

NR 2002:8

Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser

Gunnar Aronsson och Klas Gustafsson

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-643-7 ISSN 0346-7821 <http://www.niwl.se/>



Arbete och Hälsa

Arbete och Hälsa är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. Serien innehåller arbeten av såväl institutets egna medarbetare som andra forskare inom och utom landet. I Arbete och Hälsa publiceras vetenskapliga originalarbeten, doktorsavhandlingar, kriteriedokument och litteraturöversikter.

Arbete och Hälsa har en bred målgrupp och ser gärna artiklar inom skilda områden. Språket är i första hand engelska, men även svenska manus är välkomna.

Instruktioner och mall för utformning av manus finns att hämta på Arbetslivsinstitutets hemsida <http://www.niwl.se/>

Där finns också sammanfattningar på svenska och engelska samt rapporter i fulltext tillgängliga från och med 1997 års utgivning.

ARBETE OCH HÄLSA

Redaktör: Staffan Marklund
Redaktion: Mikael Bergenheim, Anders Kjellberg, Birgitta Meding, Bo Melin, Gunnar Rosén och Ewa Wigaeus Tornqvist

© Arbetslivsinstitutet & författare 2002
Arbetslivsinstitutet,
112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-643-7
ISSN 0346-7821
<http://www.niwl.se/>
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Förord

Denna rapport baseras på första datainsamlingen i projektet "Utbränning, sjukskrivning och arbetsbyte –en prospektiv populationsstudie" hösten 2000. Ett tack till Tomas Lindh för synpunkter på de statistiska bearbetningarna och likaså ett tack till den anonyme granskare som bidragit med värdefulla synpunkter på analysstrategier och begrepp. Ytterligare studier kring sjuknärvaro, sjukfrånvaro och hälsa kommer att publiceras baserade på det longitudinella material som uppstår genom den andra datainsamlingen, som genomfördes hösten 2001.

Ett tack till AFA (AMF Försäkring) som stött projektet med ett forskningsanslag (dnr 2000-0173).

Solna i maj 2002

Gunnar Aronsson

Professor

Programmet: Hälsa och utveckling i det nya arbetslivet

Arbetslivsinstitutet

Innehåll

Inledning	1
Metod och undersökningsgrupp	5
Urval	5
Enkätfrågor	6
Beroende variabler	6
Oberoende variabler	6
Statistiska bearbetningar	8
Resultat	9
Sjuknärvaro och demografiska och socioekonomiska förhållanden	9
Sjuknärvaro i olika yrkesgrupper	10
Logistiska regressioner	13
Diskussion	15
Sammanfattning	19
Summary	20
Referenser	21

Inledning

Arbetslivets utveckling under det senaste decenniet kännetecknas av polarisering och differentiering. En sida av detta är vad som kan kallas arbetets gränslöshet (Allvin et al., 1998). Med detta avses en pågående demontering av de relativt fasta strukturer som reglerar arbetets förläggning i tid och rum, anställningsform och en befattnings omfång. Dessa strukturer har inte bara reglerat verksamheten som sådan utan även gett arbetet kontinuitet och en väl avgränsad form, som gällt i stort sett överallt och för i stort sett alla. Arbetets inplacering i dessa strukturer betyder att arbetet i hög grad varit individ- och situationsberoende. Demonteringen ökar heterogeniteten i arbetskraften. Också gränsen mellan arbetstid och annan tid blir otydligare och ovissare. Frikopplingen från dessa strukturer betyder inte att individen blir fri att göra vad han eller hon vill – det betyder snarare att individen själv i större utsträckning måste ta över reglering och gränssättningar i tid, rum och arbetsuppgifter (Allvin et al., 1999). Utvecklingen kan också beskrivas i termer av kontroll: den enskildes *kontroll i sin arbetsituation* ökar medan individens *kontroll över* större förändringar i företag och över sin ställning på arbetsmarknaden sannolikt minskar (Aronsson, 1990).

Utvecklingen är dock som sagt mångsidig. En annan tendens är att nya mera rums- och tidsberoende tekniker för arbetets externa reglering utvecklas och tillämpas. Välkända sådana tekniker som är relativt frikopplade från rumsligheten och det korta tidsperspektivet är mål- och resultatstyrning. När mål bryts ned i delmål, etappmål etc med korresponderande resultatuppföljningar innebär detta en om- eller återreglering och att externa styrinstrument upprättas på relativt detaljerad styrningsnivå. På det intrapsykiska planet handlar styrningen främst om att individen skall internalisera företagets värderingar och öka sin identifiering med företagets mål. Det finns inga studier som systematiskt undersökt var dessa styrtekniker främst tillämpas och ökar, men sannolikt inriktas de främst på professionella och semiprofessionella grupper i organisationens mellanskikt.

Till dagens starka managementtrender hör även idéerna om mager och flexibel organisation. Dessa begrepp är komplexa och det finns här inte utrymme för en djupare analys. Det kan dock antas föreligga uppenbara konflikter mellan dessa två mål, vilka manifesteras i den direkta produktionen och anställdas arbetsvillkor. Utifrån arbetsmiljöforskningens rön finns starka skäl att misstänka att underbemanning och otillräckliga resurser för arbetets utförande har hälso-konsekvenser (Vahtera, 1997).

Kunskaper om människors handlingsmönster och om de psykologiska, sociala och hälsomässiga konsekvenserna av den beskrivna utvecklingen finns men är begränsade. Dock har forskningen relativt väl kunnat beskriva effekterna av låg kontroll, enahanda, övervakat och tidspressat arbete. Största kunskapsluckorna finns sannolikt beträffande vad vi benämmer det gränslösa arbetet. En forskningsfråga här handlar om i vilken utsträckning den enskilde individen med alla sina begränsningar förmår utforma strategier för att hantera gränslösheten och skydda

sig mot det tekniskt/ekonomiska systemets omätliga krav för att anknyta till Sverre Lysgaards begrepp i hans klassiska studie av arbetarkollektivet (1961). I Lysgaards studie var arbetarkollektivet en skyddsfaktor. Frågan kan ställas om vilka handlingsalternativ som står till buds mot underbemanning, bristande resurser, tidspress osv när arbetarkollektivet försvagas genom heterogeniseringen. En strategi kan vara att individen försöker bemöta ökande krav genom att intensifiera sin arbetsinsats i första hand inom den överenskomna arbetstidens ram. Om detta ej är tillräckligt kan nästa steg vara att individen ger upp eller tänjer arbetets formellt tidsmässiga inramning – t ex försöker hon hantera kraven genom betald eller obetald övertid (Aronsson, 1999) eller sjuknärvaro (Aronsson et al., 2000). Otillräckliga resurser eller bristande organisatorisk flexibilitet kompenseras genom egna extrainsatser. Han eller hon utvecklar vad som kan kallas ett individuellt kompensande handlingsmönster. Till den individuella kompensationsstrategin hör också att handskas med egen ohälsa genom att istället för sjukfrånvaro ta ut semester eller kompedighet. Kunskaperna är mycket knapphändiga om förekomsten av sådana former av kompensationshandlingar och deras eventuella ohälsokostnader. Föreliggande studie begränsas till sjuknärvarofenomenet. En explorativ studie om individuella kompensatoriska handlingsmönster pågår (Aronsson & Gustafsson, 2002, under utarbetande).

De senaste åren har sjuknärvarofenomenet börjat uppmärksammas inom forskningen. Sjuknärvaro står för att människor trots besvär och ohälsa, som borde föranleda vila och sjukfrånvaro ändå går till sitt arbete. Sjukfrånvaron minskar till förmån för högre sjuknärvaro. Sjuknärvaro kan förväntas hänga samman med ökad risk för ohälsa främst genom att sjuknärvaro kan leda till försämrad återhämtning. Denna slutsats vilar dock mera på generell kunskap om betydelsen av återhämtning än på empiriska studier av sjuknärvaro.

I en engelsk undersökning studerades låg sjukfrånvaro som ett potentiellt ohälsoproblem bland läkare och en grupp revisorer/konsulter, vilka båda grupper har låg sjukfrånvaro (McKevitt et al., 1997). Resultaten visade att en stor majoritet – högsta talet i läkargruppen – hade arbetat någon gång när de känt sig sjuka. Tyvärr var bedömningsperioden inte angiven i frågan och inte heller antal tillfällen av sjuknärvaro, vilket gör resultatet något oprecist. Vanligaste uppgivna orsakerna bland läkarna att arbeta trots ohälsa var att ingen annan gjorde arbetet och att det var orätt mot kollegor och bokade patienter. McKevitt och Morgan (1997) har även genomfört djupintervjuer med läkare med relativt långa sjukskrivningar. De fann här starka kulturella spärrar mot sjukskrivning bland läkare, oavsett om ohälsan var fysisk eller psykiatrisk. ”Sjukdom är något som våra patienter har inte vi”. Dessa kulturella spärrar förstärktes av organisationens utformning genom att frånvaro betydde ytterligare arbetsbörda för kollegorna. En annan engelsk studie gjord i offentlig verksamhet och genomförd med kvalitativ metod (Grinyer & Singelton, 2000) identifierade två huvudfaktorer för att de anställda inte sjukskrev sig vid hälsoproblem. Det var för det första att man arbetade i team och kände ansvar gentemot teamet och för det andra att det i den studerade verksamheten fanns ett övervakningssystem som innebar att man efter fyra separata sjukfrånvarotillfällen kallades till en intervju. Andra forskare har

börjat att studera effekterna på produktivitet av att människor med nedsatt hälsa arbetar. En grupp vid Stanfordinstitutet (Koopman et al., 2002) har för detta ändamål utvecklat den så kallade Stanford Presenteeism skalan. I en svensk undersökning av lärare i grund- och gymnasieskolan genomförd 1993 var såväl sjukfrånvaro som sjuknärvaro flerfaldigt högre i en grupp med bristande nedvarvning – återhämtning och hälsobesvär än i en lärargrupp utan dessa problem (Aronsson & Svensson, 1997). I riskgruppen rapporterade 32 procent sjuknärvaro ett flertal gånger under senaste året jämfört med 9 procent i gruppen utan nedvarvnings- och återhämtningssvårigheter.

Den första större studien av sjuknärvaro i ett representativt urval genomfördes 1997 (Aronsson et al., 2000). Sjuknärvaro undersöktes i relation till yrke och ett antal arbetsmiljö- och bakgrundsförhållanden. Studieguppen var 3 800 personer, som telefonintervjuades i samband med SCBs arbetskraftsundersökning augusti september 1997. I hela materialet var det drygt en tredjedel som rapporterar att de gått till arbetet ett flertal gånger under det senaste året, trots att de enligt egen bedömning borde ha sjukskrivit sig med tanke på sitt hälsotillstånd. Studiens hypoteser som hade explorativ karaktär handlade om sjuknärvarons samband med arbetets art, svårersättbarhet, sjukfrånvaro och lönenivå.

Föreliggande arbete kan sägas vara en uppföljning och utvidgning av 1997 års studie. Ett huvudsyfte är att jämföra sjuknärvaroläget i absoluta tal och i förändring mellan 1997 och 2000. Ett ytterligare syfte är att på samma sätt som i 1997 års studie undersöka samband mellan sjuknärvaro och olika arbetskaraktäristika. Analyserna inriktas på samma hypoteser som i 1997 års studie. Utifrån lärdomar av den studien har några nya variabler inkluderats – arbetsorganisatoriska och individuella – i studien, vilka tillåter test av ytterligare hypoteser.

Sjukfrånvaro och sjuknärvaro kan sägas vara ömsesidigt uteslutande alternativ vid sjukdom eller kapacitetsförlust. Detta innebär att sjukfrånvaro och sjuknärvaro i vid mening har gemensamma orsaker i form av ohälsa. Andra orsaker som t ex privatekonomi och arbetsorganisatoriska förhållanden kan, givet en viss grad av ohälsa, öka risken för sjukfrånvaro och minska risken för sjuknärvaro eller omvänt.

En första klass av variabler kan benämnas som ”närvarokrav” eller ”närvarotryck” (Kristensen, 1995; Saksvik, 1996). En frågeställning i 1997 års studie handlade om arbetets art. Hypotesen som fick stöd var att arbetande i så kallade human service organisationer (HSO), dvs människor som i sitt arbete har att vårda, hjälpa, undervisa, ge service etc till andra människor har större benägenhet för sjuknärvaro (för en översikt av HSO-teori se t ex Hasenfeldt 1983; Söderfeldt et al., 1996; Bejerot, 1998. Vi kan här i vid mening tala om relationsrelaterade eller sociala närvarokrav. Grundläggande i human service arbete är att det handlar om relationer mellan individer (Aronsson et al., 1998). Resultaten i 1997 års studie visade en kraftig överfrekvens av sjuknärvaro i yrkesgrupper, som i sitt dagliga arbete har som uppgift att vårda, ge omsorg, lära och fostra (specialsköterskor, sköterskor, vårdbiträden, skötare, grundskollärare, förskollärare och barnskötare). Tolkningen av de höga sjuknärvaronivåerna 1997 anknöt främst till två förhållanden i human service arbete. För det första finns mandatet att skydda människor

och bidra till välfärd. För det andra är arbetet i organisationen direkt riktat mot de människor som skall skyddas eller till vilkas utveckling organisationen och de enskilda anställda skall bidra. Dessa grunddrag i HSO skapar en bindning mellan den arbetande och hans eller hennes vårdtagare, klienter, elever osv, som kan antas minska benägenheten för frånvaro från arbetet och alltså öka benägenheten för sjuknärvaro.

En andra hypotes i 1997 års studie var direkt arbetsorganisatorisk och handlade om graden av ersättbarhet vid sjukfrånvaro – arbetsrelaterade närvarokrav. Hypotesen att låg ersättbarhet vid frånvaro är associerad med högre sjuknärvaro fick tydligt stöd. Särskilt stark var effekten bland personer, som själva måste ta igen nästan allt arbete i händelse av sjukfrånvaro.

I 2000 års studie har vi kunnat utöka antalet arbetsorganisatoriska variabler i analyserna med fokus på arbetsrelaterade närvarokrav. En teoretisk anknytning blir då till mager organisation, som varit och är en arbetsorganisatorisk trend genererad ur såväl managementidéer som sparbetning. Låg ersättbarhet, som ingick 1997 års studie, kan vara en följd av underbemanning och bristande resurser men kan också vara ett resultat av att uppgifterna är specifika och inte kan tas över av någon annan. I tillägg till ersättbarhet undersöktes i föreliggande studie även i vilken utsträckning sjuknärvaro sammanhänger med resurser, som ju också kan ses som en aspekt av mager organisation. Två resursaspekter analyseras: dels individens bedömning av huruvida det finns tillräckliga resurser för att utföra arbetsuppgifterna bra (kvalitativ aspekt), dels den bedömda tidspressen i arbetet (kvantitativ aspekt). Hypotesen är att även dessa aspekter av arbetsrelaterade närvarokrav har påverkan på sjuknärvaron – ju mindre resurser desto högre sjuknärvaro.

En tredje och nu återkommande hypotes från 1997 års studie är att individens ekonomiska situation har betydelse – vi kan här tala om ett ytterligare slag av närvarokrav – privatekonomiska närvarokrav. Hypotesen som fick stöd var att lågavlönade hade högre sjuknärvaro än högavlönade. En tolkning av detta resultat var att den ekonomiska förlusten vid sjukfrånvaro drabbar lågavlönade med små ekonomiska marginaler hårdare än högavlönade. Därmed blir lågavlönades benägenhet för sjuknärvaro högre. Ett undantag från detta mönster var läkare, med kombinationen hög sjuknärvaro och hög lön. I 1997 års undersökning användes aggregerade data och beräkningarna gjordes på större yrkesgrupper. Hypotesen om ekonomiska situationens betydelse prövas i 2000 års studie men nu med hjälp av individuella data.

En ytterligare aspekt av arbetsorganisationen, vilken kan tänkas påverka individens beslut om sjuknärvaro och sjukfrånvaro är i vilken utsträckning han eller hon har kontroll i arbetssituationen t ex kan kontrollera arbetstakten. Kontroll i denna mening är nära besläktad med vad Johansson et al., (2002) benämner för sjukflexibilitet. Kontroll över arbetstakten gör det möjligt att anpassa arbetet till den individuella dagsformen. I den meningen är låg kontroll en faktor som ökar risken att vara sjukfrånvarande på sjuknärvarons bekostnad.

Men låg kontroll kan också leda till sämre hälsa varför sjuknärvaron (såväl som sjukfrånvaron) skulle öka pga sambandet mellan kontroll och hälsa. Detta kan

antas utifrån många studier av sambandet mellan kontroll och hälsa även om detta samband inte är perfekt. Hur sambandet mellan kontroll av arbetstakten och sjuknärvaro ser ut är svårare att predicera. Om kontroll tillåter individen att arbeta trots viss hälsomässig nedsättning kan det snarare förväntas att kontroll är positivt relaterad till sjuknärvaro – dvs ju mer kontroll desto högre sjuknärvaro. Men det kan också vara så att det hälsobefrämjande i kontroll gör att människor med kontroll har bättre hälsa och därmed ett lägre sjuknärvarobehov.

I 2000 års studie har därutöver även en personlighetsrelaterad variabel – självkänsla – ingått i analyserna. Självkänsla kan indelas i basal och prestationsbaserad (Johnson, 1997). En första hypotes är att personer med prestationsbaserad självkänsla har svårare att sätta gränser mot överkrav. Prestationsbaserad självkänsla blir därmed en riskfaktor för sjuknärvaro. Hypotesen är att effekterna av en sådan personlig läggning kan förväntas bli särskilt kritiska när en individ i sitt arbete utsätts för svårförenliga krav i sitt arbete och eller stor arbetsmängd. En fråga ingick därför om svårförenliga krav. Prestationsbaserad självkänsla mäts genom en fråga om förmåga att säga nej till andras krav och förväntningar.

Demografiska variabler som ålder, kön, utbildning hade relativt litet eller inget förklaringsvärde för sjuknärvaro i 1997 års studie. Flertalet yrkesgrupper med hög sjuknärvaro var starkt kvinnodominerade. Effekten av kön i sig var dock liten i denna studie. Demografiska variabler ingår även i 2000 studien.

Huruvida det finns ett samband mellan sjuknärvaro och ohälsa är en fråga med stor samhällsrelevans. Mekanismen här skulle kunna vara bristande återhämtning. Nyare stressforskning ger fler och fler belegg för att bristande nedvarvning och återhämtning efter påfrestningar är en väsentlig medierande mekanism i sambandet mellan stress och ohälsa (McEwen, 1998). Det finns belegg från experimentella studier på signifikanta samband mellan psykisk uttrötning och ökad mottaglighet för förkylningar (Cohen et al., 1991). I en kommande rapport byggd på en ettårsuppföljning kommer eventuella ohälsosamband att analyseras.

Metod och undersökningsgrupp

Urval

Undersökningsgruppen 2000 är ett representativt urval (n=3136) som baserar sig på en tilläggsenkät till ordinarie arbetskraftundersökningen (AKU) och data insamlades under senhösten 2000. Jämförelsegruppen från 1997 grundar sig på telefonintervju och kommer från ett tilläggsurval till Statistiska centralbyråns arbetskraftundersökning (AKU) på 3 801 personer (anställda och i arbete vid undersökningstillfället). I 1997 års studie hade även syftet att särskilt analysera situationen för tidsbegränsat anställda vilket, ledde till en uppviktning av personer med tidsbegränsade anställningar. Dessa utgjorde därför 50,6 procent av undersökningsgruppen 1997. Proportionerna mellan tidsbegränsat och tillsvidareanställda är därför olika i de två materialen. I 2000 års studie är 91 procent (n=2730) tillsvidareanställda. Detta innebär att tidsbegränsat anställda (n=258) är

underrepresenterade eftersom denna grupp utgör cirka 15 procent i arbetskraften. Stratifieringen på anställningsform innebär att i vissa analyser används SCBs vägningstal med avseende på urvalssannolikhet. Svarsandelen för den aktuella enkätundersökningen motsvarar 69,1 procent och AKU-bortfallet uppgick till 13,5 procent.

Enkätfrågor

I de ordinarie AKU-frågorna (för en beskrivning se SCB, 1994) finns uppgifter om personliga bakgrundsförhållanden, slag av anställning, bransch, yrke (SSYK-kod), arbetsgivare m fl. Utöver dessa frågor gjordes tillägg av frågor från andra SCB-studier (Arbetsmiljöundersökningen m fl).

Beroende variabler

Sjuknärvaro

Sjuknärvaro är studiens centrala beroende variabel och följande fråga ställdes. Hur många gånger under de senaste 12 månaderna har det hänt att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukanmält Dig? Femgradig skala: Ej aktuellt – har inte varit sjuk under de senaste 12 månaderna (1), Nej, ingen gång/Aldrig (2), Ja, en gång (3), Ja, 2-5 gånger (4), Ja, mer än 5 gånger (5). Svarsalternativ 1 och 2 har sammanförts i samtliga analyser. Svarsskalan dikotomiserades i de logistiska regressionerna (0 =0-1 gång de senaste 12 månaderna/ 1 >1 gånger).

Hälsotillstånd

Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Svarsskala: Bra (1), Ganska bra (2), Det varierar (3), Ganska dåligt (4), Dåligt (5). Hälsifrågan dikotomiserades (0=bra/ganska bra, 1=det varierar/ganska dåligt/dåligt).

Oberoende variabler

Arbetsvillkor /-organisation

Fem frågor ställdes som speglade olika sidor av arbetsorganisation/ -villkor.

Arbetsrelaterade närvarokrav. Om Du är frånvarande under högst en vecka pga sjukdom hur stor del av dina arbetsuppgifter måste Du ta igen när Du är tillbaka på arbetet igen? Fyrgradig skala: Ingen eller endast en liten del (1), Något mindre än hälften (2), Något mer än hälften (3), I stort sett allt (4). Svarsskalan dikotomiserades ej.

Ställs det *svårförenliga krav* på Dig i arbetet? 6-gradig skala. Nästan hela tiden (1), ungefär $\frac{1}{2}$ av tiden (2), halva tiden (3), ungefär $\frac{1}{4}$ av tiden (4), lite (kanske $\frac{1}{10}$ av tiden) (5), nej, inte alls (6). Svarsalternativen 1 har sammanförts med svarsalternativ 2 och svarsalternativ 5 med 6 i de logistiska regressionerna.

Finns de *resurser* som behövs för att Du ska kunna utföra Dina arbetsuppgifter bra? 4-gradig skala. Alltid (1), för det mesta (2), för det mesta inte (3), aldrig (4). Svarsskalan dikotomiserades i de logistiska regressionerna: 0=Alltid / för det mesta, 1=Aldrig / för det mesta inte.

Har Du möjlighet att själv *bestämna Din arbetstakt*? 6-gradig skala. Nästan hela tiden (1), ungefär _ av tiden (2), halva tiden (3), ungefär _ av tiden (4), lite (kanske 1/10 av tiden) (5), nej, inte alls (6). Svartalternativen indelades på följande sätt i de logistiska regressionerna: 0=Nästan hela tiden / ungefär _ av tiden, 1= halva tiden / ungefär _ av tiden och 2= lite (kanske 1/10 av tiden) / nej, inte alls.

Har Du så mycket att göra att Du blir tvungen att *dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem*? 6-gradig skala. Nästan hela tiden (1), ungefär _ av tiden (2), halva tiden (3), ungefär _ av tiden (4), lite (kanske 1/10 av tiden) (5), nej, inte alls (6). Svartalternativen indelades på följande sätt i de logistiska regressionerna: 0=Nästan hela tiden / ungefär _ av tiden/halva tiden, 1= ungefär _ av tiden/lite (kanske 1/10 av tiden) / nej, inte alls.

Prestationsbaserad självkänsla mättes med frågan:

Jag har svårt att säga nej till andras önskemål och förväntningar. Femgradig Likertskala graderad från 1 (stämmer inte alls) till 5 (stämmer helt). I de logistiska regressionerna gjordes följande kategorisering: 0=svartalternativ 1-2, 1=svartalternativ 3, 2=svartalternativ 4 och 3=svartalternativ 5.

Bakgrundsförhållanden

Av *ålder* gjordes fem kategorier; 16-25 år (1), 26-35 år (2), 36-45 år (3), 46-55 år (4) och 56-65 år (5).

Utbildning indelades i fem kategorier: Förgymnasial utbildning (1), gymnasieutbildning 2 år eller mindre (2), mer än tvåårigt gymnasium (3), eftergymnasial utbildning 3 år eller mindre (4) och eftergymnasial utbildning mer än tre år eller forskarutbildning (5).

Yrkesuppdelningen är baserad på standard för svensk yrkesklassificering (SSYK). För att motverka alltför stor osäkerhet i de statistiska skattningarna redovisas inte yrkesgrupper med färre än 24 deltagare. Då kvarstår 38 större yrkesgrupper för analyserna, vilka i redovisningen har grupperats i totalt 6 sektorer. Detta innebär att undersökningen fokuseras på de stora yrkesgrupperna. De 38 yrken som ingick i analyserna täcker dock 89 procent av hela urvalet. Yrkesgrupper med få personer har samlats i gruppen övriga yrken.

Privatekonomiska närvarokrav – ekonomisk situation

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar mm? Femgradig svarsskala: Varje månad (1), Ett par gånger senaste 3 månaderna (2), Ett par gånger senaste 6 månaderna (3), Ett par gånger senaste 12 månaderna (4), Inte någon gång de senaste 12 månaderna (5). Svarsskalan dikotomiserades i de logistiska regressionerna (0 = Inte någon gång de senaste 12 månaderna, 1 = Varje månad / Ett par gånger senaste 3 månaderna / Ett par gånger senaste 6 månaderna / Ett par gånger senaste 12 månaderna).

Statistiska bearbetningar

Tre slag av beräkningar har genomförts. För att illustrera nivåer presenteras först procentbaserade tabeller där jämförelser gjorts av sjuknärvaro i relation till bakgrundsförhållanden och mellan olika yrken grupperade i sektorer i relation till sjuknärvaro. Med hjälp av hypotesprövning för två oberoende stickprov (proportioner) har z-värden och konfidensintervall beräknats för att jämföra sjuknärvaroandelen 1997 och 2000 (Daniel, 1995). I 1997 års analyser har de två strata som ingick i urvalet – fast respektive tidsbegränsat anställda – vägts med avseende på urvalsannolikhet enligt SCBs vägningstal. I 1997 års analys fanns ingen skillnad mellan fast och tidsbegränsat anställda avseende sjuknärvaro. För 2000 års analyser har SCB beräknat korrektionsvikter med hänsyn till bortfallet för kön och yrke. Appliceras dessa vikter framkommer att andelen som 2 eller flera gånger varit sjuknärvarande minskar med 0,3 procent.

I de därpå följande analyserna används multipel logistisk regression med variablerna arbetsrelaterade närvarokrav ("ta igen arbete vid korttidsbortvaro pga sjukdom"), arbetstakt, tidspress, resurser, privatekonomiska närvarokrav, prestationsbaserad självkänsla, svårförenliga krav, allmänt hälsotillstånd samt de demografiska variablerna kön, ålder (fem kategorier) och utbildning som oberoende variabler. För varje oberoende variabel bestämdes en referensgrupp. Oddskvoterna påverkades i ringa grad (<8%) av variablerna anställningsform (fast/tidsbegränsad) och arbetstid (heltid /deltid) varför dessa togs ur modellen. Det partiella bortfallet bl a för yrke, ersättbarhet och sjuknärvaro reducerade antalet personer i regressionsmodellen från 3136 till 2897.

Resultaten från den logistiska regressionen redovisas i form av oddskvoter med 95 procentigt konfidensintervall. För att få en uppfattning om andelen förklarad varians presenteras även Nagelkerke R^2 ; en motsvarighet till R^2 i linjär regression. Modellens χ^2 värde presenteras också (Menard, 1995). Bearbetningarna har gjorts med SPSS-version 11.0.

Resultat

Sjuknärvaro och demografiska och socioekonomiska förhållanden

Tabell 1 visar översiktligt frekvensfördelningar i relation till olika bakgrunds-förhållanden med uppdelning på 1997 och 2000. Det mest anmärkningsvärda är den kraftiga uppgången under 3-årsperioden av dem som ett flertal gånger varit sjuknärvarande. I hela materialet sker en uppgång från 37 till 53 procent. Tendensen är att kvinnor har något högre sjuknärvaro än män såväl år 1997 som år 2000. Andelen som har varit sjuknärvarande ett flertal gånger ökar bland kvinnorna från 38 till 56 procent och bland männen från 35 till 50 procent.

År 1997 var det framförallt de medelålders som hade högre sjuknärvaro. År 2000 sker dock en anmärkningsvärd ökning i den yngsta åldersgruppen från 23 till 53 procent som varit sjuknärvarande ett flertal gånger. I kategorin mer än 5 gånger sjuknärvarande ökar procentandelen från 3 till 17 procent i den yngsta ålderskategorin.

Den svaga tendens som fanns i 1997 års material att personer med hemma-varande barn hade högre sjuknärvaro än de utan återfinns inte i uppföljnings-materialet. Det finns inga tydliga mönster i förhållande till utbildning och inte heller är sjuknärvaro tydligt relaterad till hel- eller deltidstjänst vare sig 1997 eller 2000. Skillnaderna i sjuknärvaro är små mellan de personer tillhörande de olika huvudorganisationerna. I relation till anställningsform hade gruppen med fast anställda högre sjuknärvaro än tidsbegränsat anställda (38 respektive 30 procent). Denna tendens finns inte i uppföljningsmaterialet.

Kommunalt anställda har betydligt högre sjuknärvaro än personal inom statliga verk och anställda i privata företag.

En utgångsförutsättning var att ohälsa är den tyngsta faktorn bakom sjuknär-varo. Detta bekräftas i det empiriska materialet. I gruppen med varierande eller dåligt allmänt hälsotillstånd (n=812) är det 78 procent som har sjuknärvaro två eller flera gånger. Detta kan jämföras med den friskare gruppen (n=2269) där motsvarande värde är 44 procent (framgår ej av tabell 1).

Tabell 1. Har det under de senaste tolv månaderna hänt att Du gått till arbetet trots att Du med tanke på Ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukskrivit Dig. Procentuell fördelning för år 1997 och 2000:

Variabel	Ej aktuellt –ej varit sjuk, aldrig	Ja, en gång	Ja, 2-5 gångar	Ja, mer än 5 gånger
År	1997/2000	1997/2000	1997/2000	1997/2000
Kön antal (1997/2000)				
Kvinnor (n=2086/1650)	49/27	13/17	30/39	8/17
Män (n=1715/1446)	52/33	13/17	29/37	6/13
Ålder				
16-25 år (n=936/236)	65/26	12/21	20/36	3/17
26-35 år (n=1035/725)	43/27	17/17	35/42	5/14
36-45 år (n=755/808)	46/26	13/19	33/41	8/14
46-55 år (n=758/887)	51/32	11/14	28/38	10/16
56-65 år (n=317/440)	60/40	9/16	22/30	9/15
Hemnavarande barn				
Ja (n=1609/1523)	46/29	13/18	33/39	8/15
Nej (n=2192/1573)	54/31	13/16	26/38	7/15
Utbildning				
Förgymnasial (n=813/525)	56/35	10/12	24/38	10/15
Gymnasial ≤ 2 år (n=1234/997)	46/27	14/14	33/42	7/17
Gymnasial >2 år (n=719/504)	54/33	15/21	26/33	5/14
Eftergymnasial ≤ 3 år (n=603/548)	46/28	14/20	33/38	7/15
Eftergymnasial > 3 år (n=400/518)	52/30	12/20	28/39	8/11
Heltid – deltid				
Heltid (n=2467/2255)	50/30	14/17	29/39	7/15
Deltid (n=1332/697)	52/31	10/16	29/36	9/17
Facklig huvudorganisation				
Ej fack (n=858/66)	61/30	13/17	21/35	5/18
LO (n=1637/1178)	49/29	13/14	30/40	8/17
TCO (n=943/963)	48/29	13/16	32/40	7/15
SACO (n=304/355)	50/30	17/20	26/38	7/12
Anställningsform				
Fast anställning (n=1876/2696)	49/30	13/17	30/39	8/15
Tidsbegränsad anställning (1610/255)	57/29	12/19	24/37	6/15
Arbetsgivare				
Statlig (n=215/231)	52/32	12/18	30/39	6/12
Primärkommun (n=1047/714)	44/26	12/14	33/41	11/19
Landsting (n=248/252)	45/29	11/18	38/40	6/14
Enskild (n=2291/1815)	54/31	13/18	27/37	6/14
Totalt (n=3801/3096)	50/30	13/17	30/38	7/15

Sjuknärvaro i olika yrkesgrupper

I tabell 2 visas sjuknärvaro i olika yrkesgrupper fördelade sektorsvis. I 2000 års urval har vissa yrkesgrupper som ingick 1997 blivit för små och uteslutits (behandlingsassistenter/fritidsledare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, grovarbete/fabriksarbete, finmekaniskt arbete och universitetslärare). Vi har nu dragit gränsen vid 24 personer. I de minsta yrkesgrupperna finns anledning att

vara försiktig med tolkningar då slumpfaktorer här spelar en större roll. Grundskollärare och övriga lärare har sammanförts till en grupp liksom sjuksköterskor och specialsköterskor. Jämförbara sjuknärvarotal på 1997 års data har beräknats för dessa grupper. Administratörer, journalister m fl, brevbärare är yrkesgrupper som tillkommit i 2000 års studie.

Som framgår finns stora systematiska skillnader i sjuknärvaro mellan yrkesgrupper och mellan sektorer. Bilden 1997 och 2000 är härvidlag likartad. Högsta sjuknärvaron finns framförallt inom skola/undervisning och vård och omsorg. Detta gäller såväl 1997 som 2000. Inom skola och undervisning, är utvecklingen mycket negativ. Trots ett högt utgångsläge har det skett kraftiga och signifikanta ökning. Förskollärare/fritidspedagoger, grundskollärare/övriga lärare och barnskötare ligger nu alla på omkring 70 procent, vilket är den högsta andelen i hela studien medan gymnasielärarna ligger på 55 procent.

Vård och omsorg låg 1997 på en hög nivå men här har inte ökningen varit lika stor som inom skolans värld. De största ökningarna finns på undersköterskor (från 47 till 68 procent och på vårdbiträden som ökar från 37 till 56 procent $p < .01$). Även psykologer och socialarbetare uppvisar en kraftig ökning men urvalsgruppen är så pass liten att ökningen bör tolkas försiktigt.

I 1997 års material var cheferna typiska för hela urvalet i fråga om sjuknärvaro. Bland dessa var det 35 procent som varit sjuknärvarande ett flertal gånger, vilket var nära medelprocenten (37 procent) för hela urvalet. Även i 2000-studien ligger cheferna med 51 procent nära medeltalet (53 procent) i hela materialet.

Sjuknärvarotalen i yrkena i övriga sektorer är i jämförelse med vård och omsorg och skola- undervisning betydligt lägre. Inom sektorn ekonomi, handel och kontor har yrkesgruppen kassapersonal anmärkningsvärt hög sjuknärvaro (63 procent) men det bör här påpekas att osäkerheten är stor, då beräkningen grundar sig på endast 24 personer. Kassapersonal låg dock även i 1997 års studie över medelprocenten och då var urvalet 49 personer. Banktjänstemän uppvisar vid båda tillfällena hög sjuknärvaro. Förhöjda sjuknärvarotal finns även i några yrkesgrupper inom köks- och restaurangarbete. Det gäller framförallt kock och hovmästare. Städare och receptionister uppvisar kraftiga höjningar. Ingenjörer och dataspecialister hade 1997 en mycket låg sjuknärvaro. I dessa grupper har det skett en påtaglig ökning och de närmar sig nu genomsnittsprocenten ($p < .05$).

I grupperna med mycket hög sjuknärvaro är kvinnor kraftigt överrepresenterade. Bilden var densamma 1997. Bland barnskötare, grundskollärare/övriga lärare, förskollärare/fritidspedagoger vårdbiträden, och undersköterskor är andelen kvinnor över 85 procent. Högriskgruppen kassapersonal består till 84 procent av kvinnor.

Tabell 2. Procentuell fördelning av: Sjuknärvaro vid 2-5 gånger eller mer de senaste 12 månaderna 1997 och 2000 (SJN 1997, SJN 2000). Förändring sjuknärvaro 1997 – 2000, Z-värden (z). Sign. skillnad mellan proportionen 1997 och 2000 (p).

Yrken	n 1997	n 2000	SJN 1997	SJN 2000	z	p
Chefer	106	111	35	51	2,38	<.05
<i>Vård och omsorg</i>						
Läkare	32	26	49	42	-0,53	Ns
Specialsköterskor/sjuksköterskor	101	111	51	51	0	Ns
Socialsekreterare och psykolog	36	32	27	69	3,46	<.01
Undersköterskor	213	136	47	68	3,83	<.01
Vårdbiträden	198	82	37	56	2,96	<.01
Skötare, vårdare	56	41	65	63	-0,2	Ns
<i>Undervisning och skola</i>						
Gymnasielärare	58	58	32	55	2,51	<.05
Grundskollärare andra lärare	93	85	52	71	2,57	<.05
Förskollärare, fritidspedagog	112	83	55	71	2,23	<.05
Barnskötare	103	70	38	74	4,65	<.01
<i>Teknik och data</i>						
Civilingenjörer	24	32	21	50	2,22	<.05
Andra ingenjörer	112	129	29	47	2,86	<.01
Dataspecialister	45	76	18	40	2,5	<.05
Andra tekniker	39	63	39	56	1,67	Ns
<i>Industri och byggnadsarbete</i>						
Bygg och anläggningsarbete	221	153	40	55	2,89	<.01
Svetsare, plåtslagare, maskinmekaniker	150	110	32	58	4,17	<.01
Processoperatörsarbete	37	29	27	31	0,36	Ns
Maskinoperatör montering	219	177	38	51	2,62	<.01
Transport och maskinförare	137	100	35	44	1,41	Ns
<i>Ekonomi och service</i>						
Köks och restaurangbiträden	84	31	35	42	0,71	Ns
Kock och hovmästare	87	48	40	69	3,23	<.01
Städare	107	47	36	55	2,27	<.05
Ekonomiassistenter	44	51	26	45	1,93	Ns
Receptionist, kundinformatör	76	43	30	54	2,63	<.01
<i>Ekonomi handel, kontor och övriga yrken</i>						
Ekonomer personaltjänstemän	50	80	26	50	2,69	<.01
Företagsförsäljare	76	103	34	54	2,65	<.01
Banktjänstemän	30	26	53	58	0,38	Ns
Övriga försäljare	24	32	42	59	1,26	Ns
Redovisningsekonomer	56	54	23	48	2,76	<.01
Övrig kontorspersonal	127	98	42	43	0,15	Ns
Kassapersonal	49	24	44	63	1,54	Ns
Försäljare detalj- o fackhandel	177	109	35	53	3,06	<.01
Sekreterare	59	49	26	47	2,25	<.05
Lagerarbete	82	64	46	50	0,49	Ns
Administratörer	-	38	-	50	-	-
Journalister, författare, informatörer m fl	-	35	-	51	-	-
Brevbärare	-	31	-	52	-	-
<i>Övriga yrken</i>	388	349	28	46	5,07	<.01
Totalt	3801	3016	37	53	13,3	<.01

Logistiska regressioner

Som framgår av tabell 3 är dålig hälsa inte oväntat en stark determinant för sjuknärvaro. Med samma ohälsoproblem kvarstår dock påtagliga skillnader i människors sjuknärvaromönster. För de tre variabler som indikerar arbetsrelaterade närvarokrav (ersättbarhet/ta igen arbete), tillräckliga resurser och tidspress – finns tydliga samband med sjuknärvaro. Dessa variabler refererar väsentligen till arbetets organisatoriska struktur (mager organisation). ”Svårförenliga krav” och ”självbestämmande över arbetstakten” hör mera samman med den löpande organiseringen av arbetet. Att vara utsatt för svårförenliga krav kan stå för att den enskilda är utsatt för såväl kvantitativ som kvalitativ press i arbetet i kombination med hög omvärldsstyrning. Den inledningsvis ställda hypotesen om ett positivt linjärt samband mellan sjuknärvaro och svårförenliga krav får stöd. Likaså har som förväntat personer som arbetar under tidspress hög sjuknärvaro. Hur kontroll över arbetstakten är relaterad till sjuknärvaro diskuterades inledningsvis och olika utfall förutsågs. Analysen visar att den som inte själv kan bestämma sin arbetstakt har högre sjuknärvaro. Vi återkommer i det avslutande avsnittet med en diskussion och möjliga tolkningar.

Förhöjd sjuknärvaro förekommer även hos personer som har svårt att säga nej till andras förväntningar och önskemål (prestationsbaserad självkänsla). Här var en hypotes att hög prestationsbaserad självkänsla i kombination med svårförenliga arbetskrav skulle samspela med avseende på sjuknärvaro. Logistiska regressioner som prövade denna hypotes gav dock inte stöd för några interaktionseffekter. Inte heller fanns någon signifikant interaktion mellan självkänsla och tidspress med avseende på sjuknärvaro.

Beträffande personliga förhållanden har personer med privatekonomiska närvarokrav påtagligt ökad risk för sjuknärvaro. Högutbildade och äldre personer har tendens till lägre sjuknärvaro. Med kontroll för ovannämnda variabler finns inga könsskillnader.

Tabell 3. Multipel logistisk regression med beroendevariabeln ”sjuknärvaro” 1=Ja, 2-5 gånger/mer än 5 ggr, 0=Nej, ingen gång/en gång/ej aktuellt –Ej varit sjuk). ¹Regressionen är baserad på reducerat (partiellt bortfall 7,6 %) sampel (n= 2897).

Oberoende variabel	n ¹	Odds-kvot	p	KI
Arbetsrelaterade närvarokrav (”ta igen arbete”)				
Ingen eller endast en liten del †	1418	1		
Något mindre än hälften	294	1,07	0,664	0,80-1,42
Något mer än hälften	262	0,84	0,264	0,62-1,14
I stort sett allt	923	1,34	0,007	1,08-1,65
Resurser för att utföra arbetsuppgifterna bra				
Alltid /för det mesta †	2428	1		
Aldrig/ för det mesta inte	469	1,66	0,000	1,29-2,13
Svårförenliga krav i arbetet				
Nej inte alls †	903	1		
Lite kanske 1/10 av tiden	860	1,23	0,046	1,00-1,51
Ungefär _ av tiden / Ungefär _ tiden	690	1,45	0,002	1,15-1,84
Ungefär _ av tiden / Hela tiden	444	1,59	0,003	1,18-2,14
Kontroll –bestämna arbetstakt				
Nästan hela tiden / _ av tiden †	1183	1		
Halva tiden / _ av tiden	859	1,16	0,128	0,96-1,42
Lite / inte alls	855	1,43	0,001	1,16-1,76
Tidspress –dra in på lunch, arbeta över etc.				
Inte alls/lite/1/4 av tiden †	2071	1		
Nästan hela tiden / _ av tiden/halva tiden	826	1,83	0,000	1,48-2,26
Prestationsbaserad självkänsla (svårt säga nej)				
Stämmer inte alls (svarsalternativ 1-2) †	705	1		
Svarsalternativ 3	712	1,24	0,067	0,99-1,55
Svarsalternativ 4	955	1,32	0,012	1,06-1,64
Stämmer helt (svarsalternativ 5)	525	1,55	0,001	1,20-2,01
Privatekonomiska närvarokrav				
Inte någon gång problem klara löpande utgifter †	2168	1		
Några gånger problem klara löpande utgifter	729	1,68	0,000	1,38-2,04
Utbildning				
Förgymnasial †	486	1		
Gymnasial ≤ 2 år	929	1,26	0,073	0,98-1,61
Gymnasial >2 år	483	0,71	0,023	0,54-0,95
Eftergymnasial ≤ 3 år	518	0,85	0,261	0,64-1,13
Eftergymnasial > 3 år	481	0,66	0,007	0,49-0,89
Ålder				
26-35 år †	692	1		
16-25 år	225	1,15	0,420	0,82-1,63
36-45 år	759	0,93	0,557	0,74-1,17
46-55 år	818	0,90	0,349	0,71-1,13
56-65 år	403	0,67	0,005	0,51-0,89
Kön				
Män †	1366	1		
Kvinnor	1531	1,16	0,087	0,98-1,36
Allmänt hälsotillstånd				
Bra/Ganska bra †	2125	1		
Det varierar/Ganska dåligt/Dåligt	772	3,32	0,000	2,71-4,07
Totalt	2897			

Nagelkerke R^2 0,22, χ^2 (df=24) 519,95 $p < 0,0001$.

† För varje oberoende variabel bestämdes en referenskategori.

Diskussion

Undersökningens mest anmärkningsvärda resultat är den kraftiga ökningen av sjuknärvaron. År 1997 angav 37 procent att de ett flertal gånger varit sjuknärvarande. Denna siffra har stigit till 53 procent år 2000. Denna ökning sker parallellt med och trots en mycket kraftig ökning av sjukfrånvaron under samma tidsperiod i Sverige (SOU, 2002). Ett andra mycket anmärkningsvärt resultat är den kraftiga ökningen från redan höga nivåer inom vårdens, omsorgens och skolans yrkesgrupper. De allra kraftigaste ökningarna finns bland barnskötare, undersköterskor och vårdbiträden, alltså yrkesgrupper som på ett nära och personligt sätt samspelar med sjuka, små barn och gamla, dvs ”klientgrupper” som kan sägas vara mest beroende och sårbara. Flertalet av dessa yrken och verksamheter finns inom offentlig verksamhet – inom kommuner och landsting. Det är också verksamheter, som under 1990-talet utsatts för personalnedskärningar. Till bilden hör att flertalet av dessa yrken är relativt sett lågt avlönade.

Utanför skola, vård- och omsorgssektorn finns inte samma höga tal och tydliga mönster. Dock har även ett antal tekniska yrkesgrupper påtagliga höjningar. Ingenjörer och dataspecialister hade 1997 en mycket låg sjuknärvaro men i dessa grupper har det skett en påtaglig ökning och de närmar sig nu genomsnittsprocenten. Det finns också en kraftig ökning i några av de traditionella manliga arbetaryrkena dvs bland bygg och anläggningsarbetare, svetsare, plåtslagare, maskinmekaniker. Andra grupper med relativt hög sjuknärvaro är städare, receptionister, kassapersonal, banktjänstemän och övriga försäljare.

Kvinnor är kraftigt överrepresenterade i nästan alla yrken med den högsta sjuknärvaron. De logistiska regressionsanalyserna visar dock att det inte finns någon effekt av kön i sig. Att många kvinnor har hög sjuknärvaro hänger i första hand samman med deras yrkestillhörighet inom vård och omsorg. Data för analyserna är på individnivå varför slutsatserna i första hand bör handla om enskilda kvinnor och män. Det finns indikationer på att genderförhållanden – ojämn könsfördelning i yrket – har betydelse för sjukfrånvaro och hälsa (Alexandersson, 1995). I fortsatta studier är det av intresse att undersöka om sådana strukturella effekter finns och att i så fall särskilja effekter av köns-segregering i yrket från könsobalans på den enskilda arbetsplatsen.

Undersökningen är som tidigare nämnts begränsad till stora yrkesgrupper, som därigenom fallit ut i SCBs urval. Resultaten utesluter inte att det finns hög sjuknärvaro i vissa av de numerärt mindre yrkesgrupper som förts samman i gruppen övriga. En studie med en större urvalsgrupp skulle kunna ge kunskaper om detta.

En metodfråga är att 1997 års studie bygger på telefonintervju medan 2000 års siffror är baserade på en skriftlig enkät. Det finns inga systematiska jämförelser beträffande sjuknärvarofrågor mellan de två metoderna men det är svårt att finna argument för att metoderna skulle ge olika resultat. Samtidigt – år 2000 – som föreliggande studie genomfördes gjorde även Sjukförsäkringsutredningen en postenkätundersökning där sjuknärvaro ingick (Vingård & Lindberg, 2000).

Resultatet var mycket nära resultatet i vår studie. Bland män hade 50 procent och bland kvinnor hade 52 procent varit sjuknärvarande två gånger eller mer.

Genom 1997 års stratifiering på anställningsform var medelåldern något lägre i det urvalet. Yngsta och äldsta gruppen hade något lägre sjuknärvaro 1997. I 2000 års studie finns denna tendens till lägre sjuknärvaro kvar i äldsta gruppen. Tendenserna är svaga men om det finns en effekt av åldersskillnaderna i urvalen bör den vara att 1997 års stratifierade urval kan ha gett ett aning lägre sjuknärvarotal än vad ett representativt urval skulle ha gett.

Sjukfrånvaro och sjuknärvaro kan ha gemensamma orsaker i form av ohälsa i vid mening. Resultaten från de logistiska regressionerna visar att givet en viss nivå av hälsa finns det vissa andra faktorer som ökar eller minskar risken för sjuknärvaro. Hypoteserna om samband mellan sjuknärvaro och närvarokrav speglad i organisatoriska förhållanden som svårersättbarhet, otillräckliga resurser får stöd. "Negativa" värden på dessa variabler är olika uttryck för närvarokrav i en slimmad organisation. Också svårförenliga krav i arbetet är relaterad till sjuknärvaro. Svårförenliga krav kan vara ett uttryck för underbemanning men kan också spegla svagt avgränsade arbetsuppgifter och hög omvärldsstyrning.

Att ha kontroll i sitt arbete och bli själv kunna bestämma sin arbetstakt har i många studier framkommit som en stressdämpande och hälsofrämjande faktor och självbestämmande anses som en nyckelfråga för arbetsorganisatoriska förbättringar. En hypotes i sjuknärvaroforskningen är att självbestämmande betyder att man kan anpassa sin arbetsinsats efter aktuella hälsotillståndet. Utifrån detta kan man förvänta att personer med högre självbestämmande har mera sjuknärvaro än de med lägre självbestämmande. Denna hypotes får inte stöd utan resultaten pekar åt motsatt håll. Detta resultat kan tolkas på flera sätt. En tolkning är att personer med låg kontroll har "sämre arbeten" och därmed lägre lön och högre privatekonomisk press att gå till arbetet. Resultaten kvarstår dock efter statistisk kontroll för ekonomisk situation (privatekonomiska närvarokrav). En andra tolkning är att personer med högt självbestämmande är friskare och därför har mindre behov av sjuknärvaro men resultaten kvarstår efter statistisk kontroll för hälsotillstånd, mätt via en fråga om allmänt hälsotillstånd. En tredje möjlighet, som dock inte kan undersökas inom ramen för denna studie, är huruvida den som har högre självbestämmande i arbetet och kan anpassa arbetstakten kommer att ha en högre tröskel för att betrakta sig som sjuknärvarande än den som har lägre handlingsutrymme för att modifiera arbetstakten i förhållande till sitt aktuella hälsotillstånd.

Den inledningsvis förda diskussionen om gränslösa villkor i arbetet och en alltmer heterogen arbetskraft med åtföljande försvagning av det kollektiva försvarssystemet kan inte analyseras inom ramen för undersökningens uppläggning. Ett svagt försvarssystem kan förväntas resultera i svagt motstånd mot underbemanning och höga arbetskrav och individuella kompenserande individuella insatser.

Prestationsbaserad självkänsla kan betraktas och analyseras som en riskfaktor. Personer som har svårt att säga nej till andras önskemål och förväntningar har förhöjd risk för sjuknärvaro. Bedömningen är att resultaten ger anledning till

fortsatta studier. Hypotesen om interaktionseffekter av kombinationen mellan prestationsbaserad självkänsla och svårförenliga krav med avseende på sjuknärvaro får inget stöd.

I 1997 års studie analyserades ekonomisk situation och sjuknärvaro genom medellönen i respektive yrkesgrupp, dvs genom aggregerade data. Sambanden var tydliga om än inte helt konsekventa. I föreliggande studie användes individdata, vilket innebär att vi får en spridning inom varje yrke. Personer med ekonomiska problem – privatekonomiska närvarokrav – har påtagligt ökad risk för sjuknärvaro. Övriga bakgrundsvariabler som ingick i analyserna – ålder, kön – har relativt litet eller inget förklaringsvärde för sjuknärvaro.

Den analysmodell som framträder och kan provas i kommande studier kan formuleras enligt följande. Ohälsa är den starkaste och direkta determinanten för såväl sjuknärvaro som sjukfrånvaro. Sjukfrånvaro och sjuknärvaro är ömsesidigt uteslutande alternativ vid sjukdom eller kapacitetsförlust. Utöver ohälsa finns andra orsaker, vilka givet en viss grad av ohälsa, ökar risken för sjukfrånvaro och minskar risken för sjuknärvaro eller omvänt. Dessa har samlats under begreppet närvarokrav. Identifierade närvarokrav sammanhänger med arbetsorganisatoriska förhållanden, särskilt med olika yttringar av underbemanning men också med problematisk privatekonomi. Vissa förhållanden kan därför förväntas att vara ”dubbelt riskabla”. Det är faktorer som i sig är stressande (tidspress, bristande resurser) men som i en situation av underbemanning också är drivkrafter för sjuknärvaro på sjukfrånvarons bekostnad med åtföljande sannolika negativa hälsokonsekvenser.

Vad gäller ”kontroll att modifiera arbetstakt” som är det andra huvudbegreppet, är förväntan att hög kontroll kan öka sjuknärvaron på sjukfrånvarons bekostnad. Resultaten visar dock att de personer, som givet en viss hälsonivå, har hög kontroll även har låg sjuknärvaro. Här är sannolikt en rad ytterligare begreppsförtydliganden nödvändiga både vad gäller kontroll och sjuknärvaro. En hypotes är att sjuknärvaro som möjliggörs genom att individen kan arbeta i sin egen takt inte nödvändigtvis har samma negativa hälsokonsekvenser som sjuknärvaro utan kontroll.

Föreliggande studie har i första hand syftat till att beskriva *omfattningen* av sjuknärvaro i relation till yrke, vissa arbetsmiljökaraktäristika och individuella egenskaper. Vetenskapligt och praktiskt högeligen relevanta frågor för utveckling av forskningsområdet handlar om förhållandet mellan sjuknärvaro och ohälsa och mellan sjuknärvaro och sjukfrånvaro. Finns det en risk att dagens sjuknärvarande är framtidens sjuka och sjukfrånvarande? För djupare analyser av sjuknärvaro och dess hälsokonsekvenser behöver mera komplexa analysmodeller utvecklas och longitudinella studier genomföras. Hälsoriskerna med sjuknärvaro varierar sannolikt mellan olika slag av besvär och sjukdomar, individens allmäntillstånd och hur anpassbart arbetet är till en kapacitetsnedsättning. En rimlig hypotes torde vara att sjukfrånvaro är hälsobefrämjande genom att ge utrymme för kroppslig och psykisk återhämtning efter en påfrestning eller fysisk sjukdom. Detta är självklart i sjukdomars mera akuta faser. Vilan balanserar ut de positiva effekterna av den sociala gemenskap och samhörighet som kan finnas på en arbetsplats. En fråga

som kan och bör ställas i detta sammanhang är när sjukfrånvaron blir kontra-produktiv ur individens synpunkt. Sverige har i början av år 2002 cirka 120 000 personer som varit sjukskrivna mer än ett år. Sannolikt finns bland dessa en inte negligerbar grupp för vilka de positiva effekterna av ytterligare sjukfrånvaro är tveksamma. Arbete, i en bra social miljö och med anpassade arbetskrav är sannolikt en bättre terapi. Utifrån den definition vi använt på sjuknärvaro blir sådant anpassat arbete inte sjuknärvaro.

Enkla korstabuleringar i olika material visar starka positiva samband mellan sjuknärvaro och ohälsa. I föreliggande studie var risken för sjuknärvaro kraftigt förhöjd för personer med sämre hälsa. När datainsamling nummer två i föreliggande studie genomförts kommer detta samband att kunna analyseras på ett stringentare sätt. Till frågan om återhämtning hör också huruvida nya mönster framkommit för att undvika korttidsjukfrånvaro, såsom uttag av kompensationsledighet och semester. Även omfattningen och konsekvenserna av sådan sjukledighet kommer att analyseras i en kommande studie (Aronsson & Gustafsson, under utarbetande). Med tanke på de mycket stora samhällsliga kostnaderna även för relativt små förändringar av sjukfrånvaron finns ett stort behov av kunskaper om omfattningen och konsekvenserna av sådan dold sjukfrånvaro liksom om samband mellan sjuknärvaro och ohälsa/sjukfrånvaro.

Sammanfattning

Aronsson G & Gustafsson K. *Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser*. Arbete och Hälsa. 2002:8, sid 1-22.

Sjuknärvaro, dvs att gå till arbetet trots att man enligt egen bedömning borde ha sjukskrivit sig med tanke på hälsotillståndet, undersöktes i relation till yrke, arbetsorganisatoriska förhållanden och bakgrundsfaktorer. Studiegruppen var ett slumpmässigt urval på 3136 personer, som besvarade en enkät i samband med SCBs arbetskraftsundersökning senhösten och årsskiftet 2000-2001. Femtiotre procent rapporterar att de varit sjuknärvarande ett flertal gånger under det senaste året, vilket är en kraftig ökning jämfört med 1997 då nivån var 37 procent. Hög sjuknärvaro har främst barnskötare, lärare inom grund- och förskolan och personal inom vård och omsorgssektorn. Utanför dessa sektorer finns bara undantagsvis så höga nivåer. Givet en viss grad av hälsa framträder vissa andra faktorer (närvarokrav) som påverkar risken för sjuknärvaro såsom svårersättbarhet, dvs att man måste ta igen arbete vid frånvaro, tidspress och otillräckliga resurser för arbetets utförande. Prestationsbaserad självkänsla är en riskfaktor liksom svag privatekonomi. Ålder och kön har relativt litet eller inget förklaringsvärde för sjuknärvaronivå. Flertalet yrkesgrupper med hög sjuknärvaro är starkt kvinnodominerade men det finns ingen effekt av kön i sig. Resultaten diskuteras i förhållande till tänkbara hälsoeffekter och fortsatt forskning.

Nyckelord: Sjuknärvaro, sjukfrånvaro, hälsa, arbetsvillkor, resurser, arbetstakt, närvarokrav, kontroll, självkänsla, yrke.

Summary

Aronsson G, Gustafsson K. *Sickness presenteeism – prevalence and trends*. *Arbete och Hälsa*. 2002;8, pp 1-22.

Sickness presenteeism, i.e. going to work despite judging one's current state of health as such that sick leave should be taken, was investigated in relation to occupation, work-organisation conditions and background factors. The study group comprised a random sample of 3136 persons, who responded to a questionnaire administered in conjunction with Statistics Sweden's labour market survey of late autumn/turn of the year 2000/2001. Fifty-three per cent reported that they had been present at work on more than one occasion during the preceding year, which represents a substantial increase compared with 1997 (when the figure was 37 percent). The highest rates of sickness presenteeism were found among child minders, compulsory school and preschool teachers, and personnel in the health and welfare sector. For any given health status, there are certain other factors (attendance pressure) that impact on the risk of presenteeism – such as having to take up tasks left behind on return to work, time pressure, and insufficient resources for the performance of work. Performance-based self-esteem is a risk factor, as too is poor personal financial situation. Several of the occupational groups with high sickness presenteeism are strongly female dominated, but the effect of gender per se is small. Results are discussed in relation to conceivable health impacts and continued research.

Key words: Sickness absenteeism, sickness presenteeism, attendance pressure, health, work conditions, resources, pace of work, control, self-esteem, occupation.

Referenser

- Alexanderson K (1995) *Sickness Absence in a Swedish County with Reference to Gender, Occupation, Pregnancy and Parenthood*. Doctoral thesis, Linköping University. Linköping: Department of Community Medicine.
- Allvin M, Aronsson G, Hagström T, Johansson G, Lundberg U & Skärstrand E (1998) *Gränslöst arbete eller arbetets nya gränser : delstudie 1*. Arbete och Hälsa, 1998:21. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Allvin M, Wiklund P, Härenstam A & Aronsson G (1999) *Frikopplad eller fränkopplad : om innebörder och konsekvenser av gränslösa arbeten*. Arbete och Hälsa, 1999:2. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson G (1990) Dimensions of control as related to work organization, stress and health. In Johnson J V, Johansson G (Eds). *Psychosocial work environment. Work organization, democratization and health*. Baywood Publishers, Pp 111-120.
- Aronsson G (1999) Paid by Time but Judged by Results: An Empirical Study of Unpaid overtime. *International Journal of Employment Studies*, 7(1), 1-15.
- Aronsson G, Astvik W & Thulin AB (1998) Home-care workers: work conditions and occupational exclusion: a comparison between carers on early-retirement and regular pensions. *Home Health Care Serv Q*, 17(2), 71-91.
- Aronsson G, Gustafsson K & Dallner M (2000) Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
- Aronsson G & Gustafsson K, (2002) Sjuknärvaro och ohälsa prel. titel, Under utarbetande.
- Aronsson G & Svensson L (1997) *Nedvarvning, återhämtning och hälsa bland lärare i grund- och gymnasieskolan*. Arbete och hälsa 1997:21, Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Bejerot E (1998) *Dentistry in Sweden: health work or ruthless efficiency*. Doctoral thesis, Lund. Malmö: Department of Dental Health, Center for Oral Health Sciences.
- Cohen S, Tyrrell DA & Smith AP (1991) Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med*, 325(9), 606-12.
- Daniel WW (1995) *Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences*. (6. ed.). New York ; Chichester: Wiley.
- Grinyer A & Singleton V (2000) Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk and Society*, 2(1), 7-21.
- Hasenfeld Y (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Johansson G, Härenstam A & Lundberg I (2002) Sjukflexibilitet, Under utarbetande.
- Johnson M (1997) *On the dynamics of self-esteem: empirical validation of basic self-esteem and earning self-esteem*. Doktorsavhandling, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, Hackleman P, Gibson P, Holmes DM & Bendel T (2002) Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med*, 44(1), 14-20.
- Kristensen TS (1995) Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*, 72, 1, 12-17.
- Lysgaard S (1961) *Arbeiderkollektivet: en studie i de underordnedes sosiologi*. (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McEwen BS (1998) Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*, 338(3), 171-9.
- McKevitt C & Morgan M (1997) Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med*, 90(9), 491-5.

- McKevitt C, Morgan M, Dundas R & Holland WW (1997) Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med*, 19(3), 295-300.
- Menard SW (1995) *Applied Logistic Regression Analysis*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences.
- Saksvik PÖ (1996) Attendance pressure during organizational change. *Int J of Stress Management*, 3(1), 47-59.
- SCB (1994) *Arbetskraftundersökningen. Frågeformulär*. Sweden: Mimeo.
- SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Del 1 slutbetänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Söderfeldt B, Söderfeldt M, Muntaner C, O'Campo P, Warg LE & Ohlson CG (1996) Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. *Soc Sci Med*, 42(9), 1217-26.
- Vahtera J, Kivimäki M & Pentti J (1997) Effect of organisational downsizing on health of employees [published erratum appears in *Lancet* 1998 Jan 24;351(9098):298]. *Lancet*, 350(9085), 1124-8.
- Vingård E & Lindberg P (2000) *Hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland män och kvinnor födda 1945, 1955 och 1965*. Ingår som bilaga 6 i Sjukfrånvaro och sjukskrivning: fakta och förslag: betänkande. Statens offentliga utredningar, 2000:121, Sjukförsäkringsutredningen, Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.