

*Björn Johnson, Lena Christiansson
& Tilde Dahlqvist*

Kampen om sjukfrånvaron

Tre organisationers konstruktioner av sjukfrånvaron som samhällsproblem

Institutionen för samhällsvetenskap vid **Växjö universitet** omfattar nio akademiska ämnen – statsvetenskap, sociologi, psykologi, socialpsykologi, medie- och kommunikationsvetenskap, geografi, samhällsgeografi, naturgeografi, samt fred och utveckling – och totalt 14 utbildningsprogram på grundnivå och avancerad nivå. På uppdrag av regeringen bedriver universitetet och institutionen forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog mellan forskare och arbetslivets aktörer pågår för närvarande vid institutionen arbetet med att bygga upp en plattform för forskning, utbildning och samverkan i och om arbetslivet. Besök gärna www.vxu.se/svi för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en vetenskaplig skriftserie som ges ut av Institutionen för samhällsvetenskap vid Växjö universitet. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetets organisering, arbetsmarknad och arbetsmarknadspolitik. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse kring arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktionssekreteraren som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs.

Arbetsliv i omvandling ges ut med stöd av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Bo Hagström

Redaktionssekreterare: Jessica Hansen

Redaktionskommitté: Sven Hort, Margareta Petersson, Tapio Salonen, Elisabeth Sundin, Ann-Marie Sätre Åhlander, Magnus Söderström.

© Växjö universitet & författare, 2009

Institutionen för samhällsvetenskap

351 95 Växjö

ISBN 978-91-89317-55-0

ISSN 1404-8426

1:a upplaga, 150 ex

Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Innehållsförteckning

Förord.....	5
1 Inledning	6
2 Problemdefiniering som politisk process	9
3 Sjukfrånvaroproblemets utveckling	12
4 Organisationernas definitioner av sjukfrånvaroproblemet	16
4.1. LO:s problemdefinition	16
Problemet – ett arbetsmiljöproblem	17
Orsakerna – arbetsgivarna bär skulden	18
Lösningarna – krav på bättre arbetsplatser och ökat fackligt inflytande	19
4.2 Svenskt Näringslivs problemdefinition.....	21
Problemet – överutnyttjande och höga kostnader för näringslivet	22
Orsakerna – förändrade normer leder till överutnyttjande av systemet.....	23
Lösningarna – sänkt ersättningsnivå och hårdare kontroll	24
4.3 Sveriges Läkarförbunds problemdefinition	26
Problemet – höga kostnader och bristande resurser leder till moment 22 ...	27
Orsakerna – för lite tid för patienterna och bristande samverkan.....	28
Lösningarna – låt landstingen bära en del av kostnaderna	29
5 Diskussion och analys: kampen om sjukfrånvaron	31
6 Sammanfattning	36
7 Referenser	38
7.1 Analyserat material.....	38
7.2 Litteratur	39

Förord

Denna rapport har skrivits inom ramen för forskningsprojektet *Den svenska sjukfrånvaron – problemdefiniering och policyförändring*, som leds av undertecknad. Inom projektet studeras den svenska sjukförsäkringsdebatten med särskilt fokus på problemdefiniering, alltså hur samhällsproblem konstrueras i medier och offentlig debatt.

Projektets syfte är att analysera hur den svenska sjukfrånvaron har uppfattats som samhällsproblem, hur dessa uppfattningar förändrats under den senaste tioårsperioden samt att beskriva vilka konsekvenser detta fått i policyhänseende. Debatten om sjukfrånvaron har varit livlig under senare år, och den kan antas få stor betydelse för hur framtidens socialförsäkringssystem kommer att se ut. En rad förändringar i sjukförsäkringen har redan genomförts.

Projektet startades 2004 och som en del i Arbetslivsinstitutets temasatsning "Vägar till ett friskare arbetsliv". Efter institutets nedläggning har projektet finansierats av Vetenskapsrådet, Försäkringskassan och Centrum för tillämpad arbetslivsforskning vid Malmö högskola.

Två rapporter har hittills publicerats inom projektet: "Överutnyttjandediskursen" av Annica Hermansson och Björn Johnson (*Arbetsliv i omvandling* 2007:9) och "Mediebilderna av sjukfrånvaron som samhällsproblem" av Björn Johnson (*Arbetsliv i omvandling* 2007:11). Projektet slutrapporteras under 2009.

Den aktuella rapporten bygger i de empiriska delarna på en uppsats, *Att konstruera ett samhällsproblem – en studie av hur olika intressegrupper beskriver sjukfrånvaron*, som Lena Christiansson och Tilde Dahlgqvist skrev våren 2004 vid statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet.

Björn Johnson, Nordanå i juni 2009

1 Inledning

At the nexus of politics and policy development lies persistent conflict over where problems come from and, based on the answer to this question, what kinds of solutions should be attempted (Rochefort & Cobb 1994:3).

I Sverige har sjukfrånvaron haft en framskjuten plats på den politiska dagordningen under de senaste åren. Efter en rejäl nedgång under första hälften av 1990-talet började sjukfrånvaron öka åren 1997–1998. Under bara några år skedde sen en fördubbling av sjukfrånvaron, och när sjuktalet nådde sin topp åren 2002–2003 hade Sverige upp till tre gånger så hög sjukfrånvaro som många andra västeuropeiska länder (Ds 2002:49). Statens utgifter för sjukpenning och förtidspension låg i nivå med kostnaderna för hela hälso- och sjukvården (Alexanderson 2003:76). Därefter har sjukfrånvaron återigen minskat.

I den offentliga debatten tolkades den här utvecklingen på olika sätt och en rad alternativa förklaringar fördes fram. Ökad psykisk press, tufft klimat på arbetsmarknaden och kraftiga nedskärningar i offentlig verksamhet var några. Andra förklaringar pekade på sjukförsäkringssystemets utformning, ständigt ökande medikalisering av privata bekymmer eller förändrade sociala normer.

Studier av debatten har visat att olika förklaringsmodeller och problemdefinitioner dominerat vid olika tidpunkter. När sjukfrånvaron först steg på den politiska dagordningen definierades den som ett arbetsmiljö- och ohälsoproblem, men efter hand utmanades denna problemdefinition alltmer av en alternativ modell, som fokuserade på överutnyttjande och fusk (Johnson 2007).

Åren 2002–2003 skedde ett slags skifte i debatten, och därefter har överutnyttjandeperspektivet varit det dominerande. Det har gradvis växt fram ett slags ”överutnyttjandediskurs”, som byggt på föreställningen om en grasserande sjukfrånvaroepidemi inom den förvärvsarbetande befolkningen (Hermansson & Johnson 2007). Under de senaste åren har denna diskurs varit den helt dominerande, och den har också omsider lett till en rad policyförändringar. Sänkta ersättningsnivåer, strikt rehabiliteringskedja och tidsbegränsning av rätten till sjukpenning hör till de mest betydande förändringarna.

Problemdefiniering är ett teoretiskt perspektiv som behandlar hur samhällsproblem framträder och etableras.¹ En central aspekt av fenomenet problem-

¹ I engelskspråkig litteratur används normalt termen ”social problems”, som bäst översätts med ”samhällsproblem” (t.ex. Goldberg 2005). Termen ”sociala problem” förekommer dock även i den svenskspråkiga litteraturen (t.ex. Meeuwisse & Swärd 2002), men är mindre lämplig i vårt sammanhang. För en mer utförlig diskussion om termen samhällsproblem, se Johnson (2007).

definiering är att det i allmänhet handlar om en politisk process där skilda och ibland oförenliga intressegrupper kämpar om att få gehör för sina respektive verklighetsbeskrivningar. Olika grupper lyfter fram olika problem, tolkar givna problem på olika sätt, för fram olika förklaringar till problem och föreslår olika åtgärdsförslag. Ytterst handlar det om att få genomslag för en problemdefinition som passar aktörens intressen. Den som vinner kampen om ”problemdefinieringsprivilegiet” får inflytande över beslutsprocesser, vilket i förlängning ger makt att påverka samhällets värdefördelning och utformning.

För att förstå skiftet i den svenska sjukfrånvarodebatten är det inte tillräckligt att analysera debatten på en aggregerad nivå, vilket gjorts i två rapporter (Johnson 2007, Hermansson & Johnson 2007) – det är också nödvändigt att analysera hur debattens huvudaktörer har agerat: hur de formulerat sina argument, mobiliserat stöd och sökt påverka politiska beslutsfattare.

Syftet med den här studien är lyfta fram och tydliggöra problemdefinieringens maktaspekter genom att beskriva och analysera hur tre aktörer i den svenska sjukfrånvarodebatten – LO, Svenskt Näringsliv och Sveriges Läkarförbund – konstruerat sjukfrånvaron som samhällsproblem. Det handlar om tre viktiga organisationer som företräder olika intressen: LO och Svenskt Näringsliv representerar arbetsmarknadens parter och är traditionella motpoler i arbetsmarknadspolitiska frågor. Läkarförbundet, läkarkårens fackliga och yrkesmässiga centralorganisation, har som ambition att spela en ledande roll i debatten om hälsa och ohälsa. Förbundets medlemmar spelar dessutom en central roll i sjukskrivningsprocessen.

Förutom de valda organisationerna hade givetvis även de politiska partiernas problemdefinitioner kunnat studeras. Partiernas inställningar i sjukfrånvarofrågan kommer dock att beröras i projektets slutrapport (Johnson, kommande). Även förvaltningens roll i problemdefinitionsprocessen hade kunnat vara intressant att studera ut ett maktperspektiv. De myndigheter som i första hand är intressanta i sammanhanget är Riksförsäkringsverket/Försäkringskassan. En diskursanalys av material från Försäkringskassan (och från Socialförsäkringsutredningen) återfinns dock i en tidigare delrapport (Hermansson & Johnson 2007).²

Vår analys är en kvalitativ innehållsanalys som utgår från begreppen problem, orsaker och lösningar, tre av de mest centrala begreppen inom problemdefinieringsperspektivet. Genom att använda dessa begrepp fångar vi problemdefinieringens olika moment, samtidigt som vi får en lämplig struktur för att redovisa empirin.³

Analysen utgår från ett empiriskt material i form av 17 kortare och längre texter som producerats av framträdande representanter för de tre organisationerna. Det handlar om debattartiklar författade av personer ansvariga för organisationernas hantering av sjukfrånvarofrågan, officiella remissyttranden samt rapporter om sjukfrånvaron. Texterna härrör samtliga från åren 2002–2003,

² Resultaten från den analysen kommer att beröras mycket kortfattat senare i denna rapport. För en mer utförlig redovisning, se Johnson (kommande) eller originalrapporten.

³ För en mer utförlig diskussion om begreppen, se t.ex. Johnson (2007).

vilket var den period då uppmärksamheten kring sjukfrånvaroproblemet var som störst och kampen om hur det skulle definieras stod som hårdast. Det finns två viktiga skäl för att välja denna period: dels ville vi studera omdefinitionsprocessen från arbetsmiljö- och ohälsoproblem till överutnyttjandeproblem då den nådde sin kulmen, dels har vi antagit att organisationernas mobilisering i frågan borde vara som störst under dessa år.

2 Problemdefiniering som politisk process

A social problem exists primarily in terms of how it is defined and conceived in society (Blumer 1971:300).

Det finns sedan länge en omfattande samhällsvetenskaplig litteratur om samhällsproblem och deras orsaker.⁴ Samhällsproblem brukar ofta definieras som sådana problem som har med samhälle och struktur att göra (privata bekymmer undantas därmed), problem där det finns ett stort avstånd mellan önskade och oönskade förhållanden, problem som rör ett signifikativt antal personer, som är stadda i tillväxt eller som av en eller annan anledning är särskilt synliga (Meeuwisse & Swärd 2002:37ff). Ofta beskrivs samhällsproblem dessutom som problem som kan och bör lösas med sociala interventioner. Att hävda att något är ett samhällsproblem innebär underförstått att man anser att någon eller något – oftast ”samhället” – borde göra något åt problemet (Gusfield, 1981:4ff).

Definitioner av det här slaget kan vara tänkvärda och intressanta, men de inrymmer samtidigt alltid ett visst mått av godtycke. Var tid har sina favoritproblem, och många problematiska omständigheter som man kan tycka borde ha uppmärksamats utifrån ovan nämnda definitioner väntar fortfarande på att ”upptäckas”. I projektet har vi därför utgått från en särskild inriktning inom forskningen om samhällsproblem, nämligen den som menar att samhällsproblem är delvis subjektiva fenomen som *konstrueras* genom kollektiva definitionsprocesser. Inriktningen benämns ofta problemdefinieringsperspektivet.

Problemdefinieringsperspektivet tar sin utgångspunkt i en allmän iakttagelse om att uppfattningar om vad som bör betraktas som samhällsproblem varierar över tid och mellan olika samhällen. Avgörande för vilken betydelse ett visst problem tillmäts är normalt inte problemets objektiva kännetecken, utan hur det uppfattas i den offentliga sfären. ”According to the problem definition perspective, public policymaking must be understood as a function of the *perceived* nature of the problems being dealt with”, skriver Rochefort och Cobb (1994:4, vår kursiv).

Det finns alltså inte något självklart samband mellan den uppmärksamhet en fråga får när den formuleras som samhällsproblem och det empiriska fenomen som problemet ”härstammar ifrån”. Faktum är att problemet inte ens behöver

⁴ En mer utförlig teoretisk diskussion om samhällsproblem och problemdefiniering återfinns i Johnson (2007).

vara sprunget ur ett existerande fenomen, även om så naturligtvis ofta är fallet. Exempel på motsatsen är inte svåra att hitta. Det vanligaste är förmodligen 1600-talets häxprocesser, under vilka trolldom upplevdes som ett högst verkligt samhällsproblem, trots att det självfallet inte fanns några riktiga häxor.⁵

Mer specifikt har inspiration hämtats från två etablerade ”skolor” inom problemdefinieringsperspektivet: dels den sociologiska forskningen om anspråksformering (se t.ex. Spector & Kitsuse 1977, Holstein & Miller 1993, Meeuwisse & Swärd 2002, Loseke 2003) och dels den statsvetenskapliga forskningen om dagordningsmakt (se t.ex. Hilgartner & Bosk 1988, Rochefort & Cobb 1994, Kingdon 1995).

Forskningen om anspråksformering (*claims-making*) hävdar att de intressantaste studieobjekten är de *aktiviteter* som gör att ett samhällsproblem konstrueras. Malcolm Spector och John Kitsuse, de två portalfigurerna inom denna forskningsgren, har definierat samhällsproblem som ”the activities of individuals or groups making assertions of grievances and claims with respect to some putative conditions” (Spector & Kitsuse 1977:75). Det centrala här är att problemdefiniering ses som en social process, där olika individer, grupper eller organisationer framför anspråk (*claims*) med avseende på ett visst samhällsproblem. Sådana anspråk kan till exempel röra problemets art, dess orsaker och/eller tänkbara åtgärder mot problemet (Spector & Kitsuse 1977, Johnson 2007).

Inom den statsvetenskapliga dagordningsforskningen betonas att ett samhällsproblem är ett sådant problem som blir uppmärksammat på offentliga arenor, till exempel politiska och administrativa institutioner eller massmedier. Dessa arenor har ett begränsat utrymme och kan därför bara härbärgera en viss mängd problem vid varje given tidpunkt. Då det alltid finns ett överskott på presumtiva problem måste dessa ”tävla” om att få komma upp och försvara sin plats på dagordningen (Hilgartner & Bosk 1988).

Inom den statsvetenskapliga grenen av problemdefinieringsperspektivet finns naturligt nog en stark betoning av intressekampens betydelse – mobilisering, organisering, konflikter och koalitionsbildning ses som viktiga element i problemdefinieringsprocesser. Det pågår inte bara en ständig kamp om vilka problem som ska få utrymme på dagordningen, utan också om hur dessa problem ska uppfattas. I denna kamp har intressegrupper med många medlemmar, mycket pengar och en effektiv organisation större möjlighet att få gehör för sina anspråk än mindre resursstarka grupper.

Den ultimata målsättningen för många grupper som deltar i problemdefinieringsprocesser är att vinna tolkningsföreträdare gällande det aktuella problemet. Det är inte alldeles ovanligt att en problemdefinition blir så etablerad att det är svårt att föreställa sig att problemet skulle kunna uppfattas på något

⁵ Det bör kanske betonas att problemdefinieringsperspektivet inte generellt ifrågasätter att det finns en mängd problematiska förhållanden med negativa konsekvenser för samhället. Istället rör det sig om en åtskillnad mellan fenomenet i sig – i detta fall människor som är sjukskrivna – och dess tolkning, alltså hur sjukfrånvaron definieras som samhällsproblem (jfr Lindgren 2000:18).

annat sätt. Under sådana omständigheter kan ibland en viss grupp betraktas som "ägare" till problemet i fråga (Gusfield 1981).

Motiven till att försöka vinna äganderätten till ett visst problem varierar från grupp till grupp, men klart är att en framgångsrik problemdefiniering får praktiska, politiska konsekvenser (Rochefort & Cobb 1994:8ff). Problemdefinieringen påverkar policyutvecklingen på det aktuella området, och därigenom värdefördelningen i samhället. Detta är en viktig förklaring till varför problemdefiniering ofta är en mycket kontroversiell och politiskt eldfångd process.

3 Sjukfrånvaroproblemets utveckling

Som nämndes inledningsvis så fördubblades den svenska sjukfrånvaron under några år i slutet av 1990- och början av 2000-talet. Sjuktalet, ett av de mest använda ohälsomått, steg från 11 dagar per år 1997 till 21 dagar 2002.⁶ Ser man till sjuktalets utveckling i ett längre tidsperspektiv framgår det dock att nivån på sjukfrånvaron var låg i mitten av 1990-talet. Som kan utläsas av tabell 1 låg sjuktalet i början av det decenniet på 24 dagar per år. Under 1980-talet hade sjukfrånvaron ökat kontinuerligt, men återinförandet av en karensdag och sänkta ersättningsnivåer 1991 ledde till en snabb minskning. Införandet av arbetsgivarens sjuklöneperiod 1992 innebar dessutom en kraftig automatisk reducering av sjuktalet, eftersom den korta sjukfrånvaron försvann ur statistiken. Även efter dessa förändringar var sjukfrånvaron dock betydligt högre 1993 än vad den var 1997, då den hastiga ökningen inleddes.

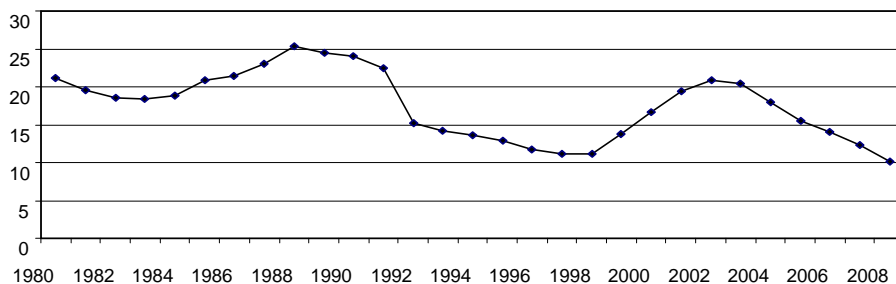


Diagram 1. Sjuktalet 1980–2007. Källa: Försäkringskassan.

⁶ Sjuktalet beräknas utifrån antalet utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år, exklusive försäkrade med hel sjukersättning (före 2003 förtidspension) eller aktivitetsersättning (sjukbidrag). Sjuktalet redovisas för en tolv månaders period. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i sjuktalet.

Under större delen av 1990-talet uppfattades sjukfrånvaron heller inte som något särskilt allvarligt problem. I delrapporten "Mediebildens av sjukfrånvaron som samhällsproblem" gjordes en longitudinell kvantitativ innehållsanalys av den rikspolitiska mediedebatten om sjukfrånvaron 1995–2004. Av analysen, som baserades på ett artikelmaterial om drygt 700 nyhets-, debatt och ledarartiklar ur Dagens Nyheter, framgick att uppmärksamheten kring sjukfrånvarofrågan var mycket måttlig mellan 1995 och 1999. Den mediebevakning som ändå förekom verkar i första hand ha varit styrd av dagsaktuella politiska och administrativa förändringar. Dessa motiverades i sin tur av organisationsförändringar och budgetsaneringsåtgärder i kölvattnet av 1990-talets finanspolitiska kris, och inte av sjukfrånvarons storlek i sig (Johnson 2007).

Alltsedan den allmänna sjukförsäkringen infördes i Sverige 1955 har ett mönster av mer eller mindre kraftiga svängningar i sjukfrånvarons storlek kunnat observeras. När sjukfrånvaron steg i slutet av 1990-talet fanns det dock några viktiga skillnader jämfört med tidigare perioder av hög sjukfrånvaro. En sådan skillnad var att det nu inte bara var antalet sjukskrivna som ökade – sjukskrivningstiderna blev också allt längre. Mellan 1997 och 2001 skedde nästan en tredubbling av antalet personer som varit sjukskrivna i över ett år, och för mycket långa sjukskrivningar var ökningen ännu större (SOU 2002:62:16).

En annan skillnad var att arbetslösheten varit betydligt lägre under tidigare perioder med hög sjukfrånvaro. Detta kunde betyda att sjukskrivningarna inte längre följde konjunktorens svängningar på samma sätt som förr. Ytterligare skillnader var att sjukfrånvaroökningen tycktes ske i en betydligt högre takt än tidigare, att de psykiska diagnosernas andel ökade samt att allt fler unga var långtidssjukskrivna. Situationen föreföll alarmerande: om antalet sjukskrivna och förtidspensionerade lades samman stod dessa vid årsskiftet 2001/2002 för nästan 16 procent av den arbetsföra befolkningen (SOU 2002:62:16).

I ljuset av denna utveckling är det inte särskilt märkligt att sjukfrånvaron blev alltmer uppmärksam i den offentliga debatten. Utredningar tillsattes för att utreda orsakerna, partierna tog fram handlingsplaner och mediebevakningen ökade dramatiskt. Av diagrammet nedan, som är beräknat utifrån data från den tidigare nämnda mediestudien, framgår att bevakningen i Dagens Nyheter ökade i två omgångar, först 2000 och därefter en kraftigare ökning 2002. Detta mönster var också tydligt i andra rikstäckande dagstidningar (Johnson 2007:20).⁷

⁷ Det höga antalet sjukfrånvaroartiklar i DN 1996 berodde på att tidningen gjorde följetonger av tre sakfrågor – en kontroversiell förlängning av arbetsgivarnas sjuklöneperiod, nya strängare handläggningsdirektiv till försäkringskassorna samt en konflikt i Tyskland om sänkt ersättning i den tyska sjukförsäkringen – som inte hade något direkt samband med den svenska sjukfrånvarons utveckling. Någon motsvarande bevakning förekom inte i de övriga rikstidningarna (Johnson 2007:19f).

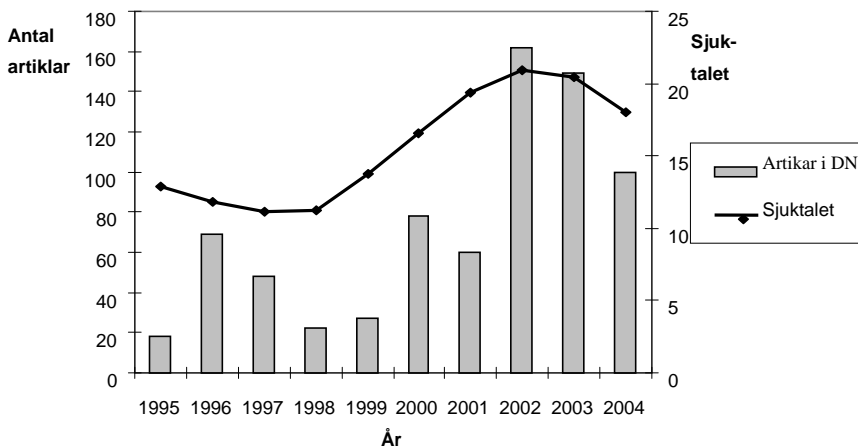


Diagram 2. Antal artiklar om sjukfrånvaro i Dagens nyheter och sjuktalets utveckling 1995–2004.

En grundläggande observation i forskningen om problemdefiniering är att det ofta förekommer tydligt urskiljbara *problemkomplex*, alltså ”färdiga paket” av problemuppfattningar, orsaksanspråk och åtgärdsförslag som hänger samman med varandra (och som ofta lanseras av specifika aktörer, vilket vi kommer att se tydliga exempel på i denna rapport).

Kort sammanfattat visar analysen av artikelmaterial ur Dagens Nyheter att det funnits två framträdande och konkurrerande problemkomplex på sjukfrånvaroområdet: ett ohälsa- och arbetsmiljöproblem som var det förhärskande under perioden 2000–2001 och ett överutnyttjandeproblem som blev alltmer framträdande från år 2002 och framåt.⁸

Att sjukfrånvaron steg på de mediala och politiska dagordningarna åren 2000–2001 hängde med visshet samman med att sjukfrånvaron hade ökat under flera år utan att någon avmattning kunnat skönjas. Omdefinieringen av sjukfrånvaron från ett ohälsa- och arbetsmiljöproblem till ett överutnyttjandeproblem är åtminstone ytligt sett svårare att förstå, men sannolikt var flera omständigheter bidragande. En av dessa var att de arbetsmiljö- och ohälsoorienterade forskningsdisciplinerna hade misslyckats med att presentera tillräckligt trovärdiga

⁸ Diagram 2 antyder att mediebevakningen i stora drag följde den faktiska sjukfrånvarons ökning, men detta är alltså delvis ett skenbart samband; i själva verket skulle man nämligen kunna hävda att det handlar om två parallella problem som dominerar bevakningen vid olika tidpunkter (Johnson 2007).

förklaringar till sjukfrånvarons ökning.⁹ En annan omständighet var att överutnyttjandedefinitionen var enkel och slagkraftig. Den pekade ut tydliga ”skurkar”, vilket ofta borgar för framgång i problemdefinieringsprocesser (Johnson 2007).

Viktigt var också att det fanns aktörer som såg en möjlighet att använda överutnyttjandedefinitionen för strategiska syften. Förutom att 2002 var ett valår, med allt vad det innebar, så fanns det flera inflytelserika aktörer som hade goda skäl att lyfta fram överutnyttjande och fusk som en tänkbar förklaring. Framst bland dessa fanns arbetsgivarna och deras organisationer, eftersom de hade mycket att förlora på den tidigare rådande arbetsmiljö- och ohälsodefinitionen. Detta tema ska vi utveckla senare i rapporten.

Som framgår av det inledande diagrammet nådde sjukfrånvaron sin höjdpunkt åren 2002–2003, för att därefter avta i tämligen rask takt.¹⁰ I samband med detta minskade också den mediala uppmärksamheten kring frågan radikalt. Sjukfrånvaron har dock lyckats hålla sig kvar på den partipolitiska dagordningen, vilket egentligen inte är särskilt förvånande. Problemdefinieringsprocesser leder ofta till att samhällsproblem ”institutionaliseras”, i den bemärkelsen att intressegrupper mobiliseras och organiserar sig, partier skaffar sig specialister på problemet, politiska åtgärdsförslag tas fram, och så vidare.

En viktig bidragande orsak till den minskande uppmärksamheten är sannolikt också att det inte längre råder lika hård konflikt kring hur sjukfrånvaroproblemet bör förstås. Överutnyttjandedefinitionen växte sig på bara några år så stark att den satte sin prägel på debatten. Överutnyttjande fungerar sedan några år tillbaka som en överordnad diskurs, som de flesta aktörer har att förhålla sig till.

En diskursanalys av texter från Socialförsäkringsutredningen och Försäkringskassan har visat att sjukskrivning enligt överutnyttjandediskursen framstår som något som medvetet ”väljs” av många sjukskrivna. Förekomsten av ett omfattande överutnyttjande tas för givet, och kopplas till läkarkårens bristande kontroll över sjukskrivningsprocessen i kombination med attityd- och värderingsförändringar i samhället. Sjukförsäkringens alltför liberala utformning antas dessutom ha förvärrat situationen. Denna definition av sjukfrånvaroproblemet har – explicit eller implicit – legat till grund för flertalet av de förändringar som gjorts i sjukförsäkringssystemet under de senaste åren (Hermansson & Johnson 2007).

⁹ Huruvida detta tillkortakommande var av vetenskaplig eller pedagogisk natur behöver inte diskuteras i detta sammanhang.

¹⁰ Det bör noteras att minskningen av sjukfrånvaron delvis är en chimär, något som framgår vid en jämförelse mellan sjukskrivningen och ohälsosjukfrånvaron, ett statistiskt mått som också innefattar personer med sjukersättning eller aktivitetsersättning (förtidspension och sjukbidrag). Sjukskrivningen har minskat från 21 dagar 2002 till drygt 12 dagar 2007. Under samma period har emellertid ohälsosjukfrånvaron endast minskat med 5 dagar, från 43 dagar 2002 till drygt 38 dagar 2007. En betydande del av sjukfrånvarominskningen beror alltså på att personer gått från sjukpenning till sjukersättning eller andra ersättningsformer.

4 Organisationernas definitioner av sjukfrånvaroproblemet

Som redan nämnts består materialet till den följande innehållsanalysen av texter från LO, Svenskt Näringsliv samt Sveriges läkarförbund. Det handlar om tre olika typer av texter: debattinlägg, remissyttranden och rapporter. Anledning till att vi valt att studera debattinlägg är att avsändaren där på ett kortfattat sätt formulerar ett budskap och argumenterar för en tydlig ståndpunkt. Debattartiklar är avsedda att spela en opinionsbildande roll, och är därmed viktiga instrument i samhällsdebatten. Remissyttranden är svar på offentliga utredningsbetänkanden eller regeringspromemorior, och illustrerar därmed organisationernas officiella hållningar. Vad gäller rapporterna så handlar det om skrifter som publicerats på uppdrag av de aktuella organisationerna, och som också utgör en viktig del av deras opinionsarbete. De lämnar ofta utrymme för lite mer nyanserade och argumenterande resonemang.

Ett stort antal ytterligare artiklar från de tre organisationerna har också gått igenom översiktligt, men utan att analyseras i detalj. Det var tydligt att en mättnad i materialet snabbt hade nåtts, åtminstone vad gäller den analyserade tidsperioden. Begränsningar i urvalet av material handlar därför främst om eventuella tidsmässiga förändringar på något längre sikt. Sådana förändringar är dock inte primärt intressanta utifrån denna rapports syften.

4.1. LO:s problemdefinition

Den fackliga centralorganisationen LO, Landsorganisationen i Sverige, bildades 1898 och består idag av 15 fackförbund som tillsammans organiserar drygt 1,8 miljoner medlemmar. LO-kollektivet omfattar en bred grupp av arbetarförbund inom framför allt industrisektorn, den kommunala sektorn samt handels- och servicesektorerna. De största medlemsförbunden är Kommunalarbetsförbundet, Industrifacket Metall, Handelsanställdas förbund och SEKO.

Enligt LO:s stadgar ska organisationen ”tillvarata arbetstagarnas intressen på arbetsmarknaden och inom näringslivet samt verka för en samhällsutveckling på grundval av politisk, social och ekonomisk demokrati”. Organisationen arbetar med förhandlingar, utredningar och opinionsbildning i fackliga frågor såsom arbetstider, arbetsmiljö och löner. Traditionellt har man utgått från ett klassperspektiv, men numera har LO även tagit upp kön och etnicitet som grunder för

orättvisor på arbetsmarknaden. 2004 antogs nya mål för organisationen, varav ett handlar om att verka för ”goda och utvecklande arbeten”. Detta innebär bland annat att ”arbetsplatserna ska vara friska och ge den enskilde tillfredsställelse” samt att ingen ska behöva bli sjukskriven. Andra LO-mål är arbete för alla, en generell och solidarisk välfärd samt ökade löner och minskade löneskillnader.

Problemet – ett arbetsmiljöproblem

Av de analyserade texterna från LO framgår det tydligt att organisationen framför allt definierar sjukfrånvaron som ett arbetsmiljörelaterat ohälsoproblem. ”Roten till dagens många och långa sjukskrivningar är dåliga arbetsmiljöer och dålig arbetsorganisation”, skriver exempelvis LO:s andre vice ordförande Ulla Lindqvist i december 2002, i en artikel med titeln ”Sjuka arbetsplatser ger sjuka människor (Lindqvist 2002). Resonemanget utvecklas i en artikel i Aftonbladet i januari 2003:

Problemen är inte i första hand individuella utan strukturella. Politiken borde /.../ vara inriktad på att undanröja det som gör människor sjuka. Roten till ohälsan och därmed nyckeln till lösningen på de många och långa sjukskrivningarna är att förbättra situationen på Sveriges arbetsplatser (Lindqvist 2003a).

LO talar genomgående om sjukskrivningarna som ”ohälsan i arbetslivet”. Bakgrunden till denna ohälsa finns enligt LO ute på arbetsplatserna, som ofta är ”ohälsosamma” i såväl fysiskt som psykiskt avseende – arbetsuppgifterna sliter på kroppen och de anställda ges alltför små möjligheter att utöva inflytande över sina arbetsförhållanden. Sjukfrånvaron betraktas i detta sammanhang även ur ett klass- och könsperspektiv; kvinnornas sjukfrånvaro är betydligt högre än männens, samtidigt som arbetare löper större risk än tjänstemän att drabbas av psykisk ohälsa och belastningsskador.

Den ökade sjukfrånvaron hänger dock inte enbart ihop med arbetsplatserna – även den allmänna stressen i samhället är en del i problematiken:

Ohälsan i arbetslivet handlar naturligtvis inte bara om arbetsplatserna. Det handlar om livet i sin helhet, om allt som måste hinnas med. Jäkt mellan lämning och hämtning på dagis, handla, läsa läxor och allt annat. Det är svårt för många att få livet att gå ihop. Det som parterna på arbetsmarknaden kan påverka är just arbetsplatserna och därmed förutsättningarna för livet i stort (Lindqvist 2002).

Nyckeln till problemets lösning måste alltså ändå sökas på arbetsplatserna, enligt LO.

Wanja Lundby-Wedin och Erland Olauson, LO:s ordförande respektive avtalssekreterare, kallar i en artikel ohälsan för ”ett av Sveriges största samhällsproblem” (Lundby Wedin & Olauson 2004). LO-ekonomerna Dan Andersson och Ann-Kirsti Löfgren ifrågasätter dock om ohälsan verkligen är ett fullt så allvarligt problem som det gjorts gällande i debatten. I en forskningsrapport

menar de att en stor del av de ökade ohälsotalen faktiskt kan förklaras av demografiska förändringar – arbetsstyrkan har både ökat i storlek och åldrats. Att de demografiska förändringarna yttrar sig i form av sjukfrånvaro kopplas dock till omständigheter i arbetslivet:

Att allt fler i arbetskraften är äldre än 50 år förklarar en betydande del av de ökade sjukskrivningarna och förtidspensionerna. Krämpor hör till åldrandet. Men vad som är en så allvarlig ”defekt” att man inte kan arbeta beror på de krav vi ställer i arbetet (Andersson & Löfgren 2002:55).

Även om arbetsmiljötänkandet dominerar i texterna från LO förekommer det också spår av andra problemdefinitioner. Ohälsans kostnader för samhället och de sjukskrivna lyfts fram. Statens höga sjukfrånvaroutgifter riskerar att förhindra andra angelägna reformer, säger LO, men värre är de konsekvenser som drabbar arbetstagarna. Förutom det mänskliga lidandet resulterar sjukfrånvaron nämligen dels i ett inkomstbortfall för den sjukskrivne, dels i att ”de som finns kvar i produktionen måste arbeta ännu hårdare” (Lundby-Wedin & Olason 2004). I förlängningen kan det leda till en ond spiral, med ökad stress och ännu fler sjukskrivningar.

Däremot avvisar LO sådana problemdefinitioner som placerar ansvaret för sjukfrånvaron hos de sjukskrivna. LO-ekonomerna resonerar visserligen om huruvida en del av problemet skulle kunna ligga i attitydförändringar som lett till en ökad benägenhet att sjukskriva sig, men man ställer sig tveksamma till att sådana förändringar verkligen skulle ha skett (Andersson & Löfgren 2002:55). Att tala om ”överutnyttjande”, som Svenskt Näringsliv gjort, är bara ett sätt att ”peka ut löntagarna som fuskare”, skriver Ulla Lindqvist (2002). I verkligheten handlar problemet om värkande leder och ryggar och om kroppslig och själslig trötthet som kommer sig av dagens hårda och otrygga arbetsmiljö. Av detta följer att det inte är ”löntagarnas attityder till sina sjukdomar som behöver ändras – det är Svenskt Näringslivs attityder till löntagarna” (ibid.).

Orsakerna – arbetsgivarna bär skulden

I linje med att LO betraktar den höga sjukfrånvaron som arbetsmiljörelaterad ohälsa lägger man den största delen av skuldbördan på arbetsgivarna. Bristande arbetsmiljöarbete ses som den avgörande orsaken till sjukfrånvaroökningen. Lindqvist (2003a) presenterar ett brett spektrum av klagomål:

Det är dåliga arbetsmiljöer och monotona arbetsuppgifter som sliter ut axlar och leder. Det är förstelnade arbetsorganisationer och brist på inflytande som föder frustration, stress och utbrändhet. Det är nedmonteringen av företagshälsovården som gör att det förebyggande arbets-skadearbetet minskat. Det är frånvaron av tillräckliga möjligheter att utbilda skyddsombud och arbetsgivare i arbetsmiljöfrågor som gör att kunskapen på arbetsplatserna är otillräcklig. Det är den många gånger bristfälliga rehabiliteringen som gör att sjukskrivningarna blir långa. Det är frånvaron av ekonomiska incitament för arbetsgivarna som gör att

arbetsplatserna inte anpassas efter de anställdas förutsättningar och arbetsuppgifter. (Lindqvist 2003a)

Upprinnelsen till arbetsmiljöförändringarna spårar LO till 1990-talets ekonomiska kris. De nedskärningar som då genomfördes i såväl den offentliga som den privata sektorn ledde till ett hårdare klimat på arbetsmarknaden, till personalminskningar och slimmade organisationer. ”Otryggheten, avskedanden, högre tempo, ökad stress och hets får vi idag betala priset för”, skriver Lindqvist (2002). De slimmade organisationerna är ”ett mode som i längden kostar mer än det smakar” (Lindqvist & Levi 2003).

LO-ekonomerna Andersson och Löfgren framhåller att de ökade sjuktalen knappast hänger samman med att arbetskraften generellt sett blivit sjukare, utan att det snarare handlar om att vissa situationer eller omständigheter leder till en ökad sjukskrivningsbenägenhet: Sjukskrivningarna kan till exempel ”bero på att det behövs bättre hälsa för att leva upp till de krav som ställs i arbetslivet i dag än vad som behövdes tidigare” (Andersson & Löfgren 2002:56). Denna allmänna tendens har sedan ytterligare förstärkts av att arbetskraften blivit äldre.

LO understryker att arbetsmiljöförändringarna främst handlar om strukturella problem. När individfaktorer någon gång nämns som bidragande orsak till ohälsan är det chefer och arbetsledare som lyfts fram, aldrig de anställda. Mer specifikt menar LO att många arbetsledare helt enkelt inte har tillräcklig insikt i arbetsmiljöfrågor. Man anklagar dessutom chefer för att i vissa fall bryta mot de lagar och förordningar som faktiskt finns. Många chefer är inte tillräckligt lyhörda och pressar de anställda för hårt, menar man.

LO lägger dock inte all skuld på arbetsplatserna utan menar att den stress som generellt finns i dagens samhälle också kan vara en bakomliggande orsak till sjuktalen. Många människor – i synnerhet kvinnor – klarar helt enkelt inte den jäkt och den hets som genomsyrar deras vardag.

Även regeringen får bära ett delansvar för sjukskrivningarna, eftersom den inte arbetat på rätt sätt för att skapa incitament till förbättrad arbetsmiljö. Det för oss över till nästa avsnitt, som behandlar LO:s kravformuleringar och åtgärdsförslag.

Lösningarna – krav på bättre arbetsplatser och ökat fackligt inflytande

LO lanserar föga förvånande ett helt batteri av arbetsmiljörelaterade åtgärdsförslag.¹¹ Eftersom ”friska människor förutsätter en sund arbetsmiljö” (Lindqvist 2003a) måste den socialdemokratiska regeringen och LO agera tillsammans för att ”minska stressen, öka de anställdas inflytande och få

¹¹ En utförlig presentation av LO:s olika förslag i början av 2000-talet står att finna i LO:s remissyttrande (LO 2002) över utredningsbetänkande ”En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” (SOU 2002:5).

arbetsgivarna att arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt för en bättre arbetsmiljö” (Lindqvist 2003b). Gemensamt för flertalet av förslagen är att de utgår från ett förstärkt arbetsgivaransvar.

Mer konkret reses krav på bland annat fler och bättre jobb, ordentlig bemanning på arbetsplatserna för att minska stressen, ökat inflytande för de anställda samt statlig informationsverksamhet för att sprida kunskap om sjukskrivningar och arbetsmiljö. ”Alla sjukskrivningar beror /visserligen/ inte på arbetet”, skriver Lundby-Wedin och Olauson (2004), ”men friska och väl fungerande arbetsplatser är alltid nyckeln för att återkomma i jobb”.

Kunskapen om ohälsoproblemet måste förbättras genom intensifierad forskning. Även läkarnas kompetens behöver öka, särskilt vad gäller förebyggande hälsovård och rehabilitering. LO menar att en möjlighet ligger i att bygga ut den företagshälsovård som alla arbetstagare borde ha rätt till. Vidare anser man att rehabiliteringsinsatser måste sättas in tidigare och anpassas bättre efter den enskildes behov. En förutsättning för detta är att varje sjukskriven blir föremål för en rehabiliteringsutredning hos arbetsgivaren. LO efterfrågar i det sammanhanget effektivare sanktionsmöjligheter mot de arbetsgivare som slarvar med utredningarna eller inte vidtar de åtgärder lagen kräver vad gäller rehabilitering, arbetsmiljö och anpassning av arbetsuppgifter (LO 2002).

En annan möjlighet är att införa en särskild ”rehabiliteringsförsäkring” som garanterar den anställde en tidig rehabilitering. En sådan försäkring skulle ”också kunna ge arbetsgivarna bidrag för att vidta arbetsmiljöförbättrade åtgärder utöver det de är skyldiga till” (Lindqvist 2003a). Det är helt tydligt att LO anser att arbetsgivarna borde ta ett betydligt större ansvar för rehabiliteringen än vad som tidigare varit fallet.

LO ser också ohälsoproblematiken som ett sätt att driva traditionella fackliga inflytandefrågor

För att få till stånd en varaktig förändring av arbetslivet ska samarbetet mellan parterna och särskilt samverkan på arbetsplatserna öka. I riksavtalet ska det införas regler om partsgemensam arbetsmiljöutbildning och stärkt fackligt inflytande över bemanningsplaneringen. Riksavtalet ska också innehålla krav på att man för varje arbetsplats ska ingå lokala avtal om hur man där ska arbeta med systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabilitering (Lundby-Wedin & Olauson 2004).

Det fackliga inflytandet över bemanningsplanering, arbetsmiljö och rehabilitering bör alltså regleras både genom kollektivavtal och genom lokala avtal. Men även förhandlingen enligt MBL – medbestämmandelagen – kan i högre grad användas i arbetsmiljöarbetet, menar man.

Däremot ställer sig LO avvisande till sådana förslag som syftar till att skärpa reglerna för sjukförsäkringen. Naturligtvis är det inte godtagbart att sjukskriva sig när man inte är sjuk, skriver LO, men hårdare regler skulle inte bidra till att lösa problemet med sjukskrivningarna på djupet. Det finns tvärtom en uppenbar risk att hårdare regler skulle leda till att sjuka människor inte vågar eller har råd att sjukskriva sig:

Enklaste lekmannakunskap säger /.../ att sjukdomar som man inte tar hand om i tid riskerar att förvärras och dra ut på tiden. Därför är det ingen bra lösning att minska sjukskrivningarna genom att göra det svårt att vara hemma när man faktiskt är sjuk (Andersson & Löfgren 2002:39).

LO är också starkt negativt till i debatten förekommande förslag om att förlänga arbetsgivarnas sjuklöneperiod.¹² En sådan förlängning kan riskera att leda till att företagen avstår från att anställa människor som kan misstänkas vara sjukliga eller tillhör grupper med hög sjuklighet. Detta skulle slå hårt mot äldre arbetslösa, och skulle även försvåra återinträde på arbetsmarknaden för personer som varit sjukskrivna. En förlängd sjuklöneperiod skulle dessutom vara liktydigt med en beskattning av företagen. På sikt övervältras sådana kostnader alltid på löntagarna, genom lägre löneökningar (Andersson och Löfgren 2002:50f).

4.2 Svenskt Näringslivs problemdefinition

Svenskt Näringsliv är den största företagarorganisationen i Sverige. Organisationen bildades 2001 genom en sammanslagning av Svenska Arbetsgivareföreningen och Sveriges Industriförbund, två organisationer som båda grundades i början av 1900-talet. Svenskt Näringsliv fungerar som en ideell förening och organiserar ett femtiotal bransch- och arbetsgivarförbund, som i sin tur har närmare 55 000 små, medelstora och stora företag som medlemmar.

Enligt stadgarna arbetar organisationen för att ”främja företagens gemensamma intressen”. Den ska också verka för ”fri företagsamhet och en väl fungerande marknadsekonomi”. På lång sikt vill Svenskt Näringsliv öka den svenska välfärden genom att skapa goda förutsättningar för företagande. Föreningen arbetar med opinionsbildning och kunskapspridning om företagens situation i Sverige och om betydelsen av företagande mer generellt. Dessutom utvecklar Svenskt Näringsliv förslag på hur det svenska företagandet kan förbättras. Organisationen fungerar däremot inte som part i avtalsförhandlingar med facken, utan detta sköts branschvis av de respektive medlemsförbunden.

¹² Sjuklön innebär att arbetsgivaren under en begränsad period står för hela kostnaden för den sjukskrivnes sjukpenning. Sjuklön infördes 1992 och periodens längd har varierat genom åren. I januari 2002 lade Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) fram ett kontroversiellt förslag om att förlänga sjuklöneperiodens längd från 14 till 60 dagar, vilket är det som refereras till av LO ovan. Förslaget mötte stort motstånd såväl från arbetsgivarsidan som från fackföreningssidan. 2005 ersattes sjuklönen av så kallad medfinansiering, vilket innebär att arbetsgivaren betalade 15 % av sjukpenningbeloppet under hela sjukskrivningen. Medfinansieringen avskaffades 2007.

Problemet – överutnyttjande och höga kostnader för näringslivet

Svenskt Näringsliv definierar sjukfrånvaroproblemet på två olika sätt, dels som ett ekonomiskt problem för företagen och samhället, dels som ett överutnyttjandeproblem med grund i ett alltför frikostigt och liberalt sjukförsäkrings-system.

Enligt beräkningar som Svenskt Näringsliv redovisar uppgick arbetsgivarnas sammanlagda kostnader för inkomstersättning vid sjukdom till 170 miljarder år 2003.

I detta ligger kostnader för sjuklön enligt avtal, kostnader för sjukpenning och sjukersättning, kostnader för arbetsskadelivränta samt kostnader för övriga kollektivavtalade sjukförmåner. Till detta kommer mycket stora kostnader för produktionsbortfall och andra störningar i produktionen (Svenskt Näringsliv 2003a).

De höga kostnaderna för inkomstersättningar gör det ekonomiskt bekymmersamt för många företagare, menar Svenskt Näringsliv. Särskilt gäller detta mindre företag med få anställda, som kan drabbas mycket hårt av långtids-sjukskrivningar. En annan fara är att många företag inte vågar anställa människor som kan bedömas löpa hög risk att bli sjukskrivna. God hälsa har blivit en allt viktigare konkurrensfaktor på en arbetsmarknad med allt tydligare hälsorelaterade selektionseffekter vid nyanställning. Svenskt Näringsliv varnar också för att sjukfrånvaron på sikt kan leda till problem med personalförsörjningen: "Om vi inte lyckas minska sjukfrånvaron kommer vi att få brist på arbetskraft och därmed försvåras en fortsatt välförhållanden", skriver Jan-Peter Duker och Ulla-Britt Fräjdin Hellqvist, vice VD respektive utvecklingsansvarig inom Svenskt Näringsliv (2002).

Uppfattningen att den höga sjukfrånvaron skulle hänga samman med försämrade arbetsmiljöförhållanden inom näringslivet avvisas kategoriskt: "Detta skulle i så fall innebära att dramatiska försämringar i arbetsmiljö och arbetsvillkor ägt rum under denna tidsperiod, vilket är högst osannolikt." Vad som krävs är enligt Svenskt Näringsliv ett helhetsgrepp på problematiken, inte en ensidig och felaktig fokusering på arbetsmiljön. "Undersökningar i enskilda företag visar att det ofta är högst fem à tio procent av sjukfallen som i någon mån medicinskt kan sägas vara orsakade av arbetet" hävdar Svenskt Näringsliv (2003a).

Istället för arbetsmiljön pekar Svenskt Näringsliv ut förhållanden utanför arbetsplatserna som grund för sjukskrivningarna. Grundproblemet är att sjukförsäkringen används för att hantera olika privata bekymmer som har mycket lite med arbetsrelaterad ohälsa att göra. Det kan till exempel handla om svårigheter att få familjelivet att gå ihop, om stress till följd av krävande fritidssysselsättningar eller om olika typer av personliga problem. Det är ofta en "komplex livssituation" som leder till att människor blir sjukskrivna, skriver arbetsgivarorganisationens VD Göran Tunhammar (2003).

Svenskt Näringsliv menar att en stor del av sjukfrånvaron i själva verket bör karakteriseras som överutnyttjande. Ökningen handlar inte om att fler människor blivit arbetsoförmögna – istället är det normerna i samhället som förändrats: ”Mycket talar för att sjukförsäkringen används för helt andra syften än vad som ursprungligen var tänkt”, menar Tunhammar (2003). ”Sjukförsäkringen missbrukas i dag konsekvent som en ventil för att slippa jobba av en mängd olika skäl.”

Svenskt Näringsliv hänvisar till studier som visar att så mycket som 60 procent av befolkningen anser att det kan finnas andra skäl att sjukskriva sig än sjukdom, till exempel att man har problem i familjen eller vantrivs med jobbet. Sådana resultat tyder på att ”många inte känner till reglerna för sjukskrivning och det egentliga syftet med sjukförsäkringen, att ge kompensation för den inkomst man förlorar när man på grund av sjukdom eller skada inte kan arbeta”, menar Duker och Fräjdin Hellqvist (2002). Detta är allvarligt av flera skäl:

Missbruket /av sjukförsäkringen/ kostar inte bara enorma belopp för skattebetalare och företag utan bidrar också till att rasera förtroendet för våra gemensamma välfärdssystem. Som arbetsgivare har vi inga möjligheter att stävja detta överutnyttjande. Det är läkarna som sjukskriver – inte arbetsgivarna. Det är försäkringskassan som ska godkänna sjukskrivningen – inte arbetsgivarna. Däremot får arbetsgivaren betala för varje frånvaro, såväl kort som lång (Tunhammar 2003).

Orsakerna – förändrade normer leder till överutnyttjande av systemet

Som redan framgått är Svenskt Näringsliv mycket tydliga när det gäller orsakerna till sjukfrånvaroökningen. Problemets huvudorsaker finns utanför arbetslivet och hänger samman med attityd- och normförändringar i samhället. Ansvaret ligger hos de sjukskrivna, som överutnyttjar systemet.

I grunden tycks ligga en uppfattning, mest uttalad hos de yngre, att det helt enkelt är en rättighet att vara sjukfrånvarande trots att man egentligen inte är sjuk. Detta underlättas av att vi har en unikt liberal syn på individens rätt att själv bestämma över sin sjukskrivning under de första sju dagarna (Duker & Fräjdin Hellqvist 2002).

I ett remissyttrande över HpH-utredningen¹³ påpekar Svenskt Näringsliv att möjligheterna till annan försörjning än lönearbete är en faktor som har stor betydelse för viljan att arbeta. Sjukpenning är ett legitimt försörjningsmedel om

¹³ Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) presenterade sitt slutbetänkande (SOU 2002:5) i januari 2002. Utredningsmannen Jan Rydh presenterade att antal förslag varav de flesta var inriktade mot åtgärder på arbetsplatserna och mot att förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utredningen ansåg att ohälsan framför allt borde motverkas i samspelet mellan individen och arbetsplatsen.

man inte kan arbeta på grund av sjukdom eller skada, men tyvärr används inte sjukförsäkringen alltid så som lagstiftarna tänkt sig:

De regler som styr i vilka situationer sjukskrivning får äga rum är tydliga, men de tillämpas förmodligen inte alltid på ett korrekt sätt. Utvecklingen de senaste åren tyder på att sjukskrivning i ökande utsträckning har kommit att användas på ett sätt som inte varit avsikten och som inte är förenligt med lagstiftning och regler (Svenskt Näringsliv 2002).

Svenskt Näringsliv menar mer konkret att det ofta är patienternas önskemål som avgör läkarens sjukskrivningsbeslut och inte den medicinska bedömningen. Detta gäller även vid längre sjukfall (Duker & Fräjdin Hellqvist 2002). Därmed lägger arbetsgivarorganisationen en del av ansvaret också på läkarna, som hanterat sin befogenhet att sjukskriva människor på ett alltför givmilt sätt.

Staten och den offentliga sektorn har också skuld till problemet, inte minst som arbetsgivare. ”Många av orsakerna till den höga sjukfrånvaron beror på brister inom just de områden som staten bestämmer över, försäkringskassorna och sjukvården för att nämna de viktigaste” (Duker & Fräjdin Hellqvist 2002). Sjukfrånvaron är dessutom högre i den offentliga sektorn än i den privata, vilket Svenskt Näringsliv är noga med att påpeka.

Förutom överutnyttjandet pekar Svenskt Näringsliv på ohälsfaktorer som ligger utanför arbetslivet. Privatlivet och fritiden har helt enkelt blivit mer krävande, något som är särskilt tydligt när det gäller kvinnorna, som står för den största sjukfrånvaroökningen. ”För dessa /kvinnorna/ har förmodligen den stora förekomsten av dubbelarbete, dvs i och utanför hemmet, ökat problemen”, skriver man (Svenskt Näringsliv 2002). Andra ohälsfaktorer har att göra med livsstilsproblem; sjukdom orsakas ofta av dåliga vanor beträffande kost, motion, rökning, alkohol eller droger. Individerna har ett stort eget ansvar vad det gäller sin hälsa, men tar inte alltid detta på tillräckligt stort allvar.

Det finns ”mycket som kan göras för att minska sjukfrånvaron”, skriver Svenskt Näringsliv, ”men i den nuvarande situationen har förmodligen faktorer utanför arbetsplatsen och utanför arbetsgivarens kontroll störst betydelse” (Svenskt Näringsliv 2002). Att staten trots detta har valt att lägga en stor del av den ekonomiska bördan på det privata näringslivet upprör arbetsgivarorganisationen, som förespråkar helt andra åtgärdsförslag.

Lösningarna – sänkt ersättningsnivå och hårdare kontroll

Svenskt Näringsliv lanserar i sina texter en rad olika förslag på åtgärder för att komma till rätta med sjukfrånvaroökningen. I de trepartssamtal mellan regeringen, arbetsgivarna och de fackliga centralorganisationerna som pågick 2001 till 2002 formulerade Svenskt Näringsliv en lista med de fyra högst prioriterade förslagen från organisationens sida. Den första punkten på listan var oförändrad sjuklöneperiod om 14 dagar, men med rätt för enskilda arbetsgivare att om så önskas frivilligt åta sig en längre period.

En så hög prioritering för ett defensivt ”icke-förslag” måste ses mot bakgrund av den dittillsvarande debatten, som ju fokuserat starkt på arbetsmiljöaspekter.

Förutom flera tidigare förslag om att förlänga sjuklöneperioden presenterade Socialdepartementet i januari 2003 en promemoria med förslag om ”starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron” (Ds 2002:63), bland annat genom en varaktig medfinansiering (se fotnot 12) av de anställdas sjukpenning. Detta vände sig arbetsgivarföreträdarna kraftigt emot:

En ytterligare höjning av arbetsgivarnas självrisk vid sjukdom på det sätt som regeringen nu föreslår genom att arbetsgivarna även långsiktigt skulle stå för 25 procent av sjukpenningkostnaden, skulle istället få flera negativa effekter, utan att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron. Det skulle t.ex. öka risken för hälsorelaterad selektion vid anställningar och samtidigt försvaga konkurrenskraften och försvåra en expansion i näringslivet (Svenskt Näringsliv 2003b).

”Sjuklönen och produktionsbortfallet vid sjukfrånvaro är en stor belastning för företagen och gör att de redan i dag arbetar hårt för att minska frånvaron”, skriver Göran Tunhammar (2003) i en debattartikel.

De övriga förslagen på prioriteringslistan är av betydligt mer offensiv karaktär, och utgår direkt från Svenskt Näringslivs problemuppfattning och orsaksförklaringar. ”För att komma till rätta med problemen måste vi återupprätta sjukförsäkringen till att vara just en försäkring som skyddar vid sjukdom”, skriver Duker & Fräjdin Hellqvist (2002). Arbetsgivarna fokuserar tydligt på åtgärder som syftar till att göra det svårare för människor att sjukskriva sig, för att därigenom stävja det föregivna överutnyttjandet.

Förändrade ekonomiska incitament för de anställda ses i det sammanhanget som en mycket viktig punkt. Sjukförsäkringssystemet har för höga ersättningsnivåer och för låg självrisk. För att arbete ska löna sig bättre i förhållande till sjukpenning föreslår man en sänkning av ersättningsnivån från 80 till 75 procent. Dessutom måste hel karensdag gälla vid varje sjukdomsfall och en tydlig gränsdragning göras mellan sjukförsäkring och a-kassa.¹⁴

Vidare föreslår Svenskt Näringsliv ytterligare åtgärder för att strama upp sjukskrivningsprocessen, utöver de förslag som regeringen redan tagit fram. En sådan åtgärd är en lagstadgad rätt för arbetsgivaren att få begära läkarintyg hos anvisad läkare från första sjukdagen. Möjlighet till detta finns visserligen redan i många kollektivavtal, ”men skulle kunna utnyttjas bättre om den baserades på lagstiftning”, menar Svenskt Näringsliv (2002). En annan åtgärd är att tidsbegränsa sjukpenningen till ett år, varefter den automatiskt bör övergå i sjukersättning (förtidspension). Så fungerar sjukförsäkringen i många andra länder, påpekar Svenskt Näringsliv (2003a).

Den sista punkten på prioriteringslistan handlar om att ”underlätta möjligheterna att byta anställning” (Svenskt Näringsliv 2003a). ”De inlåsnings effekter som är ett resultat av den nuvarande arbetsrätten har också betydelse för den ökade sjukfrånvaron, framför allt den långvariga”, menar man (Svenskt Närings-

¹⁴ Om en arbetstagarare insjuknar under en arbetsdag gällde (och gäller) karensavdraget bara för den del av dagen man varit frånvarande från arbetet.

liv 2002). Annorlunda uttryckt: arbetsgivarna efterfrågar ökade möjligheter att säga upp långtidssjukskrivna. Analogt med att LO använder sjukfrånvarofrågan för att argumentera för ökat fackligt inflytande blir den för Svenskt Näringsliv ett sätt att föra fram traditionella arbetsgivarkrav – i det här fallet en uppluckring av anställningsskyddet genom förändringar i LAS, Lagen om anställningsskydd.

Förutom de ovan nämnda förslagen från prioriteringslistan är även ett par andra idéer vanligt förekommande i Svenskt Näringslivs texter. Utöver sänkta ersättningar och hårdare kontroll fordras också attitydförändringar för att få bukt med överutnyttjandet, menar till exempel Duker och Fräjdin Hellqvist (2002):

Detta kräver en massiv informationskampanj med engagemang från staten, de politiska partierna och parterna på arbetsmarknaden. Det ska inte handla om att peka ut syndabockar, det stora problemet är inte det medvetna fusket utan den dåliga kunskapen om hur försäkringen ska användas (Duker & Fräjdin Hellqvist 2002).

Även friskvård beskrivs som en viktig ohälsöförebyggande åtgärd, som det talats alltför lite om i diskussionerna kring sjukfrånvaron. Genom att se över reglerna om förmånsbeskattning och avdragsrätt för friskvårdsåtgärder kan staten ge företagen incitament att satsa mer offensivt på anställdas hälsa och friskvård. I längden är detta något som lönar sig, menar Svenskt Näringsliv.

4.3 Sveriges Läkarförbunds problemdefinition

Sveriges Läkarförbund (i fortsättningen Läkarförbundet) är läkarnas fackliga och professionella organisation. Förbundet bildades 1903, hade 2005 drygt 38 000 medlemmar och ingår i den fackliga centralorganisationen SACO, Sveriges Akademikers Centralorganisation. Läkarförbundet har både en central organisation och en föreningsorganisation med lokal-, specialitets- och yrkesföreningar samt även en studerandeförening.

Läkarförbundet arbetar för att stärka läkaren både fackligt och i sin yrkesroll. Enligt stadgarna ska förbundet bland annat "tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen" samt "befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling". I enlighet med detta verkar Läkarförbundet för att påverka hälso- och sjukvården så att den håller en god kvalitet och tillhandahålls på lika villkor för medborgarna. Förbundet vill också öka läkarnas inflytande över sjukvården och har därför ambitionen att vara en ledande aktör i såväl den medicinska som den sjukvårdspolitiska debatten.

Förbundet ger ut olika typer av publikationer och skrifter, bland annat tidskriften Läkartidningen, en facklig och vetenskaplig tidskrift med omfattande debattutrymme för hälso- och sjukvårdsfrågor.

Problemet – höga kostnader och bristande resurser leder till moment 22

I texterna från Läkarförbundet framstår sjukfrånvaron både som ett samhälls-ekonomiskt problem och som ett samordnings- och organiseringsproblem. ”Kostnaderna för det sjuka Sverige tränger ut allt reformutrymme i våra statliga och kommunala budgetar och tvingar nu fram kommunala skattehöjningar i stor skala”, skriver Läkarförbundet (2003a). Kostnaderna har ökat dramatiskt sedan slutet av 1990-talet och idag är omkring 15 procent sjuka eller förtidspensionerade, konstaterar Bernhard Grewin och Eva Nilsson Bågenholm (2003), ordförande respektive vice ordförande i Läkarförbundet, i en debattartikel. ”Bakom dessa siffror döljer sig 100 000-tals mänskliga tragedier och en kraftigt tilltagande utslagning från det svenska arbetslivet”, fortsätter de. Om statens utgifter för sjukförsäkringen fortsätter att öka kommer det att leda till en ekonomisk kris där välbehövliga sjukvårdsreformer omöjliggörs, hävdar förbundet.

De höga kostnaderna hänger enligt Läkarförbundet samman med mer djupgående strukturella problem inom sjukvården och sjukförsäkringssystemet. Inom sjukvården handlar det om att läkarna ofta har alldeles för lite tid och resurser för patienterna, vilket innebär att de inte hinner utreda varje enskilt fall ordentligt. ”Ett av de stora bekymren är landstingens brist på förståelse och intresse för läkarnas svåra situation”, menar Grewin och Nilsson Bågenholm (2003), och fortsätter:

Många läkare befinner sig i en ganska svår arbetssituation i dag. Ett ständigt tryck med långa köer och allt fler patienter som inte anser sig kunna arbeta. Andelen läkarbesök som rör sjukskrivningar har sedan några år fördubblats.

Läkarförbundet menar att många som idag sjukskrivs på heltid egentligen skulle kunna arbeta åtminstone på deltid, om de gavs den rätta hjälpen. Men vid tidsbrist är risken stor att läkaren istället låter sig påverkas av patientens egna önskemål och väljer den skenbart enklaste utvägen:

Om läkarens mottagning är fullbokad och väntrummet fullt, blir det oftast lättare för läkaren att sjukskriva än att ta en diskussion om andra alternativ. Än mindre finns tid för kontakter med arbetsgivare, företags-hälsovård och försäkringskassan (Nilsson Bågenholm 2003).

Tid för samverkan och samarbete är ett grundproblem även bland övriga berörda aktörer inom sjukförsäkringssystemet, menar Läkarförbundet. Många läkare klagar över att det är ”oerhört svårt” att få kontakt med arbetsgivare och försäkringskassehandläggare. ”Ett av huvudproblemen är svårigheten att få till stånd en konkret samverkan kring patienten”, skriver Nilsson Bågenholm (2003).

I stora drag beskriver alltså Läkarförbundet situationen som ett moment 22. Bristande samordning inom sjukförsäkringssystemet och resursbrist inom sjukvården leder till skenande sjukfrånvarokostnader; de skenande kostnaderna leder

i sin tur till en förvärrad resursbrist inom sjukvården och omöjliggör en effektiv samverkan kring sjukskrivningsärendena.

Orsakerna – för lite tid för patienterna och bristande samverkan

Läkarförbundet menar att sjukfrånvarons orsaker är komplexa och att det därför är omöjligt att lyfta fram en enskild förklaring till den uppkomna situationen. Enligt Bernhard Grewin handlar de grundläggande orsakerna sannolikt om ”strukturella förändringar i arbetslivet samt förändrade livsbetingelser i övrigt” (Grewin 2002).

Av förbundets olika texter framgår att man delvis instämmer både i LO:s och i Svenskt Näringslivs förklaringsansatser. Många arbetsgivare brister i arbetsmiljöarbetet och klarar dessutom inte av att hantera de rehabiliteringsärenden som uppkommer, menar man. Men det har också otvivelaktigt skett en normförskjutning i samhället vad gäller synen på sjukskrivning – det är numera accepterat att vara sjukskriven på ett helt annat sätt än tidigare. Att kvinnor är så överrepresenterade i statistiken beskrivs som ”baksidan av den svenska jämställdheten” – en hög grad av dubbelarbete gör att ”livspusslet helt enkelt inte /går/ ihop för många yrkesarbetande kvinnor” (Nilsson Bågenholm 2003). Situationen har tillåtits eskalera till följd av politiska låsningar: ”Det politiska systemet saknar uppenbarligen förmågan att bryta de låsningar som uppstått mellan olika intressen och formulera en helhetsstrategi som de flesta kan ställa upp på”, skriver Läkarförbundet (2003c).

Det mesta av Läkarförbundets orsaksdiskussion kretsar kring problemen inom sjukvården och rehabiliteringssystemet. Som nämndes i det föregående avsnittet så menar förbundet att sjukfrånvaroökningen till stor del bör ses som ett samordnings- och organiseringsproblem. Svenskarna har bland de högsta medellivslängderna i världen, en väl utbyggd sjukvård, god hygienisk standard, få rökare och en hög utbildningsnivå. ”Det är något som inte stämmer”, skriver Eva Nilsson Bågenholm (2003). ”Om de höga sjukskrivningstalen i Sverige idag inte motsvaras av kända sjukdomar i samhället, varför är då så många sjukskrivna och varför under så lång tid?”

Problemet är enligt förbundet att människor i dag i allt större utsträckning kommer till läkaren med otydliga symtom – det kan handla om utmattnings-, värk- och diffusa smärtor eller patienter som helt enkelt beskriver att de gått in i väggen (Nilsson Bågenholm 2003). Förutom att den här typen av symtom inte går att belägga på något objektivt sätt gör de det svårare för läkaren att bedöma om patienten är arbetsoförmögen eller inte. Därtill är patienten ofta själv inställd på att bli sjukskriven, vilket kan skapa problem:

I många av dessa fall måste vi som läkare välja mellan att gå in och argumentera, informera och motivera patienterna om det olämpliga med sjukskrivning, ett samtal som ofta kan ta 30 minuter, eller att vika oss och sjukskriva. Vi vet också att om vi väljer det förstnämnda blir vi mer stressade, förlänger väntetiderna och är troligen i sämre balans inför mötet med övriga väntande patienter (Grewin & Nilsson Bågenholm 2003).

Läkarförbundet är noga med att understryka att den här typen av situationer i regel inte handlar om att människor försöker fuska. Vad det snarare bottnar i är en diskrepans mellan allmänhetens syn på sjukdom och sjukförsäkringens regelverk. Den läkare som i ett sådant läge envisas med att tillämpa regelverket – som utgår från en mer traditionell biomedicinsk sjukdomsuppfattning – riskerar att hamna i konflikt med patienten (Nilsson Bågenholm 2003).

Som nämndes tidigare lyfter Läkarförbundet även fram bristen på fungerande rehabiliteringssamverkan som en viktig orsak till de långa sjukskrivningarna. ”Idag arbetar läkaren, försäkringskassan och arbetsgivaren oberoende av varandra och patienten riskerar att falla mellan stolarna”, menar Nilsson Bågenholm (2003). Genom ett förbättrat samarbete mellan rehabiliteringsaktörerna skulle man kunna komma igång med rätt rehabilitering redan från början, och på så sätt snabbare få patienten tillbaka till arbetslivet.

Lösningarna – låt landstingen bära en del av kostnaderna

Läkarförbundet konstaterar att debatten kring den höga sjukfrånvaron varit starkt inriktad på arbetsgivarnas och arbetstagarnas respektive drivkrafter för att komma till rätta med problemet. Även sjukvården borde dock ha en viktig roll i den här frågan, understryker förbundet.

Diskussionen om hur man ska komma till rätta med sjukfrånvaron /har/ i alldeles för stor utsträckning fokuserat på arbetsgivare och arbetstagare. Det saknas en seriös diskussion kring sjukvårdens drivkrafter och resurser att bidra till en positiv utveckling (Sveriges Läkarförbund 2003).

”Vill man hushålla med försäkringsresurser är det viktigt att lägga en ’självrisk’ på dem som har möjlighet att påverka kostnadsutvecklingen”, skriver Grewin och Nilsson Bågenholm (2003). Läkarförbundet föreslår därför att sjukvårdshuvudmännen ges mer direkta ekonomiska incitament för att få ner sjukfrånvaron, genom att de görs kostnadsansvariga för en del av sjukförsäkringskostnaderna. Med en sådan modell skulle landstingen få starkare drivkrafter både för att minska inflödet till och öka utflödet från sjukförsäkringen. ”Varje sjukintyg som skrivs kommer att innebära en direkt kostnad för landstingen liksom varje dag en sjukskriven får vänta på en medicinsk behandling”, påpekar Grewin och Nilsson Bågenholm (2003).

Rent konkret föreslår Läkarförbundet att landstingen ska betala 10 procent av den sjukpenning som försäkringskassan betalar ut till de respektive länens invånare.¹⁵ Därigenom kan man minska problemet med att kostnaderna vältras över på en annan aktör, vilket annars lätt blir resultatet då läkaren sjukskriver och försäkringskassan betalar sjukpenningen. Dessutom stimuleras sjukvården till att

¹⁵ Kostnadsansvaret måste vara begränsat, påpekar Läkarförbundet, för annars riskerar förtroendet i relationen mellan patient och läkare att äventyras (Sveriges Läkarförbund 2003b).

använda andra åtgärder än enbart sjukskrivningar och till att minska köer till nödvändig medicinsk behandling.

För att en sådan reform inte ska leda till ytterligare ökad resursbrist måste landstingen kompenseras för merkostnaderna, säger Läkarförbundet. Det kan ske genom ett ökat statsbidrag, som lämpligen kan finansieras genom att staten minskar försäkringskassans sjukförsäkringsanslag. Utöver detta krävs ökade resurser till primärvården, att användas till personalförstärkningar. På så sätt kan sjukskrivningsprocessens kvalitet förbättras och sjukskrivningarna minskas, menar Läkarförbundet. I slutändan kommer detta att bli en god affär för staten.

Läkarförbundet efterfrågar åtgärder på ytterligare två områden, rehabiliteringssamverkan respektive utbildning. För att uppnå en bättre samverkan krävs statlig reglering av rehabiliteringsprocessen, skriver man. Försäkringskassan måste arbeta snabbare och mer professionellt och det krävs obligatoriska avstämningmöten mellan patienten, läkaren, försäkringskassan och arbetsgivaren. Bättre kommunikation mellan de olika parterna är inte sällan en förutsättning för att kunna avsluta långvariga sjukfall. Företagshälsovården är också en viktig samrådspart, menar Nilsson Bågenholm (2003). ”Företagshälsovården har en unik kunskap om arbetsplatsen och är länken till arbetsgivaren och organisationen, men tyvärr har alltför få arbetsplatser idag en fungerande företagshälsovård”, konstaterar hon. När de gäller utbildning är det framför allt fortbildning i försäkringsmedicin och sjukskrivning som behandlingsmetod som efterfrågas. Alla läkare som arbetar med sjukskrivning bör ges möjlighet till grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning, menar förbundet.

5 Diskussion och analys: kampen om sjukfrånvaron

De tre organisationernas anspråk rörande sjukfrånvaroproblemet sammanfattas översiktligt i tabell 1 (se nästa sida). Det framgår av redovisningen i det föregående kapitlet att de tre organisationerna är överens om att sjukfrånvaron är ett allvarligt samhällsproblem – men det är också i stort sett det enda de är överens om. Såväl när det gäller vilken typ av problem sjukfrånvaron utgör som dess orsaker och tänkbara åtgärder finns det stora skillnader mellan organisationerna.

LO:s problemdefinition bär tydliga spår av det som inom arbetslivsforskningen brukar benämnas *utstötningssmodellen*. Enligt denna modell – som utgör en klassisk tankefigur inom forskning och debatt om arbetslivet – orsakas fenomen som sjukfrånvaro och förtidspensionering främst av omständigheter som är knutna till arbetet och arbetsmarknaden (se t.ex. Marklund 1995). Grundantagandet i modellen är att det är olika typer av arbetsmiljöfaktorer – tunga arbeten, bristande fysisk eller psykosocial arbetsmiljö, ökade flexibilitetskrav, stress och krav på ökande arbetsprestationer etc. – som leder till sjukdom och dålig hälsa, och därmed i förlängningen till utstötning från arbetsmarknaden.

Svenskt näringslivs problemdefinition, däremot, har alla de typiska kännetecknen hos *attraktionsmodellen*, den andra klassiska modellen över utträde från arbetsmarknaden (se t.ex. Marklund 1995). Enligt denna modell bör orsakerna till sjukfrånvaro och förtidspensionering i första hand sökas utanför den direkta arbetsmarknaden, i de incitamentssystem som påverkar individernas preferenser och valhandlingar. Socialförsäkringssystemets ersättningsnivåer, de grindvakter och kontrollfunktioner som finns för sjukskrivning/förtidspension samt de alternativa sysslor och lockelser som finns utanför arbetslivet är faktorer som alla antas påverka arbetstagarens beslut om att stanna kvar i arbetslivet (eller att söka sig bort från det). Även en utvidgad syn på vad som är att betrakta som sjukdom kan enligt modellen ses som en attraktionsfaktor utanför arbetsmarknaden.

I Läkarförbundets problemdefinition kan tankar hämtade från både utstötningssmodellen och attraktionsmodellen identifieras. I Läkarförbundets problemdefinition fungerar dessa emellertid mest som bakgrundsfaktorer – fokus ligger istället på sjukvårdens och rehabiliteringssystemets funktionssätt (eller snarare bristande funktionssätt).

	LO	Svenskt Näringsliv	Sveriges Läkareförbund
Typ av problem	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetsmiljörelaterat ohälsoproblem • Samhällsekonomiskt och privatekonomiskt problem 	<ul style="list-style-type: none"> • Överutnyttjandeproblem • Ekonomiskt problem för företagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Samhällsekonomiskt problem • Organiseringsproblem
Problemets orsaker	<ul style="list-style-type: none"> • Försämrade arbetsmiljö till följd av nedskärningar och rationaliseringar • Bristfälliga rehabiliteringsåtgärder • Nedmonterad företagshälsovård • Dålig arbetsledning 	<ul style="list-style-type: none"> • Privata bekymmer och livsstilsproblem utanför arbetslivet • Normförändringar som ökar sjukskrivningsbenägenheten • Alltför generös sjukförsäkring • Bristande tillämpning av regler inom försäkringskassorna och sjukvården 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturella och attitydmässiga förändringar i samhället och arbetslivet • Tidsbrist i mötet mellan läkare och patient • Bristande rehabiliteringssamverkan
Problemets lösningar	<ul style="list-style-type: none"> • Förbättrat arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete på arbetsplatserna • Rehabiliteringsförsäkring som ger rätt till tidig rehabilitering • Ökat fackligt inflytande vad gäller bemanning och arbetsmiljöarbete • Utbildningsinsatser riktade till arbetsgivarna 	<ul style="list-style-type: none"> • Oförändrad sjuklöneperiod • Sänkt sjukpenning och hel karensdag • Stramare sjukskrivningsprocess med mer effektiv kontroll • Ökad rörlighet på arbetsmarknaden • Informationssatsningar riktade till arbetstagarna • Avdragsrätt för friskvårdssatsningar 	<ul style="list-style-type: none"> • Effektivare drivkrafter för sjukvårdshuvudmännen • Ökade resurser till primärvården • Bättre reglering av rehabiliteringssamverkan • Utbildningar i försäkringsmedicin

Tabell 1. Sammanställning över organisationernas respektive problemdefinitioner.

Det mest slående i samtliga av de tre organisationernas problemdefinitioner är emellertid hur tydligt de formulerar sina anspråk i relation till sina respektive materiella intressen.¹⁶

¹⁶ Med detta menas de subjektiva (artikulerade) intressena hos organisationerna och deras respektive medlemsbaser. För en diskussion om intressen, se till exempel Gaventa (1987) och Johnson (2006).

Det finns generella strategier som är tydligt märkbara när det gäller samtliga tre anspråkstyper (problemanspråk, orsaksanspråk, åtgärdsförslag). När det gäller *problemanspråken*, alltså det övergripande sätt på vilket organisationerna ramar in sjukfrånvarofrågan, handlar den generella strategin om att formulera anspråken på ett sätt som gynnar organisationens försök att etablera tolkningsföreträdare eller *vinna äganderätten* över problemet (jfr Gusfield 1981).

I detta avseende hade LO en konkurrensfördel i början av 2000-talet, eftersom den grundläggande problemdefinitionen organisationen företrädde – sjukfrånvaron som ett arbetsmiljörelaterat ohälsoproblem – varit mer eller mindre dominerande i den dittillsvarande debatten (Johnson 2007). En fokusering på arbetsmiljöaspekterna legitimerar LO och dess medlemsförbund som centrala intressenter i sjukfrånvarodebatten, eftersom fackförbund är naturliga samarbetspartners i arbetsmiljöfrågor. Genom att LO dessutom argumenterade för att sjukfrånvaron är en klassfråga och att ohälsan i första hand drabbar organisationens medlemmar stärks organisationens position som en viktig deltagare i det fortsatta arbetet med sjukfrånvaron.

En liknande analys kan göras av Svenskt Näringslivs och Läkarförbundets respektive problemanspråk. Svenskt Näringsliv pekar, naturligt nog, på de höga kostnader företagen drabbas av till följd av den höga sjukfrånvaron. För att etablera detta anspråk som berättigat är det emellertid viktigt för organisationen att visa att det inte är företagen själva som orsakat kostnaderna; detta sker genom att man definierar sjukfrånvaron som en fråga om överutnyttjande, alltså ett *illegitimt* bruk av sjukförsäkringssystemet.

Även Läkarförbundet är noga med att formulera sina anspråk så att de har störst möjlighet att gynna de egna medlemmarna. Detta sker genom att man ramar in sjukfrånvaroproblemet som en resursallokeringsfråga och som en fråga om bristande organisering och samverkan. Genom att argumentera för att sjukvården ska ha en mer aktiv roll i arbetet med sjukfrånvaron legitimeras förbundet och dess medlemmar som viktiga aktörer i debatten.

Om kamp om ägande är den dominerande strategin när det gäller problemanspråken så handlar den generella strategin för *orsaksanspråken* snarare om att förlägga skulden så långt ifrån den egna organisationen och medlemsbasen som möjligt. I den engelskspråkiga litteraturen brukar detta gå under beteckningen *blame avoidance* (skuldundvikande).

Tydligast är denna strategi i Svenskt Näringslivs argumentation, som på ett mycket tydligt sätt tar avstamp i – och avfärdar – de tidigare dominerande arbetsmiljöförklaringarna. Givet hur sjukfrånvarodebatten gestaltade sig i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet är det lätt att förstå Svenskt Näringslivs bevekelsegrunder för att istället lyfta fram överutnyttjande och fusk som en tänkbar förklaring till sjukfrånvarons ökning. Arbetsgivarna hade mycket att vinna och inget att förlora på att skapa en motbild till den rådande arbetsmiljö- och ohälsodefinitionen.

Svenskt Näringslivs strategi har i det sammanhanget både defensiva och offensiva inslag; genom att lyfta fram indikatorer på befolkningens fysiska hälsa – som generellt sett ter sig god – och utelämna indikatorer på psykisk ohälsa tecknar man en bild av ett Sverige som ”egentligen inte är så sjukt som det verkar”. Detta är en defensiv argumentation, ägnad att underminera grunden för

arbetsmiljöförklaringarna. Parallellt med detta, och mer offensivt, erbjuds de alternativa förklaringarna, som alltså handlar om överutnyttjande i kombination med livsstilsfaktorer utanför arbetslivet. Därmed avsäger sig arbetsgivarna ansvaret för att genomföra arbetsmiljöåtgärder, något som skulle vara både kostsamt och tidskrävande.

Skuldundvikandestrategin är tydligt märkbar även i de orsaksanspråk som framförs av LO och Läkarförbundet. LO avfärdar förklaringar som hänför sig till livsstilsfaktorer och överutnyttjande, och försvarar därmed LO-kollektivets medlemmar, som annars skulle riskera att stämplas som fuskare. LO lyfter istället – tämligen förutsägbart – fram brister vad gäller arbetsmiljö och arbetsledning – brister som lägger skulden för sjukfrånvaron på arbetsgivarna.

Läkarförbundets orsaksanspråk är något mer diffusa, i så måtto att man för fram en mer sammansatt bild där såväl överutnyttjande- som arbetsmiljökomponenter ingår. Detta har sannolikt att göra med att Läkarförbundet haft att förhålla sig till dessa förklaringar – eftersom de varit vanligt förekommande i debatten – men samtidigt inte haft något direkt att förlora på dem. Däremot har Läkarförbundet givetvis intresse av att skulden för de problem som ansetts förekomma inom sjukvården och rehabiliteringssystemet inte läggs på förbundets egna medlemmar. Tids- och resursbrist lyfts därför fram som förklaringar till dessa problem. Detta är ”administrativt” orienterade förklaringar som inte bara frånsäger läkarna skulden för sjukskrivningarna, utan dessutom gör det möjligt att kräva ökade resurser till sjukvårdens verksamhet.

När det gäller *åtgärdsförslagen* handlar strategin, slutligen, om att lyfta fram lösningar som kan antas gynna den egna organisationen eller medlemsbasen. Det räcker att nämna förslag som förbättrat arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna (LO), mer kontroll i sjukskrivningsprocessen (Svenskt Näringsliv) eller ökade resurser till primärvården (Läkarförbundet) för att se mönstret. Det allra tydligaste exemplet är kanske Svenskt Näringslivs defensiva förslag om oförändrad sjuklöneperiod, som var organisationens högst prioriterade förslag. En förlängd sjuklöneperiod riskerade att missgynna arbetsgivarna, inte så mycket genom ökade kostnader – enligt det förslag regeringen övervägde skulle arbetsgivarna kompenseras för merkostnaderna – utan genom att förslaget skulle befästa den problemdefinition som pekade ut arbetsgivarna som huvudskyldiga till den höga sjukfrånvaron. Förlängningen hade ju lanserats som ett sätt att skapa starkare incitament för ett mer effektivt arbetsmiljöarbete.¹⁷

Det är också tydligt att organisationerna använder sjukfrånvarofrågan som ett sätt att föra fram åtgärder som de tidigare fört fram i andra sammanhang. LO propagerar således för fackliga hjärtefrågor som ökat fackligt inflytande i bemanningsfrågor och arbetsmiljöarbete, medan Svenskt Näringsliv istället lanserar åtgärder för ökad rörlighet på arbetsmarknaden (läs: förändringar i arbetsrätten, framför allt LAS). Det handlar i båda de nämnda exemplen om

¹⁷ Noterbart i sammanhanget är att Svenska Arbetsgivarföreningen, en av Svenskt Näringslivs två föregångare, som sent som i början av 1990-talet själva stödde det förslag som ledde till de första sjuklöneveckornas införande. Motivet var framför allt att företagen ville ha bättre kontroll på de anställda som var sjukfrånvarande.

”standardlösningar” som organisationerna tagit för vana att föra fram i de mest skiftande sammanhang.

Detta för tankarna till Kingdons (1995) teori om dagordningsprocessen. I denna ”flödesteori” avancerar samhällsfrågor på den politiska dagordningen som en följd av att uppmärksammade problem, politiska möjligheter och passande åtgärder finns tillgängliga vid samma tidpunkt. När det gäller åtgärderna föreställer sig Kingdon ett ”policyflöde” bestående av en mängd olika policyidéer, som kontinuerligt lanseras som potentiella svar på olika problem inom ett policyområde. Olika intressegrupper vill genomföra sina favoritförslag, och söker därför lämpliga problem som kan passa till dessa lösningar. När ett nytt problem aktualiseras finns det därför i allmänhet flera organisationer som försöker visa att just deras åtgärdsförslag är de bästa och att den egna organisationens kompetens krävs för att komma till rätta med problemet.¹⁸

Att få gehör för åtgärder som ligger i linje med organisationens intressen är på många sätt problemdefinieringsprocessens *raison d'être* och, som vi nämnde tidigare, skälet till varför problemdefiniering är ett så kontroversiellt och politiskt eldfångt fenomen. Om organisationen problemdefinition är framgångsrik får det konkreta politiska konsekvenser – konsekvenser som i allmänhet gör att organisationens intressen skyddas.

Det är av våra empiriska exempel tydligt att organisationernas problemdefinitioner är strategiskt formulerade och sammanhängande helheter – problemanspråk, orsaksanspråk och åtgärdsförslag bildar en sammanhållen och logisk helhet. De bör inte i första hand förstås som hypoteser eller påståenden om sakförhållanden, utan som *opinionsverktyg*. Som sådana är de ägnade att göra organisationernas problemdefinition så konkurrenskraftig som möjligt på de utrymmesmässigt begränsade mediala och politiska dagordningarna.

Under den tidsperiod vi har koncentrerat oss på i den här rapporten stod striden om hur sjukfrånvaroproblemet skulle definieras på sin höjdpunkt. Under 2000 och 2001 hade LO och övriga aktörer som stod bakom en arbetsmiljö- och ohälsodefinition ”ägt” frågan, men under 2002 och 2003 utmanades och ersattes denna definition av en överutnyttjandedefinition. Några av orsakerna till detta – bland annat en växande misstro mot den traditionella arbetslivsforskningen och den omständigheten att överutnyttjandedefinitionen var innehållsmässigt slagkraftig – har redan berörts (se även Johnson 2007). Det avgörande villkoret för att bryta ett problemdefinieringsprivilegium är emellertid att det finns aktörer som erbjuder alternativa definitioner och lanserar dessa genom aktivt opinionsarbete.

För en mer utförlig och samlad analys av kampen om sjukfrånvaro och skälen till problemdefinieringsprocessens förlopp vill vi hänvisa till projektets slutrapport (Johnson, kommande).

¹⁸ För en utförligare diskussion om Kingdons teori, se exempelvis Kingdon (1995) eller Johnson (2003).

6 Sammanfattning

Kampen om sjukfrånvaron är den tredje delrapporten från projektet *Den svenska sjukfrånvaron – problemdefiniering och policyförändring*. I projektet studeras den svenska sjukfrånvarodebatten, med fokus på problemdefiniering. Problemdefiniering innebär att samhällsproblem ses som delvis subjektiva fenomen som konstrueras genom kollektiva definitionsprocesser.

Den höga sjukfrånvaron var en av de absolut viktigaste frågorna i den välfärdspolitiska debatten i början av 2000-talet. En mängd aktörer deltog i debatten och förde fram uppfattningar om problemet, dess orsaker och tänkbara lösningar. Sådana problemdefinieringsprocesser har stor betydelse, både för vilka frågor som hamnar på de offentliga dagordningarna och för utvecklingen av offentliga policies.

I delrapporten studeras problemdefinitioner och strategier hos tre centrala aktörer i debatten: LO, Svenskt Näringsliv och Sveriges Läkarförbund. Analysen utgår från debattartiklar, remissyttranden och rapporter från åren 2002–2003, den period då uppmärksamheten kring sjukfrånvaron var som störst.

Resultaten visar att de tre aktörernas respektive problemdefinitioner var nära knutna till de politiska och materiella intressen de företräder. Valet av problemdefinition kan därför till stor del betraktas som en makt- och intressekamp.

Organisationerna använde sig av tre generella strategier i denna kamp. När det gäller problemanspråken, dvs. det övergripande sätt på vilket organisationerna beskrev problemet, handlade den generella strategin om att formulera anspråken på ett sätt som främjade den egna organisationens försök att etablera tolkningsföreträde eller vinna äganderätten över problemet. LO definierade således sjukfrånvaron som ett arbetsmiljöproblem, Svenskt Näringsliv som ett överutnyttjandeproblem och Läkarförbundet som ett samordnings- och organiseringsproblem. I samtliga fall handlade det om definitioner som gynnade organisationens anspråk på att vara en viktig och legitim deltagare i debatten.

När det gäller de orsaksanspråk organisationerna lyfte fram för att förklara problemet handlade den dominerande strategin om att förlägga skulden så långt bort från de egna medlemmarna som möjligt. LO la skulden på arbetsmiljön och arbetsgivarna, medan Svenskt Näringsliv istället menade att orsakerna borde sökas i faktorer utanför arbetslivet, såsom livsstilsproblem och attitydförändringar bland befolkningen. Läkarförbundet instämde delvis i dessa förklaringar, men lade också skulden på organisatoriska problem inom sjukvården samt bristande rehabiliteringssamverkan.

När det gällde åtgärdsförslagen, slutligen, handlade organisationernas strategier om att lyfta fram förslag som skulle gynna den egna organisationen eller medlemmarna. LO efterfrågade effektivare arbetsmiljöarbete och ökad bemanning, Svenskt Näringsliv önskade förstärkt kontroll över sjukskrivningsprocessen

och sänkt sjukpenning, medan Läkarförbundet ville se effektivare drivkrafter för sjukvården och ökade resurser till primärvården. Det var också tydligt att organisationerna använde sjukfrånvarofrågan för att föra fram förslag som man brukade lansera i andra sammanhang, exempelvis ökat fackligt inflytande (LO) och åtgärder för ökad rörlighet på arbetsmarknaden (Svenskt Näringsliv).

Analysen visar sammanfattningsvis att de tre organisationernas problemdefinitioner inte i första hand bör uppfattas som påståenden om sakförhållanden, utan som strategiskt formulerade opinionsverktyg. Deras syfte var att göra organisationernas uppfattningar så konkurrenskraftiga som möjligt på de mediala och politiska dagordningarna.

7 Litteratur

7.1 Analyserat material

- Andersson Dan & Anna-Kirsti Löfgren 2002. *Hur långt räcker Arbetslinjen?* LO-rapport 2002:9. Stockholm: Landsorganisationen i Sverige.
- Duker Jan-Peter & Ulla-Britt Fräjdin Hellqvist 2002. Återupprätta sjukförsäkringen!, *Göteborgsposten*, 2002-04-19.
- Grewin Bernhard & Eva Nilsson-Bågenholm 2003. Låt landstingen betala sjukpenning, *Dagens Nyheter* 2003-02-24.
- Lindqvist Ulla 2002. Sjuka arbetsplatser ger sjuka människor, *Landsortspressen* 2002-12-20 (preciserad källa inte angiven, tillgänglig på <http://www.lo.se> 2008-05-26).
- Lindqvist Ulla 2003a. Anpassa arbetsplatserna, arbetslivsministern, *Aftonbladet* 2003-01-31.
- Lindqvist Ulla 2003b. Fem förslag för friska arbetsplatser, *Landsortspressen* 2003-12-08 (preciserad källa inte angiven, tillgänglig på <http://www.lo.se> 2008-05-26).
- Lindqvist Ulla & Lennart Levi 2003. Visa föredöme som chef i arbetsmiljöarbetet, Ebba Lindsö, *Svenska Dagbladet* 2003-10-07.
- Lundby-Wedin Wanja & Erland Olauson 2004. Arbetsgivarna måste anpassa arbetsplatserna, *Dagens Nyheter* 2004-01-25.
- LO 2002. *Remissyttrande över SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (LO dnr 2002-auk-76).
- Nilsson Bågenholm Eva 2003. Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. i: Birgitta Swedenborg (red.) *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag.
- Sveriges Läkarförbund 2003a. *Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre?* Tillgänglig på <http://www.lakarforbundet.se> (2008-05-26).
- Sveriges läkarförbund 2003b. *Remissyttrande över SOU 2003:13, AHA – utredningsinstitut och mötesplats*. Utredningsavdelningen 2003-06-26.
- Sveriges läkarförbund 2003c. *Yttrande över författningsförslag med anledning av Riksförsäkringsverkets remissyttrande över promemorian Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron (Ds 2002:63)*. Utredningsavdelningen 2003-03-27.
- Svenskt Näringsliv 2002. *Remissyttrande över SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SN dnr 16/2002).
- Svenskt Näringsliv 2003a. *Remissyttrande över Ds 2002:63, Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron, samt över fyra promemorior från Socialdepartementet* (SN dnr 21/2003).
- Svenskt Näringsliv 2003b. *Sjuktalens utveckling – nationell och regional nivå*. Tillgänglig på <http://www.svensktnaringsliv.se> (2008-05-26).
- Tunhammar Göran 2003. Dra tillbaka förslaget om ökade kostnader för sjukfrånvaron. *Dagens Industri* 2003-03-24.

7.2 Referenser

- Alexanderson Kristina (2003). Forskning om sjukfrånvaro, s. 76–84 i *Sjukskrivningar – försäkring eller försörjning*. Rapport från forskarseminariet i Umeå 2003. Stockholm: FKFs förlag.
- Blumer Herbert (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems* 18(3):298–306.
- Ds 2002:49. *Den svenska sjukan. Sjukfrånvaron i åtta länder*. Stockholm: Fritzes.
- Gaventa John (1987). Makt och deltagande. I: Olof Petersson red. *Maktbegreppet*. Stockholm: Carlssons.
- Goldberg Ted red. (2005). *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Gusfield Joseph R (1981). *The Culture of Public Problems*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hermansson Annika & Björn Johnson (2007). Överutnyttjandediskursen. *Arbetsliv i omvandling 2007:9*.
- Hilgartner Stephen & Bosk Charles L (1988). The Rise and Fall of Social Problems: A Public Arena Model. *American Journal of Sociology* 94(1):53–78.
- Holstein JA & Miller G red. (1993). *Reconsidering Social Constructionism*. New York: Aldine De Gruyter.
- Johnson Björn (2003). *Policyspridning som översättning*. Malmö: Arbetslivsinstitutet & Lunds universitet.
- Johnson Björn (2006). The Development of User Influence on Swedish Drug Policy 1965-2004. I: Jørgen Anker, Vibeke Asmussen, Petra Kouvonon & Dolf Tops red. *Drug Users and Spaces for Legitimate Action*. Helsingfors: NAD.
- Johnson, Björn (2007). Mediebilden av sjukfrånvaron som samhällsproblem. *Arbetsliv i omvandling 2007:11*.
- Johnson Björn (kommande). *Kampen om sjukfrånvaron* [arbetstitel]. Lund: Arkiv förlag.
- Kingdon John W (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York: Harper Collins.
- Lindgren Sven-Åke (2000). *Ekonomisk brottslighet*. Lund: Studentlitteratur.
- Loseke Donileen R (2003). *Thinking about Social Problems*. New York: Aldine De Gruyter.
- Marklund Staffan red. (1995). *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Meeuwisse Anna & Hans Swärd red. (2002). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Rocheffort David A & Roger W Cobb red. (1994). *The Politics of Problem Definition*. Lawrence: University Press of Kansas.
- SOU 2002:62. *Kunskapsläge sjukförsäkringen*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Spector Malcolm & John I Kitsuse (1977). *Constructing Social Problems*. Menlo Park: Cummings Publishing Company.

Senast utgivna nummer i den vetenskapliga skriftserien Arbetsliv i omvandling

2009

1 Dan Porsfelt (red): Arbetslivsforskning och hållbarhet. Empiriska illustrationer och framtidsvisioner.

2 Vanja Astvik och Eva Bejerot: När patienten blir kund – nya stressorer och strategier i läkarens arbete.

3 Björn Johnson, Lena Christiansson & Tilde Dahlqvist: Kampen om sjukfrånvaron. Tre organisationers konstruktioner av sjukfrånvaron som samhällsproblem.

2008

1 Klas Levinson och Jan Wallenberg (red): Medbestämmande i det nya arbetslivet. Forskare analyserar och diskuterar inflytande i arbetslivet.

2 Helen Peterson: Man måste sälja sig själv. Yrkesmässiga krav i det nya arbetslivet – ett könsperspektiv.

3 Johanna Overud, Ann-Mari Sätre och Arja Tyrkkö: Från reserv till reserv. Genusaspekter på den regionala arbetsmarknadspolitiken.

4 Kerstin Waldenström, Annika Härenstam: How are Good and Bad Jobs Created? Case Studies of Employee, Managerial and Organisational Factors and Processes.

2007

1 Åke Sandberg, Fredrik Augustsson och Anne Lintala: IT and Telecom Companies in Kista Science City, Northern Stockholm – Activities, Networks, Skills and Local Qualities.

2 Saeid Abbasian och Carina Bildt: Kvinnors egenföretagande inom upplevelseekonomin. Berättelser från Degerfors och Gotland.

3 Anna Eklöf och Carina Bildt: "Hälsa, arbete och kön – en utvärdering av en jämställdhetssatsning inom vården.

4 Ursula Hård, Elisabeth Sundin och Malin Tillmar: Kvinnors företagande – arbetsmarknadsbeteende och organisatorisk lösning.

5 Paulina de los Reyes: Att segla i motvind. En kvalitativ undersökning om strukturell diskriminering och vardagsrasism inom universitetsvärlden.

6 Tomas Backström och Inger Söderberg: Organiserings samtal. Om hållbar utformning av organisation och rum.

7 Helena Samuelsson och Maria Flink: Unga möter vården – upplevelser och förhållningssätt hos unga anställda i sjukvården.

8 Saeid Abbasian och Carina Bildt: Arbetsvillkor och anställningsförhållanden inom städbranschen i Stockholms län.

9 Annika Hermansson och Björn Johnson: Överutnyttjandediskursen. En innehålls- och konsekvensanalys av diskursen kring överutnyttjande av sjukförsäkringen.

10 Vesa Läppinen: Det lilla extra. Om formella och informella relationer mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten.

11 Björn Johnsson: Mediebilderna av sjukfrånvaron som samhällsproblem. Dagens nyheters bevakning av sjukfrånvarofrågan 1995-2004.

12 Chatrine Höckertin: Organisational prerequisites and discretion for first-line managers in public, private and cooperative geriatric care.

13 Åsa-Karin Engstrand: I tid och otid med marknaden. Kampen om affärstiderna i ett historiskt perspektiv.

14 Ewa Gunnarsson, Hanna Westberg, Susanne Eriksson och Dag Balkmar: "Learning by fighting?" Jämställdhet och genusvetenskap i VINNO-

VAs organisation och verksamhetsområde.

2006

1 Johan Hofvendal: Riskabla samtal – en analys av potentiella faror i skolans kvarts- och utvecklingssamtal (avhandling).

2 Elisabeth Sundin och Gunilla Rapp: Städerskorna som försvann. Individerna i den offentliga sektorn.

3 Calle Rosengren: Tiden som form och upplevelse – om relationen mellan arbete och tid.

4 Harry Petersson, Vesa Läppinen, Sandra Jönsson och Joakim Tranquist: Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicearbete.

5 Gunilla Rapp och Elisabeth Sundin: Deltidsarbetslöshet som lösning eller problem för arbetsgivare och företagare.

6 Jenny Sahlström och Carina Bildt: "Vet ej" – En studie av heteronormativitet i arbetslivet.

7 Klas Levinson och Jan Wallenberg: Partssamverkan i offentlig verksamhet – en undersökning av svensk ledningsmodell i förändring.

8 Christian Lundahl: Viljan att veta vad andra vet. Kunskapsbedömning i tidig-modern, modern och senmodern skola (avhandling).

9 Gunilla Olofsdotter: I skärningspunkten mellan motstridiga krav och intres-

sen – om ledarskap i bemanningsföretag.

10 Kerstin Nilsson: Äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv. Skillnader mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

11 Eskil Ekstedt och Elisabeth Sundin (red): Den nya arbetsledningen – arbets- och näringslivets organisatoriska omvandling i tid, rum och tal.

12 Joakim Landahl: Auktoritet och ansvar. Lärares fostrans- och omsorgsarbete i historisk belysning (avhandling).

13 Ann Hedlund: från elev till verksam timmerman – en utvecklingsprocess. Utbildning, yrkeserfarenhet och arbetets attraktivitet.

14 Anders Wikman: Arbetslivets omvandling genom organisatoriska förändringar – en första sammanfattning från Arbetslivsinstitutets kohortstudie.

15 Lena Gonäs, Lennart Hallsten och Roland Spånt: Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa – en översikt av forskningen 1995-2005.

16 Åsa Mäkitalo (red): Att hantera arbetslöshet. Om social kategorisering och identitetsformering i det senmoderna.

17 Elisabeth Sundin och Anette Thörnquist (red): När anställda blir företagare. Studier om företagande i ett strukturomvandlings- och arbetsmarknadsperspektiv.