

Anpassningar av arbetet vid ohälsa

Gun Johansson

Med.Dr. Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet. E-mail:gun.johansson@liu.se

Att anpassa arbete till ohälsa är ett sätt att hantera bristande överensstämmelse mellan arbetets krav och individens kapacitet. En uppdelning kan göras mellan anpassningsmöjligheter, som "naturligt" finns i arbetet, och modifierat arbete, som innebär förändring av arbetssituationen som ett led i rehabilitering. Studier visar att ju fler anpassningsmöjligheter en person har i arbetet ju större är sannolikheten att han eller hon återgår i arbete efter lång sjukskrivning. Starkt stöd finns även för att modifierat arbete ökar sannolikheten att återgå efter lång sjukskrivning. Modifierat arbete kan dock ge upphov till negativa reaktioner bland arbetskamrater och därmed påverka modifieringarna negativt. Arbetsgivare kan även reagera olika på individers återgång i arbete efter sjukskrivning. Möjligheter till ett modifierat arbete kan t.ex. sammanhålla med en välkomnande attityd från arbetsgivaren.

Adjusting work to ill health is one way to handle the imbalance between job demands and the employees' capacity. A distinction can be made between adjustment latitude, which is "naturally" present at work, and modified work, i.e. changing the work situation for rehabilitation purposes. Studies have found that high adjustment latitude increases the likelihood to return to work after long sick leave. There is also evidence that the likelihood to return to work increases if work is modified. Modified work may, however, result in negative reactions among work mates, leading to adverse influences on the modifications. Employers may also react differently towards employees returning to work after a long sick leave. Possibilities to modify work may e.g. coincide/be associated with a welcoming attitude from the employer.

Inledning

Hög utslagning från arbetslivet p.g.a. ohälsa kan spegla en bristande överensstämmelse mellan befolkningens kapacitet och vad arbetslivet efterfrågar, dvs. arbetslivet efterfrågar högre kapacitet än vad som faktiskt finns i den yrkesverksamma befolkningen. En sådan utslagning kan komma till

uttryck i t.ex. långa sjukskrivningar, sjukersättningar (tidigare benämnd förtidspension) eller arbetslöshet.

I december 2008 var drygt 51 500 människor i Sverige sjukskrivna 1 år eller längre och drygt 531 000 hade sjukersättning, dvs de hade bedömts ha långvarig eller permanent nedsatt arbetsförmåga (www.forsakringskas-

san.se). Andelen som långvarigt står utanför arbetslivet p.g.a. ohälsa motsvarar ca 13 % av befolkningen i yrkesverksamhet. En stor andel av dem med långvarig sjukskrivning kommer så småningom att bedömas ha permanent nedsatt förmåga och ges sjukersättning. Dessutom återvänder en mycket liten andel av dem som får sjukersättning till arbetslivet. En analys av utflödet av individer med sjuk- och aktivitetsstöd mellan 1995 och 2005 visade att mellan 8 och 10,5 procent årligen lämnade ersättningsformen. Av det totala utflödet under perioden gick 80 procent av männen och 73 procent av kvinnorna till ålderspension. Andelen som återvänt i arbete har under merparten av dessa år bara legat runt 0,5 procent(1).

Hur är då balansen mellan arbetslivets förutsättningar och befolkningens kapacitet? Folkhälsomätningar visar att en stor andel av befolkningen har någon typ av hälsoproblem som t.ex. värk från rörelseorganen, psykiskt nedsatt välbefinnande och allergier. Enligt en studie av hälsobesvär bland den svenska befolkningen 1998-2001 i åldrarna 16-64 år så rapporterade 67 procent något sådant besvär(2). En motsvarande studie av den yrkesverksamma befolkningen i Stockholms län visade att 39 procent av männen och 53 procent bland kvinnorna hade värk

från ländrygg/nacke/skuldror eller nedsatt psykiskt välbefinnande(3). Att vara fullt frisk eller besvärsfri är alltså inte det som främst utmärker befolkningen i de yrkesverksamma åldrarna. Wikman (4) diskuterar i en artikel från 2004 indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar och sammanfattar med att "bilden är uppenbarligen att arbetet tränger sig på alltmer". Statistik som redovisas tyder på fler enahanda arbetsmoment, nya krav och ökad arbetstakt. Dessutom har ökad kontroll av den enskildes arbetsprestation tillkommit. Uttaget av övertid har ökat liksom andelen människor som tar med sig arbetet hem. Det blir svårare att koppla tankarna från arbetet när man är ledig och människor ligger i ökad utsträckning vakna och tänker på jobbet när de ska sova vilket leder till ökade sömnproblem.

Man kan alltså konstatera att vi har ett arbetsliv som kräver mycket av individerna samtidigt som en stor andel av arbetskraften har hälsoproblem. Som illustreras i figur 1, är drastiska åtgärder tänkbara för att komma till rätta med denna obalans. En mindre drastisk lösning är dock att i möjligaste mån skapa förutsättningar för att individer ska kunna anpassa arbetet till sin hälsa, dvs att organisera arbetslivet för att i så hög utsträckning som möjligt inrymma den ohälsa som finns bland befolkningen.

**Sökes: Ny befolkning
Svar till: Arbetslivet**

Figur 1. En drastisk lösning på ohälsan i arbetslivet

I denna artikel diskuteras anpassningar i arbetet vid ohälsa. Sådana anpassningar omfattar åtminstone två förhållanden. Det ena är de möjligheter att anpassa arbetet till sin hälsa som "naturligt" finns i arbetslivet. Denna typ av anpassningar benämns som anpassningsmöjligheter. Anpassningsmöjligheter kan beskrivas som flexibla arbetsvillkor som vidgar individens handlingsutrymme då de drabbas av ohälsa. Det andra är anpassningar i arbetet som en åtgärd för att människor med ohälsa ska kunna kvarstå eller återgå i arbete. Detta benämns modifierat arbete. De två typerna av anpassningar är inte oberoende av varandra. Att ha ett arbete som utmärks av höga eller många anpassningsmöjligheter kan innebära att sjukskrivning inte blir aktuellt om man drabbas av ohälsa. Man hanterar sin ohälsa genom att utnyttja tillgängliga anpassningsmöjligheter i arbetet. Modifierat arbete är dock mer omfattande än anpassningsmöjligheter genom att det förutom flexibla arbetsvillkor också inrymmer andra förhållanden. Detta utvecklas nedan.

Anpassningsmöjligheter i arbetet

Möjligheterna att förändra arbetsinsatsen då man t.ex. känner sig hängig eller är sjuk skiljer sig förstås mellan olika arbeten. Somliga har möjlighet om de t.ex. har ont i ryggen att välja bort ansträngande arbetsuppgifter, förkorta arbetsdagen, arbeta långsammare och/eller arbeta hemma. Andra måste, om de går till jobbet vid motsvarande tillstånd jobba fullt ut.

Johansson m.fl. (5) studerade om antal anpassningsmöjligheter sammanhängde med återgång i arbetet bland långtidssjukskrivna privatanställda tjänstemän. Information hämtades från studiepersonerna om huruvida nio olika typer av möjligheter att anpassa arbetet fanns i det arbete de sjukskrevs ifrån. Dessa anpassningar var:

Att kunna:

- välja bland olika arbetsuppgifter
- utföra nödvändigt arbete och skjuta upp resten
- få hjälp av arbetskamrater
- arbeta långsammare
- ta längre raster
- förkorta arbetsdagen
- gå hem och göra arbetet senare
- arbeta utan att bli störd på arbetsplatsen
- arbeta hemma

Resultaten visade att sannolikheten att långtidssjukskrivna män och kvinnor skulle återgå i arbete ökade kraftigt ju fler anpassningsmöjligheter man hade i det arbete som man blev sjukskriven ifrån. En pågående studie visar att antal anpassningsmöjligheter i arbetet sammanhänger med hur människor skattar sin arbetsförmåga. Ju färre anpassningsmöjligheter man har i arbetet desto större är sannolikheten att skatta nedsatt arbetsförmåga. Framförallt förefaller det mer betydelsefullt för mäns skattning av sin förmåga än kvinnors. Antal anpassningsmöjligheter verkar också påverka äldres skattning av sin arbetsförmåga mer än yngres. Dessutom förefaller antal anpassningsmöjligheter i större utsträck-

ning påverka hur anställda inom industri skattar sin arbetsförmåga än anställda inom försäkringsbranschen och hälso- och sjukvård. En av de specifika anpassningsmöjligheterna ökade sannolikheten att rapportera nedsatt arbetsförmåga oavsett kön, ålder eller bransch. Jämfört med dem som kan förkorta arbetsdagen om de t.ex. känner sig hängiga eller har värk rapporterar de som saknar denna möjlighet i större utsträckning nedsatt arbetsförmåga i samtliga grupper (6, 7)

Möjliga tillämpningar av anpassningsmöjligheter

Hänsyn till anpassningsmöjligheter i arbetet kan vara relevant att ta hänsyn till inom åtminstone tre typer av verksamheter. En är vid bedömningar av arbetsförmåga för sjukpenning och sjukersättning. Analys av typ och sammansättning av anpassningsmöjligheter kan då vara ett sätt att "diagnostisera" arbetet mot vilken patientens besvärssbild kan relateras. De kan också användas för att modifiera arbetet vid återgång i arbetet efter t.ex. lång sjukskrivning. Vid sådan återgång är det tänkbart att aktiva modifieringar inte behöver göras. Möjligheter att anpassa arbetet kan finnas i arbetsorganisationen utan att de för den skull tillämpas. Synliggörande av sådana anpassningsmöjligheter i arbetet kan i så fall kanske bidra till att möjliggöra en återgång. En tredje verksamhet inom vilket hänsyn till anpassningsmöjligheter kan vara tillämpligt är inom personalorganisatoriskt arbete. T.ex. kan omorganisationer, om de minskar anpassningsmöjligheter påverka sjukskrivningarna på arbets-

platsen vilket i så fall medför ökade kostnader för företaget.

Modifierat arbete

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift "Arbetsanpassning och rehabilitering" (8) ska arbetsgivaren organisera och bedriva arbetsanpassning och rehabilitering för att underlätta återgång och fortsatt arbete även bland dem som drabbats av ohälsa eller funktionsnedsättning. Arbetsgivare har också ansvar att pröva möjligheterna att anpassa arbetet eller erbjuda alternativt arbete inom företaget enligt de nya reglerna inom socialförsäkringen, den s.k. rehabiliteringskedjan. Det saknas kunskap om i vilken omfattning sådan arbetsanpassning sker i Sverige, vilka anpassningar som görs och hur effektiva eventuella anpassningar är för återgång i arbetet bland långtidssjukskrivna. Behovet av anpassningar för människor med nedsatt kapacitet är emellertid sannolikt stort. Williams m.fl.(9) visade att utav 510 personer som rapporterat någon funktionsnedsättning var det bara 25 procent som ansåg att de kunde utföra alla sina arbetsuppgifter utan några anpassningar.

Modifierat arbete kan omfatta anpassningar av det ursprungliga arbetet för att reducera eller på andra sätt förändra arbetsbelastningen. Det kan också omfatta förflyttning av en anställd till ett mindre krävande arbete (10). Dessa typer av anpassningar sker inom den reguljära arbetsmarknaden och den anställde får lön från arbetsgivaren. Den första typen av modifierat arbete som beskrivs ovan innebär

att införa eller öka anpassningsmöjligheter. Sannolikt innebär också den andra typen, förflyttning av den anställde, ofta ökade anpassningsmöjligheter. Modifierat arbete kan emellertid också omfatta t.ex. arbetsträning som finansieras via socialförsäkringar eller skyddade anställningar utanför den reguljära arbetsmarknaden som t.ex. anställningar inom Samhall. Hur framgångsrikt är då modifierat arbete för återgång i arbete?

Effekter av modifierat arbete på återgång i arbete

Hansson m.fl. (11) rapporterade från en intervjustudie av svenska långtids-sjukskrivna män och kvinnor med nack- och ryggbesvär att 12 av 16 kvinnor som trots kvarvarande smärtor återvänt i arbete hade möjligheter att anpassa arbetet och ansåg att detta möjliggjorde deras återgång. Krause m.fl. (1998) analyserade den internationella vetenskapliga litteraturen av studier som studerat modifierat arbete och återgång i arbete bland anställda som drabbats av arbetsrelaterade skador. De fann att modifierat arbete underlättar återgång i arbete för anställda med temporär eller permanent nedsatt kapacitet. De som hade tillgång till modifierat arbete återvände till arbetet dubbelt så ofta som de som inte kunde modifiera sitt arbete. I en studie av strategier för tidig återgång i arbete och arbetsfrånvaro fann Franche m.fl. (12) stöd för att de som erbjöds modifierat arbete och accepterade det återvände tidigare till arbete än de som inte accepterat erbjudandet eller inte hade blivit erbjudna modifierat arbete.

Franche m.fl. (13) genomförde en litteraturanlys av studier av arbetsplatsbaserade interventioner för återgång i arbete. De fann ett starkt stöd för att erbjudande om modifierat arbete sammanhängde med tidig återgång i arbete. Däremot fanns det otillräckligt stöd för att effekten var bestående. En nederländsk studie fann dock att bland människor som återgått i arbete efter 2-6 veckors sjukskrivning i muskuloskeleta besvär var risken för återfall i sjukskrivning efter 12 månader mindre bland dem som återgått med modifierat arbete än bland dem som direkt återgick i full tjänst(14).

Studier pekar alltså entydigt på att modifierat arbete ökar sannolikheten för att människor med nedsatt kapacitet återgår i arbete. Att modifiera arbetet för en anställd kan emellertid medföra olika reaktioner på arbetsplatsen vilket i sin tur kan påverka om återgång i arbetet blir framgångsrikt eller inte.

Reaktioner på arbetsplatsen

MacEachen m.fl. (15) rapporterade från en litteraturanlys av kvalitativa studier av återgång i arbete att flera studier redovisat resultat som kunde sammanfattas i begreppet ”goodwill”. Effekten av modifierat arbete kunde påverkas negativt om misstankar uppstod på arbetsplatsen att någon försökte uppnå ”sjukdomsvinster” genom att reducera sin arbetsinsats. Arbetskamrater kunde också reagera negativt om de fick överta arbetsuppgifterna från någon med nedsatt kapacitet eller om de fick släppa ifrån sig lätta jobb. I litteraturgenomgången fann man också studier som rapporte-

rade om arbetsgrupper som reagerade negativt på att ha en anställd med nedsatt kapacitet i arbetsgruppen då det kunde påverka produktionsrelaterade bonusar negativt. MacEachen m.fl. pekar också på att anställda med modifierat arbete kan ha svårt att hjälpa sina arbetskamrater då de ber om assistans. Detta kan innebära svårigheter för individen att berätta för medarbetarna om sina restriktioner i arbetet och själv be dem om hjälp när man behöver det. Van Dujin m.fl. (16) frågade personalchefer vad de upplevde som hinder för att modifiera arbetet för människor med muskuloskeletal besvär. Fyrtio procent rapporterade att medarbetares attityder utgjorde ett sådant hinder. Negativa reaktioner från medarbetare och andra svårigheter i relationen med arbetskamrater är alltså viktiga förhållande att beakta och öka kunskapen kring för att effektivt kunna hjälpa människor med ohälsobesvär att återgå i arbete. Men arbetskamrater kan också ha en positiv inverkan på återgång i arbete. Tjulin (opublicerat manus) visar i en kommande avhandling från Linköpings Universitet att arbetskamrater också kan fungera stödjande för långtidssjuka som återgår i arbete.

Även arbetsgivares och arbetsledares reaktioner kan bestämma möjligheterna om en individ med ohälsobesvär får modifieringar och/eller hur framgångsrika modifieringarna blir. Baril m.fl. (17) genomförde individuella och fokusgruppintervjuer med olika aktörer som var inblandade i processen då människor med muskuloskeletal besvär skulle återgå i arbete. Bl.a.

intervjuades arbetsledare i studien. Deras villighet att modifiera arbetet varierade mycket. De upplevde ofta en rollkonflikt mellan sitt ansvar för produktionen och att anpassa arbetet till en medarbetare med hälsobesvär. I dessa situationer upplevde de arbetet med hanteringen av hälsorelaterade besvär som en önskad börda. Många ansåg att anställda inte skulle återgå i arbete förrän de återfått full kapacitet. Många arbetsledare hade dessutom dålig kunskap om de ergonomiska principerna som låg till grund för valet av hur arbetet anpassats. Denna bristande kunskap bidrog till att arbetsledare inte alltid respekterade de restriktioner som ordinerats av läkare. Strunin & Bodin (18) fann tre olika typer av bemötande som beskrevs av individer som återvände till sin tidigare arbetsplats efter frånvaro pga arbetsskada. I den första typen, som benämndes "welcome back" var arbetsgivaren uppmuntrande inför återgång och erbjöd lämpliga modifieringar av arbetet. I den andra typen "business as usual" signalerar arbetsgivaren likgiltighet inför om individen återgår i arbete eller inte. I den tredje typen "you're out" avskedas individen eller möts av motvilja från arbetsgivaren inför återgång i arbetet. Dessa resultat indikerar att modifierat arbete ofta kan sammanfalla med en välkomnande attityd från arbetsledning. Positiva effekter av modifierat arbete kan därför spegla denna positiva attityd snarare än modifieringarna av arbetet. Men det är sannolikt att modifierat arbete och en välkomnande attityd från arbetsgivare sammantaget ökar möjligheten att återgå i arbete ef-

ter sjukskrivning.

I litteraturgenomgången av MacEachen m.fl.(15) beskrivs också att ”social felplacering” kan göra att modifierade arbeten inte uppnår önskad effekt. En anställd som placeras på en ny arbetsplats behöver ofta anpassa sig till nya sociala relationer, rutiner och krav. Om t.ex. en manlig transportarbetare placeras i en kvinnodominerad kontorsmiljö kan han känna sig illa till mods och utveckla motstånd mot att återgå i arbete. Attityden hos den anställde mot att få modifierat arbete kan också utgöra ett hinder för att genomföra förändringar (16)

Vad utmärker då ett framgångsrikt modifierat arbete? Enligt MacEachen m.fl. (15) så förefaller modifierat arbete fungera bäst om det är flexibelt, riktat mot den anställdes specifika behov och har ett produktivt värde. Att arbetet är produktivt torde vara betydelsefullt för att individer ska uppleva sin arbetsinsats som meningsfull. Det blir givetvis också centralt för arbetsgivares möjligheter att kunna behålla anställda i modifierat arbete vid ekonomiska åtstramningar och organisationsförändringar eller då en anställd pga. långvariga hälsoproblem har behov av modifierat arbete under lång tid.

Sammanfattning och diskussion

Anpassningar av arbetet till individers hälsa kan alltså vara ett sätt för att minska obalans mellan arbetslivets krav och individers kapacitet. Studier ger stöd för att arbeten som karaktäriseras av höga anpassningsmöjligheter ökar sannolikheten att människor ska kunna återgå i arbete efter lång sjukskrivning. Sannolikt är även inflöde till långa sjukskrivningar lägre i sådana arbeten då det ibland kan vara möjligt för individen att hantera sin ohälsa med anpassningar av arbetet istället för med sjukskrivning. Ett arbete med höga anpassningsmöjligheter kan t.ex. utmärkas av att man har flera arbetsuppgifter som man åtminstone till en del kan påverka när de ska utföras. Arbetsorganisationer där anställda specialiserar på få arbetsuppgifter med fasta arbetstider som har liten flexibilitet riskerar kostnader för både många och långa sjukskrivningar och permanent utslagning av sina anställda när de drabbas av hälsobesvär. Det är troligen inte möjligt att skapa höga anpassningsmöjligheter i alla arbeten. Däremot torde det i många arbeten vara möjligt att öka möjligheterna för individer att anpassa det till sitt hälsotillstånd.

Det finns också stöd för att modifieringar av arbetet ökar sannolikheten för återgång i arbetet efter sjukskrivning. För att modifierat arbete ska vara framgångsrikt finns en rad förhållanden att ta hänsyn till och utveckla kunskap kring. Vi behöver t.ex. mer kunskap kring följande frågor: Vilka

typer av modifierade arbeten fungerar och bland vilka är det framgångsrikt? Hur är stämningarna och attityderna bland arbetskamrater när en anställd erbjuds modifierat arbetet? Hur fördelas eventuella arbetsuppgifter som en anställd befrias ifrån inom arbetsgruppen? Även kunskap om hållbarheten med modifierat arbete behöver utvecklas.

En viktig fråga för framtiden är också hur arbetsgivare ska bli motiverade att anställa och behålla människor med funktionshinder om anpassningar av arbetet krävs. Som framkommit i andra artiklar i denna tidskrift (se Meléns artikel och Ståhls artikel i detta temenummer) så är arbetsgivare ofta tveksamma till att anställa och behålla människor med ohälsoproblem. Säk-rare kunskap om vilka anpassningar och modifieringar som kan göras och effektivitet av förändringar och insat-ser torde vara ett sätt att minska den-na tveksamhet.

Referenser

1. Försäkringskassan. Vägen tillbaka- en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning. 2007.
2. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Jun;59(6):450-4.
3. Arbets- och Miljömedicin. Arbetshälsorapport-om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län, Stockholm. 2004.
4. Wikman A. Indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar I: Gustafsson RÅ, Lundberg I, editors. *Arbetsliv och Hälsa*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004.
5. Johansson G, Lundberg O, Lundberg I. Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2006;16:181-91.
6. Kjellberg K, Hallqvist J, Möller J, Hultin H, Lundberg I, Johansson G. Health, adjustment latitude, knowledge and skills as potential determinants of self-reported work ability. 29 th ICOH, International Congress on Occupational Health; Cape Town, South Africa. 2009.
7. Johansson G, Hallqvist J, Möller J, Hultin H, Lundberg I, Kjellberg K. The importance of Health and adjustment latitude for self-reported work ability with regard to sex, age and branch. 29 th ICOH, International Congress on Occupational Health, Cape Town, South Africa. 2009.
8. Arbetsanpassning och rehabilitering AFS 1994:1. Arbetsmiljöverket.
9. Williams M, Sabata D, Zolna J. User needs evaluation of workplace accommodations. *work*. 2006;27:355-62.
10. Williams RN, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. *Work*. 2002;19:87--93.
11. Hansson M, Boström C, Harms-Ringdahl K. Sickness absence and sickness attendance-What people with neck or back pain think. *Social Science & Medicine*. 2006;62:2183-95
12. Franche RN, Severin C, Hogg-Johnson S, Cote P, Vidmar M, Lee H. The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: A 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *JOEM*. 2007;49(9):960-74.
13. Franche RN, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):607-31.
14. van Duijn M, Burdorf A. Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. *J Rehabil Med*. 2008 Jul;40(7):576-81.

tema

15. MacEachen E, Clarke J, Franche RN, Irvin E, the Workplace-based Return to Work Literature Review Group. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(4):257-69.
16. Van Duijn M, Miedema H, Elders L, Burdorf A. Barriers for early return-to-work of workers with musculoskeletal disorders according to occupational health physicians and human resource managers. *Journal of occupational Rehabilitation*. 2004;14(1):31-41.
17. Baril R, Clarke J, Friesen M, Stock SR, Cole D, the Work-ready group. Management of return to work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*. 2003;57:2101-14.
18. Strunin L, Boden LI. Paths of reentry: Employment Experiences of injured workers. *American Journal of Industrial Medicine*. 2000;38:373-84.