

Sjukförsäkringen – ett decennium av förändring

Per Lytsy¹, Ann-Sophie Hansson² och Ingrid Anderzén³

¹ Läkare, specialist i socialmedicin, anställd vid CEOS, Akademiska sjukhuset Uppsala samt doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet. ² Med Dr i socialmedicin, chef för Västmanlands läns landstings kompetenscenter för folkhälsa, samt associerad forskare till institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

³ Beteendevetare, Med Dr och forskare vid CEOS, Akademiska sjukhuset Uppsala samt vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

E-post: per.lytsy@pubcare.uu.se

Strax innan och efter millennieskiftet ökade belastningen på sjukförsäkringen kraftigt vilket föranledde flera initiativ för att förstå orsakerna och för att vända trenden. Myndigheter som SBU, Socialstyrelsen och Försäkringskassan har på olika sätt bidragit med kunskapsunderlag, nya riktlinjer och ändrat myndighetsutövande. Tillsammans med direkta politiska reformer har åtgärderna haft effekt. Ohälsotalet har snabbt vänt nedåt och väntas fortsätta ned det närmsta året som en följd av att fler människor utförsäkras från sjukförsäkringen. Om detta speglar en förbättrad hälsa är däremot mindre säkert.

Just before and a few years after the turn of the millennium the burden the health insurance significantly increased in Sweden. This led to several initiatives to understand the causes and to reverse the trends. Government organizations, such as The Scientific Assessment of Health Technology, The National Board of Health and Welfare and The Social Insurance Board all contributed in different ways by producing knowledge, new guidelines as well as by changing their exercise of authority. Together with political reforms these initiatives have been effective in reducing the number of people on medical expenses insurance. If the changes reflect a better public health is, however, uncertain.

Den som följt debatten kring sjukförsäkringen vet att det senaste decenniet har varit turbulent. I slutet på 1990-talet började ohälsotalet (se faktaruta 1) stiga som ett uttryck för att fler individer fick ersättning från sjukförsäkringen. Ökningen berodde främst på att fler personer blev långtidssjukskrivna på grund av psykisk

ohälsa. Medan depression och ångest sedan länge är välkända och etablerade tillstånd, tycktes den nyttillkomna ökningen i ohälsa delvis vara av annan karaktär. Stress, utmattning och utbrändhet blev nya begrepp och förklaringsmodeller, och den kraftiga ökningen av denna ”nya ohälsa”^{1, 2} kom att pröva sjukförsäkringens prin-

Ohälsotalet

Ohälsotalet är ett jämförelsetal som lägger samman det totala antalet sjukpenningdagar, rehabiliteringspenningdagar och dagar för sjuk/aktivitetsersättning och slår ut det på den del av befolkningen som är i arbetsför ålder (16-64 år).

Faktaruta 1. Ohälsotalet

ciper. Dels för att den i sig bidrog till en kraftig ökning av sjukfrånvaron – mellan 1998 och 2003 ökade långtids-sjukskrivningarna med omkring 100 procent. Dels för att denna form av ohälsa kom att utmana våra föreställningar om vad sjukdom egentligen är.

Sjukförsäkringen – en skattefinansierad trygghetsförsäkring

Sjukförsäkringen är en socialförsäkring, det vill säga en försäkring som tillhandahålls och regleras av staten och som finansieras av skattemedel. När fler personer behöver nyttja en sådan försäkring stiger kostnaderna för staten, samtidigt som skatteintäkterna minskar. Ett kraftigt ökat ohälsotal är därför en ekvation som inte bara är oönskad av hälsoskäl, utan som långsiktigt blir ett statsfinansiellt problem.

När kostnaderna markant ökade under flera år, strax innan och efter millennieskiftet, började staten mobilisera sina krafter för att förstå och bemöta den uppkomna situationen. Flera tunga hälsoorienterade myndigheter, som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsen och Försäkringskassan, fick i uppdrag att genomföra utredningar, producera

kunskapsunderlag och ge förslag på åtgärder för att vända trenden. En fullständig genomgång av dessa aktiviteter är knappast möjlig i en artikel som denna, men ett antal tongivande händelser har sannolikt haft stor betydelse för sjukskrivningsprocessen och tillämpningen av sjukförsäkringen.

Konsekvenser av sjukskrivning

År 2003, samma år som ohälsotalet kulminerade på igenomsnitt drygt 43 dagar, publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, en litteraturoversikt över sjukskrivning och dess orsaker, konsekvenser och praxis.³ Efter att systematiskt granskat forskningen kring sjukskrivning fann författarna att det fanns gott om studier om vilka människor som blir sjukskrivna och varför, men även relativt mycket forskning kring läkarnas sjukskrivningspraxis (sid 413-472). Däremot fanns få studier om sjukskrivningens konsekvenser (sid 383-401).

I den evidensorienterade hälso- och sjukvårdens tidevarv kan detta tyckas egendomligt: att en av vårdens allra vanligaste åtgärder – sjukskrivning – knappast alls har klarlagts utifrån vilka följder denna åtgärd får. Den begränsade forskningen som fanns på

detta område var av varierande kvalitet och resultaten var inte entydiga. Vissa studier⁴ pekade på att långvarig arbetsfrånvaro på grund av hälsoskäl potentiellt inte alls är bra för människors hälsa och livskvalitet. Denna oro förstärktes möjligen i och med en avhandling från 2008, där allmänläkaren Thorne Wallman undersökt hälsa, livskvalitet och dödlighet hos individer med permanent sjukersättning.⁵ Enligt avhandlingens slutsatser har så kallade sjukpensionärer bestående sämre livskvalitet än icke sjukpensionärer. De utnyttjar mer hälso- och sjukvård samt har högre dödlighet. Det anmärkningsvärda var att dessa samband kvarstod även efter att man tagit hänsyn till de bakomliggande faktorer som varit anledning till den permanenta sjukersättningen. Det tycks med andra ord som om sjukpensionering i sig är negativt för många, och allra värst tycks det vara för dem som blir sjukpensionärer i unga år.

Läkarintyg och fusk

Försäkringskassan administrerar socialförsäkringarna, en grupp trygghetsförsäkringar av vilka sjukförsäkringen utgör en. Sjukförsäkringen är en individbaserad försäkring som skall ge ersättning vid förlorad arbetsinkomst på grund av sjukdom.⁶ Försäkringskassans uppgift är att utifrån ett läkarintyg bedöma om en individs arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Under 2000-talet har Försäkringskassan, till följd av politiska direktiv^{7, 8}, tagit sig an sin uppgift med nypåtaget ansvar vilket resulterat i att alltför personer inte får sin sjukpenning beviljad. Många, såväl patienter som

deras sjukintygsskrivande läkare, har i dags- och fackpress ondgjort sig över den hårdare linjen. Enligt professorn i offentlig rätt, Lotta Vahlne Westerhäll, huvudförfattare till boken "Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen" har arbetsförmågebedömningen utvecklats från att ha varit en medicinsk bedömning till att bli en politisk.⁹ Författarna har bland annat undersökt hur läkarintyget förändrats sedan det introducerades på 1950-talet. Deras slutsats är att sjukintyget gått från att vara ett stöd och ett bevismaterial för att garantera individen rättvisa till att idag utgöra ett styrpolitiskt utredningsverktyg som inte styrker rätten till ersättning. Denna utveckling har, enligt författarna, skett på bekostnad av försämrade rättsäkerhet eftersom arbetsförmågebedömningen förlorat sin förutsägbarhet och kontrollerbarhet. Denna slutsats stöds i viss mån av Riksrevisionens utredning "Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?" som visat att läkarintygen vid sjukskrivning ofta är bristfälliga och att Försäkringskassan sällan begär in kompletterande uppgifter trots att de fattar beslut i ärendet.¹⁰

Försäkringskassans ändrade attityd kan också skönjas i de utredningar och projekt myndigheten själv drivit. År 2006 publicerades en rapport från det så kallade SKA-projektet, "Sjukförsäkring – Kulturer och attityder", vilket är en omfattande antologi över kopplingen mellan attityder och sjukskrivningsbeteende.¹¹ Trots att utredningen blev metodologiskt ifrågasatt och fick besk kritik i Läkartidningen¹²

gav resultatet bränsle åt Försäkringskassans pågående kampanj mot fusk och bedrägerier inom socialförsäkringarna. Åsikten att många människor bidragsfuskar blev ett vanligt och återkommande politiskt budskap i media, ofta oavsett partitillhörighet, trots att Riksrevisionen 2006 konstaterade att kunskapen om eventuellt bidragsfusk inom socialförsäkringen fortfarande var bristfällig.¹³

PILA-projektet

Försäkringskassan har inte bara arbetat utifrån tesen att många fuskar utan också att många individer felaktigt ”hamnat” i långvarigt nyttjande av sjukförsäkringen trots kvarvarande arbetsförmåga. Under 2006 påbörjades det så kallade PILA-projektet (Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete) vars syfte var att undersöka och tillvarata arbetsförmågan hos långtidssjukskrivna eller individer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning. Tanken var att underlätta återgång till arbetslivet för dem med kvarvarande arbetsförmåga och säkerställa rätt ersättning till dem utan. PILA-projektet startade som ett pilotprojekt, men kom under 2007 att omfatta hela landet med en total målgrupp på 154 000 individer. Utredningen av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov utfördes inte av Försäkringskassan själv; tjänsten köptes in från olika vårdrelaterade företag. När PILA-projektet påbörjades satte Försäkringskassan upp ett mål: minst 40 000 personer av målgruppen skulle lämna sjukförsäkringen samt att merparten av dessa skulle återgå till anställning eller aktivt arbetssökande.

Så blev inte fallet. När denna artikel skrivs är slutrapporten för PILA-projektet inte färdig (den väntas färdig under första kvartalet 2010) men i juni 2009 publicerades en delrapport då drygt 70 procent av ärendena utvärderats.¹⁴ Resultaten visar att Försäkringskassan överskattat målgruppens arbetsförmåga: endast omkring 10 procent av alla som utretts har bedömts ha någon form av kvarvarande arbetsförmåga.

Nationella sjukskrivningsriktlinjer

Under 2007 publicerades de första så kallade försäkringsmedicinska beslutstöden för olika diagnoser och de följdes successivt av fler. Det övergripande syftet med nationella sjukskrivningsriktlinjer var att kvalitetsstärka sjukskrivningsprocessen. Störst uppmärksamhet i media fick beslutstödet kring de psykiska diagnoserna. I det första utkastet som offentliggjordes sommaren 2007 anfördes exempelvis att patienter med diagnosen utmattningssyndrom inte skulle vara sjukskrivna alls. Problemet var att denna rekommendation stod i skarp kontrast till många klinikers erfarenhet av sjukskrivningsbehov vid just detta tillstånd. Någon tillgång till publicerad evidens fanns i princip inte eftersom diagnosen utmattningssyndrom var relativt nyetablerad. Rekommendationen att inte sjukskriva denna patientgrupp alls gav upphov till en infekterad debatt och socialstyrelsen tvingades backa och utreda frågan på nytt. Ett knappt år senare publiceras de nya rekommendationerna där So-

cialstyrelsen konstaterar att arbetsförmågan vid utmattningssyndrom kan vara nedsatt under avsevärd tid, i vissa fall upp till ett år eller längre.

Sjukdomsbegrepp och arbetsförmåga

Arbetet med sjukskrivningsriktlinjerna har tydliggjort det problematiska förhållandet mellan sjukdom och arbetsförmåga.

Enligt lagtexten (se faktaruta 2) framgår att sjukdom är det nödvändiga rekvisit som berättigar till ersättning endast om sjukdomen är direkt orsak till en individs arbetsoförmåga. Att det inte finns något sådant renodlat samband vet det flesta kliniker. Olika individer med samma diagnos kan ha helt olika förutsättningar för att klara ett arbete av skäl som inte har med sjukdomen att göra, och vid många diagnoser är det helt enkelt inte möjligt att koppla en nedsatt funktionsförmåga till en viss organnivå, vilket nuvarande sjukintyg efterfrågar. Arbetsförmågeutredningen, ledd av generaldirektör Anna Hedborg, har insett detta. I sin slutrapport, som presenterades i november 2009, föreslår man att begreppet arbetsför-

måga inom sjukförsäkringen skall vara förebehållet dem som har ett arbete.¹⁵ Endast i de fall där en individ har ett arbete är det meningsfullt att bedöma eventuella aktivitetsbegränsningar som en sjukdom medför. När bedömningen efter ett halvt års sjukskrivning skall göras mot hela arbetsmarknaden föreslår utredningen att man inte längre skall prata om arbetsförmåga, utan ”medicinska förutsättningar för arbete”. Vidare menar man att graden av aktivitetsbegränsning som skall berättiga sjukskrivning inte är en medicinsk fråga, utan en politisk: det behövs med andra ord en politisk bedömning av vilken grad av anpassning och ansträngning som kan avkrävas individer för att få dem att försöka försörja sig på arbetsmarknaden. Här menar Hedborg att det inte finns några medicinska sanningar.

Efter dag 365, när de flesta individer numera utförsäkras från sjukförsäkringen, föreslår utredningen att fokus lyfts över till individens möjlighet att försörja sig. Vid bedömning av försörjningsförmågan skall det finnas möjlighet att ta hänsyn till vederbörandes ålder, utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt.

Lag (1962:381) om allmän försäkring 3 kap. Om sjukpenning 7 §

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

Faktaruta 2. Ur lag om allmän försäkring 3 kap.

Förslaget från Arbetsförmågeutredningen tycks vid första påseende genomtänkt, inte minst rekommendationen att särskilja begreppet arbetsförmåga från den renodlade medicinska bedömningen. Det återstår dock att se hur Arbetsförmågeutredningens förslag kommer att tas emot och operationaliseras inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

En reformerad sjukskrivningsprocess

Den kanske största förändringen för sjukskrivningsprocessen under senare år är regeringspropositionen ”En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete”¹⁶ vars nya regelverk antogs av riksdagen och började gälla från halvårsskiftet 2008. I och med regeländring lanserades den så kallade ”rehabiliteringskedjan” som i mindre utsträckning har med rehabilitering att göra men fastslår tydliga hållpunkter när prövning av arbetsförmågan hos sjukskrivna skall ske. Under de sex första månadernas sjukskrivning skall arbetsförmågan först prövas mot den sjukskrivnes vanliga tjänst (först tre månaderna) därefter mot annat lämpligt arbete hos samma arbetsgivare (upp till sex månader). Efter ett halvt års sjukskrivning skall emellertid förutsättningarna för arbete bedömas mot hela den reguljära arbetsmarknaden, vilket i praktiken kan innebära att en sjukskriven kan anmodas söka arbete i en annan del av landet.

Vidare innebär de nya reglerna att sjukpenning som regel endast betalas ut under ett års tid. I viss mån finns möjlighet till förlängd sjukpenning i sammanlagt 1,5 år, men då med något lägre ersättningsnivå. Så kallad tidsbegränsad sjukpenning är numera borttaget, och permanent ersättning kan därmed bara komma ifråga hos individer vars arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt, det vill säga rimligen inte kan tänkas förbättras alls.

Hårdare tag

Det är svårt att beskriva de nya reglerna på annat vis än att de innebär en kraftig åtstramning av sjukförsäkringen. Precis som propositionens titel antyder så syftar åtgärderna till ökad återgång i arbete. Medan tidigare politiska reformer inriktat sig på att öka precisionen vid sjukskrivning och förbättra hälsan för dem i arbetslivet^{7, 8} riktade sig nu åtgärderna mot dem inom sjukförsäkringen. En ökad sysselsättning skall främjas genom att sänka ersättningsnivåer och begränsade möjligheter till ersättning.

Reaktionerna har inte låtit vänta på sig. Kritiken har kommit från olika håll, men kanske mest samstämmigt från oppositionen som menar att de nya reglerna rent av kommer leda till ökat utanförskap, det politiskt laddade begreppsliga tillstånd som de borgliga partierna gick till val på att bekämpa. Regeringen synes ha tagit åt sig av kritiken. I maj i fjol kom en skrivelse¹⁷ från socialdepartementet där man föreslår ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram som skall underlätta arbetsåtergången för den

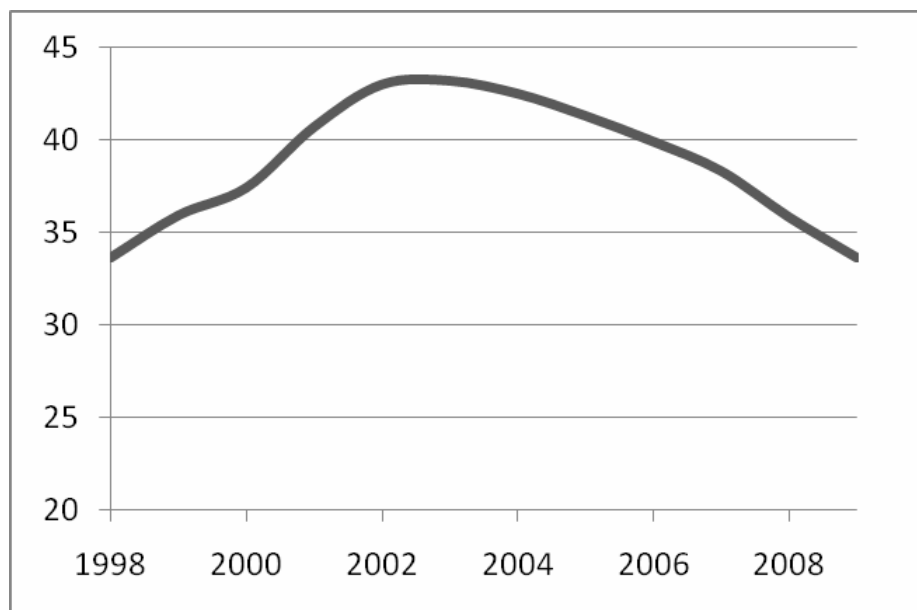
grupp sjukförsäkrade som under 2010 utförsäkras. Senare under året, i september 2009, kom även en kompletterande proposition¹⁸ som lättande något på ersättningsmöjligheterna för dem som är långvarigt sjukskrivna och inte kan återgå till arbetslivet.

Ohälsotalets uppgång och fall

En röd tråd i alla kartläggningar, utredningar, nya riktlinjer och politiska reformer som berört sjukförsäkringen under 2000-talet har varit att minska antalet individer som nyttjar sjukförsäkringen. I detta avseende får man konstatera att åtgärderna varit effektiva. Sedan ohälsotalets toppnotering på drygt 43 dagar per person och år under 2003 har siffran idag sjunkit till omkring 33 dagar per person och år, se figur 1. Det är en minskning med

nästan 25 procent på sex års tid, och ohälsotalet är nu nere på den nivå kring vilket det låg tämligen stabilt under större delen av 1990-talet.

Utvecklingen är förstås positiv, åtminstone för statsfinanserna. I vilken mån det minskande ohälsotalet även återspeglar en bättre hälsa i befolkningen är däremot mer oklart. Det är viktigt att påpeka att flera av de olika myndighetsaktiviteterna och åtgärderna som genomförts inte följer någon strikt partipolitiskt linje. Många av dessa uppdrag initierades av den socialdemokratiska regeringen under 2000-talets första hälft, ofta i samförstånd med den dåvarande oppositionen. Projekten har senare övertagits och slutförts av alliansen efter makt-skiftet 2006. Det tycks med andra ord som om det funnits en bred parla-



Figur 1. Ohälsotalet utveckling mellan 1998-2009. Observera att y-axeln börjar på 20 dagar. Källa: Försäkringskassan

mentarisk enighet i synen på sjukförsäkringens reformbehov, med undantag av propositionen ” En reformerad sjukskrivningsprocess...” vilket var förändringar påkallade av den borgliga regeringen.

Var skall ohälsotalet ligga?

Man kan fråga sig var det är rimligt att ohälsotalet *bör* ligga? De närmsta åren kommer det sannolikt sjunka ytterligare, inte minst som en följd av att flera personer nu blir av med sin tidsbegränsade sjukersättning. Men var går sedan gränsen? Frågan är inte enbart retorisk. Det går att se sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen som vilken medicinskt diagnostisk utredningsmetod som helst. Hela processen syftar till att på ett så noggrant och rättssäkert sätt som möjligt ta ställning till vilka som är berättigade till sjukersättning. Det innebär att man önskar särskilja dem som verkligen har en arbetsoförmåga orsakad av sjukdom (jmf. begreppet sensitivitet från dem som har arbetsförmåga, alternativt inte har det, men där denna oförmåga beror på andra skäl än sjukdom (jmf. begreppet specificitet).

Den som är van att bedöma olika testers precisionsförmåga förstår att uppgiften att åtskilja personer med ”befogat ersättningskrav” från dem med ”obefogade ersättningskrav” är en kompromiss mellan olika intressen. Ju mer man skärper kraven på ett test för att finna de ”sant positiva”, desto fler ”falskt positiva” svar kommer man acceptera. I fallet med sjukför-

säkringen innebär det att ju hårdare krav som ställs för att minimera obefogat utnyttjande av sjukförsäkringen, desto fler felaktiga bedömningar kan man vänta sig på andra sidan. Priset för ökad noggrannhet sker med andra ord på bekostnad av att fler personer som rättmätigen borde få ersättning i stället blir utan.

Förändrade arbetsmarknadsförutsättningar

Den nuvarande politiken syftar till att återbörda personer från sjukförsäkringen till den reguljära arbetsmarknaden. En viktig fråga är förstås i vilken utsträckning detta är möjligt hos personer med nedsatt hälsa. Frågan är inte minst viktigt för de drygt 50 000 personer som kommer att utförsäkras under 2010 och de därpå följande åren. I viss mån får man medge att alliansen har dåligt tajming. De har gått till val på ”arbetslinjen”, det vill säga ståndpunkten att det måste vara mer lönsamt att arbeta än att inte göra det, och regeringen har tydligt profilerat sig för att bryta utanförskapet. Föga kunde någon ana att de samhälls-ekonomiska förutsättningarna skulle ändras så radikalt i och med den globala finanskrisen. Under 2010 beräknas den öppna arbetslösheten stiga till 11-12 procent. Redan när detta skrivs går det omkring 20 arbetslösa på varje ledig tjänst som Arbetsförmedlingen utannonserar. Det är med andra ord en mycket konkurrensutsatt marknad som de utförsäkrade kommer att ställas inför. Från resultaten i PILA-utredningen vet vi att merparten av den grupp som nu utförsäkras har

psykiska sjukdomar; de flesta av dem är kvinnor.¹⁴

Nysatsa-projektet

I detta sammanhang önskar vi rapportera erfarenhet från två interventionsprojekt, Nysatsa och Nysatsa Haninge, vars syften varit att främja just individers möjligheter till återgång i arbete. Båda dessa projekt har genomförts som samverkansprojekt mellan stressmottagningen CEOS, Akademiska sjukhuset, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och i Haninge tillsammans med Samordningsförbundet.

Uppläggen i projekten har varit likartade. Försäkringskassan har stått för urvalet av 30 respektive 50 individer, personer företrädesvis med tidsbegränsad sjukersättning på grund av psykiska problem och/eller smärtrelaterade tillstånd.

I båda projekten har grupperna till största delen bestått av kvinnor med en genomsnittsålder strax över 40 år. De flesta deltagarna har varit sjukskrivna mycket länge, i medeltal sex år. Majoriteten av deltagarna hade en komplex livssituation ofta med tidigare upplevda traumatiska livshändelser och en nuvarande problematisk social situation. Många av dem hade tidigare genomgått olika rehabiliteringsförsök utan framgång.

Genomsnittlig MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) före interventionen var 18 respektive 24 poäng, vilket anger en relativt hög grad av depressivitet, i synnerhet för

den senare gruppen.

Själva interventionen bestod dels av individuell coaching, dels av samverkan mellan de olika medverkande aktörerna. Varje individ träffade en samtalscoach vid tre tillfällen á tre timmar med cirka en månads mellanrum med mellanliggande ”hemläxor”. Syftet med de individuella samtalen var att utifrån ett kognitivt/beteendeariktat förhållningsätt få varje deltagare att reflektera över sitt liv, sina mål, den egna hälsan, sociala omständigheter samt hur man såg på möjligheterna till återgång i arbete. Fokus låg på individens motivation att återgå till arbete. En uttalad målsättning var att varje deltagare själv skulle medverka i att ta fram sin personliga handlingsplan där det övergripande målet var arbetsåtergång. Inom projektet fanns möjlighet till parallella stödinsatser till exempel individuell KBT, sjukgymnastik eller andra insatser beroende på deltagarnas individuella behov.

När interventionen genomförts avslutades den med en ”överlämning” där deltagaren, samtalscoachen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen träffades. Syftet var att presentera handlingsplanen och skapa gemensamma förväntningar inför den planerade arbetsåtergången, samt att med Arbetsförmedlingens hjälp påbörja sökandet efter en möjlig arbetsplats.

Resultat och fortsättning

Efter ett år utvärderades resultaten i Nysatsa i Uppsala med avseende på arbetsåtergång.¹⁹ Sammanlagt 27 procent av deltagarna var då åter i arbete på hel- eller deltid. En ungefär lika stor grupp var fortfarande i arbetsträning eller KBT/sjukgymnastikbehandling, men bedömdes ha realistiska möjligheter att med tiden börja arbeta. Den självskattade hälsan ökade signifikant för gruppen som återgått till arbete.

Projektet Nysatsa Haninge har ännu inte uppnått tiden för ettårsuppföljning, men efter sex månader var 6-7 personer ute i arbetslivet utan stödåtgärder, och ytterligare 18 personer var i arbetsträning/parallella stödåtgärder. Sammanfattningsvis är cirka 50 procent av denna studiegrupp på väg tillbaka i arbetslivet i någon mening. Resultaten skall tolkas med viss försiktighet. Urvalet till projekten var inte slumpmässigt och studierna har inte genomförts med några randomiserade kontrollgrupper.

Ändå är resultaten anmärkningsvärda. De visar att det faktiskt är möjligt att hjälpa och stödja individer med mycket komplex hälsosituation tillbaka till arbetslivet trots långvarig eller mycket långvarig sjukfrånvaro. Inte minst tycks arbetsåtergången bidra till att förbättra deras hälsa, vilket inte är minst viktigt. Resultaten kan jämföras med Riksrevisionens utvärdering ”Förtidspension utan återvända”, en rapport i vilken man konstaterade att färre än en procent av sjukpensionärer återgår till arbete.²⁰

Nysatsa-projekten har fått flera nu pågående uppföljningar där interventionen gjorts om på olika vis. I ett projekt är den utbytt till ACT (Acceptance and Commitment Therapy), i ett annat utgör interventionen teambaserad multimodal bedömning. Fortfarande torde nära samverkan mellan olika aktörer och fokus på individens möjligheter och motivation vara de viktigaste framgångsfaktorerna.

Framtiden

Vi är stolta över resultaten. Varje individ som lyckats återgå till någon form av arbete innebär förvisso ett plus i statistiken, men bakom varje siffra finns också en personlig seger som inte sällan inneburit en ny och värdigare roll som människa. Det talar förstås för arbetslinjens fromma. Men det går naturligtvis också att vända på siffrorna. Trots massiva och relativt kostsamma interventioner kommer de flesta individer ändå inte lyckas komma tillbaka till arbetslivet. För dem innebär ett misslyckande i projekt liknade de vi genomfört ytterligare en bekräftelse på deras oförmåga.

I Sverige pågår för närvarande något som närmast måste betraktas som ett socialpolitiskt experiment utan skyddsnet. I och med de nya sjukskrivningsreglerna har den parlamentariska majoriteten lyckats med det som hälso- och sjukvården inte klarat av: att göra sjuka människor friska, åtminstone i sjukförsäkringsjuridisk mening.

Det verkar nästan för bra för att vara sant.

Hur detta kommer att påverka hälsan i ett längre perspektiv hos utsatta grupper är dock osäkert. Likaså är det oklart hur den hårdare politiska styrningen av sjukförsäkringen påverkar dess legitimitet hos befolkningen.

Det finns all anledning att noggsamt följa dessa frågor de kommande åren.

Referenser

- Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *Br J Psychiatry* 1998;172:250-6.
- Savikko A, Alexanderson K, Hensing G. Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:310-6.
- SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. Rapport 167; 2003.
- Ockander M, Timpka T. A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. *Int J Soc Welfare* 2001;10.
- Wallman T. Disability pension with special reference to sick leave track record, health effects, health care utilization and survival - a population based study. Uppsala: Uppsala University; 2008.
- Lag (1962:381) om allmän försäkring.
- Statens offentliga utredningar. En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5; 2002.
- Regeringens proposition 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet; 2003.
- Vahlne Westerhäll L, Thorpenberg S, Jonasson M. Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen : styrning, legitimitet och bevisning: Santérus Förlag; 2009.
- Riksrevisionen. Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag? (RiR 2009:07): Riksrevisionen; 2009.
- Palmer E. SKA-projektet. Sjukförsäkring, kulturer och attityder - fyra aktörers perspektiv.: Försäkringskassan.; 2006.
- Hallsten L, Palmer E. Osakligt och tendentiöst om attityder och sjukskrivning (jämte) Replik: I samklang med psykologins empiriska rön! av Edward Palmer. *Läkartidningen* 2007:433-6.
- Riksrevisionen. Styrning och kontroll av regel-tillämpningen inom socialförsäkringen (RiR 2006:20): Riksrevisionen; 2006.
- Försäkringskassan. Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå (Socialförsäkringsrapport 2009:6): Försäkringskassan; 2009.
- Statens offentliga utredningar. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga - Slutbetänkande för Arbetsförmågutredningen (SOU 2009:89); 2009.
- Regeringens proposition 2007/08:136. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. In; 2007/08.
- Socialdepartementet. Stöd till personer som lämnar sjukförsäkringen - kompletterande förändringar i lagen om allmän försäkring. (Ds 2009:45). 2009.
- Regeringens proposition 2009/10:45. Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete.; 2009.
- Anderzén I, Hansson A-S. Slutrapport - Ny-satsa. (Nedladdningsbar via www.akademiska.se/upload/54543/NySatsa.pdf): Uppsala Universitet; 2008.
- Riksrevisionen RiR 2005:14. Förtidspension utan återvänder; 2005.