alternativmedicin, belastnings-ergonomiska interventioner, organisationslösningar och så vidare. Saken blir inte enklare av att den forskningsbaserade kunskapen kring vilka typer av åtgärder som är effektiva är ofullständig och ofta svår att tolka på ett entydigt sätt. Forskningsläget även kring skärningsområdet försäkring, arbetsliv, familjeliv, samhälle och individ är idag svagt, med få starka forskningsgrupper.

Individens arbetsmoral och förhållande till de uttryckliga eller underförstådda avtal som finns inom arbetsliv och försäkringssystem har också betydelse. Denna moral kan dock knappast förstås enbart på individnivå, utan samhälleliga ideal för ett gott liv, ledande personers moraliska förebildlighet samt tillgången till alternativa försörjningsmöjligheter påverkar moralen på det individuella planet. Arbetets egenvärde för individen, i termer av arbetsinnehåll och socialt utbyte, är en annan välkänd faktor som påverkar både motivationen att arbeta och hälsan. En väsentlig fråga är då huruvida arbetsinnehåll och socialt utbyte, exempelvis som en följd av rationaliseringar, försämrats under senare år. Observationer från rådslagsborden visade att det finns olika åsikter i denna fråga, och något generellt giltigt svar finns troligen inte. Den individuella moralfrågan är alltså mycket komplex och man torde knappast komma åt den enbart med försök till attitydpåverkan, eftersom förhållandet mellan attityder och beteende är komplicerat och osäkert.

Arbetsrätt och försäkringssystem i kombination med det allmänna arbetsmarknadsläget bidrar till att individer som är mindre attraktiva på arbetsmarknaden, exempelvis på grund av ohälsorelaterad nedsatt arbetsförmåga, tenderar att vilja stanna kvar i sin anställning så länge som möjligt för att på så sätt bibehålla ekonomisk trygghet. Av samma skäl kan man vara benägen att pressa sig för hårt i arbetet eller för att komma tillbaka i arbete. Samtidigt har besparings- och lönsamhetskrav, hårdnande konkurrens, teknikutveckling med mera lett till minskade möjligheter för arbetsgivare att kunna ge utrymme för personer med nedsatt prestationsförmåga. Häri ligger en slags paradox som tycks utgöra ett centralt problem. En intressant fråga är då om det minskade utrymmet för mindre högpresterande personer skall anses vara uttryck för ekonomiska "naturlagar", alltså något som ligger utanför moralens domän, eller om det handlar om en moralisk valsituation rörande vilket slags arbetsliv och samhälle vi vill ha. Om det senare är fallet uppstår problemet att avgöra om det är ett val som berör alla parter och nivåer i samhället eller om någon part eller nivå har ett särskilt ansvar. Här finns stort utrymme för fortsatta diskussioner och rådslag regional och lokalt.

VAD HÄNDER SEDAN?

Rådet för hälsa och arbetsliv i Västra Götaland tog initiativ till rådslaget för att stimulera till diskussion i denna komplexa fråga. Rådet vill med detta dokument dela med sig av de synpunkter och idéer som kom fram under rådslaget. Rapporten kan användas som underlag för fortsatta diskussioner och för att utforma mer konkreta åtgärdsförslag bland organisationer och myndigheter.

Rådet kommer att använda förslagen till att göra en handlingsplan att kunna gå vidare med. Till exempel planeras följande:

Nationellt

- Rådet kommer att bjuda in arbetslivsministern till ett seminarium för de som medverkade vid rådslaget.
- Rådet kommer att sprida resultatet till riksdagspolitiker, regionråd och ansvarskommittén.
- Rådet kommer skriva en debattartikel, som utgår från rådslaget, med uppmaning till en bred politisk samling.

Västra Götalands län

- Rådet, och dess medlemmar, kommer att inspirera till lokalt och regionalt samarbete och samordning av krafter mellan aktörer, till exempel arbetsgivarringar sjupartsamtal och stärkt roll för företagshälsovården.

Forskning och utveckling

- Rådet kommer att tillskriva FAS, Vinnova, och VR om att en särskild satsning på forskning och utvecklingsarbeten behövs inom detta område, till exempel implementering, genomförande och effekt av samordnade resurser.
- Rådet, och dess medlemmar, förespråkar ett regionalt initiativ för ett tvärvetenskapligt försäkringsmedicinskt forskningsinstitut eller centrumbildning, gärna med inriktning mot interventionsforskning.