

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2014:22

Sjukfrånvaro och
psykiatriska diagnoser

isf

Rapport 2014:22

Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2014

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Rapporten kan laddas ner från

www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2014

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
Summary	9
1 Inledning	13
2 Sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom sedan 1990-talet	15
2.1 Sjukpenning och rehabiliteringspenning	16
2.2 Sjukersättning och aktivitetsersättning	22
2.3 Ersättning oavsett förmån	29
2.4 Sammanfattning	31
3 Psykisk sjukdom och arbetsförmåga	33
3.1 Förstämmnings-, ångest- och stressrelaterade syndrom	33
3.2 Vård och behandling	39
3.3 Arbetsförmåga	40
3.4 Sammanfattning	47
4 Utveckling av sjukförsäkringens regelverk och administration 1990–2014	49
4.1 Kontroll	49
4.2 Kriterier för bedömning av arbetsförmåga	52
4.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkan	53
4.4 Arbetsgivarens ansvar	54
4.5 Partiell sjukpenning	56
4.6 Ekonomisk ersättning till individen	57
4.7 Sjuk- och aktivitetsersättning	59

4.8 Sjukförsäkringens administration	61
4.9 Sammanfattning och diskussion.....	63
5 Effekterna av rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsgarantin.....	69
5.1 Effekterna av rehabiliteringskedjan	69
5.2 Effekterna av rehabiliteringsgarantin.....	72
5.3 Sammanfattning	73
6 Handläggningen av ärenden där personen har en psykiatrisk diagnos	75
6.1 Handläggning och tidsgränser.....	75
6.2 Utredningar och insatser till personer med en psykiatrisk diagnos	77
6.3 Sammanfattning och diskussion.....	83
7 Handläggning av ärenden där personen har en psykiatrisk diagnos – intervjuer med handläggare.....	85
7.1 Resultat	85
7.2 Sammanfattning och diskussion.....	89
8 Diskussion och slutsatser	91
Referenser	95
Bilaga 1 – Data och metod	103
Bilaga 2 – Analys av handläggareffekter	107
Bilaga 3 – Tabeller och figurer	111

Generaldirektörens förord

Syftet med arbetet bakom föreliggande rapport, som är svar på ett regeringsuppdrag, har varit att undersöka i vad mån utformningen av regelverk och administration inom sjukförsäkringen har påverkat framväxten av sjukskrivningar med psykiatrisk diagnos och i vilken utsträckning nuvarande system är anpassat till dagens situation. Analyser har genomförts av förändringar av regelverk och handläggning, bland annat för att undersöka om rehabiliteringskedjans tidsgränser i någon mån kan förklara utvecklingen av olika diagnoser i sjukfrånvarostatistiken.

Analysen visar att antalet sjukfrånvarande med psykiatriska diagnoser har minskat sedan år 2007. Samtidigt har deras andel av samtliga sjukfrånvarande ökat. Det beror på att sjukfrånvaro i andra diagnoser har minskat ännu mer.

Det är ofta svårare att fastställa arbetsförmågan för personer med en psykisk sjukdom än för personer med en somatisk åkomma. Dessutom påverkar psykisk sjukdom funktioner som är väsentliga för de flesta arbeten. Byte av arbetsuppgifter eller andra anpassningar möjliggör inte arbete på samma sätt som vid till exempel ryggbesvär. Lämplig sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete är inte heller känd för dessa diagnoser. I en striktare tillämpad sjukförsäkring kan med andra ord andelen personer med en psykiatrisk diagnos förväntas öka som en konsekvens av att det blir relativt svårare att beviljas ersättning av andra orsaker.

En slutsats är att sjukförsäkringssystemets regelverk och tillämpning av allt att döma starkt har bidragit till en utveckling där de med en psykiatrisk diagnos utgör en större andel av de sjukfrånvarande.

Det behövs en ökad kunskap om hur arbetsförmågan påverkas av psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar samt en ökad kunskapsstyrning för att rätt individer ska få rätt insatser i tid. Tidigare forskning visar att rehabiliteringsinsatser har bättre förutsätt-

ningar att förhindra framtida sjukfrånvaro än att öka återgången i arbete bland redan sjukskrivna. KBT-behandling som erbjuds inom ramen för rehabiliteringsgarantin har visat sig ha positiva effekter för dem som arbetar men inte för dem som är sjukskrivna. Ett mål bör därför vara att arbetsgivare arbetar mer preventivt och blir mer aktiva tidigt i sjukdomsförloppet.

Rapporten har skrivits av Jenny Lindblad (projektledare), Berit Hamrén, Pathric Hägglund, Malin Josephson, Ola Leijon, Helena Persson Schill och Niklas Österlund.

Stockholm i november 2014

Per Molander

Sammanfattning

Resultaten visar att *antalet* sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos som får antingen sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning har minskat med cirka 16 procent sedan 2007. Antalet sjukfrånvarande för andra diagnoser än psykiatriska har dock minskat mer. Därför har *andelen* med en psykiatrisk diagnos ökat bland de sjukfrånvarande.

Rapportens övergripande syfte har varit att studera i vad mån utformningen av regelverk och sjukförsäkringens administration har påverkat utvecklingen av sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser samt i vilken utsträckning nuvarande system är anpassat till dagens situation. Flera olika tillvägagångssätt har använts såsom analyser av registerdata, effektutvärdering och intervjuer.

Sjukförsäkringens regelverk och tillämpning har genomgått stora förändringar de senaste 20 åren. Exempelvis har en borte tidsgräns för sjukpenning införts, liksom tidsgränser för prövningar av rätten till ersättning, krav på tidiga utredningar om rehabiliteringsbehov och en närmare samverkan mellan myndigheter och andra aktörer. Detta har med stor sannolikhet lett till en förändring av tillämpningen såtillvida att fler initiativ tas tidigare i sjukfallet. Sjukförsäkringen har dessutom renodlats till att numera endast ta medicinsk hänsyn och inte väga in sociala eller arbetsmarknadsrelaterade faktorer. Över tid har också regelverk och tillämpning för sjuk- och aktivitetsersättningen blivit allt striktare.

Utvecklingen mot en större andel sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos den senaste tioårsperioden beror på att antalet sjukfrånvarande för andra diagnoser än psykiatriska har minskat mer. En första slutsats är att sjukförsäkringssystemets regelverk och tillämpning av allt att döma starkt bidragit till denna utveckling.

I rapporten konstateras att psykisk sjukdom ofta innebär en generell nedsättning av funktioner som är väsentliga för allt arbete. Det är i regel svårare att fastställa arbetsförmågan för personer med en psykisk sjukdom än för personer med somatiska åkommor, och det saknas i stor utsträckning kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete för personer med dessa diagnoser. I den här rapporten framträder också en tydlig bild av ärenden som avser psykiatriska diagnoser som särskilt komplicerade att handlägga. De med sjukskrivningstiden allt högre kraven på arbetsoförmåga för rätt till ersättning har i och med detta sannolikt sämre förutsättningar att leda till ökad återgång i arbete för sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. I en striktare sjukförsäkring torde andelen personer med en psykiatrisk diagnos öka som en konsekvens av att sjukskrivningar med somatisk diagnos blivit mindre vanliga, relativt sett.

En andra slutsats är att några av de senaste årens genomförda förändringar i regler och tillämpning både har ökat och motverkat att personer med psykiatriska diagnoser återfinns bland de sjukskrivna.

Å ena sidan redogörs i rapporten för att införandet av de tidsbestämda prövningarna av rätten till ersättning och behandlingarna inom ramen för rehabiliteringsgarantin haft en dämpande inverkan på såväl antalet personer med en psykiatrisk diagnos bland de sjukskrivna som deras andel av samtliga sjukskrivna. Å andra sidan redogörs också för att personer med en psykiatrisk diagnos får fler och tidigare utredningar, vilket i forskningen har visat sig öka förekomsten av sjukskrivning. En utveckling mot fler och tidigare utredningar torde således snarare ha drivit på utvecklingen mot en större andel sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos.

Det finns problem- och utvecklingsområden för sjukförsäkrings-systemet när det gäller sjukfrånvarande personer med en psykiatrisk diagnos. I rapporten pekas några möjliga åtgärder ut för att bidra till att minska sjukfrånvaron bland dem med psykiatriska diagnoser. Det krävs en ökad kunskap om hur arbetsförmågan påverkas av psykiska sjukdomar och vilka insatser som fungerar, samt en ökad kunskapsstyrning så att evidensbaserade metoder tillämpas. Forskning visar att för en bättre effekt ska dessutom rehabiliteringen inriktas på insatser före en sjukskrivning, vilket talar för att arbetsplatsen och arbetsgivaren är viktiga i rehabiliteringsarbetet.

Summary

The Swedish sickness insurance system and prevalence of mental disorders

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been commissioned by the Government.

Background

In Sweden, the prevalence of sickness absence has varied considerably over the past twenty years. An increase between 1998 and 2002 was followed by a decrease until 2010 and then another increase. Parallel to this development, the proportion of sickness absence due to psychiatric diagnoses has increased since the 1990s.

Objectives

The aim of this study is to examine to what extent the regulatory framework and the administration of the sickness insurance system may have contributed towards the higher proportion of sickness absence due to mental disorders, and to explore how the current system is adapted to manage and cope with the situation.

Methods

This study uses different types of methodology. A combination of data from various registers from 1994 and onwards is used to describe the prevalence of psychiatric diagnoses over time in the sickness insurance system. A document analysis is performed to provide a thematic overview of how regulations have changed over the same period and also to describe changes in the administration of Swedish sickness insurance. Finally, focus group interviews are conducted with the aim of highlighting how the Swedish Social Insurance Agency's case handlers reflect on the difficulties surrounding the cases where a person is sick-listed due to a psychiatric diagnosis. Another aim is to understand how the sick leave process has been adapted to handle these cases.

Findings

The results of the register study show that the number of people who have been absent due to mental disorders has decreased by 16 percent since 2007. However, there has been a larger decrease in sickness absence caused by somatic diagnosis, which has resulted in an increase in the proportion of absence due to mental disorders among all sickness absentees. Over the past 20 years the sickness insurance system has been restructured and now only takes medical factors, and not social or labour market factors, into account. The supervision of individuals has been extended and the demand for early interventions within the sickness insurance system has increased. Changes in the sickness insurance regulatory framework and application have significantly contributed to this development. In some past years, changes in the regulatory framework and its applications have both increased and decreased the prevalence of sickness absence due to mental disorders.

An extensive review of the relevant literature shows that it is not uncommon for there to be difficulties in distinguishing psychiatric diagnoses from other 'normal' life problems. The identification of mental disorders is also made difficult by changes in diagnostic criteria and the different systems in use for the classification of diseases. The interview study shows that cases regarding people with mental disorders require a more thorough investigation than others

in the case handling process. Physicians have a central role in these cases, and the interviewees often express concerns for the shortcomings of care for people with mental disorders within the health care services.

Conclusions

It is of particular importance to increase knowledge of how work ability is affected by mental disorders, in order to provide adequate rehabilitation. It is also important to understand how this corresponds to the requirements of the sickness insurance system. Knowledge management is required with regard to evidence-based methods so that people suffering from mental disorders are subject to appropriate and effective interventions. There is a need for preventive measures and early rehabilitation efforts (i.e. before the occurrence of sick leave) in order to further reduce and prevent future sickness absence.

1 Inledning

Sjukfrånvaron har varierat avsevärt under den senaste tjugoårsperioden. Efter en kraftig uppgång i antalet sjukskrivna mellan åren 1998 och 2002, minskade sjukfrånvaron stadigt fram till år 2010 för att sedan öka igen. Samtidigt har andelen sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos ökat sedan 1990-talet.

Flera studier om sjukfrånvaro på grund av psykiatriska diagnoser har genomförts i Sverige under senare år. Försäkringskassan har analyserat förekomsten av nya sjukfall och visar att andelen med psykiatriska diagnoser var 22 procent år 2012, vilket är en ökning sedan 2009.¹ Försäkringskassan har dessutom studerat hur diagnospanoramats ser ut inom gruppen psykiska sjukdomar och visat att depressionssjukdomar, ångest- och stressrelaterade syndrom utgör 93 procent av samtliga påbörjade sjukfall med en psykiatrisk diagnos.²

Bland dem som beviljas sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) har andelen som har en psykiatrisk diagnos också ökat under de senaste åren. En tidigare rapport från ISF visar att fyra av fem unga som beviljades aktivitetsersättning år 2009 hade en psykiatrisk diagnos.³ Antalet personer som nybeviljades sjuk- och aktivitetsersättning på grund av psykisk sjukdom ökade kraftigt under början av 2000-talet.⁴

I denna rapport studeras hur förekomsten av psykiatriska diagnoser inom sjukförsäkringens olika ersättningar har utvecklats sedan 1990-talet och hur regelverk och sjukförsäkringsadministration har förändrats under samma period. Hur handläggningen går till och om denna, liksom rehabiliteringskedjans tidsgränser och rehabiliteringsgarantin

¹ Försäkringskassan (2013).

² Försäkringskassan (2013a).

³ ISF (2011a).

⁴ Se Försäkringskassan (2007).

i någon mån kan förklara utvecklingen av diagnosfördelningen i sjukfrånvarostatistiken analyseras också. Avslutningsvis har en intervjustudie genomförts i syfte att belysa hur Försäkringskassans handläggare resonerar kring de svårigheter som omgärdar ärenden där personen har en psykiatrisk diagnos och hur sjukskrivningsprocessen är anpassad till dessa ärenden.

Rapportens övergripande syfte är att studera i vad mån utformningen av regelverk och sjukförsäkringens administration har påverkat utvecklingen av sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser, samt i vilken utsträckning det nuvarande systemet är anpassat till dagens situation.⁵

Psykisk ohälsa är en övergripande term som innefattar nedsatt psykiskt välbefinnande, diagnosticerade psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar. I rapporten särskiljs begreppen psykisk sjukdom och psykiatrisk diagnos utifrån att det är skillnad på att ställa en diagnos och att klassificera eller koda en diagnos. I det första fallet görs en bestämning av patientens tillstånd, till exempel psykisk sjukdom. I det andra fallet väljs den eller de koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av en statistisk klassifikation, till exempel en psykiatrisk diagnos.⁶

Rapporten är upplagd på följande sätt. I kapitel 2 ges en övergripande beskrivning av hur användningen av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning har utvecklats mellan åren 1990 och 2013, med fokus på psykiatriska diagnoser. I efterföljande kapitel redogörs för sjukdomsbild och klassificering av de psykiska sjukdomar som är vanliga orsaker till sjukskrivning, samt gränssnittet mellan normala livsproblem och psykisk sjukdom. Dessutom beskrivs hur psykisk sjukdom påverkar arbetsförmågan. I kapitel 4 redovisas utvecklingen av regelverk och sjukförsäkringsadministration från 1990-talet och framåt och knyter samman detta med vad dagens forskning säger om dess inverkan på utvecklingen av sjukfrånvaron. I kapitel 5 redovisas analyser av vissa genomförda reformer och i kapitel 6 redogörs för hur handläggningen av olika typer av ärenden går till vid Försäkringskassan. I kapitel 7 redovisas resultaten från den intervjustudie som gjorts med Försäkringskassans handläggare och i kapitel 8 sammanfattas rapportens huvudsakliga resultat och slutsatser.

⁵ Rapporten lämnas som svar på regeringsuppdrag S2013/3783/SF (delvis).

⁶ Se även beskrivning i avsnitt 3.1.

2 Sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom sedan 1990-talet

I det här kapitlet redovisas en samlad analys av förekomsten av psykiatriska diagnoser bland dem som har fått ersättning från sjukförsäkringen sedan början på 1990-talet och fram till i dag, vilket inte har gjorts tidigare. De förmåner som ingår i analysen är sjukpenning⁷, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning samt sjukersättning. Användningen av dessa förmåner analyseras till att börja med separat. Det är på det sättet sjukfrånvarostatistik oftast redovisas. När sjukförsäkringen analyseras över en längre tidsperiod är det dock viktigt att inte enbart studera respektive förmån var för sig, utan att också ge en samlad bild av sjukförsäkringens olika förmåner. Det blir särskilt viktigt i den här analysen av sjukfrånvaro på grund av en psykiatrisk diagnos, vilket redovisas i slutet av kapitlet. I analysen redovisas både *andelen* och *antalet* sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos eftersom valet av mått kan ge väldigt olika bilder av utvecklingen.⁸

En analys av diagnosutvecklingen i sjukförsäkringen under perioden 1990–2013 begränsas något av tillgången till uppgifter om diagnos. Till exempel finns endast uppgift om diagnos för sjukpenningärenden tillgängligt från och med år 2005. Det beskrivs närmare i bilaga 1. Studiepopulationen är personer mellan 20 och 64 år som bor i Sverige. Utgångspunkten för analysen är att studera utvecklingen av beståndet som har ersättning per år, det vill säga hur många som

⁷ Inkluderar samtliga varianter av sjukpenning, däribland förebyggande sjukpenning och arbetsskadesjukpenning.

⁸ Definitioner som används: *Sjukfrånvarande* – en person som får ersättning i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning från Försäkringskassan. *Sjukskriven* – en person som är sjukskriven av en läkare och får sjukpenning eller rehabiliteringspenning från Försäkringskassan.

är sjukfrånvarande med ersättning från sjukförsäkringen den 31 december respektive år och diagnossammansättningen bland dessa personer. En sådan analys kan dock behöva kompletteras med andra mått, vilket beskrivs i analysen.

2.1 Sjukpenning och rehabiliteringspenning

En person vars arbetsförmåga bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom och som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) kan beviljas sjukpenning.⁹ För anställda utbetalas sjukpenning från och med dag 15 i sjukperioden, efter en 14 dagar lång sjuklöneperiod.¹⁰ Sedan juli 2008 finns en tidsgräns, 914 dagar, för hur länge en individ kan få sjukpenning.¹¹ Vid en pågående arbetslivsinriktad rehabilitering betalas rehabiliteringspenning ut i stället för sjukpenning.¹² En period med sammanhängande utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning benämns *sjukfall*.

Kraftiga upp- och nedgångar i antalet sjukskrivna de senaste 25 åren

I december 1990 hade omkring 96 000 kvinnor och 74 000 män ett sjukfall som hade varat längre än 30 dagar.¹³ Sedan dess har sjukfrånvaron varierat mycket (figur 1). I december 2002 hade omkring 280 000 personer ett *pågående sjukfall* som hade varat längre än 30 dagar. Åtta år senare hade det antalet minskat till omkring 100 000 personer. Utvecklingen under de senaste åren är att antalet pågående sjukfall tydligt har ökat, framför allt bland kvinnor.

⁹ 27 kap. 2 § och 25 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

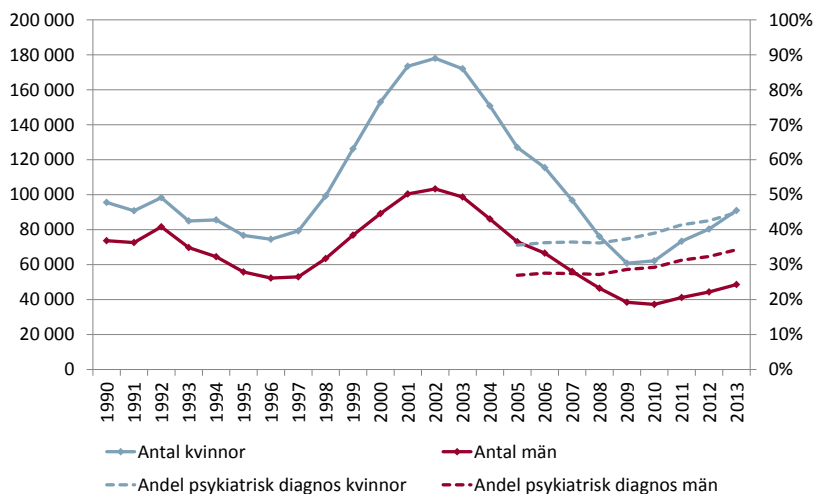
¹⁰ 7 § lagen (1991:1047) om sjuklön. Som längst har sjuklöneperioden varit 28 dagar (1 januari 1997–31 mars 1998).

¹¹ 27 kap. 21 och 24 §§ socialförsäkringsbalken. Undantag finns dock i 27 kap. 23 och 24 a §§ socialförsäkringsbalken.

¹² 31 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

¹³ Sjukfall kortare än 30 dagar exkluderas i analysen med anledning av variationerna i sjuklöneperiodens längd.

Figur 1. Antal personer 20–64 år med ett pågående sjukfall längre än 30 dagar i december (vänster axel) och andel med en psykiatrisk diagnos (höger axel)



Anm.: De sjukfall som saknar uppgift om diagnos ingår inte i nämnaren till andelen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos.

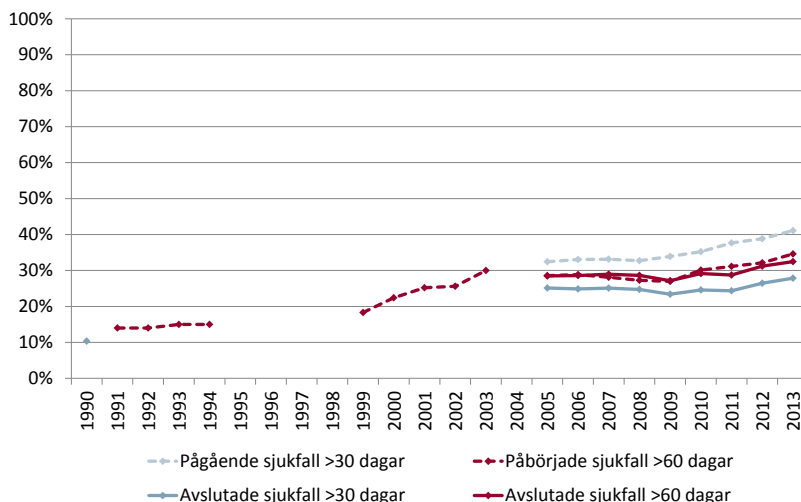
Källa: Försäkringskassan (MiDAS) och Riksförsäkringsverket (1993–1995), ISF:s bearbetningar.

I figuren redovisas också andelen personer med en psykiatrisk diagnos bland ersättningsmottagarna. Uppgifter om diagnos för pågående sjukfall är endast tillgängliga från och med år 2005 (se bilaga 1). Bland kvinnor med ett pågående sjukfall i december har andelen med en psykiatrisk diagnos ökat från 36 procent år 2005 till 45 procent år 2013. Bland män har motsvarande andel ökat från 27 procent år 2005 till 34 procent år 2013. Sjukskrivningar på grund av psykisk sjukdom är med andra ord vanligare bland kvinnor än bland män.

Tydlig trend: en högre andel med psykiatrisk diagnos sedan år 1990

Det finns en del uppgifter om diagnosfördelningen bland personer med sjukpenning och rehabiliteringspenning från andra källor än den registerbaserade statistiken (se bilaga 1). Några mått finns tillgängliga från 1990-talets början och de går delvis att förlänga med hjälp av tillgängliga register. Det finns inget enskilt mått som täcker hela den studerade perioden men tillsammans ger de en relativt god bild över utvecklingen (figur 2). I figur B1 i bilaga 3 redovisas denna separat för kvinnor och män.

Figur 2. Fyra mått av andelen sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos under åren 1990–2013



Anm.: De sjukfall som saknar uppgift om diagnos ingår inte i nämnaren till andelen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS), Försäkringskassan (2010), Riksförsäkringsverket (1995, 1996) samt ISF:s bearbetningar av materialet.

En stor urvalsundersökning av *avslutade sjukfall* år 1990 visar att sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos stod för omkring 10 procent av sjukfallen som varade längre än 30 dagar. Andelen med en psykiatrisk diagnos var då något högre för män än för kvinnor: 12 procent respektive 9 procent för kvinnor (se figur B1 i bilaga 3).¹⁴ Fram till år 2005 hade motsvarande andel ökat till 25 procent. Sedan dess har andelen personer med en psykiatrisk diagnos bland avslutade sjukfall legat stabilt på omkring 25 procent, men en liten ökning kan urskiljas sedan år 2011.

Den stora luckan för avslutade sjukfall i tidsserien ovan mellan åren 1990 och 2005 kan delvis fyllas igen med hjälp av mått från några andra urvalsundersökningar av långtidssjukskrivna personer.¹⁵ I dessa undersökningar studerades *påbörjade sjukfall* som varade längre än 60 dagar. Under perioden 1991–1994 låg de psykiatriska diagnosernas andel av de studerade sjukfallen på en stabil nivå mellan 14 och 15 procent. Under perioden 1999–2003 ökade samma andel från 18 till 30 procent. Därefter har motsvarande andel varierat mellan 27 och

¹⁴ Riksförsäkringsverket (1996).

¹⁵ Se Riksförsäkringsverket (1995) och Försäkringskassan (2010).

35 procent (se figur 2). Den största förändringen i andelen personer med en psykiatrisk diagnos bland påbörjade sjukfall skedde med andra ord under perioden 1999–2003. Det var en period då också antalet pågående sjukfall ökade kraftigt (se figur 1).

Som framgår av sammanställningen i figur 2 är diagnosfördelningen för påbörjade och avslutade sjukfall snarlika för de år där de båda måtten kan studeras.¹⁶ Det är därmed rimligt att anta att de båda serierna följs åt även under de år där endast ett av måtten kan observeras. Vid en sådan analys är det dock viktigt att ha i åtanke att andelen personer med en psykiatrisk diagnos påverkas av hur långa sjukfall som studeras. Andelen psykiatriska diagnoser är genomgående högre för avslutade sjukfall längre än 60 dagar än för avslutade sjukfall längre än 30 dagar (se figur 2). Det beror på att personer med en psykiatrisk diagnos i genomsnitt har längre sjukfall än övriga.¹⁷ De har därmed relativt sett fler sjukfall som blir längre än 60 dagar än bland personer med övriga diagnoser.

Av sammanställningen i figur 2 framgår också att andelen med en psykiatrisk diagnos bland personer med pågående sjukfall är högre än motsvarande andel för påbörjade och avslutade sjukfall. Anledningen till detta är densamma som ovan, det vill säga att personer med en psykiatrisk diagnos har längre sjukfall än övriga. Långa sjukfall är överrepresenterade vid tvärsnittsmått, det vill säga ögonblicksbilder vid en given tidpunkt. Olika andelsmått ger därför lite olika bilder av hur vanligt förekommande sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom är.

Andelen eller antalet med en psykiatrisk diagnos bland sjukfallen?

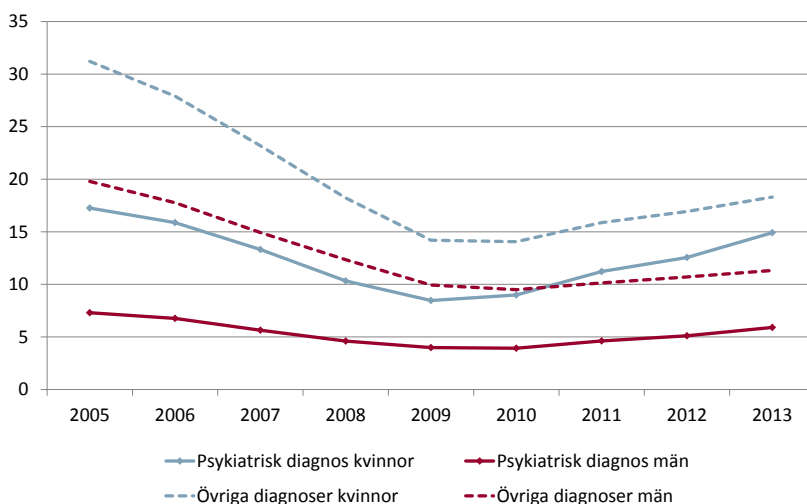
Hittills har endast den relativa fördelningen av psykiatriska diagnoser i andelar redovisats. Dessa mått visar att det har blivit allt vanligare att de som får sjukpenning och rehabiliteringspenning från Försäkringskassan är sjukskrivna på grund av någon psykisk sjukdom. Det behöver dock inte betyda att sjukskrivning på grund av psykisk

¹⁶ I den registerbaserade statistiken från och med år 2005 mäts sjukskrivningsorsak vid början av sjukfallet. Av ISF (2014a) framgår att det är relativt vanligt på individnivå att diagnosen vid sjukfallets slut är en annan än diagnosen vid dess början. Psykiatriska diagnoser är dock underrepresenterade bland dem som byter huvudsaklig diagnos och på aggregerad nivå är diagnosfördelningen vid sjukfallens början snarlik diagnosfördelningen vid sjukfallens slut. Analysen i den här studien skulle därmed sannolikt inte se annorlunda ut om diagnosen skulle mätas vid sjukfallens slut.

¹⁷ Se ISF (2014a).

sjukdom generellt sett har blivit vanligare. Ett sätt att undersöka om så är fallet är att relatera antalet sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos till antalet personer i befolkningen, vilket görs i figur 3.

Figur 3. Antal per 1 000 i befolkningen 20–64 år med ett pågående sjukfall (längre än 30 dagar) i december 2005–2013, fördelat efter kön och diagnos



Anm.: De sjukfall som saknar uppgift om diagnos (från 6 procent år 2005 till 1 procent år 2013) har fördelats proportionerligt.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figuren visar att antalet sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos minskade kraftigt mellan åren 2005 och 2009, men att antalet har ökat sedan dess. Ökningen är inte lika stor för övriga sjukdomar, vilket är anledningen till att andelen med en psykiatrisk diagnos bland de sjukskrivna har ökat (se figur 2). Det är framför allt personer med förstämningssyndrom (depressioner) och neurotiska syndrom (såsom ångestsyndrom och reaktion på svår stress) som står för de senaste årens ökning. De utgör också majoriteten av alla med ett pågående sjukfall på grund av psykisk sjukdom (se figur B2 i bilaga 3).

Inflöde eller varaktighet?

Sedan år 2010 har antalet pågående sjukfall ökat stadigt, framför allt de med en psykiatrisk diagnos. Beror ökningen på att fler har påbörjat ett sjukfall eller på att sjukfallen har blivit längre? För att undersöka detta har 2013 års sannolikhet att avsluta sjukfallet tillämpats på det

faktiska inflödet i en så kallad *mikrosimulering*.¹⁸ Det är ett sätt att undersöka utvecklingen av antalet pågående sjukfall om de genomsnittliga sjukfallslängderna skulle ha varit oförändrade. Under perioden december 2010 till december 2013 ökade antalet pågående sjukfall längre än 30 dagar med cirka 40 000 sjukfall, vilket är en ökning med 40 procent. Mikrosimuleringen ger en motsvarande ökning under samma period med knappt 18 000 sjukfall. Det är alltså den del av ökningen som kan förklaras av att fler har påbörjat en sjukskrivning. Resterande del, drygt hälften av hela ökningen, kan följaktligen förklaras av att sjukfallen har blivit längre. Den största ökningen återfinns bland sjukfall längre än ett år, med nästan en fördubbling av antalet pågående sjukfall mellan december 2010 och 2013.

Dessa skattningar kan också göras separat för psykiatriska respektive övriga diagnoser. Som tidigare redovisats ökar antalet personer med ett pågående sjukfall mer bland personer med en psykisk sjukdom än bland dem med övriga sjukdomar. Mellan december 2010 och december 2013 ökade antalet pågående sjukfall med 64 procent för psykiatriska diagnoser och med 27 procent för övriga diagnoser. Drygt två tredjedelar av ökningen för psykiatriska diagnoser kan förklaras av ett ökat inflöde. Drygt en fjärdedel av ökningen av antalet pågående sjukfall inom gruppen övriga diagnoser beror på ett ökat inflöde. Tolkningen av inflödets respektive varaktighetens betydelse för ökningen av antalet sjukfall de senaste åren skiljer sig alltså åt mellan olika diagnoser.

Under perioden 1996–2002 berodde merparten av ökningen av antalet personer med ett pågående sjukfall på en ökad varaktighet. Socialförsäkringsutredningen (2006) beräknade att 82 procent av ökningen förklarades av att sjukfallen under den perioden blev längre.¹⁹ Dessa skattningar genomfördes med en annan metod än den som har använts i den här analysen. Om metoden i den här analysen däremot används för att analysera perioden 1996–2002 och om 1996 års avslutssannolikheter appliceras på det faktiska inflödet blir resultatet snarlikt: 75 procent av ökningen av antalet pågående sjukfall längre

¹⁸ Samtliga sjukfall som pågick under 2013 har använts i simuleringen för att ta fram en genomsnittlig sannolikhet att avsluta sjukfallet vid olika sjukfallslängder (dagar). I simuleringen har hänsyn tagits till kön, ålder vid sjukfallets start, sysselsättning vid sjukfallets start (anställd, arbetslös eller övrigt), samt månad för det påbörjade sjukfallet. Slutatserna är inte känsliga för valet av referensår. Personer sjukskrivna längre än tre år studeras endast till treårsdagen.

¹⁹ I beräkningen ingår även korta sjukfall för anställda och arbetslösa. En motsvarande beräkning för anställda med sjukfall längre än 14 dagar visar att 66 procent av ökningen förklaras av en ökad varaktighet.

än 30 dagar mellan december 1996 och december 2002 förklaras av en ökad varaktighet. Någon motsvarande mätning uppdelad på diagnoser kan inte göras på grund av bristen på data.

En del av den ökade sjukfrånvaron för framför allt psykiatriska diagnoser mellan åren 2010 och 2013 som redovisades ovan kan förklaras av förändringar som har genomförts i andra delar av försäkringen. Framför allt har borttagandet av den tidsbegränsade sjukersättning bidragit till ökningen, vilket beskrivs närmare i nästa avsnitt.

2.2 Sjukersättning och aktivitetsersättning

Tidigare var ersättning vid långvarig arbetsförmåga på grund av sjukdom en del av det allmänna pensionssystemet och utgavs i form av förtidspension och sjukbidrag. Dessa förmåner ersattes år 2003 av sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning och aktivitetsersättning och blev en del av sjukförsäkringen.²⁰

Sjukersättning utges till den vars arbetsförmåga kan anses vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan under förutsättning att medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga.²¹

Tidsbegränsad sjukersättning kunde tidigare ges till den vars arbetsförmåga antogs vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan under minst ett år, om arbetsförmågan kunde antas vara nedsatt under en begränsad tid.²² Förmånen avskaffades den 1 juli 2008, men de som hade beviljats tidsbegränsad sjukersättning före avskaffandet omfattades av övergångsregler och kunde som längst få ersättningen till och med december 2012.²³

²⁰ SFS 2001:489.

²¹ 33 kap. 5 och 6 §§ socialförsäkringsbalken. De rehabiliteringsåtgärder som omfattas av bestämmelsen är de som anges i 27 kap. 6 § och i 29–31 kap. socialförsäkringsbalken. När Försäkringskassan bedömer hur nedsatt arbetsförmågan är ska den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden beaktas enligt 33 kap. 10 och 11 §§ socialförsäkringsbalken.

²² 7 kap. 1 § i den upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse före den 1 juli 2008.

²³ SFS 2008:480.

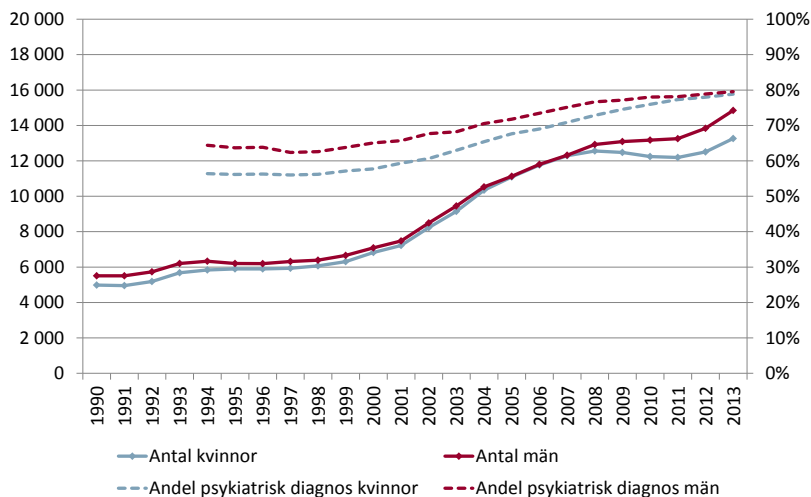
Aktivitetsersättning kan lämnas till en person vars arbetsförmåga bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan under minst ett år. Ersättningen kan beviljas i maximalt tre år i taget, från och med juli det år då personen fyller 19 år och som längst till och med månaden före den månad personen fyller 30 år. Aktivitetsersättning kan också utges vid förlängd skolgång.²⁴

Tydlig ökning av antalet unga med aktivitetsersättning

I figur 4 redovisas antalet unga med aktivitetsersättning (eller motsvarande ersättning) på grund av nedsatt arbetsförmåga i december respektive år, samt andelen av dessa som har fått ersättning på grund av någon psykisk sjukdom. Användningen av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga har ökat stadigt under hela den studerade perioden, liksom andelen personer med en psykiatrisk diagnos. År 2013 hade fyra av fem individer ersättning på grund av någon psykisk sjukdom. Den andelen har genomgående varit högre för män än för kvinnor, men skillnaden är på senare år liten. Det är framför allt personer med olika former av psykiska utvecklingsstörningar och neuropsykiatriska tillstånd (exempelvis ADHD och Aspergers syndrom) som står för ökningen av antalet mottagare av aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (se figur B3 i bilaga 3).

²⁴ 33 kap. 5, 7 och 8 §§ socialförsäkringsbalken (se förtydligande not. 21).

Figur 4. Antal kvinnor och män mellan 20 och 29 år med aktivitetsersättning* i december 1990–2013 (vänster axel) och andel med en psykiatrisk diagnos (höger axel)



Anm.: De som saknar uppgift om diagnos ingår inte i nämnaren till andelen med en psykiatrisk diagnos. * Avser unga med aktivitetsersättning (exklusive ersättning vid förlängd skolgång), sjukbidrag, förtidspension och sjukersättning (med anledning av övergångsregler).

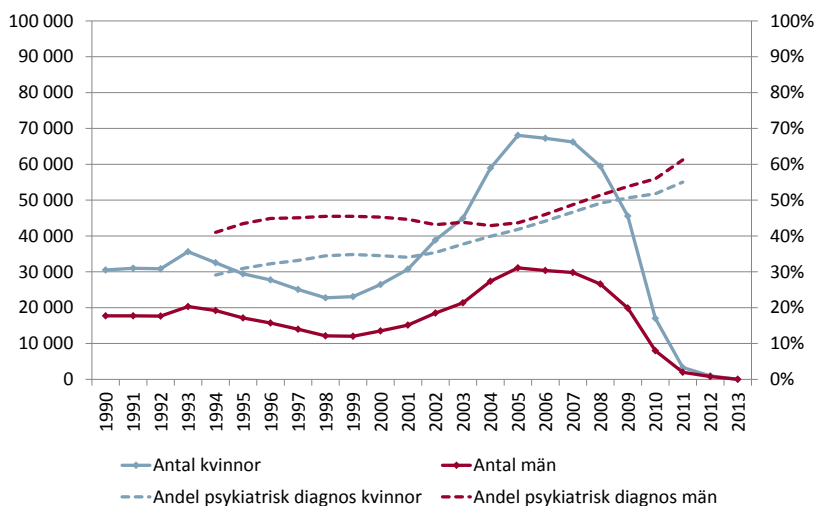
Källa: Försäkringskassan (Diagnosregistret, MiDAS) och Riksförsäkringsverket (1993–1995), ISF:s bearbetningar.

Många av dem som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga kommer ifrån en period med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Sedan år 2009 utgör de ungefär 40 procent av alla som påbörjar en period med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga (se figur B4 i bilaga 3). Ökningen av antalet mottagare av aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga sedan början av 00-talet (figur 4) kan dock inte direkt härledas till möjligheten att beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Användningen av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga är lika vanlig bland personer födda år 1986 eller tidigare som kunde beviljas förtidspension och sjukbidrag, som bland personer födda år 1987 eller senare (se figur B5 i bilaga 3). Ökningen drivs i stället av ett successivt ökat inflöde i en ersättning som många har länge. Det är framför allt personer med en psykisk sjukdom som står för denna ökning (se figur B6 i bilaga 3).

Många med en psykiatrisk diagnos bland dem som hade tidsbegränsad sjukersättning

I figur 5 redovisas motsvarande sammanställning för tidsbegränsad sjukersättning. Även användningen av denna ersättning ökade kraftigt i början av 2000-talet. Framför allt var det många långtidssjukskrivna med sjukpenning som övergick till tidsbegränsad sjukersättning under åren 2002–2005. Antalet personer med ersättning minskade kraftigt från och med år 2008 som en följd av att möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort. Personer med en psykiatrisk diagnos utgjorde år 2008 omkring hälften av alla med tidsbegränsad sjukersättning.

Figur 5. Antal kvinnor och män mellan 30 och 64 år med tidsbegränsad sjukersättning* i december 1990–2013 (vänster axel) och andel med en psykiatrisk diagnos (höger axel)



Anm.: De som saknar uppgift om diagnos ingår inte i nämnaren till andelen med en psykiatrisk diagnos. * Avser personer med tidsbegränsad sjukersättning och sjukbidrag.
Källa: Försäkringskassan (Diagnosregistret, MiDAS) och Riksförsäkringsverket (1993–1995), ISF:s bearbetningar.

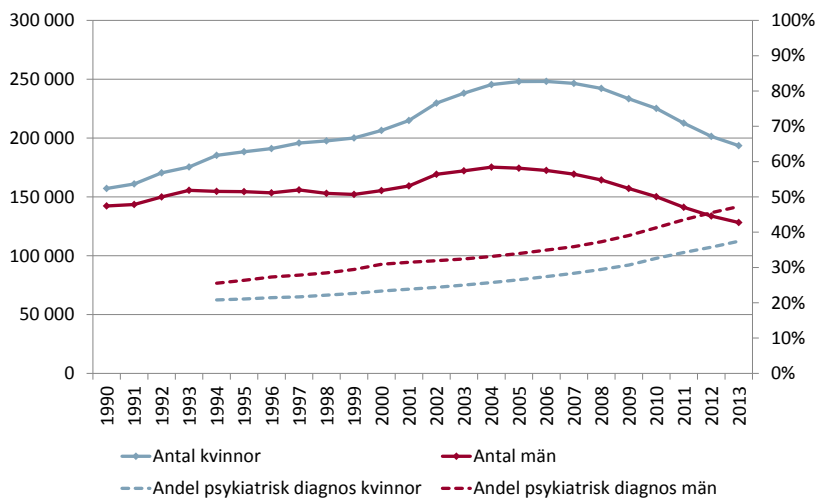
Många av dem som hade tidsbegränsad sjukersättning beviljades i stället sjukersättning på grund av en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga när den tidsbegränsade ersättningen upphörde (se figur B7 i bilagan).

Av de övriga inledde de flesta en arbetslivsintroduktion hos Arbetsförmedlingen, men många återvände till sjukförsäkringen inom ett år.²⁵ Av dem som hade en tidsbegränsad sjukersättning fick alltså ett stort antal i stället ersättning från någon annan del av sjukförsäkringen.

Stabil nivå av antalet med sjukersättning på grund av psykisk sjukdom

I likhet med övriga ersättningar i sjukförsäkringen har användningen av sjukersättning varierat mycket sedan början på 1990-talet. Antalet mottagare av sjukersättning ökade stadigt mellan åren 1990 och 2005 och mest under periodens senare del (se figur 6). Sedan dess har antalet ersättningsmottagare successivt minskat både bland kvinnor och män. Bland män är det dessutom färre som hade sjukersättning år 2013 än 1990. Av dem som har sjukersättning har andelen med en psykiatrisk diagnos ökat stadigt under hela den studerade perioden. Bland män utgör de nu nästan hälften av alla med sjukersättning.

Figur 6. Antal kvinnor och män mellan 30 och 64 år med sjukersättning* i december (vänster axel) och andel med en psykiatrisk diagnos (höger axel)

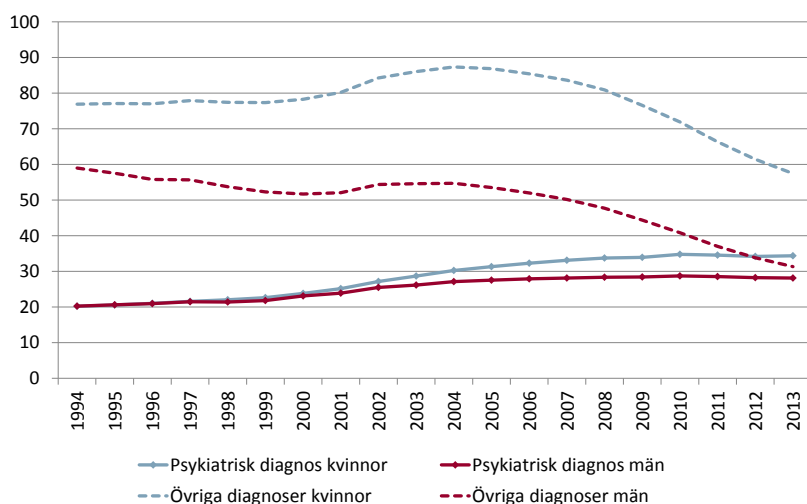


Anm.: De som saknar uppgift om diagnos ingår inte i nämnaren till andelen med en psykiatrisk diagnos. * Avser sjukersättning (exklusive tidsbegränsad sjukersättning) och förtidspension. Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

²⁵ Se även ISF (2013).

Utvecklingen ser dock lite annorlunda ut om antalet med sjukersättning relateras till befolkningen 30–64 år (se figur 7). Under perioden 1994–2006 ökade antalet mottagare av sjukersättning med en psykiatrisk diagnos med nästan 50 procent. Under samma period stod män med en psykiatrisk diagnos för hela ökningen av antalet män som hade sjukersättning för en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Ökningen var störst bland personer med förstämningssyndrom (se figur B8 i bilaga 3). Sedan år 2006 har antalet kvinnor och män med sjukersättning på grund av psykisk sjukdom i det närmaste varit konstant. Den ökande andelen psykiatriska diagnoser i beståndet med sjukersättning i figur 6 förklaras därmed nästan uteslutande av att antalet ersättningsmottagare minskar hos dem med övriga sjukdomar.

Figur 7. Antal per 1 000 i befolkningen 30–64 år med sjukersättning i december 1994–2013, fördelat efter kön och diagnos



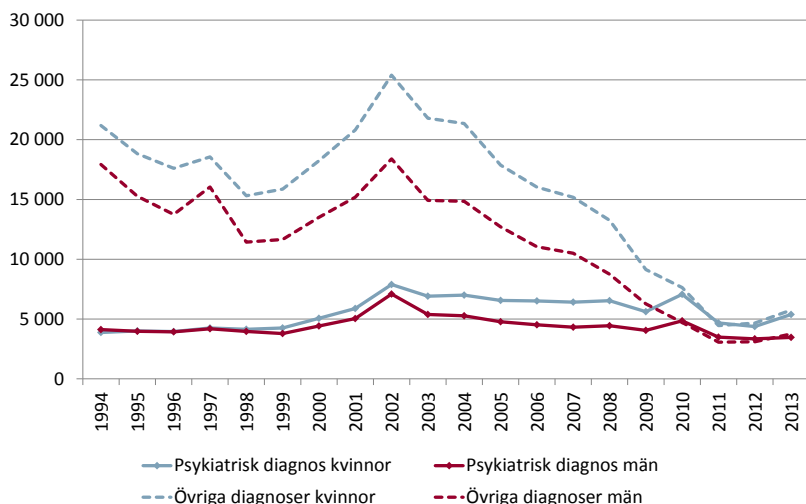
Anm.: De som saknar uppgift om diagnos (2–5 procent) har fördelats proportionerligt.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Det finns flera olika mekanismer som ligger bakom den här utvecklingen. En viktig aspekt är att inflödet till sjukersättningen har minskat stadigt under de senaste tio åren. Under åren 2002–2005 påbörjades mellan tre och fyra gånger så många ersättningsperioder med sjukersättning som under de senaste tre åren. Personer med

andra diagnoser än psykiatriska står för nästan hela den minskningen (se figur 8).²⁶ Personer med en psykiatrisk diagnos utgör därmed en allt större andel av de som beviljas sjukersättning.

Figur 8. Antal påbörjade ersättningsperioder med sjukersättning* år 1994–2013, fördelat efter kön och diagnos



Anm.: * Avser sjukersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga och inkluderar övergångar från aktivitetsersättning och tidsbegränsad sjukersättning till sjukersättning. Statistiken kan därför inte likställas med Försäkringskassans officiella statistik över nybeviljade mottagare av sjukersättning som i huvudsak redovisar första gången någon beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning. Uppgifterna inkluderar även personer mellan 16 och 19 år, med anledning av att de kunde beviljas förtidspension fram till och med år 2002. De som saknar uppgift om diagnos (2–5 procent) har fördelats proportionerligt.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Den stora minskningen i inflödet är bland annat en konsekvens av att det är färre långtidssjukskrivna med sjukpenning sedan mitten av 00-talet. Förändringarna i sjukförsäkringen från och med juli 2008 (se vidare avsnitt 4.7) har också gjort det svårare att bli beviljad sjukersättning. Det har bland annat medfört att färre personer som har fyllt 60 år beviljas sjukersättning (se figur B9 i bilaga 3). Psykiatriska diagnoser är vanligare bland de yngre som beviljas sjukersättning (se figur B10 i bilaga 3).

²⁶ Det är framför allt färre med sjukdomar i rörelseorganen som beviljas sjukersättning.

Minskningen av antalet ersättningsmottagare med andra diagnoser än psykiatriska i figur 7 förklaras också av en sammansättningseffekt. Det är få som avslutar en ersättningsperiod med sjukersättning av andra skäl än att de har uppnått pensionsåldern. År 2005, då antalet med sjukersättning var som allra högst, utgjorde personer äldre än 60 år 18 procent av samtliga som fick sjukersättning och hade en psykiatrisk diagnos. Motsvarande andel för övriga diagnoser var dubbelt så hög. Det är med andra ord relativt fler bland dem med andra diagnoser än psykiatriska som har avslutat en ersättningsperiod av åldersskäl.

Kombinationen av ett minskat inflöde i framför allt de äldre åldersklasserna och ett utflöde hos framför allt personer över 60 år, har förändrat sammansättningen av personer i beståndet. Den genomsnittliga åldern är i det närmaste oförändrad och har pendlat mellan 54 och 55 år under den studerade perioden. Tendensen är däremot att de som i dag har sjukersättning har haft sjuk- eller aktivitetsersättning längre än vad som var fallet tidigare. År 1994 hade drygt var sjätte person med förtidspension i beståndet beviljats ersättning när de var yngre än 40 år. År 2013 hade drygt var tredje person med motsvarande ersättning beviljats ersättning före 40 års ålder. Bland dem med sjukersättning som beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning före 40 års ålder hade nästan hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen en psykiatrisk diagnos. De andelarna har varit konstanta under hela den studerade perioden (se figur B11 i bilaga 3).

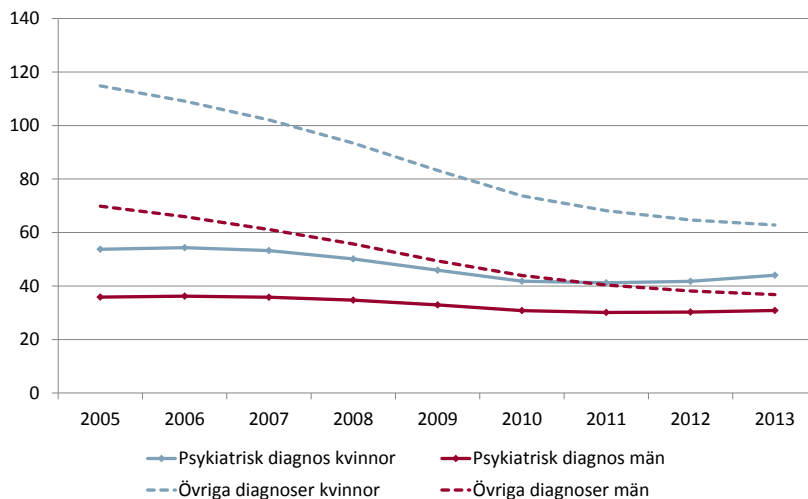
En stor del av ökningen av andelen med en psykiatrisk diagnos i beståndet med sjukersättning beror sammanfattningsvis på att sammansättningen av ersättningsmottagarna har förändrats under den studerade perioden. Antalet kvinnor och män med en psykiatrisk diagnos som får sjukersättning har legat på en stabil nivå de senaste åtta åren.

2.3 Ersättning oavsett förmån

Hittills har varje förmån redovisats var för sig. Men mot bakgrund av de senaste årens regeländringar, framför allt att möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort från och med juli 2008, kan det vara svårt att dra några generella slutsatser om utvecklingen av sjukfrånvaron på grund av psykisk sjukdom baserat på dessa uppgifter. I figur 9 redovisas därför andelen av alla i befolkningen 20–64 år som den 31 december respektive år under den

senaste tioårsperioden har fått ersättning i form av antingen sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning på grund av en psykisk sjukdom, i jämförelse med motsvarande för övriga sjukdomar.²⁷ Resultatet visar tydligt att sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom har blivit alltmer ovanlig under den studerade perioden. I december 2013 hade runt 11 procent av alla kvinnor och 7 procent av alla män i åldrarna 20–64 år någon ersättning från sjukförsäkringen, vilket är betydligt färre än 8 år tidigare. Sjukfrånvaron låg förvisso på rekordhöga nivåer under de första åren på 2000-talet, men även om jämförelsen begränsas till perioden december 2007 till 2013 har sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom minskat med 16 procent. Minskningen bland övriga diagnoser under den perioden är dock procentuellt sett mer än dubbelt så stor. *Andelen* med en psykiatrisk diagnos bland de sjukfrånvarande är alltså högre år 2013 än 2007. Men någon ökning i *antal* sjukfrånvarande för en psykisk sjukdom går det inte att tala om under den studerade perioden.

Figur 9. Antal per 1 000 i befolkningen 20–64 år med ersättning för nedsatt arbetsförmåga i december 2005–2013, fördelad efter kön och diagnos



Anm.: De som saknar uppgift om diagnos (1–6 procent) har fördelats proportionerligt.
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

²⁷ Sjukfall 30 dagar eller kortare ingår inte i redovisningen.

Utvecklingen av antalet som har ersättning för nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk sjukdom skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper (se figur B12 i bilaga 3). Det är kvinnor och män mellan 30 och 49 år som står för den största minskningen. Exempelvis bland män mellan 40 och 49 år har antalet sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos minskat med en tredjedel sedan år 2005. Bland kvinnor i åldrarna 30–39 år har antalet minskat med en fjärdedel under samma period. Personer yngre än 30 år avviker dock med ett annat mönster. Bland män mellan 20 och 29 år har antalet med ersättning för nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk sjukdom ökat med 18 procent sedan år 2005. För unga kvinnor är motsvarande ökning 7 procent.

Det enda enskilda år som antalet sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos generellt har ökat något är 2013, framför allt bland kvinnor (se figur 9). Om det är början på en ökning av antalet sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos får bli en fråga för kommande studier.

2.4 Sammanfattning

Sedan början på 1990-talet har andelen personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk sjukdom i sjukförsäkringen ökat kraftigt. Utvecklingen är stadig under hela den studerade perioden och gäller oavsett om sjukpenning och rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning eller sjukersättning studeras. Man bör dock vara försiktig med vilka slutsatser som dras utifrån denna utveckling. Antalet personer med en psykiatrisk diagnos som får ersättning från någon del av sjukförsäkringen har nämligen minskat med 16 procent under perioden 2007 till 2013. Det går alltså bara att tala om en ökning i relativa termer.

Antalet personer med en psykiatrisk diagnos som har sjukpenning eller rehabiliteringspenning från Försäkringskassan har ökat mellan åren 2010 och 2013. En stor del av ökningen kan dock förklaras av de förändringar i sjukförsäkringen som genomfördes år 2008, framför allt att möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort. Förändringen har medfört att fler har sjukpenning längre tid i stället för att som tidigare i viss utsträckning beviljas tidsbegränsad sjukersättning. Det var också avsikten med regeländringen.²⁸ Mer än hälften av uppgången i antalet pågående sjukfall beror på att sjukfallen har blivit längre och den största ökningen återfinns bland sjukfall längre än ett år. Regeländringen medförde också att en del av dem

²⁸ Prop. 2007/08:136, s. 82.

som hade tidsbegränsad sjukersättning återvände till sjukförsäkringen och påbörjade ett nytt sjukfall. Även de som sedan år 2010 uppnått maximal tid med sjukpenning och sedan återvänt till sjukförsäkringen har bidragit med fler påbörjade sjukfall.²⁹ Eftersom personer med en psykisk sjukdom har längre sjukfall och i större utsträckning beviljades tidsbegränsad sjukersättning, har förändringarna i sjukförsäkringen år 2008 särskilt berört dessa personer.

Inte heller om endast personer med sjukersättning för stadigvarande nedsatt arbetsförmåga studeras kan det urskiljas någon direkt ökning av antalet med en psykiatrisk diagnos. Antalet personer med en psykiatrisk diagnos med sjukersättning har varit i det närmaste konstant de senaste åtta åren. Det gäller även antalet personer som påbörjar en period med sjukersättning. Det är bland personer med andra diagnoser än psykiatriska som det har skett kraftiga fluktuationer i antalet som har sjukersättning, vilket har lett till att andelen personer med en psykiatrisk diagnos har ökat bland dem som har sjukersättning.

Det finns dock en grupp där antalet sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos ökar, och det är bland unga. Många av dessa kommer ifrån en period med aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Ökningen kan dock inte direkt härledas till att ersättningsformen infördes år 2003.

²⁹ Se Försäkringskassan (2013c), s. 25.

3 Psykisk sjukdom och arbetsförmåga

Kapitlet syftar till att belysa några centrala svårigheter som finns vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid psykisk sjukdom. I kapitlet beskrivs sjukdomsbild och klassificering av de psykiska sjukdomar som är vanliga orsaker till sjukskrivning, samt gränssnittet mellan normala livsproblem och psykisk sjukdom. Vidare beskrivs hur psykisk sjukdom kan påverka personers medicinska förutsättningar att klara av att arbeta, hur psykiatriska diagnoser hanteras i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, samt olika aktörers insatser för att främja återgång i arbete. Orsaker till psykisk sjukdom berörs inte i kapitlet eller i rapporten som helhet.³⁰

3.1 Förstämnings-, ångest- och stressrelaterade syndrom

Huvudparten av pågående sjukfall på grund av en psykisk sjukdom utgörs av sjukdomar inom diagnosgrupperna förstämningssyndrom och ångest- och stressrelaterade syndrom.³¹ De tillhör de stora folksjukdomarna och förekommer oftare hos personer i arbetsför ålder än hos äldre, vilket är en stor skillnad i jämförelse med de flesta kroppsliga sjukdomar som blir vanligare med ökad ålder.

Förstämningsyndrom kan grovt sett delas in i depressiva (unipolära) syndrom och bipolära syndrom. Den vanligaste depressionssjukdomen är så kallad egentlig depression, antingen en enstaka episod eller återkommande episoder. Depression kan omfatta både psykiska och somatiska symtom och anses vara en av de enskilt största sjukdomsgrupperna inom både allmänmedicinsk och psykiatrisk vård. De bipolära syndromen (kallades tidigare manodepressiv sjukdom)

³⁰ För mer information om arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom se SBU (2014).

³¹ Se figur B2 i bilaga 3.

karaktäriseras av episoder med ett förhöjt stämningsläge och av episoder med ett sänkt stämningsläge. Avgörande för att ställa diagnos inom sjukdomsgruppen förstämningssyndrom är polaritet, förlopp samt svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs av antalet symtom och vilken grad av funktionsnedsättning de medför.³²

Vid ångestsyndrom förekommer flera symtom på ångest samtidigt, på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Ångesten ska vara av en sådan svårighetsgrad att den leder till stora inskränkningar i den drabbades dagliga liv eller till andra nedsättningar av funktionen.³³

De stressrelaterade syndromen skiljer sig från andra psykiska sjukdomar eftersom de inkluderar störningar som inte bara karaktäriseras av symtom och förlopp, utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer. Det kan antingen vara en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren.

Klassifikation av psykiatriska diagnoser

Psykisk ohälsa är en övergripande term som innefattar ett nedsatt psykiskt välbefinnande, diagnosticerade psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar. Ett nedsatt psykiskt välbefinnande beskriver psykologisk stress eller psykiska symtom och bör inte tolkas som psykisk sjuklighet. I Socialstyrelsens övergripande principer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet³⁴ framgår att:

”Socialförsäkringsbalken (2010:110) utgår från gällande läkarvetenskaplig uppfattning. Enligt den utgångspunkten är sjukdom onormala kropps- och själstillstånd som inte hänger samman med den normala livsprocessen.”

Psykisk sjukdom diagnosticeras enligt givna kriterier av läkare. Medicinsk diagnostik innebär att tolka en patients symtom och undersökningsfynd och sammanställa tillståndet i form av en diagnos som kan vara en misstänkt eller bekräftad sjukdom, eller ett syndrom.³⁵ Diagnostik är en central del av den medicinska verksamheten eftersom diagnosen ligger till grund för specifik behandling, fortsatt

³² SBU (2012), Mer information om depression och bipolär sjukdom finns på webbplatsen: www.kunskapsguiden.se.

³³ SBU (2005), Mer information om ångestsyndrom finns på webbplatsen: www.kunskapsguiden.se.

³⁴ Se övergripande principer för sjukskrivning på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

³⁵ Se till exempel SBU (2005) och SBU (2012).

utredningsstrategi, förutsägelser om prognos med mera. Att ställa en diagnos och att klassificera eller koda en diagnos är dock inte samma sak och dessa båda begrepp är åtskilda. I det första fallet bestäms patientens tillstånd, till exempel en psykisk sjukdom. I det andra fallet väljs den eller de koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av en statistisk klassifikation, till exempel en psykiatrisk diagnos.

För klassifikation av psykisk sjukdom används två parallella system som utgår från psykiska symtom och deras varaktighet. Det ena systemet kallas DSM och används i huvudsak för klinisk diagnostik inom psykiatri.³⁶ Det täcker alla nu kända psykiska sjukdomstillstånd och störningar och ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda patienter. Det andra systemet är ICD, vars övergripande syfte är att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.³⁷ ICD används i huvudsak inom den så kallade vardagssjukvården, bland annat i läkarintygen som ligger till grund för bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

De diagnostiska koderna i DSM och ICD är i stort sett utbytbara³⁸, medan de diagnostiska kriterierna för sjukdom i de två systemen inte är helt kompatibla. Socialstyrelsen har utarbetat ett omfattande konverteringssystem mellan DSM och ICD.³⁹ I studier inom psykiatri används oftast klassificeringen DSM när det till exempel gäller förekomst av sjukdom, metoder för diagnossättning och behandlingar.⁴⁰ Samtidigt baseras en stor del av den samlade kunskapen i Sverige om sjukfallens längd och omfattning vid psykiatriska diagnoser och i andra sjukdomar på Försäkringskassans data. I dessa databaser anges sjukdomsdiagnos enligt ICD-10. De uppgifter som finns i Försäkringskassans databas är den huvuddiagnos som läkaren anger på det första läkarintyget i sjukfallet, med en diagnoskod på treställig nivå enligt ICD-10 och inte en mer specificerad diagnos. Diagnoskoden F43 innefattar till exempel både akut stressreaktion och utmattningssyndrom – sjukdomar med olika förlopp och prognos.

³⁶ APA (2002). Den amerikanska diagnosmanualen DSM står för The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. I Sverige används den fjärde versionen av DSM (DSM-IV), men det finns även en femte version (DSM-V) som presenterades i maj 2013.

³⁷ Världshälsoorganisationen (WHO) äger rättigheterna till ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Den svenska versionen av klassifikationen, ICD-10-SE, ges ut av Socialstyrelsen.

³⁸ APA (2002): i de övergripande avsnitten, där liknande sjukdomar grupperas, överensstämmer klassificeringen av sjukdomsdiagnoser i DSM-IV endast delvis med ICD-10.

³⁹ Socialstyrelsens webbplats om klassificering och koder: www.socialstyrelsen.se.

⁴⁰ SBU (2014) samt NHS (2011).

Olika system för klassificeringar, en ständigt pågående förändring av antalet psykiatriska diagnoser, glidningar i vilka symtom som täcks in av en sjukdomsklassifikation och dessutom skillnader mellan olika länder, gör att det är svårt att överblicka förekomsten av psykiska sjukdomar i befolkningen och om dessa har ökat eller minskat.

Ett begrepp som ibland används för att klassificera sjukdomar är så kallade symtomdiagnoser.⁴¹ Begreppet används för att beskriva sjukdomar där det saknas objektiva kliniska undersökningsfynd, till exempel röntgen och blodprover. Men att diagnoskriterierna utgår från symtom betyder dock inte att det är en ospecificerad diagnos. Diagnostik sker i stället genom en utredning med en sammanvägning av uppgifter både från patienten och från kliniska undersökningsfynd (symtombild, funktionsnedsättning och varaktighet).

Undersökningsfynden vägs sedan mot de givna sjukdomskriterierna för diagnos. När diagnosen sätts vid ohälsa bör läkaren sträva efter verifierbarhet av systematiska observationer och undersökningsfynd.

Ett annat begrepp som används allt oftare är den engelska termen ”common mental disorders” (CMD). Det är en beteckning som omfattar icke bipolära depressionssjukdomar, ångest- och stressrelaterade syndrom, samt fysiska symtom som har psykologiska orsaker (somatoforma störningar).⁴² Det är alltså sjukdomar som är vanligt förekommande inom både primärvården och psykiatrin. Det finns ingen motsvarande svensk beteckning för sjukdomsgruppen. I rapporter och undersökningar som har publicerats på svenska har CMD översatts till ”lättare psykisk ohälsa”.⁴³ Beteckningen lättare psykisk ohälsa kan emellertid vara vilseledande eftersom den kan uppfattas som ett förringande av psykisk sjukdom som kan orsaka betydande och långvarig nedsättning av individers hälsa och funktion. En internationell översiktsartikel visar att CMD inte har ökat nämnvärt över tid i befolkningen.⁴⁴

⁴¹ Se till exempel prop. 2002/03:89, s. 17.

⁴² Abbass m.fl. (2006).

⁴³ Se till exempel SOU 2011:15.

⁴⁴ Baxter m.fl. (2014).

Diagnostik och samsjuklighet

Diagnostisering av en psykisk sjukdom kan vara både komplex och tidskrävande och ska vara en integrerad del av vård och behandling.⁴⁵ För stressrelaterade syndrom kan diagnostiken vara komplicerad, dels med avgränsningar mot normala, naturliga reaktioner på traumatiska livsomständigheter, dels avgränsningar mot allvarlig psykisk sjukdom och framför allt depressionssjukdomar (se nedan).⁴⁶ En svensk studie har visat att förekomst av långvariga svåra stressrelaterade symtom innan sjukvården konsulteras resulterar i lång tid för återhämtning, vilket understryker vikten av att tidigt upptäcka sådana symtom.⁴⁷

Den systematiska litteraturoversikt om diagnostik av förstämningssyndrom som har tagits fram av Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, visar att det kliniska samtalet inte räcker för att diagnostisera depressionssjukdom eller bipolära syndrom. Den diagnostiska känsligheten (sensitiviteten) och träffsäkerheten (specificiteten) ökar däremot när bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade intervjuformulär och tillgång till journalhandlingar.⁴⁸

I en studie om läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron har ISF funnit att många individer får ändrad diagnos under ett sjukfall. En ändring av huvuddiagnos till diagnos i annat diagnoskapitel är dock minst vanlig bland dem som initialt har en psykisk sjukdom. Studien visar också att diagnosfördelningen vid sjukfallets slut är i princip densamma som vid sjukfallets start (aggregerad nivå). Det är med andra ord nästan lika få som ändrar diagnos från psykisk till somatisk sjukdom som från somatisk till psykisk sjukdom.⁴⁹

Samsjuklighet innebär att individen har två eller flera sjukdomar samtidigt, antingen flera psykiska sjukdomar eller både psykisk och kroppslig sjukdom. Det är vanligt att många av de långvariga psykiska sjukdomarna, liksom vissa kroniska somatiska tillstånd, någon gång under förloppet kompliceras av depressionssymtom.⁵⁰ Det finns ett starkt samband mellan svårighetsgrad vid förstämningssyndrom och förekomst av andra psykiska sjukdomar, framför allt ångestsyndrom eller impulskontrollstörningar.⁵¹ Det är också vanligt

⁴⁵ SBU (2012), s. 19.

⁴⁶ Carta m.fl. (2009) samt Casey (2009).

⁴⁷ Glise m.fl. (2012).

⁴⁸ SBU (2012).

⁴⁹ ISF (2014a), s. 562, samt s. 89 tabell B6.

⁵⁰ Åsberg m.fl. (2013).

⁵¹ Kessler m.fl. (2005).

att individer som lider av ångestsyndrom har någon annan sjukdom samtidigt.⁵² Vidare har individer med depressionssjukdom eller ångestsyndrom även en ökad risk för kroppsliga sjukdomar, smärttillstånd eller missbruk. Hjärtbesvär, magbesvär och astma är vanligare hos patienter med ångestsyndrom än hos genomsnittsbefolkningen.⁵³

Samsjuklighet kan medföra betydande komplikationer vid diagnostik och val av behandling. I en intervjustudie med olika aktörer inom hälso- och sjukvården fann myndigheten Vårdanalys att personer med psykisk sjukdom kan ha svårare att kommunicera sina problem, samt att somatiska symtom kan förväxlas med psykiska symtom.⁵⁴

Livsproblem eller psykisk sjukdom?

Som tidigare har nämnts kan avgränsningen vara komplicerad mellan normala och naturliga reaktioner på svåra livsomständigheter – exempelvis en sorg- eller krisreaktion, förlust av arbete, skilsmässa, samt personliga, sociala, ekonomiska eller arbetsrelaterade problem – och psykisk sjukdom.⁵⁵ Sådana livshändelser och problem kan ge psykiska reaktioner och symtom, men likväl uppfyller de ofta inte de diagnostiska kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De psykiska symtomen kan medföra betydande lidande, men de behöver inte vara sjukdomsrelaterade. När reaktionen och symtomen däremot blir djupare eller pågår längre än förväntat kan tillståndet klassificeras som ett syndrom, närmare bestämt en anpassningsstörning.⁵⁶ Hälso- och sjukvården och även Försäkringskassan har ett ansvar för att inte bidra till en glidning och utvidgning av vad som är sjukdom.⁵⁷

Livsproblem kan leda till att personer upplever ett nedsatt psykiskt välbefinnande vilket har nämnts tidigare, men det bör inte tolkas som psykisk sjuklighet. Både nationella och regionala folkhälsoundersökningar visar att andelen personer med ett nedsatt psykiskt välbefinnande⁵⁸ i befolkningen generellt sett har varit relativt stabil

⁵² Hong Lee m.fl. (2013).

⁵³ SBU (2005).

⁵⁴ Vårdanalys (2014), s. 102–103.

⁵⁵ Se till exempel Åsberg m.fl. (2013).

⁵⁶ Åsberg m.fl. (2010).

⁵⁷ Se försäkringsmedicinskt beslutsstöd på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se (Övergripande principer för sjukskrivning: Sjukdomsbegreppet).

⁵⁸ Nedsatt psykiskt välbefinnande mäts vanligen med ett frågebatteri med tolv frågor: General Health Questionnaire 12 (GHQ-12). Se Goldberg och Blackwell (1970) samt Folkhälsomyndigheten (2014).

och inte har ökat nämnvärt under 2000-talet.⁵⁹ Folkhälsundersökningar i Stockholms län har visat att andelen personer med ett nedsatt psykiskt välbefinnande ökade under 1990-talet, men har varit relativt stabil sedan år 2002.⁶⁰ Däremot har andelen unga med psykisk ohälsa fortsatt att öka i Sverige sedan 1990-talet⁶¹, även om barns och ungdomars psykiska hälsa och välbefinnande generellt sett är på en god nivå.⁶²

Så kallade öppna jämförelser, med åldersstandardiserade värden, visar också att det finns betydande regionala skillnader avseende nedsatt psykiskt välbefinnande i Sverige.⁶³ I kontrast till de svenska undersökningarna visar en internationell översiktsartikel att förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat över tid, även under 2000-talet. Enligt forskarna kan detta delvis förklaras av en ökad allmän medvetenhet om psykisk ohälsa och en ökad användning av begrepp som ångest och depression i sammanhang där de inte utgör kliniska sjukdomar.⁶⁴

Det finns således många utmaningar med att identifiera och undersöka psykiatriska diagnoser på grund av olika klassifikationer, särskilda problem med samsjuklighet och att avgränsa vissa psykiska sjukdomar mot generella livsproblem.

3.2 Vård och behandling

Enligt SBU finns det stark vetenskaplig evidens för att målet tillfrisknande, det vill säga både frihet från symtom och återvunnen arbetsförmåga och social funktion, uppnås för flertalet individer med depressionssjukdom om tillgängliga behandlingsmöjligheter utnyttjas konsekvent.⁶⁵ Även för nästan samtliga ångestsyndrom finns det behandlingar med dokumenterad effekt. Ångestsymtomen lindras, men det är sällan som personer uppnår full symtomfrihet. Med få undantag återkommer symtomen när behandlingen har avslutats och det kan därför behövas långvarig eller återkommande behandling.⁶⁶

⁵⁹ Socialstyrelsen (2009), Region Skåne (2009), Västra Götalandsregionen (2011), Stockholms läns landsting (2011) samt Landstinget Sörmland, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Värmland, Landstinget Västmanland och Örebro läns landsting (2008).

⁶⁰ Stockholm läns landsting (2011) samt Dalman m.fl. (2011).

⁶¹ Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013), s. 43 ff.

⁶² Socialstyrelsen (2009a), Ungdomsstyrelsen (2013) samt Petersen m.fl. (2010).

⁶³ Socialstyrelsen (2009): diagram 19 och bilaga 4.

⁶⁴ Baxter m.fl. (2014).

⁶⁵ SBU (2004), s. 11–14.

⁶⁶ SBU (2005), s. 11–14.

De flesta personer som söker vård för depressionssjukdomar, ångest- och stressrelaterade syndrom får sin behandling inom primärvården. Socialstyrelsen har konstaterat att det behövs åtgärder för att kunna bedriva en god och jämlik vård inom primärvården över hela landet när det gäller patienter med psykisk sjukdom. I dag finns det stora brister och tillgången liksom kvaliteten på vården varierar. Det är även brist på och stora skillnader i tillgången till psykiatriker, liksom tillgången till behandling som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykoterapi, i olika delar av landet.⁶⁷

Antalet vårdtillfällen på sjukhus på grund av psykiska tillstånd och antalet besök i den öppna psykiatriska vården ökade under andra halvan av 2000-talet. Ändå har kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården under åren 2007–2011 inte ökat i samma grad som kostnaderna för primärvården eller den specialiserade somatiska vården.⁶⁸ Samsjuklighet medför ökade svårigheter i valet av behandling och det saknas generella riktlinjer för vad som är den bästa behandlingen när flera sjukdomar förekommer samtidigt.

3.3 Arbetsförmåga

Psykisk sjukdom har en stor betydelse för individens arbetsförmåga och därigenom också för arbetskraftsdeltagandet. Detta kan till stor del förklaras av att psykiska sjukdomar vanligen debuterar tidigt i arbetslivet, eller innan individen har börjat förvärsarbeta, och att psykiska sjukdomar dessutom påverkar en rad olika förmågor som är väsentliga för att kunna klara ett arbete.⁶⁹

Symtom och förmåga till aktivitet och delaktighet

Psykisk sjukdom präglas av störningar i en individs upplevelser och beteende, till exempel sänkt stämningsläge, oro, ångslan och sömnsvårigheter. Förutom att detta orsakar ett betydande lidande för den enskilda, kan symtomen leda till en försämrad förmåga till aktivitet och delaktighet i arbete, socialt liv eller i andra viktiga avseenden. Förmågan att minnas, koncentrera sig, lära nytt och tillämpa sina kunskaper är vanligt förekommande nedsättningar vid psykisk sjukdom. Exekutiva funktioner, så som att fatta beslut och hantera varierande krav och förutsättningar, kan påverkas. Även affektiva funktioner,

⁶⁷ Socialstyrelsen (2013).

⁶⁸ Ibid, s. 41.

⁶⁹ Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø (2010), Socialstyrelsen (2013a).

som att upprätthålla kontakter och relationer på ett socialt lämpligt sätt, kan vara nedsatta. Det är funktioner som mer eller mindre är väsentliga för flertalet arbeten.⁷⁰ Det för även med sig att en individ med psykisk sjukdom kan få svårare att klara av ett nytt arbete på en ny arbetsplats, även om arbetet är mindre kvalificerat. Den arbetsförmåga som finns i det nuvarande arbetet, kanske på deltid och för vissa arbetsuppgifter, kan reduceras eller försvinna när det ställs krav på att lära nytt och på att skapa nya sociala kontakter.

Olika psykiska sjukdomar begränsar förmågan till funktion och aktivitet i olika omfattning och under olika långa tidsperioder. När det gäller psykisk funktionsnedsättning är spridningen dessutom stor inom en sjukdomsdiagnos. Det beror dels på att variationen av symtom är väsentlig inom en och samma sjukdomsdiagnos, dels på att vissa symtom är allvarigare än andra. Även personers olika känslighet, personligheter och sociala förhållanden har betydelse för hur omfattande nedsättningen är vid sjukdom. Sammantaget innebär detta att läkningsförloppet för en enskild individ kan vara mycket svår att bedöma.

Förmågan att klara av att arbeta

De allra flesta med depressions- ångest- eller stressrelaterade symptom har ingen påtaglig nedsättning av arbetsförmågan, har ingen ersättning från sjukförsäkringen och behöver ingen anpassning av arbetet. Detta illustreras tydligt i IFAU:s studie av effekter av behandlingar som påbörjats inom rehabiliteringsgarantin.⁷¹ Rehabiliteringsgarantin innebär att kvinnor och män i åldern 16–67 år kan få tillgång till KBT-behandling vid depressionssjukdom, ångest- eller stressrelaterade besvär när vården har gjort en medicinsk bedömning. I studien undersöktes effekter av behandlingar som inleddes inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne från januari 2010 till och med juni 2011. Totalt deltog 7 029 individer i KBT-behandling. Endast 18 procent av dessa hade en sjukskrivningsperiod på 14 dagar eller längre.

En studie av Bertilsson och medarbetare beskriver, utifrån intervjuer, personer som har erfarenhet att arbeta trots att de har ångest och depression. Deras upplevda nedsatta arbetsförmåga är sällan synlig för omgivningen och är svår att tala om med arbetsledningen och

⁷⁰ Se till exempel Socialstyrelsen (2003), Försäkringsmedicinskt beslutsstöd på Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se) och webbplatsen: www.kunskapsguiden.se.

⁷¹ Hägglund m.fl. (2012) samt (2014).

arbetskamraterna. Något som upplevs som särskilt svårt är samspelet med andra människor på arbetsplatsen. Att relatera till andra, som kollegor, kunder eller elever, kräver en mental närvaro som individer med depression eller ångest ofta inte har. I studien konstaterar forskarna att en medveten och stödjande strategi på arbetsplatsen kan öka individens möjligheter till en hållbar arbetskapacitet, liksom till en hållbar återgång i arbete efter sjukskrivning.⁷²

När en arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga behöver anpassning av arbetsuppgifter, arbetsmiljö eller arbetstider krävs att hon eller han berättar om sina problem. Arbetstagarens psykiska ohälsa är dock ofta dold, antingen för att individen inte fullt ut är medveten om sina symtom och besvär eller inte är öppen med sina problem. Dessutom kanske arbetsplatsen inte kan eller vill ta del av arbetstagarens problem. När det inte behövs några anpassningar eller en anställd uppfattar att det inte finns några förutsättningar för anpassning, kan det finnas både för- och nackdelar med att berätta om sin sjukdom.

I en litteraturöversikt om för- och nackdelar med att vara öppen med sin psykiska sjukdom på arbetsplatsen framkommer att det bland dem med psykisk sjukdom finns en oro för att de ska diskrimineras, att de inte ska tas på allvar när arbetsledning och arbetskamrater känner till den psykiska sjukdomen och att sjukdomen ska vägas in i allt de gör eller säger.⁷³ En tidig identifiering av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar kan också leda till onödigt medikalisering av besvär som kan medföra svårigheter för den enskilda att komma in på den öppna arbetsmarknaden i ett senare skede i livet. Det finns också erfarenhet av att det krävs så mycket energi att dölja sjukdom att det sätter ned förmågan att klara av arbetet. Undersökningsgrupperna i studier om stigma är ofta inte specificerade eller alltför heterogena och innefattar förmodligen till största delen allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni och andra psykosjukdomar. Med största sannolikhet är stigmat inte lika uttalade vid depression och ångest i jämförelse med till exempel schizofreni. En översiktsartikel tyder på att män med depression eller ångeststörningar har en högre grad av funktionsnedsättning och social isolering än kvinnor.⁷⁴ Detta kan bero på att män ofta är mer förtegnade om sitt psykiska lidande, vilket därmed begränsar deras möjligheter till behandling, socialt stöd och anpassning av arbetet.

⁷² Bertilsson m.fl. (2013).

⁷³ Brohan m.fl. (2012).

⁷⁴ Scott (2011).

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

År 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Detta uppdrag resulterade i att Socialstyrelsen år 2007 gav ut ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Det består av två olika delar: dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika sjukdomsdiagnoser.⁷⁵ Den första delen ska användas som en vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivningar. Den andra delen ger specifika rekommendationer i form av sjukskrivningstider för olika diagnoser och deras allvarlighetsgrad. Åren 2008 och 2009 tillkom ytterligare 23 rekommendationer, främst inom sjukdomsgruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar.

Resultaten av Försäkringskassans uppföljning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet visar bland annat att medianlängden för sjukskrivning vid psykiska sjukdomar minskade från 73 till 61 dagar. Medianlängden för sjukskrivning i de fysiska sjukdomsgrupperna minskade däremot i lägre grad. Sannolikheten för att avsluta en sjukskrivning ökade ungefär lika mycket för psykiska sjukdomar som för rörelseorganens sjukdomar, med 13 respektive 14 procent.⁷⁶ Studien är dock inte en effektutvärdering.

När de specifika rekommendationerna för psykiatriska diagnoser infördes i beslutsstödet år 2008 och 2009 medförde det ingen ytterligare minskning i sjukskrivningstid och spridningen i sjukskrivningstid hade inte heller minskat för psykiska sjukdomar sedan rekommendationerna infördes.⁷⁷ En trolig förklaring till detta är att det saknas valid kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningstid vid olika psykiska sjukdomar. Detta avspeglas i att beslutsstödet ofta innefattar stora variationer i den rekommenderade sjukskrivningstiden beroende på omständigheterna i det individuella fallet. Dessutom saknas det rekommendationer om sjukskrivningslängd för flera av de specifika psykiatriska diagnoserna, samt när det förekommer samsjuklighet.

⁷⁵ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2006) samt Socialstyrelsen (2012). Se även försäkringsmedicinskt beslutsstöd på Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se).

⁷⁶ Försäkringskassan (2011): jämförelse av sjukskrivningslängden 28 månader före och 28 månader efter införandet av beslutsstödet.

⁷⁷ Försäkringskassan (2010a) samt Försäkringskassan (2011).

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har tydligt uttalat att beslutsstödet inte ska uppfattas som styrande regler för hur personers sjukskrivningar ska bedömas. Varje enskilt fall ska fortfarande bedömas individuellt, vilket betyder att avsteg alltid kan göras från rekommendationerna i beslutsstödet. Det innebär dock i praktiken att avsteg från standard ska motiveras.

Ett beslutsstöd för sjukskrivning behöver dock inte nödvändigtvis innehålla rekommendationer om hur många veckor som är en lämplig sjukskrivningsperiod. I det norska beslutsstödet – Faglig veileder for sykmeldere – finns till exempel ett resonemang om när sjukskrivning behövs och när det kan undvikas, men någon diagnosspecifik sjukskrivningstid rekommenderas inte.⁷⁸

Det finns även en risk att läkare väljer eller modifierar diagnos efter hur lång tid de tror att patienten behöver vara sjukskriven så att diagnos och sjukskrivningslängd stämmer överens med rekommendationerna i beslutsstödet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan på det sättet medföra en oavsiktlig diagnosförskjutning, exempelvis att läkare anger diagnosen ”depression, ospecificerad” (F32.9) istället för ”medelsvår depressiv episod” (F32.1). Detta diskuterades och bekräftades delvis av kliniskt verksamma läkare vid ett seminarium om beslutsstödet som anordnades av Socialstyrelsen hösten 2013.⁷⁹

Insatser för att främja återgång i arbete

När det görs riktade insatser för att främja återgång i arbete vid psykisk sjukdom är de mest förekommande åtgärderna inriktade på att stärka personens förmåga till problemlösning och hantering av den nedsatta arbetsförmågan, att behålla eller återupprätta en nära kontakt med arbetsplatsen, samt att gradvis öka arbetsbelastning vid återgången i arbete.

Personen kan samtidigt behöva hantera att hon eller han har mindre energi, svårare att koncentrera sig, är mer lättirriterad och har lättare att glömma bort saker. Personen behöver också kunna sätta gränser för att kunna hantera kraven i arbetet. Sjukskrivningen kan dessutom föra med sig att individen börjar tvivla på sin egen förmåga, på sina möjligheter att gå tillbaka i arbete eller att kunna få ett nytt arbete.

⁷⁸ Se HelseDirektoratets webbplats: <http://.sykmelderveileder.helsedirektoratet.no>.

⁷⁹ Sammanfattning: seminarium om Socialstyrelsens rekommendationer om sjukskrivning, Socialstyrelsen den 28 augusti 2013.

En studie av Ståhl och medarbetare visar på olika förhållningssätt hos personer som har haft en längre sjukskrivning för ångest- eller stressrelaterat syndrom: dels de som ser sin sjukskrivning och sin psykiska sjukdom som en avvikelse från deras normala liv och där målet är att återgå till ”normalitet”, dels de som ser sjukdomen som en förändring av förutsättningarna för livet i stort och för sitt arbetsliv. De olika förhållningssätten har betydelse för vilket stöd och vilken kontinuitet individen behöver när det gäller åtgärder, liksom för beredskapen hos individen att byta arbetsuppgifter, arbetsplats eller yrke.⁸⁰

Intervjuer och processutvärderingar visar att de strategier och planer som formuleras för att klara av att återgå i arbete vid psykisk sjukdom ofta inte stämmer överens med vad som verkligen kan genomföras vid återgången. Individuella strategier, som att inte ha för stora krav på sig själv eller anpassningar på arbetsplatsen, kan vara svåra att passa ihop med arbetsgivarens mål på produktivitet och kvalitet. Sjukskrivna personer med psykisk sjukdom upplever ofta ett glapp mellan vad olika aktörer förmedlar eller att de till och med får motsägande besked, vilket försvårar deras möjligheter att avgöra när det är dags att återgå i arbete.⁸¹ Det är med andra ord inte ovanligt att de olika aktörerna – Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, rehabiliteringsaktörer och arbetsgivaren – förmedlar olika syn på den sjukskrivna personens förutsättningar att återgå i arbete, tidpunkten för återgång, samt konsekvenserna av psykisk sjukdom.⁸²

I en studie från Nederländerna testades hypotesen att för mycket anpassning av arbetsuppgifterna kan leda till att individen undviker att göra arbetsuppgifter som ger eller ökar stress och ångest, och att detta undvikande beteende kan förlänga tiden till en full återgång i arbete. I studien utvärderades effekten av att de sjukskrivna personerna efter 3–8 veckors hel sjukskrivning, gradvis och på ett planerat sätt, fick ta sig an arbetsuppgifter som de förknippade med stress och ångest. De fick också övningar att göra hemma för att hjälpa dem att motverka undvikarbeteende. Åtgärderna resulterade dock i längre sjukskrivningstider och i att de mårde sämre. Det blev helt enkelt för mycket för de sjukskrivna personerna.⁸³

⁸⁰ Ståhl m.fl. (2014).

⁸¹ Friis Andersen m.fl. (2012).

⁸² Andersen m.fl. (2012).

⁸³ Noordik m.fl. (2013).

Gemensamt för rekommendationer för att främja återgång i arbete vid psykisk sjukdom och vid andra sjukdomar, så kallad ”Best Practice”, är att processen ska vara tydlig. Det ska vara tydligt vem som ansvarar för vad och vilka regler, begränsningar och tidsperspektiv som gäller. Den vetenskapliga evidensen för vad som ger effekt på arbetsåtergången vid psykisk sjukdom är mycket begränsad. Det finns dock viss evidens för att anpassningar och insatser på arbetsplatsen kan främja återgång i arbete. Några svenska studier indikerar till exempel att arbetsrelaterade insatser, eller arbetsrelaterade insatser i kombination med kliniska insatser, främjar arbetsförmågan vid psykisk sjukdom.⁸⁴

Likaså finns det motstridiga erfarenheter och få publicerade forskningsstudier avseende i vilken utsträckning som deltidssjukskrivning förkortar tiden fram till full återgång i arbete vid psykisk sjukdom. Hur arbetstiden kan förläggas vid deltidssjukskrivning för att på bästa sätt motsvara individens arbetsförmåga skiljer sig sannolikt mellan olika sjukfall. Vid vissa tillstånd kan halva arbetsdagar vara det bästa, i andra är det bättre att individen arbetar endast ett par dagar i veckan.

I en dansk studie skattades effekter av deltidssjukskrivning på tiden för sjukskrivning, det vill säga till det att personen återvände till ordinarie arbetstid och avslutade sin sjukskrivning.⁸⁵ Alla studiepersoner var initialt sjukskrivna på heltid under minst åtta veckor innan de fick möjlighet till en deltidssjukskrivning. Tiden till full återgång i arbete förkortades för dem med kroppslig sjukdom, men inte för dem med psykiska sjukdomar. Resultaten tyder alltså på att deltidssjukskrivning kan vara en effektiv rehabiliteringsåtgärd för sjukskrivna personer med somatisk diagnos, men inte för dem som är sjukskrivna med psykiatrisk diagnos.

⁸⁴ Wählin m.fl. (2013) samt Karlson m.fl. (2010).

⁸⁵ Høgelund m.fl. (2012).

3.4 Sammanfattning

Flera faktorer försvårar identifikation av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Svårigheterna består bland annat av förändringar av kriterier för diagnoser, utökning av diagnoskoder och olika system för sjukdomsklassifikation. Det kan även vara komplicerat att avgränsa vad som ska klassificeras som sjukdom och vad som ska ses som normala livsproblem. Detta medför bland annat att kunskapsutvecklingen riskerar att hämmas när det gäller psykisk sjukdom. Vidare finns det brister i vården av personer med psykisk sjukdom, liksom regionala skillnader beträffande tillgång till vård och behandling, till exempel KBT-behandling och specialistvård inom psykiatri. Personer som söker vård för psykiska besvär kan behöva mer tid vid ett läkarbesök än vad som många gånger är möjligt att erbjuda.

Vanligt förekommande symtom och funktionsnedsättningar vid psykisk sjukdom påverkar personers förmåga till aktivitet och delaktighet i arbete, socialt liv eller i andra viktiga avseenden. En god psykisk funktionsförmåga är väsentlig för att klara av flertalet arbeten. För personer med en psykisk sjukdom kan byte av arbetsuppgifter och arbetsplats, med nya krav eller nya sociala kontakter, medföra att förmågan att klara av arbetet försämras. Arbetsplatsen och arbetsgivaren har en viktig roll i rehabiliteringsarbetet, men det finns brister i samordningen mellan olika berörda aktörer. Det behövs en medveten och stödjande strategi på arbetsplatsen som kan öka individens möjligheter till en hållbar arbetskapacitet.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är vagt när det gäller rekommendationer vid psykiatriska diagnoser. När övergripande principer för sjukskrivning infördes i beslutsstödet sammanföll detta med en betydande minskning av medianlängden för sjukskrivning vid psykiska sjukdomar, medan de specifika rekommendationer för psykiatriska diagnoser som infördes i beslutsstödet inte sammanföll med en ytterligare minskning eller en minskad spridning i sjukskrivningstid. Det finns dessutom en risk för att beslutsstödet kan medföra en oavsiktlig diagnosförskjutning. I beslutsstödet rekommenderas ofta deltidssjukskrivning, men det finns motstridiga erfarenheter och få publicerade forskningsstudier som visar att deltidssjukskrivning vid psykisk sjukdom förkortar tiden fram till full återgång i arbete.

En utmaning inom sjukförsäkringen, som kanske är allra tydligast för personer med psykisk sjukdom, är att ge trygghet vid ohälsa men samtidigt inte bidra till ökad sjukfrånvaro i de fall där det finns möjlighet till arbete.

4 Utveckling av sjukförsäkringens regelverk och administration 1990–2014

I detta kapitel redogörs i stora drag för hur sjukförsäkringens regelverk och administration har utvecklats från 1990-talet fram till i dag.

Beskrivningen av utvecklingen avseende sjukpenning har delats in i sex teman: i) kontroll, ii) kriterier för bedömning av arbetsförmåga, iii) arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkan, iv) arbetsgivarens ansvar v) partiell sjukpenning samt vi) ekonomisk ersättning till individen. Förändringar som påverkar sjuk- och aktivitetsersättning samt sjukförsäkringens administration behandlas separat under egna rubriker.

Syftet med kapitlet är att knyta utveckling av regelverk och administration till teori, tidigare forskning och de analyser som presenteras i rapporten. Detta för att kunna diskutera vilken betydelse utvecklingen av regelverket har haft för förekomsten av psykiatriska diagnoser bland personer med ersättning från sjukförsäkringen.

4.1 Kontroll

Med kontroll avses här åtgärder som bidrar till att sjukförsäkringen används på det sätt som den är avsedd för. Det kan exempelvis vara att ställa krav på läkarintyg, att pröva den sjukskrivna individens arbetsförmåga, men också att göra olika typer av utredningar med till exempel arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården.

Fram till 1995 kunde försäkringskassorna, när det fanns skäl för det, begära att den som ansökte om eller fick sjukpenning lämnade in läkarintyg för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan.

Riksförsäkringsverket utfärdade föreskrifter om vid vilka tidpunkter och i vilka situationer intyg skulle begäras.⁸⁶

År 1995 genomfördes en rad förändringar i sjukförsäkringen som syftade till att få ett tydligare underlag och därigenom öka möjligheten till kontroll, så som krav på läkarintyg och ett intyg från individen på heder och samvete.⁸⁷ År 1997 infördes den så kallade steg-för-steg-modellen som innebar att bedömningen av arbetsförmågan gjordes stegvis, dock utan några tidsangivelser för när bedömningen skulle skiftas från ett steg till nästa.⁸⁸ År 2003 tydliggjordes steg-för-steg-modellen med en tidsangivelse som innebar att försäkringskassorna senast ett år efter den första sjukdagen skulle ha utrett förutsättningarna för att byta ut sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Det blev också möjligt för försäkringskassorna att begära att personen skulle delta vid ett avstämningsmöte, vilket bland annat syftade till att utreda det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av rehabilitering.⁸⁹

År 2008 infördes rehabiliteringskedjan som innebär att bedömningen av rätten till sjukpenning ska prövas gentemot olika arbetsuppgifter, beroende på hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt.⁹⁰ Det kan delvis ses som att den tidigare stegmodellen tidsattes med tidpunkter för när de olika bedömningarna skulle genomföras.⁹¹ Rehabiliteringskedjan innebär att arbetsförmågan under de första 90 dagarna ska bedömas i förhållande till individens vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren kan erbjuda tillfälligt.⁹² Efter dag 90 ska det även bedömas om personen kan försörja sig genom något annat arbete hos arbetsgivaren.⁹³ När arbetsförmågan har varit nedsatt i 180 dagar ska det dessutom bedömas om individen kan utföra ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden⁹⁴ eller annat

⁸⁶ 3 kap. 7 § i den upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring, i dess lydelse före oktober 1995, samt Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1988:2) om kontroll i sjukpenning-ärenden m.m.

⁸⁷ SFS 1995:508, prop. 1994/95:147, s. 24 ff.

⁸⁸ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997 (SFS 1996:1542).

⁸⁹ 3 kap. 8 a § och 16 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 2003, SFS 2003:422.

⁹⁰ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från den 1 juli 2008, SFS 2008:480.

⁹¹ Jfr prop. 2007/08:136, s. 66.

⁹² 27 kap. 46 § socialförsäkringsbalken.

⁹³ 27 kap. 47 § socialförsäkringsbalken.

⁹⁴ Begreppet ”normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden” för att pröva arbetsförmågan ersattes under perioden den 1 juli 2008–30 juni 2012 med begreppet ”den reguljära arbetsmarknaden” (SFS 2008:480 och SFS 2012:256).

lämpligt arbete som är tillgängligt för personen, om det inte finns särskilda skäl mot det eller att det i annat fall bedöms oskäligt.⁹⁵

Efter 365 dagar ska bedömningen alltid göras gentemot normalt förekommande arbete, om det inte kan anses oskäligt.⁹⁶

År 2008 infördes också en tidsgräns, 914 dagar, för hur länge en person kan få sjukpenning.⁹⁷ Den som uppnådde tidsgränsen erbjöds att delta i Arbetsförmedlingens program om arbetslivsintroduktion under tre månader.⁹⁸ Om arbetsförmågan fortfarande var nedsatt, var det därefter möjligt att ansöka om en ny period med sjukpenning.⁹⁹

Sedan införandet har reglerna i rehabiliteringskedjan justerats, både 2010 och 2012, vilket bland annat har inneburit att vissa undantagsregler har införts.¹⁰⁰

Rehabiliteringskedjan tillämpas i sin helhet endast för dem som har en arbetsgivare.¹⁰¹ För arbetslösa ska arbetsförmågan bedömas i förhållande till arbeten på hela arbetsmarknaden redan från dag ett i sjukperioden.¹⁰²

Sammanfattningsvis har utvecklingen under perioden 1990 till 2014 lett till att kontrollen av individen har ökat. Från och med år 1995 infördes successivt striktare kontroll av individen i form av krav på intyg, bedömning av arbetsförmåga och utredningar. Särskilt tydlig blev kontrollen i och med att rehabiliteringskedjan och en bortre gräns för hur länge en person kan få sjukpenning infördes.

⁹⁵ 27 kap. 48 § socialförsäkringsbalken.

⁹⁶ 27 kap. 49 § socialförsäkringsbalken.

⁹⁷ 27 kap. 21 och 24 §§ socialförsäkringsbalken. Undantag finns dock i 27 kap. 23 och 24 a §§ socialförsäkringsbalken.

⁹⁸ 30 b § förordning (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.

⁹⁹ 27 kap. 21 och 51 §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁰⁰ I januari 2010 infördes bestämmelser om att prövning gentemot hela arbetsmarknaden vid 180 respektive 365 dagar kunde skjutas upp inte bara om det fanns särskilda skäl emot det utan också om det bedömdes oskäligt. Förutsättningen för att få ytterligare sjukpenning på normalnivå ändrades också från rekvisitet synnerliga skäl till att istället omfatta de med en allvarlig sjukdom (SFS 2009:1531). I januari 2012 infördes en ytterligare möjlighet att betala ut fler dagar på fortsättningsnivå i de fall där det i annat fall på grund av individens sjukdom skulle framstå som oskäligt. (27 kap. 24 a § socialförsäkringsbalken. SFS 2011:1513). I juli 2012 återinfördes begreppet normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden istället för begreppet reguljära arbetsmarknaden vid prövning av arbetsförmågan efter dag 180 (SFS 2012:256). Se vidare not 85.

¹⁰¹ Egna företagare prövas mot det vanliga arbetet fram till dag 180 därefter prövas de mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

¹⁰² Prop. 2007/08:136, s. 59.

4.2 Kriterier för bedömning av arbetsförmåga

I början av 1990-talet kunde sjukpenning beviljas både för nedsättning av arbetsförmåga på grund av rent medicinska skäl och i vissa fall på grund av arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska och sociala skäl.

Sjukdomsbegreppet förtydligades i lagen 1995. Då markerades att det vid bedömning av arbetsförmåga ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.¹⁰³

Det ansågs viktigt att motverka en utvidgning av sjukdomsbegreppet och förhindra att ersättning från sjukförsäkringen gavs för sociala och generella livsproblem.¹⁰⁴ År 1997 renodlades sjukförsäkringen ytterligare. Individuella faktorer, främst ålder, men även bosättningsförhållanden, utbildning och tidigare yrkeserfarenhet skulle i fortsättningen endast beaktas om det fanns särskilda skäl för det.¹⁰⁵ Motiveringen till detta var att möjliggöra en helhetssyn i fall där enbart medicinska kriterier skulle ge orimliga utfall.¹⁰⁶

De särskilda undantagen för hänsyn till sociala faktorer kvarstod till år 2008 då rehabiliteringskedjan infördes. Då togs samtliga undantag bort. Det skäl som angavs för förändringen var att det har stor betydelse att sjukförsäkringen renodlas och att ersättning från sjukförsäkringen endast utgår när sjukdom sätter ner arbetsförmågan.¹⁰⁷

Under perioden 1990 till 2014 har sjukförsäkringen sammanfattningsvis utvecklats mot att i allt högre utsträckning endast ta hänsyn till medicinska orsaker vid bedömningen av arbetsförmåga och rätt till ersättning. Från mitten av 1990-talet och framåt begränsades regelverket allt mer. Faktorer som har betydelse för individens förutsättningar på arbetsmarknaden och möjligheter att försörja sig, som exempelvis ålder, utbildning och bostadsort, har stegvis tagits bort. Sedan år 2008 beviljas ersättning enbart av medicinska skäl.

¹⁰³ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 oktober 1995 (SFS 1995:508).

¹⁰⁴ Prop. 1994/95:147, s. 21.

¹⁰⁵ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997 (SFS 1996:1542).

¹⁰⁶ Prop. 1996/97:28, s. 10 ff.

¹⁰⁷ Prop. 2007/08:136, s. 67.

4.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkan

Arbetslivsinriktad rehabilitering avser här insatser på arbetsplatsen eller via Arbetsförmedlingen, till exempel arbetsträning, praktik, utbildning eller en annan insats som en individ kan få rehabiliteringsersättning för. *Samverkan* avser de olika sätt som aktörerna i sjuk-skrivningsprocessen samverkar kring individen.

I början av 1990-talet genomfördes flera förändringar i sjukförsäringen i syfte att främja arbetslivsinriktad rehabilitering. En rehabiliteringspenning introducerades och arbetsgivaren fick ansvaret för att kartlägga den anställdes behov av rehabilitering. Försäkringskassorna gavs ansvaret för att samordna och följa upp rehabiliteringen.¹⁰⁸

Fram till år 2003 bedrevs samverkan mellan försäkringskassorna och andra aktörer på olika sätt runt om i landet. Försäkringskassorna arbetade med förebyggande åtgärder och informationsinsatser till arbetsgivare. När arbetslivsinriktad rehabilitering var aktuell förekom bland annat samråd med den sjukskrivna personen.¹⁰⁹ Vidare gavs det också möjlighet att med särskilda medel samverka med andra myndigheter inom rehabiliteringsområdet. Denna möjlighet permanentades när lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser trädde i kraft år 2004, men denna samverkan föregicks av olika försöksverksamheter som påbörjades redan 1993.¹¹⁰

År 2003 introducerades *avstämningmöte* som en utredningsmetod för försäkringskassorna. Vid avstämningmötet skulle bland annat behovet av rehabilitering utredas.¹¹¹ Regeringen uttryckte en ambition om att insatserna skulle komma till stånd tidigt i sjukskrivningen.¹¹² År 2005 reglerades i lag att Försäkringskassan skulle kalla till avstämningmöte senast 14 dagar efter det att rehabiliteringsutredningen från arbetsgivaren hade kommit in.¹¹³ Detta lagkrav togs bort 2007.¹¹⁴

¹⁰⁸ 22 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1992 (SFS 1991:1040).

¹⁰⁹ Riksförsäkringsverket (2002), s. 90 ff.

¹¹⁰ SFS 1992:863, prop. 1991/92:105, s. 7 f.

¹¹¹ 3 kap. 8 a § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 2003 (SFS 2003:422).

¹¹² Prop. 2004/05:21, s. 71 f.

¹¹³ 22 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 2005 (SFS 2004:1238).

¹¹⁴ SFS 2007:298.

År 2003 infördes också *handlingsplansamverkan* som en samverkansmodell mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkan skulle främst avse arbetslösa och kriteriet för att komma i fråga för en insats var att personen hade en aktivitetsförmåga på minst tio timmar i veckan. För att betona vikten av att agera tidigt i sjukfallet gavs Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen år 2011 i uppdrag att ta fram en ny modell för detta.¹¹⁵ Uppdraget resulterade i att åtgärden *gemensam kartläggning* infördes 2012 som ett nytt sätt att samverka mellan myndigheterna.¹¹⁶ Förhoppningen var att fler personer skulle bli föremål för tidiga insatser i sjukfallet.¹¹⁷ Denna modell ersatte handlingsplansamverkan.

Sammanfattningsvis har utvecklingen under perioden 1990 till 2014 inneburit att relativt sett fler sjukskrivna personer har blivit föremål för utredningar och insatser tidigt i sjukfallet. Över tid har även kraven på samordning mellan de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen ökat.

4.4 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivaren har huvudansvaret för de anställdas rehabilitering.¹¹⁸ Regelverket kan på olika sätt skapa drivkrafter för att arbetsgivaren ska ta detta ansvar, exempelvis genom att låta arbetsgivaren bära en större del av kostnaden vid sjukfrånvaro eller genom att subventionera insatser.

Mot bakgrund av de höga sjukskrivningstalen i början av 1990-talet infördes en sjuklöneperiod år 1992 som innebar att arbetsgivaren stod för kostnaden under sjukperiodens första 14 dagar.¹¹⁹ Tidigare ersatte den statliga sjukpenningen individen under hela perioden. Under åren 1997–2005 varierade sjuklöneperiodens längd och var som längst fyra veckor. Sedan 2005 har sjuklöneperioden varit 14 dagar.¹²⁰

¹¹⁵ Regleringsbrev avseende Arbetsförmedlingen (2011), s. 6, samt regleringsbrev avseende Försäkringskassan (2011), s. 6 f.

¹¹⁶ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2013), s. 10 f.

¹¹⁷ Försäkringskassan (2011a).

¹¹⁸ 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

¹¹⁹ Lagen (1991:1047) om sjuklön.

¹²⁰ 7 § lagen (1991:1047) om sjuklön.

År 2005 infördes ett medfinansieringsansvar för arbetsgivare som innebar att arbetsgivaren betalade 15 procent av sjukpenningkostnaden¹²¹ i en särskild sjukförsäkringsavgift till dess att arbetstagaren återgick i arbete till någon del.¹²² Medfinansieringsavgiften avskaffades i oktober 2006.¹²³

År 1992 gavs arbetsgivarna ett förstahandsansvar för att utreda arbetstagarens behov av rehabilitering. Bland annat skulle en rehabiliteringsutredning göras om det inte framstod som onödigt.¹²⁴ Om rehabiliteringsutredningen visade att det fanns behov av en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringspenning kunde utgå, skulle försäkringskassorna upprätta en rehabiliteringsplan.¹²⁵ År 2003 blev rehabiliteringsutredningen obligatorisk vid frånvaro från arbetet på grund av sjukdom längre än fyra veckor, vid upprepad korttidsfrånvaro eller om arbetstagaren begärde det.¹²⁶ Förändringen motiverades med att arbetsgivarens ansvar behövde förtydligas.¹²⁷ Om rehabiliteringsutredningen inte kom in till Försäkringskassan kunde myndigheten i ett första skede påminna arbetsgivaren och i ett andra skede meddela Arbetsmiljöverket om att en rehabiliteringsutredning saknades. Den obligatoriska rehabiliteringsutredningen togs bort 2007. Det motiverades med att det inte var ändamålsenligt att arbetsgivaren gjorde dessa eftersom de ofta inte hade kompetens att bedöma vad som behövde göras i långa sjukfall. Utredningarna som inkommit till Försäkringskassan hade ofta lågt informationsvärde.¹²⁸ Arbetsgivaren blev i stället skyldig att i samråd med arbetstagaren lämna in de uppgifter som Försäkringskassan behövde för att kunna bedöma behovet av rehabilitering.¹²⁹

¹²¹ Den särskilda sjukförsäkringsavgiften utgjorde enligt 7 § lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift 15 procent av avgiftsunderlaget, beräknad genom summan av hel sjukpenning enligt 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring som har utgetts till arbetstagare hos arbetsgivaren under en kalendermånad, med vissa i lagen angivna undantag.

¹²² Lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

¹²³ Lagen upphävs genom SFS 2006:1428.

¹²⁴ 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1992 (SFS 1991:1040).

¹²⁵ 22 kap. 6 § i den numera upphävda lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1992.

¹²⁶ 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 2003 (SFS 2003:422).

¹²⁷ Prop. 2002/03:89, s. 39 f.

¹²⁸ Prop. 2006/07:59, s. 21.

¹²⁹ 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 2007 (SFS 2007:298).

År 2010 infördes ett ekonomiskt stöd till företagshälsovården för så kallade koordinerande insatser. Sådana insatser skulle vara tidiga och koordinera lämpliga medicinska, rehabiliterande och arbetsanpassande insatser, inklusive de som arbetsgivaren svarade för.¹³⁰ År 2014 ersattes stödet med bidrag till arbetsgivare för att täcka delar av kostnaderna för tjänster som en anordnare av företagshälsovård, eller annan anordnare med likvärdig kompetens, har utfört i form av arbetsplatsnära stödinsatser. Syftet med stödet är att förebygga sjukfall respektive att öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivare att vidta tidiga och anpassade åtgärder vid sjukfall.¹³¹

Sammanfattningsvis varierar betoningen av arbetsgivarens ansvar under perioden 1990 till 2014.

4.5 Partiell sjukpenning

Individens arbetsförmåga är inte alltid helt nedsatt vid sjukdom. Det finns därför möjlighet att få partiell sjukpenning för en fjärdedel, halv eller tre fjärdedelar av arbetstiden.¹³²

År 1990 infördes möjligheten till partiell sjukpenning med en fjärdedels och tre fjärdedels omfattning. Innan dess fanns det enbart möjlighet att få hel eller halv sjukpenning.¹³³

Under den första delen av 2000-talet lyftes deltidssjukskrivning upp som en åtgärd för att minska sjukskrivningarna. Den sittande regeringen ansåg att deltidssjukskrivningar skulle användas i större utsträckning och att sjukskrivning på heltid inte skulle vara ett förstahandsalternativ.¹³⁴

Bestämmelserna om medfinansiering som beskrivs i avsnittet ovan (4.4) innehöll också ekonomiska drivkrafter för att främja deltidarbete vid sjukdom. Om personen återgår i arbete på deltid

¹³⁰ Förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Förordningen trädde i kraft den 1 januari 2010 och i 1 § angavs att syftet var att "öka arbetstagarnas möjlighet att återgå i arbete genom tidiga och anpassade stödinsatser vid sjukfall". Förordningen upphävdes den 1 januari 2014 genom SFS 2013:865.

¹³¹ 1 § andra stycket förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete.

¹³² 27 kap. 45 § socialförsäkringsbalken.

¹³³ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 1990 (SFS 1990:157).

¹³⁴ Prop. 2002/03:89, s. 20.

debiterades inte arbetsgivaren någon medfinansieringsavgift.¹³⁵ Medfinansieringen och bestämmelsen om deltidssjukskrivning gällde mellan januari 2005 och oktober 2006.¹³⁶

Sammanfattningsvis har incitamenten för partiell sjukskrivning varierat över tid.

4.6 Ekonomisk ersättning till individen

Ersättning till individen vid sjukdom, i form av sjukpenning, bestäms av flera olika komponenter. *Ersättningsnivån* bestämmer hur stor andel av inkomstbortfallet som kompenseras under sjukperioden. *Ersättningstaket* bestämmer hur hög inkomst som kan ersättas och är knutet till prisbasbeloppet. Under den studerade perioden har också en *karenstid* införts som innebär att ersättningen helt eller delvis reduceras vid sjukfallets start.¹³⁷

År 1990 ersatte sjukpenningen 90 procent av inkomsten under hela sjukfallet.¹³⁸ Under 1990-talet varierade ersättningsnivåerna mellan 75 och 90 procent under sjukperioden. Mellan åren 1998 och 2008 var ersättningsnivån i stort densamma, 80 procent, under sjukfallets samtliga dagar. Från år 2003 var dock ersättningen något lägre eftersom en omräkning av de inkomster som låg till grund för ersättningen infördes då.¹³⁹ I samband med att rehabiliteringskedjan¹⁴⁰ infördes 2008 trappades ersättningen ned, från 80 till 75 procent, när personen hade haft sjukpenning i ett år.¹⁴¹

¹³⁵ Lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

¹³⁶ Se avsnitt 4.4 för ytterligare information.

¹³⁷ Även sättet att beräkna SGI påverkar ersättningen.

¹³⁸ 3 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse före den 1 mars 1991.

¹³⁹ Under perioden juli 2003–januari 2005 tillämpades en bestämmelse som innebar att den inkomst som låg till grund för sjukpenning räknades om med 0,97 innan sjukpenningen beräknades. Syftet var att minska statens utgifter för sjukförsäkring. Från och med januari 2007 infördes en ny omräkningsfaktor, denna gång med 0,989, vilket den 1 januari 2008 ändrades till 0,97. Avsikten med omräkningen var att den skulle vara en provisorisk schablon till dess att sjukpenningen kunde beräknas på en historisk inkomst, i stället för på den aktuella, förväntade framtida inkomsten. Beräkningen av sjukpenning har dock inte förändrats därefter utan tillämpas fortfarande år 2014. Se 28 kap. 7 § socialförsäkringsbalken.

¹⁴⁰ Se avsnitt 4.1 för en beskrivning av rehabiliteringskedjan.

¹⁴¹ Sjukpenning på normalnivå motsvarar cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, vilket år 2014 är maximalt 708 kronor per kalenderdag. Sjukpenning på fortsättningsnivå motsvarar cirka 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, vilket år 2014 är maximalt 664 kronor per kalenderdag (se 27 kap. 21 och 24 §§ och 28 kap. 7 § socialförsäkringsbalken). Sjukpenning på normalnivå lämnas som längst 364 dagar men undantag finns för att kunna få ersättning på normalnivå även efter dag 364.

Under den största delen av den studerade perioden har taket för sjukpenningen varit 7,5 prisbasbelopp, bortsett från en period 2006 då taket var 10 prisbasbelopp.¹⁴² Att taket i sjukförsäkringen följer prisbasbeloppet och inte inkomstutvecklingen innebär att om inkomstutvecklingen överstiger prisutvecklingen kommer allt fler individer över tid att ha en inkomst som överstiger taket. Så har det varit sedan 1990-talet. År 1992 hade 2 procent av kvinnorna och 14 procent av männen en inkomst över taket. År 2010 var motsvarande andelar 25 respektive 48 procent.¹⁴³

I början av 1990-talet fanns det ingen karensdag. Från 1991 var ersättningen 65 procent de första tre dagarna i sjukfallet.¹⁴⁴ Den helt inkomstfria karensdagen som finns i dag infördes år 1993.¹⁴⁵

Vid sidan om den statliga sjukförsäkringen har det under hela den granskade perioden funnits kompensation vid sjukdom från kollektivavtalade försäkringar eller genom kollektivavtalad sjuklön. Det innebär att en stor del av dem som arbetar har en högre kompensation vid sjukdom än vad den statliga ersättningen ger.¹⁴⁶ Hur den kompletterande ersättningen är utformad skiljer sig dock åt mellan olika avtalsområden.¹⁴⁷ Förenklat uttryckt kompenserar avtalsförsäkringarna för ytterligare tio procent av inkomstbortfallet upp till försäkringens taknivå, samt ersätter i allmänhet även inkomstbortfall över taket.¹⁴⁸ De exakta ersättningsnivåerna över taket varierar mellan avtalsområdena och även med inkomstnivån, samt sjukskrivningens längd.¹⁴⁹ Avtalsförmånerna har dessutom genomgått förändringar över tid.¹⁵⁰

Sammanfattningsvis har den statliga ersättningsnivån vid sjukdom sjunkit något sedan början på 1990-talet. Ersättningstaket innebär också att allt färre får en ersättning som motsvarar 80 procent. För de

¹⁴² 25 kap. 5 § socialförsäkringsbalken. Ändringen till tio prisbasbelopp skedde genom SFS 2006:359 och togs bort genom SFS 2006:1537.

¹⁴³ ISF (2014), s. 28.

¹⁴⁴ 3 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 mars 1991 (SFS 1990:1516).

¹⁴⁵ SFS 1992:1701, 27 kap. 27 § socialförsäkringsbalken.

¹⁴⁶ Detta gäller alla som arbetar på en arbetsplats som omfattas av ett kollektivavtal (oavsett om personen i fråga är ansluten till facket), vilket innebär cirka 90 procent av alla anställda (se Kjellberg 2013).

¹⁴⁷ Det finns fyra huvudsakliga avtalsområden på den svenska arbetsmarknaden: privatanställda tjänstemän, privatanställda arbetare, kommun- och landstingsanställda samt statsanställda.

¹⁴⁸ Privatanställda arbetare har dock ingen ersättning över taket.

¹⁴⁹ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2011).

¹⁵⁰ Grees (2014).

flesta löntagare ersätts delvis denna lägre kompensation av kollektiv-avtalsreglerade ersättningarna, åtminstone under den första tiden då individen får sjukpenning.

4.7 Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjuk- och aktivitetsersättning, tidigare förtidspension och sjukbidrag, ska betalas ut till en person när arbetsförmågan förväntas vara nedsatt under en längre tid.¹⁵¹

Fram till 1991 fanns det en möjlighet att bli förtidspensionerad av åldersmässiga och arbetsrelaterade skäl, men då togs dessa regler bort.¹⁵² För äldre personer (över 60 år) kom istället den nedsatta arbetsförmågan att enbart bedömas i förhållande till sådant arbete som personen tidigare hade utfört eller kunde få. Dessa särregler för äldre togs bort 1997.¹⁵³ Fram till och med år 1996 var det också möjligt att ta hänsyn till individens utbildning, tidigare verksamhet och bosättningsförhållanden vid en bedömning av arbetsförmågans nedsättning.¹⁵⁴ År 1997 ändrades reglerna och möjligheten att ta hänsyn till sådana faktorer togs bort. Bedömningen av arbetsförmågan skulle i stället endast göras i förhållande till förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för individen.¹⁵⁵ Hänsyn skulle dock tas till individuella faktorer, främst ålder men även bosättningsförhållanden, utbildning och tidigare yrkeserfarenhet, om det fanns särskilda skäl för det.¹⁵⁶

Som tidigare har nämnts avskaffades förmånerna förtidspension och sjukbidrag år 2003 och ersattes av sjuk- och aktivitetsersättning.¹⁵⁷ Från 30 års ålder finns det möjlighet för individen att antingen få tidsbegränsad sjukersättning eller sjukersättning tills vidare. För den

¹⁵¹ 33 kap. 2 § socialförsäkringsbalken. Sjuk- och aktivitetsersättning finns som både inkomstrelaterad ersättning och garantiersättning. Den inkomstrelaterade ersättningen baseras på en antagandeinkomst som är genomsnittsinkomsten av de tre år med högst inkomst under en ramperiod av fem till åtta år. Hel ersättning är 64 procent av antagandeinkomsten (34 kap. socialförsäkringsbalken).

¹⁵² 7 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse före den 1 oktober 1991.

¹⁵³ 7 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997 (SFS 1995:508).

¹⁵⁴ 7 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse till och med 1996.

¹⁵⁵ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997 (SFS 1996:1543).

¹⁵⁶ 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997 (SFS 1996:1543).

¹⁵⁷ 7 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 2003 (SFS 2001:489).

som är under 30 år och som kan antas ha nedsatt arbetsförmåga under minst ett år kan aktivitetsersättning beviljas.¹⁵⁸ Aktivitetsersättning kan också beviljas vid förlängd skolgång för den som före 19 års ålder inte har avslutat sin skolgång.¹⁵⁹

När rehabiliteringskedjan infördes år 2008 (se avsnitt 4.1) togs regeln om att Försäkringskassan ska pröva att byta ut sjukpenning mot sjukersättning efter ett år bort. Samtidigt avskaffades också möjligheten att om det fanns särskilda skäl ta hänsyn till en persons ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter vid bedömningen av arbetsförmågan.¹⁶⁰ År 2008 avskaffades även möjligheten att bevilja tidsbegränsad sjukersättning, men på grund av övergångsregler kunde ersättningen under vissa förutsättningar betalas ut till och med år 2012.¹⁶¹ Syftet med att avskaffa tidsbegränsad sjukersättning var att detta ofta ledde till permanent sjukersättning. Förlängd sjukpenning ansågs kunna öka möjligheterna till en återgång i arbete.¹⁶²

Den statliga ersättningen kan kompletteras med kollektivavtalade sjukförsäkringar även under perioder med sjuk- och aktivitetsersättning. Principen är densamma som under perioder med sjukpenning, det vill säga att avtalsförsäkringarna kompenserar inkomstbortfall som inte täcks av den statliga ersättningen med cirka 15 procent och lämnar även ersättning över taket, även om vissa skillnader finns mellan avtalsområdena.¹⁶³ I dagsläget har samtliga avtalsområden en ersättningsnivå som motsvarar 65 procent av inkomster över taket. Det har dock funnits stora skillnader mellan avtalen angående ersättning över taket, då statsanställda historiskt sett har haft högre kompensation än anställda inom andra sektorer, samtidigt som privatanställda arbetare samt kommun- och landstingsanställda tidigare inte alls kompenserades för inkomstförluster över taket.¹⁶⁴

Sammanfattningsvis infördes mellan åren 1990 och 2014 allt striktare krav på att arbetsförmågan ska vara nedsatt av medicinska orsaker. Avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen 2008 innebar vidare att antalet personer som fick sådan ersättning successivt minskade fram till 2013 då den inte längre betalades ut.

¹⁵⁸ 33 kap. 7 § socialförsäkringsbalken.

¹⁵⁹ 33 kap. 8 och 20 §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁶⁰ SFS 2008:480.

¹⁶¹ 7 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 juli 2008 (SFS 2008:480).

¹⁶² Prop. 2007/08:136, s. 82. Förlängd sjukpenning heter idag sjukpenning på fortsättningsnivå.

¹⁶³ Sjögren Lindquist och Wadensjö (2011).

¹⁶⁴ Grees (2014).

4.8 Sjukförsäkringens administration

Med sjukförsäkringens administration avses de ansvariga myndigheternas organisation av verksamheten och de administrativa förutsättningarna för handläggning.

Fram till år 2005 administrerades sjukförsäkringen av en försäkringskassa i varje län och Riksförsäkringsverket var en central förvaltningsmyndighet. Riksförsäkringsverket ansvarade bland annat för tillsyn av försäkringskassorna och för att socialförsäkringssystemen tillämpades på ett enhetligt sätt.¹⁶⁵

Utredningar pekar på att administrationen under 1990-talet präglades av regionala variationer i tillämpningen och svårigheter i ledning och styrning, vilket bland annat berodde på oklarheter i rollfördelningen mellan Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna.¹⁶⁶ Personalneddragningar 1997 och 1998 anges som en delförklaring till brister i handläggningen av arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁶⁷

År 2002 införde regeringen ett mål som innebar att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukdom skulle halveras mellan åren 2002 och 2008. Orsaken var de höga sjuktalen. Riksförsäkringsverket vidtog åtgärder för att öka försäkringsmässigheten i bedömningar och beslut genom bland annat resursförstärkning samt metodutveckling. Insatser för en mer aktiv sjukskrivningsprocess sattes in vid försäkringskassorna, så som utbildning och nya metoder. Samverkan med bland andra arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvård och Arbetsmiljöverket utvecklades. Under perioden genomfördes också stora informationskampanjer som riktades till både individer, arbetsgivare och hälso- och sjukvården.¹⁶⁸

År 2005 blev försäkringskassorna, tillsammans med Riksförsäkringsverket, en myndighet under namnet Försäkringskassan.¹⁶⁹ Gemensamma arbetsprocesser infördes under 2005 för att stärka en enhetlig handläggning i organisationen.¹⁷⁰ Bildandet av en gemensam myndighet gav också en större möjlighet till enhetlig styrning.

¹⁶⁵ 2 § förordningen (1998:739) med instruktion för Riksförsäkringsverket som upphävdes den 1 januari 2005.

¹⁶⁶ Se exempelvis SOU 1996:64, s.104.

¹⁶⁷ Prop. 1998/99:1, utgiftsområde 10, s. 22 f samt s. 27.

¹⁶⁸ Se exempelvis Riksförsäkringsverket (2004, 2005).

¹⁶⁹ SFS 2004:274.

¹⁷⁰ Försäkringskassan (2006), s. 32.

År 2008 omorganiserade Försäkringskassan sin verksamhet och skapade bland annat nya yrkesroller där en personlig handläggare inom sjukförsäkringen arbetade med att både bedöma rätten till ersättning och med arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁷¹ Med den tidigare organisationen kunde den som var sjukskriven och beviljades sjukpenning träffa olika handläggare beroende på vilket stöd individen var i behov av. Syftet med den personliga handläggaren var att samma handläggare skulle följa ärendet under hela dess gång.¹⁷²

De organisatoriska förändringar som Försäkringskassan genomgick ledde till nyrekrytering av personal som behövde stora utbildningsinsatser, vilket kan ha bidragit till längre handläggningstider.¹⁷³ Försäkringskassan lade också om sitt strategiska arbete med målet att styra mindre på detaljnivå.¹⁷⁴ I en rapport från 2011 konstateras att Försäkringskassan ännu inte helt och hållet hade implementerat den nya lagstiftningen och att rehabiliteringskedjan inte fått fullt genomslag i handläggningen.¹⁷⁵

För att öka förutsättningarna för en enhetlig tillämpning av sjukförsäkringen fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som kom ut i olika steg mellan 2007 och 2009 (beskrivs i detalj i kap 3). I detta finns specifika rekommendationer som anger sjukskrivningstider för olika sjukdomsdiagnoser. De sista rekommendationerna som tillkom var bland annat sjukdomsgruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Varje enskilt fall skulle fortfarande bedömas individuellt, vilket betyder att avsteg alltid kan göras från rekommendationerna i beslutsstödet. Det innebär dock att avsteg från rekommendationen ska motiveras.¹⁷⁶

År 2009 framhölls *DFA-kedjan* som ett stöd för en enhetlig bedömning av arbetsförmågan. DFA-kedjan innebar att bedömningen av individen ska ske i tre steg: diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Syftet var att skapa en tydligare förankring mellan sjukdom och arbetsförmåga och ett verktyg som handläggarna vid Försäkringskassan kunde använda vid sin bedömning av rätten till ersättning.¹⁷⁷

¹⁷¹ Försäkringskassan (2008), s. 39.

¹⁷² Dagens socialförsäkring (2007), s. 6.

¹⁷³ Försäkringskassan (2009), s. 19 och s. 39.

¹⁷⁴ Försäkringskassan (2010b).

¹⁷⁵ ISF (2011).

¹⁷⁶ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2006) samt Socialstyrelsen (2012). Se även försäkringsmedicinskt beslutsstöd på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

¹⁷⁷ SOU 2009:89, s. 114.

Under 2014 införs en ny arbetsform, *en enklare sjukförsäkringsprocess*, som innebär att de som beviljas sjukpenning delas upp i tre grupper med olika behov av stöd. Den första och andra kategorin bedöms kunna återgå i arbete utan större behov av insatser från Försäkringskassan och blir i lägre grad föremål för möten och insatser. Den tredje gruppen består av de individer som bedöms ha ett behov av samordning och insatser från Försäkringskassan och andra aktörer för att kunna återgå i arbete. Tanken är att arbetsformen ska ge Försäkringskassans handläggare mer tid att fokusera på de individer som antas vara i störst behov av stöd.¹⁷⁸ I en annan rapport beskrivs också syftet med en enklare sjukförsäkringsprocess: att de personliga handläggarna ska få fördjupade kunskaper om diagnoser som är vanliga i längre sjukfall och därigenom bättre förutsättningar att öka kvaliteten i handläggningen och i bedömningarna av arbetsförmågan.¹⁷⁹

Regeringens styrning genom regleringsbrev för Försäkringskassan visar också på att styrningen har utvecklats från en detaljerad styrning, med exempelvis mål för antalet avstämningsmöten, till mer övergripande uppdrag, som att säkerställa den enskildes behov av rehabilitering.¹⁸⁰

Sammanfattningsvis har sjukförsäkringens administration över tid utvecklats mot en allt mer enhetlig organisation med styrning mot en likformig tillämpning.

4.9 Sammanfattning och diskussion

Vid en betraktelse av utvecklingen av sjukförsäkringens regelverk och administration de senaste 20 åren framträder några tydliga trender. En sådan är att ersättningsskyddet för dem med högst inkomster successivt har urholkats och att allt färre av den försäkrade befolkningen numera har inkomster som helt täcks av den allmänna sjukförsäkringen. Kompletterande försäkringar har fått en allt större betydelse, vilket har ökat komplexiteten och minskat transparensen i systemet. Därutöver omfattas inte alla av de kompletterande ersättningarna, vilket har gjort att ersättningsskyddet vid sjukdom i högre grad skiljer sig åt mellan människor.

¹⁷⁸ Försäkringskassan (2013b), s. 6 f.

¹⁷⁹ Försäkringskassan (2013), s. 51.

¹⁸⁰ Regleringsbrev för Försäkringskassan avseende budgetåren 2005–2014 (exempelvis 2005 samt 2014, s.4).

En annan trend är att sjukförsäkringen successivt renodlats till att i allt högre grad, och sedan 2008 helt och hållet, endast ta hänsyn till medicinska omständigheter vid bedömningen av rätten till ersättning. Med andra ord kvalificerar inte sociala och arbetsmarknadsrelaterade faktorer för ersättning längre. En tredje trend är att sjukskrivningsprocessen i allt högre grad blivit lagreglerad och att kraven på ansvarstagande och aktivitet bland inblandade aktörer har höjts. Försäkringskassan ska numera utreda behovet av rehabilitering tidigt i sjukfallet och inom ramen för rehabiliteringskedjan pröva individens rätt till ersättning vid fasta tidsgränser. Arbetsgivaren ska, i samråd med individen, lämna de uppgifter till Försäkringskassan som behövs för att bedöma behovet av rehabilitering. En samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har också utvecklats för att ge sjukskrivna bästa stöd för att kunna återgå i arbetslivet. Därutöver har ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd utvecklats i syfte att ge läkarna riktlinjer vid sjukskrivningsärenden.

Sammantaget är kontrollen av individens rätt till ersättning, liksom stödet i form av utredning och stödinsatser, i dag mer frekventa inslag i sjukskrivningsprocessen än tidigare.

Den utvecklingen av sjukförsäkringen och dess administration som beskrivs i kapitlet kan i olika grad förväntas ha påverkat nivån på sjukfrånvaron. Forskning har bland annat visat att ersättningsnivåer¹⁸¹ och kontroller av olika slag i sjukskrivningsprocessen¹⁸² har betydelse för sjukfrånvaron. En övergripande slutsats från såväl dessa studier på svenska förhållanden som från liknande utländska studier, samt studier inom angränsande områden som arbetslöshetsförsäkringen, är att ett mer generöst ersättningssystem med höga ersättningar och låg grad av kontroll leder till högre sjukfrånvaro än ett mindre generöst system. Ekonomiska drivkrafter och villkoren inom sjukförsäkringen är alltså viktiga bestämningsfaktorer för sjukfrånvaronivån i samhället.¹⁸³

¹⁸¹ Se till exempel Johansson och Palme (2005) samt Hesselius och Persson (2007).

¹⁸² Hägglund (2012), Hartman m.fl. (2013) samt Johansson och Lindahl (2012).

¹⁸³ Med utgångspunkt i försäkringsteori är slutsatserna förväntade. Teorin förutspår i korthet att när den relativa nyttan av en försörjningskälla minskar så ökar drivkrafterna att söka sig till andra försörjningskällor. Resonemanget bygger på en situation där *asymmetrisk information* föreligger, det vill säga att den försäkrade individen i detta fall har mer information om sin arbetsoförmåga än den som gör bedömningen av den och beslutar om rätten till ersättning. Informationsövertaget ger upphov till så kallad *moralisk risk*, där den som föredrar ersättning från sjukförsäkringen framför andra tillgängliga alternativ också söker sig till den. När ersättningen från sjukförsäkringen sänks eller kontrollen av rätten till ersättning intensifieras sjunker alltså det relativa värdet av försörjningskällan och drivkrafterna att söka sig till alternativa försörjningskällor ökar.

Även andra faktorer har emellertid sannolikt haft stor betydelse för hur sjukfrånvaron har och kommer att utvecklas. Att endast medicinska faktorer numera ska beaktas bör exempelvis leda till att sjukfrånvarons konjunkturella mönster, där sjukfrånvaron går upp i högkonjunktur och ner i lågkonjunktur, mildras. Förändringar av normer och en potentiellt lägre acceptans i samhället för sjukskrivning brukar också lyftas fram som en möjligt bidragande orsak till nedgången från 2003.¹⁸⁴ Det finns studier som har funnit stöd för att närmiljön i form av arbetskollaborer och grannar har betydelse för hur benägna människor är att vara sjukskrivna.¹⁸⁵

Effekterna av den tydliga inriktningen mot en mer aktiv sjukskrivningsprocess som inbegriper fler och tidigare utredningar är, tvärt emot vad som kanske kan förväntas, inte givna utifrån tidigare forskning. En ökad kontroll i form av fler prövningar har av allt att döma haft en dämpande inverkan på sjukfrånvaron. Stödet för att fler och framför allt tidigare insatser i form av utredning och rehabilitering skulle öka möjligheterna för återgång i arbete är emellertid svagt. En studie som bygger på ett omfattande experiment i sjukskrivningsprocessen 2007–2008 visar tvärtom att effekterna mycket väl kan ha blivit de motsatta. Den slumpmässigt utvalda grupp som utreddes tidigare i sjukfallet rapporterade på kort sikt fler sjukfrånvarodagar och på längre sikt en ökad risk för att få sjuk- och aktivitetsersättning. Eftersom de som genomgick utredning också ökade sina chanser att få en rehabiliteringsinsats tolkar författarna de negativa resultaten som att handläggarna hade svårt att särskilja vilka individer som var i behov av insatser för att kunna återgå i arbetslivet från dem som inte var det. De tidigare insatserna ledde alltså till att fler som annars hade återgått i arbetslivet i stället blev kvar i sjukskrivning.¹⁸⁶

För att en strategi med fler och tidigare insatser ska bli framgångsrik krävs att ”rätt” individ får ”rätt” insats. Det innebär att en individ som är i behov av en rehabiliteringsinsats för att kunna återgå i arbetslivet ges en verkningsfull insats. På grund av den osäkerhet som finns i bedömningen av individens arbetsförmåga och förväntade sjukskrivningstid, bland annat som en konsekvens av asymmetrisk information och moralisk risk, är arbetet med att identifiera rätt individer många gånger komplicerat. Bedömningen blir svårare ju tidigare i sjukfallet den ska göras, vilket gör att fler och tidigare utredningar kommer att leda till att fler felaktigt identifieras som i behov av insatser. Om inte

¹⁸⁴ Se till exempel Hägglund och Skogman Thoursie (2010).

¹⁸⁵ Se Hesselius m.fl. (2009) samt Lindbeck m.fl. (2011).

¹⁸⁶ Engström m.fl. (2012).

de positiva effekterna av att fler som behöver insatser också får hjälp tidigare i sjukfallet överstiger dessa negativa effekter kommer sjukfrånvaron att öka. Risken för att en sådan situation uppstår är mindre ju mer verkningsfulla de befintliga rehabiliteringsinsatserna är. I en översikt konstateras att stödet för att arbetslivsinriktad rehabilitering skulle öka återgången i arbetslivet är begränsad.¹⁸⁷ Det är med andra ord inte alls otänkbart att det allt tidigare utredandet som görs i sjukfallen har haft motsatt verkan och de facto ökat sjukfrånvaron.

Nedan redogörs också för några studier som mer specifikt har undersökt förekomsten av psykiatriska diagnoser i förhållande till sjukförsäkringens regelverk och dess förändring.

I en ISF-rapport studerades den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Övergång till Arbetsförmedlingen och återinträde i sjukförsäkringen analyserades, bland annat utifrån individernas diagnos. I rapporten konstateras att ungefär hälften av dem som uppnådde tidsgränsen under 2010 inte hade återvänt till sjukförsäkringen ett år senare. Knappt hälften av personerna som uppnådde maximal tid hade psykisk sjukdom som huvuddiagnos. Enligt rapporten hade personer med en psykiatrisk diagnos en lägre sannolikhet än andra diagnoser att återinträda i sjukförsäkringen året efter att de har deltagit i arbetslivsintroduktion. Andelen personer som hade mottagit långvarigt ekonomiskt bistånd var dock särskilt hög bland dem som uppnått maximal tid bland dem med psykisk sjukdom som inte hade återvänt till sjukförsäkringen.¹⁸⁸

En första utvärdering av det nya samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2012, gemensam kartläggning, indikerar att det finns positiva effekter för dem som har ingått i behandlingsgruppen inom ramen för utvärderingen. I rapporten analyseras också om effekterna är olika för olika grupper, och effekterna är positiva för bland annat sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. I studien framhålls dock att resultatet är osäkert då uppföljningsperioden är kort.¹⁸⁹

I en studie från Försäkringskassan år 2014 redogörs bland annat för samvariationen mellan upplevelse av brister i psykosocial arbetsmiljö i olika branscher och sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser i samma branscher. Rapporten visar att det på en aggregerad nivå finns

¹⁸⁷ Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (2011).

¹⁸⁸ ISF (2013), s. 8.

¹⁸⁹ Försäkringskassan (2014).

en samvariation mellan upplevda brister i den psykosociala arbetsmiljön och en risk att påbörja ett sjukfall med psykiska diagnoser. En slutsats i rapporten är att arbetsplatsen är en viktig arena för att tidigt identifiera och åtgärda psykosociala arbetsmiljöproblem i förebyggande syfte.¹⁹⁰

I ytterligare en studie från Försäkringskassan, med syfte att undersöka kvaliteten i Försäkringskassans beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden samt att klargöra om det i dessa avseenden skett någon förändring som kan ha påverkat sjukpenningtalet, studeras beslut i sjukpenningärenden genom att externa granskare har bedömt ärendet som sedan har jämförts med den aktuella handläggarens bedömning. De ärenden som skiljer sig mest mellan den externa bedömaren och den aktuella handläggaren var ärenden med psykiatriska diagnoser. Försäkringskassan menar i rapporten att det signalerar att dessa ärenden är mer svårbedömda än andra.¹⁹¹

I kapitel 3 ovan om psykisk sjukdom och arbetsförmåga har också redogjorts för en rad rapporter om bland annat psykiatriska diagnoser och partiell sjukskrivning, om arbetsplatsens betydelse vid psykisk sjukdom samt införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I kapitlet redogörs också för de utmaningar som finns med att identifiera och undersöka psykiatriska diagnoser på grund av olika klassifikationer, särskilda problem med samsjuklighet, samt att avgränsa vissa psykiska sjukdomar mot generella livsproblem.

Det behövs dock mer kunskap om hur utvecklingen av regelverk och administration har påverkat förekomsten av individer med olika diagnoser bland de sjukfrånvarande då få studier har belyst effekterna separat för olika diagnosgrupper. De kommande kapitlen fokuserar därför på just skillnader i utfall av reformer och administrativa förändringar med utgångspunkt i vilken typ av sjukdom som ligger bakom sjukfrånvaron. Även handläggningen av sjukförsäkringen analyseras.

¹⁹⁰ Försäkringskassan (2013).

¹⁹¹ Försäkringskassan (2014a).

5 Effekterna av rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsgarantin

I kapitlet behandlas två av de senaste årens stora reformer inom sjukförsäkringen: *rehabiliteringskedjan* och *rehabiliteringsgarantin*. Dels genomförs en ny och fördjupad analys av hur införandet av rehabiliteringskedjan påverkade sjukskrivna med olika diagnoser, dels presenteras resultaten från tidigare studier av rehabiliteringsgarantins effekter på förekomsten av olika diagnosgrupper i sjukfrånvarostatistiken.

5.1 Effekterna av rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan som infördes den 1 juli 2008 innebar att sjukskrivningsprocessen fick fasta tidsgränser inom vilka prövningarna av rätten till sjukpenning senast skulle vara genomförda. Hägglund (2012) konstaterar att tidsgränsen vid 180 dagar har haft en positiv inverkan på återgången i arbete och att effekten är särskilt tydlig för individer som är bosatta i storstäder.¹⁹² I detta avsnitt upprepas denna analys i syfte att studera om effekterna skiljer sig åt med avseende på de sjukskrivnas diagnoser. Frågan som ska besvaras är alltså om effekterna av tidsgränserna skiljer sig åt mellan sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos och övriga.

I Hägglund (2012) utnyttjas det faktum att tidsgränserna infördes från en dag till en annan. De nya reglerna omfattade endast de som inledde en sjukskrivningsepisod från och med den första juli 2008, medan de som inledde en episod före detta datum undantogs från reglerna till och med 31 december 2008. Det innebär att individer som sjukskrevs

¹⁹² Att sjukskrivna återgår i arbete efter avslutad sjukskrivning går inte att fastställa via offentliga register. Emellertid är det ett rimligt antagande mot bakgrund av att urvalet består av personer som var anställda vid sjukskrivningens start och att övergången från sjukskrivning till arbetslöshet är mycket låg i denna grupp. Inte minst under sjukskrivningens sex första månader.

precis före respektive precis efter detta datum omfattades av olika regelverk i sex månader. De individer som ingår i analysen var anställda och inledde en sjukskrivningsepisod antingen den sista veckan i juni (jämförelsegrupp) eller den första veckan i juli (behandlingsgrupp) 2008. För att fånga betydelsen av att tidpunkten för sjukepisodens början under en månad kan påverka längden på sjukfallet, består urvalet även av ärenden som inleddes under samma veckor året innan, det vill säga 2007. Effekten av reformen beräknas som skillnaden i återgången i arbete mellan behandlings- och jämförelsegrupperna 2008, i jämförelse med skillnaden för motsvarande grupper 2007.¹⁹³

Tabell 1 redovisar effekterna av rehabiliteringskedjan på återgången i arbete i olika tidsintervall. Effekterna uttrycks i hasardkvoter, där värden över 1 anger en förhöjd sannolikhet att avsluta sjukfallet i varje tidsperiod och värden under 1 anger motsatsen.¹⁹⁴ Kolumn 1 återger effekterna för hela urvalet, det vill säga de resultat som presenterades i Hägglund (2012). De visar att skillnaderna i återgång i arbete, med undantag för 30-dagarsperioden mellan dag 30 och 60 i sjukfallet som är svagt statistiskt säkerställd, inte är statistiskt säkerställda fram till ungefär 180-dagarsprövningen där en ökning av sannolikheten att avsluta sjukfallet sker. Noterbart är att enligt dessa beräkningar har rehabiliteringskedjan inte haft någon större inverkan på sjukskrivningstiderna överlag, endast ungefär 5–10 procent av ärendena pågår ännu efter 150 dagar, utan den har snarare förhindrat sjukfall från att bli riktigt långa. Tidsgränserna kan därutöver förväntas ha haft en dämpande inverkan på antalet inledda sjukfall, såtillvida att de har gjort det relativt mindre attraktivt att ansöka om försörjning från sjukförsäkringen. Att så är fallet får visst stöd i Hägglund (2012) som finner att effekterna vid 180-dagarsprövningen förstärks om hänsyn endast tas till mer varaktiga uppehåll från ersättningsmottagande i analysen. Reglerna har alltså inte bara inneburit att fler lämnar ersättningsmottagande, utan att det också är färre som inleder en sjukskrivning.

¹⁹³ Utvärderingsstrategin kallas i litteraturen för *difference-in-difference technique*. I analysen har en Cox proportional hazard-modell använts. Den, liksom undersökningspopulationen, beskrivs närmare i Hägglund (2012).

¹⁹⁴ Hasardkvoten uttrycker relationen i sannolikheten att sjukfallet avslutas och att den sjukskrivne återgår till sin ordinarie sysselsättning och försörjning.

Tabell 1. Effekt av rehabiliteringskedjan (anställda), uttryckt i hasardkvoter, på återgång i ordinarie sysselsättning

	<i>Alla</i>	<i>Psykiatrisk diagnos</i>	<i>Annan diagnos</i>
Intervall (dagar)			
– 30	1,009 (0,036)	1,191* (0,090)	0,978 (0,040)
31–60	1,071* (0,040)	1,110 (0,095)	1,062 (0,044)
61–90 (90-dagarsprövning)	0,952 (0,059)	0,917 (0,131)	0,969 (0,067)
91–120	0,917 (0,086)	0,903 (0,205)	0,926 (0,095)
121–150	1,070 (0,111)	0,747 (0,248)	1,197 (0,124)
151–180 (180-dagarsprövning)	1,359** (0,137)	1,546 (0,293)	1,325* (0,156)
181–196	1,337* (0,160)	2,613*** (0,301)	1,065 (0,193)
Antal observationer	19 211	3 525	15 686

Anm: Resultat från skattningar med en Cox proportional hazard-modell för återgång i arbete på hel- eller deltid. Modellen inkluderar kontroll för följande bakomliggande faktorer: första veckodag som sjukskriven, diagnos, kön, ålder, utbildningsnivå, utrikes född (ja/nej), gift (ja/nej), antal barn under 18 år, sjukskrivningshistorik, sektor, hemlän och ersättning. Effekterna skattas som skillnader i andelen avslutade sjukfall i olika tidsintervall för sjukfall som inleddes i juni och juli 2008, i jämförelse med samma period 2007. Standardfel inom parentes. *, ** och *** indikerar statistisk signifikans på 10-, 5- och 1-procentsnivån.

I kolumn 2 och 3 redovisas effekterna för dem med och utan en psykiatrisk diagnos vid sjukfallets början. Även om vissa skillnader finns mellan grupperna, och det finns svagt statistiskt säkerställda effekter för båda grupperna vid olika tider i sjukskrivningen, syns inga tydligt statistiskt säkerställda effekter av tidsgränserna förrän i anslutning till 180-dagarsprövningen. I tidsintervallet 181–196 dagar, det vill säga i tvåveckorsintervallet direkt efter 180-dagarsprövningen, återfinns för gruppen med en psykiatrisk diagnos en betydande och statistiskt säkerställd effekt i form av en ökning av benägenheten att avsluta sjukskrivningen. Effekten motsvarar en ökning av sannolikheten att avsluta sjukfallet på drygt 160 procent, men ska tolkas mot bakgrund

av att undersökningspopulationen är begränsad och att relativt få fortfarande är sjukskrivna vid 6 månaders sjukskrivning. Det finns med andra ord en viss osäkerhet beträffande effektens storlek.

Slutsatsen från analysen är alltså att den effekt i form av ökad återgång i arbete som tidigare har konstaterats, i synnerhet vid tidsgränsen 180 dagar, i stor utsträckning är resultatet av en tydlig ökning av återgången i gruppen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos. En analys av tiden till en efterföljande period som sjukskriven ger inte heller någon antydning om att den ökade återgången har skett på bekostnad av mindre varaktiga återgångar i arbete.

5.2 Effekterna av rehabiliteringsgarantin

År 2008 tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti med syfte att minska och förebygga sjukskrivningar med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och icke specifika rygg- och nackbesvär. Enligt en rapport från Försäkringskassan stod de nämnda diagnoserna för cirka 70 procent av alla sjukförsäkringskostnader år 2009.¹⁹⁵ De behandlingar som erbjuds inom ramen för rehabiliteringsgarantin är kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med psykisk sjukdom och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med smärtproblematik.

I två studier utvärderas insatserna inom rehabiliteringsgarantin i Region Skåne för åren 2010–2011 respektive 2012.¹⁹⁶ Resultaten från de båda utvärderingarna är samstämmiga: KBT minskar antalet sjukskrivningsdagar, vårdbesök och läkemedelsförskrivningar bland patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Inga statistiskt säkerställda effekter återfinns emellertid för sjukskrivna som får KBT. Författarna konstaterar vidare att MMR-behandlingen ökar antalet framtida sjukfrånvarodagar, men att inga statistiskt säkerställda effekter finns på hälsan, mätt som antalet vårdbesök och läkemedelskonsumtion.

¹⁹⁵ Försäkringskassan (2011b).

¹⁹⁶ Hägglund m.fl. (2012) samt (2014).

I rapporten redovisas också resultaten för olika patientgrupper: män och kvinnor i olika åldrar och med olika utbildningsbakgrund. Resultaten visar att effekterna överlag är homogena mellan olika grupper. Bland KBT-patienterna går det exempelvis inte att utläsa att behandlingen skulle vara olika verkningsfull för de två dominerande diagnosgrupperna: patienter med antingen stress- och utmattningssyndrom eller ångest- och paniksyndrom.

5.3 Sammanfattning

Kapitlet har visat att såväl de införda tidsgränserna inom ramen för rehabiliteringskedjan som de av regeringen genomförda rehabiliteringssatsningarna på de dominerande diagnosgrupperna i sjukfrånvarostatistiken, har haft en dämpande inverkan på förekomsten av sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos bland de sjukskrivna. Prövningen av rätten till sjukpenning vid senast 180 dagars sjukskrivning har inneburit att sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos har återvänt i arbete på ett sätt som annars inte hade varit fallet. Någon motsvarande ökning kan inte konstateras för andra grupper av sjukskrivna.

Slutsatsen från utvärderingarna av rehabiliteringsgarantin är att insatserna genom förebyggande effekter verkar ha minskat antalet sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos och ökat antalet sjukskrivna med en smärtdiagnos. Reformen har alltså inneburit att andelen som har en psykiatrisk diagnos bland dem som är sjukskrivna i dag är lägre än vad den annars hade varit.

6 Handläggningen av ärenden där personen har en psykiatrisk diagnos

I detta kapitel studeras skillnaden mellan personer med en psykiatrisk diagnos och personer med andra diagnoser i fråga om tid till den första utbetalningen av sjukpenning och bedömning av rätten till sjukpenning vid de olika tidsgränserna i sjukförsäkringen. I kapitlet redogörs också för de mest centrala utredningsmetoderna, *Sassamkartläggning* och *avstämningsmöte* samt vissa andra insatser. Syftet med kapitlet är att med hjälp av registerdata beskriva handläggningen, vid Försäkringskassan, för sjukskrivna personer med en psykiatrisk diagnos.

6.1 Handläggning och tidsgränser

Från öppnat ärende till utbetalning

För den som är anställd kan en sjukansmälan till Försäkringskassan tidigast göras den 15:e dagen i sjukfallet.¹⁹⁷ Utredning och bedömning av vilka insatser som kan vara aktuella i ett ärende sker normalt efter det att den första utbetalningen har skett. Handläggningen av individens ärende har då flyttats över från de enheter som endast arbetar med en första bedömning av rätten till ersättning, till de enheter som ansvarar för en fortsatt bedömning och samordning.¹⁹⁸ Därför kan tiden mellan ansökan och första utbetalning ha betydelse för när utredning och insatser för en individ initieras.

¹⁹⁷ 12 § lagen (1991:1047) om sjuklön. För den som är anställd ska arbetsgivaren göra en sjukansmälan till Försäkringskassan, medan den som saknar en anställning sjukanmäler sig själv till Försäkringskassan. Anmälan ska göras inom sju kalenderdagar från sjuklöneperiodens utgång. Det innebär att anmälan görs tidigast den 15:e dagen i sjukfallet.

¹⁹⁸ Under år 2014 inför Försäkringskassan en ny arbetsform. Den kallas ”en enklare sjukskrivningsprocess” och förändrar det arbetssätt som beskrivs här. Se vidare avsnitt 4.8.

Analysen visar att den första utbetalningen sker senare för personer med psykiatriska diagnoser än för övriga (se tabell B2 i bilaga 3). För anställda med psykiatriska diagnoser var mediantiden från den första dagen med sjukpenning till utbetalningen 35 dagar år 2013, vilket kan jämföras med 30 dagar för anställda med övriga diagnoser. Män har i genomsnitt längre tid till utbetalning än kvinnor.

Tidsgränser

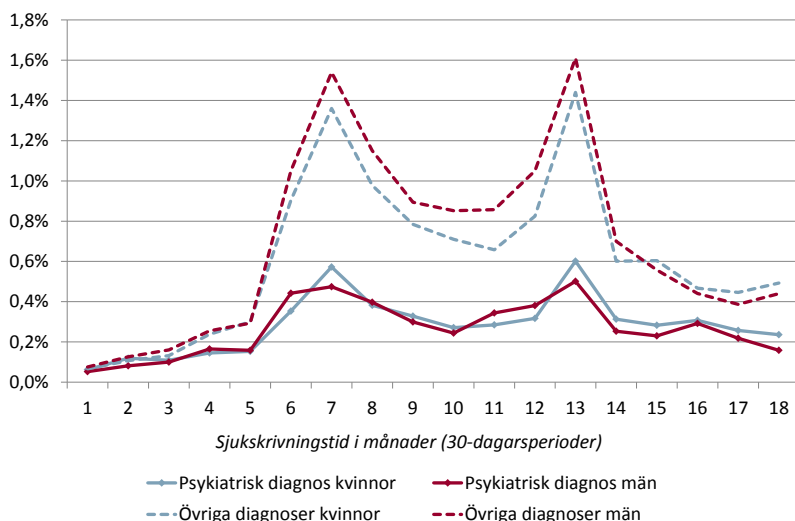
Sedan den 1 juli 2008 finns det fasta tidsgränser för bedömningen av arbetsförmågan vid dag 90, 180 och i viss mån vid dag 365 (se vidare avsnitt 4.1). Personer med en psykiatrisk diagnos har i genomsnitt längre sjukfall än andra, vilket har redovisats tidigare (se kap. 2). Det är med andra ord relativt fler av dem med en psykiatrisk diagnos som berörs av de striktare bedömningskriterierna efter dag 180 och 365 i sjukperioden. De har lägre sannolikhet att avsluta sjukfallet i samtliga dessa tidsintervall (se tabell B2 i bilaga 3).

Vid prövningen mot hela arbetsmarknaden, vilken ska ske senast dag 180, är det möjligt att tillämpa vissa undantag (se avsnitt 4.1). Dessa undantag tillämpas i lägre grad för personer med psykiatriska diagnoser (se särskilda skäl och oskäligt i tabell B2 i bilaga 3). En förklaring till det kan vara att personer med psykiatriska diagnoser ofta har en kognitiv nedsättning som gör att arbetsförmågan i högre grad än vid andra diagnoser bedöms vara nedsatt mot hela arbetsmarknaden. En annan förklaring kan vara att dessa undantag är svåra att tillämpa då de kräver en tydlig prognos för återgång i arbete inom ett år, vilket kan vara svårt att ge vid psykiatriska diagnoser.

Personer med en psykiatrisk diagnos har också lägre sannolikhet att få ersättningen indragen på grund av att rätten till ersättning inte längre uppfylls. Det framgår av figur 10 som visar sannolikheten för att en anställd får sjukpenningen indragen under en given sjukskrivningsmånad (30-dagarsperiod), betingat att sjukskrivningen pågår i början av månaden. Skillnaderna kvarstår när hänsyn tas till bakomliggande faktorer (se tabell B2 i bilaga 2).¹⁹⁹

¹⁹⁹ Kontrollerande variabler i detta kapitel är startår, åldersgrupp (10-årsklasser), inrikes-/utrikesfödd, sysselsättningsstatus, bransch, inkomst, utbildningsnivå, har barn yngre än 7 år, samt uppgift om tidigare uppnådd, maximal tid i sjukförsäkringen/tidsbegränsad sjukersättning.

Figur 10. Betingad sannolikhet att få sjukpenningen indragen per månad i sjukfallet 2010–2013, fördelad efter kön och diagnos



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Vad som gör att arbetsförmågan inte längre bedöms vara tillräckligt nedsatt registreras inte. Men det är troligt att den högre sannolikheten för indrag i samband med dag 180 och framåt, bland personer med andra diagnoser än psykiatriska, hänger samman med kravet på att arbetsförmågan efter dag 180 behöver vara nedsatt i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

6.2 Utredningar och insatser till personer med en psykiatrisk diagnos

I detta avsnitt studeras skillnaden mellan personer som har psykiatriska diagnoser och personer som har andra diagnoser när det gäller förekomsten av insatser och utredningar.

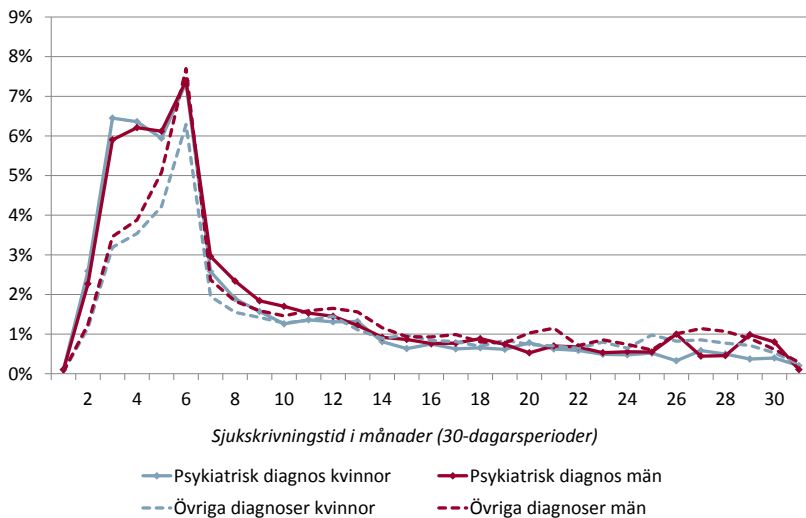
Sassam-kartläggning

Sassam betyder ”strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering” och är en fördjupad utredningsform där individens situation utreds i sin helhet för att kartlägga vilka hinder och möjligheter som inverkar på möjligheten till återgång i

arbete. Syftet med utredningen är att både bedöma rätten till ersättning och utreda behovet av rehabilitering. Resultatet ska mynna ut i ett ställningstagande kring hur ärendet ska handläggas i fortsättningen och i en planering för återgång i arbete.²⁰⁰

Personer med psykiatriska diagnoser får Sassam-kartläggningar i betydligt större utsträckning än personer med övriga diagnoser. Det framgår av figur 11 som visar sannolikheten att få en kartläggning under en given sjukskrivningsmånad, betingat att sjukskrivningen är pågående och att någon kartläggning inte har genomförts vid ingången av månaden.²⁰¹ Av alla med psykiatriska diagnoser som har nått exempelvis den tredje sjukskrivningsmånaden, dag 61 i sjukfallet, under perioden 2010–2013, har i genomsnitt drygt 6 procent fått en Sassam-kartläggning innan dag 91. Motsvarande andel för personer med övriga diagnoser är drygt 3 procent. Det flesta kartläggningar genomförs före dag 180 i sjukfallet. Av alla personer med psykiatriska diagnoser som passerar dag 180 i sjukfallet har 28 procent fått en Sassam-kartläggning, i jämförelse med 21 procent för personer med övriga diagnoser.

Figur 11. Betingad sannolikhet att få en Sassam-kartläggning per månad i sjukfallet 2010–2013, fördelad efter kön och diagnos



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

²⁰⁰ Försäkringskassan (2004), s. 116f.

²⁰¹ Slutsatsen blir densamma när hänsyn tas till bakomliggande faktorer, se tabell B2 i bilaga 3.

Utvecklingen under de senaste åren har inneburit att Sassam-kartläggningar genomförs allt senare i sjukfallen. År 2009 genomfördes de flesta kartläggningar någon gång mellan dag 60 och 90 i sjukfallet. Under åren 2010–2011 genomfördes det klart färre Sassam-kartläggningar, och sedan år 2012 genomförs de framför allt mellan dag 150 och 180 (se figur B13 i bilaga 3). Den här utvecklingen gäller oavsett diagnos.

Avstämningsmöte

Avstämningsmöte är en utredningsmetod i form av ett flerpartsmöte som Försäkringskassan använder för att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering.²⁰² Det är vanligt att arbetsgivaren och den behandlande läkaren deltar, men andra parter, som Arbetsförmedlingen, kan också vara aktuella.²⁰³ Avstämningsmötet ska mynna ut i ett klarläggande av vilka arbetsuppgifter individen kan och inte kan utföra och ett ställningstagande kring vilka åtgärder som eventuellt kan krävas för att individen ska kunna komma tillbaka i ordinarie sysselsättning.²⁰⁴

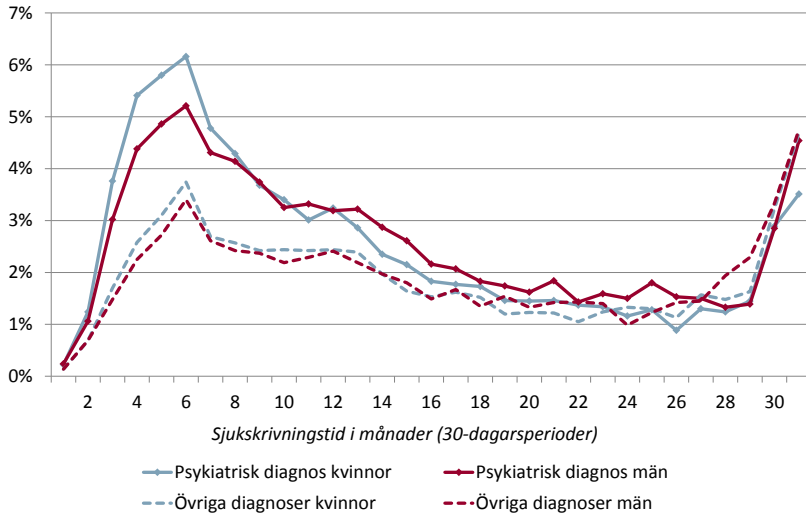
Även avstämningsmöten genomförs i betydligt större utsträckning för personer med psykiatriska diagnoser än för övriga diagnoser (se figur 12). Andelen som har varit sjukskrivna längre än ett halvår och som har haft ett avstämningsmöte senast dag 180, är 10 procent bland personer med psykiatriska diagnoser och 6 procent bland övriga. Över tid har inte tidpunkten för när avstämningsmöten inträffar förändrats nämnvärt (se figur B14 i bilaga 3).

²⁰² 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalken.

²⁰³ Prop. 2002/03:89, s. 28, samt Försäkringskassan (2004), s. 131.

²⁰⁴ Försäkringskassan (2004), s. 131f.

Figur 12. Betingad sannolikhet att få ett avstämningsmöte per månad i sjukfallet 2010–2013, fördelad efter kön och diagnos



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Det är inte ovanligt att det genomförs flera avstämningsmöten i ett och samma ärende, särskilt vid längre sjukskrivningar. En person med en psykiatrisk diagnos som under åren 2010–2013 varit sjukskriven i ett år och haft minst ett avstämningsmöte, hade i genomsnitt 2,4 avstämningsmöten, medan en person med en annan diagnos hade jämförelsevis 2,1 avstämningsmöten.

Andra utredningsformer

Fram till och med 2014 skulle en *telefonutredning* genomföras i samtliga ärenden, om det inte var uppenbart att den inte behöver göras. Det är en grundutredning som indikerar hur handläggaren ska gå vidare med ärendet.²⁰⁵ Män med psykiatriska diagnoser har en något lägre sannolikhet att få en telefonutredning än andra män (se tabell B2 i bilaga 3). Det finns däremot inga signifikanta skillnader bland kvinnor. Från och med april 2014 ska utredningar göras i ärenden där bedömningen är att det behövs samordningsinsatser.²⁰⁶

²⁰⁵ Försäkringskassan (2009a), s. 176.

²⁰⁶ Försäkringskassan (2014b).

När ett behov av samverkan med Arbetsförmedlingen har identifierats kan ett möte i form av en *gemensam kartläggning* anordnas, en utredning där möjliga arbetsmarknadsinsatser utreds.²⁰⁷ Personer med psykiska sjukdomar har högre sannolikhet att ha ett sådant möte, kontrollerat för bland annat sjukfallslängd, ålder, bransch med mera (se tabell B2 i bilaga 3).

Rehabiliteringsersättning

När en person får insatser i form av arbetslivsinriktad rehabilitering kan rehabiliteringspenning utbetalas. Det är även möjligt att få ersättning för arbetsresor. Rehabiliteringspenning har samma nivå som sjukpenningen och betalas ut istället för sjukpenning under den period en person är i någon arbetslivsinriktad eller arbetsförberedande åtgärd.²⁰⁸ Rehabiliteringspenning kan alltså ses som en indikation på att den sjukskrivna deltar i någon form av arbetsmarknadsnära insats. Personer med psykiska sjukdomar har klart högre sannolikhet att få rehabiliteringspenning än personer med övriga diagnoser (se tabell B2 i bilaga 3).

En försäkrad kan också få ersättning för resor till och från arbetet om hälsotillståndet gör att ett annat färdssätt än det normala behöver utnyttjas.²⁰⁹ Att den typen av ersättning utbetalas till personer med en psykisk sjukdom är dock mycket ovanligt (se tabell B2 i bilaga 3).

Partiell sjukskrivning

Personer med en psykiatrisk diagnos är sjukskrivna på deltid i större utsträckning än andra. Det framgår av tabell B2 i bilaga 3 som bland annat redovisar en analys av tiden till första dag med partiell sjukpenning för anställda. Det är vanligare att kvinnor är deltidssjukskrivna, men skillnaderna mellan personer med olika diagnoser är något större bland män än bland kvinnor. Det beror delvis på att många gravida kvinnor som är sjukskrivna inleder sjukskrivningen på deltid.²¹⁰

²⁰⁷ Försäkringskassan (2013), s. 51.

²⁰⁸ 31 kap. 10 § socialförsäkringsbalken. Detta under förutsättning att rehabiliteringen avser att förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan, enligt 31 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

²⁰⁹ 27 kap. 5 § socialförsäkringsbalken.

²¹⁰ Se Försäkringskassan (2008a).

I en tidigare ISF-rapport studerades i vilken utsträckning personer återgår i arbete i förtid, det vill säga innan läkaren har utfärdat ett nytt läkarintyg. Resultatet är att personer med en psykisk sjukdom är klart underrepresenterade bland dem som återgår partiellt i arbete, tidigare än vad som framgår av läkarintyget.²¹¹ En tolkning av detta är att det är mer ovanligt att personer med en psykisk sjukdom tar egna initiativ till återgång i arbete.

Den tidigare ISF-rapporten visar också att det finns skillnader i användning av deltidssjukskrivning redan i det första läkarintyget som utfärdas i en sjukskrivning. Det är nästan dubbelt så vanligt att den sjukskrivande läkaren planerar en nedtrappning av sjukskrivningen i det första läkarintyget för personer med en psykisk sjukdom än för övriga. Det sker i nästan vart tionde fall för personer med en psykiatrisk diagnos som har ett sjukfall längre än 14 dagar. Det kan också vara en förklaring till att personer med en psykisk sjukdom i större utsträckning följer läkarens rekommendation om sjukskrivningsgrad och sjukskrivningstid.

²¹¹ ISF (2014a), s. 54.

6.3 Sammanfattning och diskussion

Nedan presenteras en sammanfattning av utredningar och insatser som görs i handläggningen (tabell 2) för personer med psykiatriska och övriga diagnoser.

Tabell 2. Skillnad i förekomst av utredningar och insatser

	Psykiatrisk diagnos	Övriga diagnoser
Första utbetalning		5 dagar tidigare
<i>Tidsgränser</i>		
Avslut vid tidsgränserna		Högre sannolikhet
Särskilda skäl*		Högre sannolikhet
Oskäligt*		Högre sannolikhet
Indrag*		Högre sannolikhet
<i>Utredningar och insatser</i>		
Telefonutredning		Högre sannolikhet
Sassam	Högre sannolikhet	
Avstämningsmöte	Högre sannolikhet	
Rehabiliteringspenning	Högre sannolikhet	
Partiell sjukpenning*	Högre sannolikhet	
Arbetsresor*		Högre sannolikhet
Gemensam kartläggning	Högre sannolikhet	

Anm.: Se resultat i tabell B2 i bilaga 3. * Avser endast anställda.

Sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos har en signifikant högre sannolikhet att bli föremål för alla typer av utredningar hos Försäkringskassan, förutom telefonutredning. Personer med en psykiatrisk diagnos blir också deltidssjukskrivna i större utsträckning än andra. Det är vidare vanligare att sjukskrivna personer med en psykiatrisk diagnos får rehabiliteringspenning.

I en ISF-rapport konstateras att utredningsmetoden *avstämningsmöte* har en negativ inverkan på de sjukskrivnas återgång i arbete. Det samma gäller *Sassam-kartläggning*, åtminstone om den genomförs inom fyra månaders sjukskrivning. Analyser ger inget stöd för att utredningarna skulle ha olika effekter för sjukskrivna med olika diagnoser, dessa resultat är dock osäkra.²¹²

²¹² ISF (2014d).

Konsekvensen av att sjukskrivna med psykiatriska diagnoser i högre utsträckning än andra blir föremål för utredningar som förlänger sjukfrånvaron är att sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos utgör en större andel av de sjukskrivna än vad som hade varit fallet om utredningarna varit mer effektiva i att föra de sjukskrivna närmare arbetslivet, alternativt om färre utredningar hade genomförts för denna grupp av sjukskrivna.

7 Handläggning av ärenden där personen har en psykiatrisk diagnos – intervjuer med handläggare

I detta kapitel redogörs för en analys av de tio intervjuer som har genomförts med personliga handläggare vid Försäkringskassan. Syftet med kapitlet är att ge en fördjupad beskrivning av handläggningen avseende sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. De handläggare som har intervjuats har den löpande kontakten med personer som har ersättning från sjukförsäkringen. De bedömer bland annat rätten till ersättning, utreder behov av rehabiliteringsinsatser och samordnar olika aktörer som är involverade i sjukskrivningsprocessen.

Nedan presenteras resultaten av intervjuerna i form av tre teman. Metoden för intervjuerna beskrivs i sin helhet i bilaga 1.

7.1 Resultat

Handläggarskapet är viktigt men tar tid och resurser

Handläggarna menar att ärenden där den sjukskrivna personen har en psykiatrisk diagnos kännetecknas av att de tar mycket tid i anspråk. De upplever att det ofta finns behov av tidiga möten och att det också kan behövas många möten i denna typ av ärenden. En orsak till det, menar handläggarna, är att de behöver mer information i dessa ärenden och mer kunskap om individens situation för att kunna arbeta på ett bra sätt.

”Min uppfattning är att man måste jobba mer med dem och man måste ha mer information runt ärendet än man kanske behöver i fysiska diagnoser. Men det krävs mycket mer från oss som handläggare, att jobba med ett ärende som har en psykiatrisk diagnos.”

Handläggarna beskriver sig själva som ett verktyg i handläggningen. Rollen som handläggarna har i dessa ärenden beskrivs som stöttande, men också att det är de som driver ärendet framåt. För att handläggningen ska fungera så väl som möjligt menar handläggarna att det är viktigt att den sjukskrivna personen känner ett förtroende för dem.

”...och sen tycker jag att kunden känner att de har förtroende för handläggaren, det är jätteviktigt. Så att de inte känner att Försäkringskassan är en fiende, utan att man har skapat en samsyn där, att man har ett förtroende. Har man det här förtroendet, då kan de lita på en, det är mycket bättre.”

Handläggarna beskriver att en svårighet med handläggarskapet är att de inte har tid att ge de sjukskrivna personerna det stöd som de upplever att de behöver. Flera handläggare beskriver en ökad arbetsbelastning generellt, men också att andelen ärenden med psykiatriska diagnoser har ökat bland dem som får ersättning från sjukförsäkringen. Det gör att handläggarna inte hinner med det som de själva upplever att de behöver göra i ett ärende.

”Om varje enskild individ ska få möjligheten att få det stöd som vi egentligen är till för och ska kunna hjälpa till med, så är arbetsbelastningen för stor. Det går inte och ofta blir det ju så att den som skriker högst får hjälpen.”

När intervjuerna genomfördes implementerades samtidigt en ny arbetsform, *en enklare sjukförsäkringsprocess* vid Försäkringskassans kontor. Den innebär att de personliga handläggarna ska arbeta mer med ärenden där bedömningen är att det finns ett behov av samordning.²¹³ Handläggarnas uppfattning om en enklare sjukförsäkringsprocess har inte studerats i denna rapport.

Samordning är centralt

En framgångsfaktor vid handläggningen av sjukskrivna personer med psykiatriska diagnoser som beskrivs i intervjuerna är att de olika aktörerna är väl samordnade. Flera handläggare beskriver att när alla parter har en tydlig plan med ett gemensamt mål har ett ärende goda förutsättningar att resultera i att sjukfallet inte blir onödigt långdraget.

²¹³ Se en närmare beskrivning av en enklare sjukförsäkringsprocess i kapitel 4.

Försäkringskassans handläggare har i uppdrag att samordna aktörerna kring individen (uppdraget beskrivs närmare i kapitel 4). Samordningsrollen tas i flera av intervjuerna upp som särskilt viktig när det gäller ärenden där den sjukskrivna har en psykiatrisk diagnos. En handläggare beskriver hur olika rollen som samordnare kan vara i olika ärenden.

”Antingen är det, och det är väl nästan det mest tacksamma, när mycket flyter på av sig själv och det är en motiverad person. Och du har en arbetsgivare som är engagerad eller du har haft ett bra samarbete med Arbetsförmedlingen. Då behöver inte ens egen roll vara så stor. I andra fall så känns det som att man har burit hela lasset själv nästan, men vad skönt det är när det har fungerat i slutändan. Men det har gått orimligt mycket tid och det är en person då som vi har lyckats med. Det betyder att jag har prioriterat bort tio–femton andra.”

De problem som kan uppstå när de olika aktörerna i en persons sjukskrivningsprocess har olika mål lyfts fram i flera intervjuer. Några handläggare exemplifierar med rehabiliteringskedjans tidsgränser och menar att det är ett problem när de andra aktörerna inte förhåller sig till dessa gränser. En del handläggare beskriver mer specifikt vad de målkonflikter de upplever kan bestå av. De menar att andra aktörer kring den sjukskrivna personen, till exempel läkare eller Arbetsförmedlingen, ibland möter dem på ett sätt som snarast förstärker sjukrollen istället för att hjälpa den sjukskrivna personen att ta till vara sin eventuella arbetsförmåga.

”Jag saknar att vi inte jobbar mot samma mål. Det känns som att man drar hela lasset själv, att Försäkringskassan ska vara den som för ärendet vidare. Jag skulle vilja ha ett samspel mellan vårdgivare, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen och den försäkrade själv, så att vi får det på det klara redan från början att det är hit vi ska nå. Vi kan inte frågå det målet. Det är jättesvårt.”

Några av handläggarna lyfter också upp avsaknaden av påtryckningsmedel, vilket kan leda till svårigheter om aktörerna inte tar sitt ansvar. De menar att de bara kan upplysa om skyldigheter och åtaganden och kalla till möten. Det är svårt att få ovilliga aktörer att samverka kring den sjukskrivna personen eller att få dem att vidta åtgärder.

Några handläggare beskriver att läkarna har en stark position i sjukfall där den som får ersättning från sjukförsäkringen har en psykiatrisk diagnos. De menar att de sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos i hög grad förlitar sig på läkarens beslut. Därför anser handläggarna att det är extra viktigt att ha med sig läkaren i arbetet och planeringen.

”Kan du börja jobba efter nästa läkarintyg, kan vi börja göra en planering?
”Nej, jag måste höra med min läkare först.” De vill inte själva ta det här beslutet. Vad tycker du då? Hur mår du, känner du att du kan börja jobba?
Skulle du kunna tänka dig att gå tillbaka till ditt jobb eller vad det nu är?
”Nej, jag måste prata med min läkare först.” Det är som att de har lagt över ansvaret för sig själva på någon annan.”

Handläggarna beskriver i intervjuerna att de upplever att sjukvårdens organisation brister när det gäller personer med psykiatriska diagnoser. De menar att det är ett problem med väntetider i sjukvården och att läkarna har för lite tid till sina patienter. Några handläggare beskriver en känsla av att det bara är de som har en helhetsbild av individen. I några intervjuer framhålls också läkare som ett stöd i handläggningen.

Tidsgränserna har bidragit till en mer aktiv handläggningsprocess

En fråga som ställdes till fokusgrupperna handlade om hur rehabiliteringskedjan har påverkat handläggningen. Flera handläggare menade initialt i diskussionen att den inte hade påverkat sättet de arbetar på särskilt mycket. Efter en stunds diskussion framkom emellertid att många handläggare upplevde att rehabiliteringskedjan har bidragit till en mer aktiv handläggningsprocess genom att ärendet drivs framåt. Utdragna ärenden, till exempel för de personer som har en psykiatrisk diagnos, blir inte liggande, vilket tidigare kunde vara fallet. I vissa intervjuer framhålls också att tidsgränserna ger handläggarna ett verktyg att driva på andra aktörer i samordningsprocessen.

”Nej, men då [före rehabiliteringskedjan] rullade det ju bara på, vare sig vården eller vi gjorde ju någonting, det behöver vara något krav och då är rehabkedjan ett, för det ställer ju lite krav att du måste göra planer och det måste finnas någonting. Du kan inte bara lämna det för att jag tycker att det här är ju jobbigt, jag tar ett annat, det får ligga en vecka till och så vet jag kanske vad jag ska göra. Då har det legat till sig och tendensen var ju att det blev fler och fler sådana ärenden. De var jättejobbiga och du fick ingen respons från vården”

En uppfattning som också framkommer är att andra förändringar som kommit under samma tid har lett till en mer aktiv handläggning, som exempelvis DFA-kedjan och införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Vissa handläggare lyfter att rehabiliteringskedjan har två sidor: dels att den bidrar till en mer aktiv handläggning, dels att dessa tidsgränser kan stressa individen, särskilt dem med psykiatriska diagnoser. Enligt

handläggarna kan stressen orsakas av tidsgränserna, men också av den ekonomiska stress som det kan innebära att dagarna med sjukpenning är begränsade.

En av handläggarna beskriver vikten av handläggarskapet och information för att den som är sjukskriven ska förstå och kunna hantera sin sjukskrivningsprocess och inte bli stressad av densamma.

”[För]vissa som känner sig jättepessade över tiden brukar jag försöka planera in ett steg i taget, inte planera något slutdatum i planen, utan liksom ta ett steg och motivera det. Tar man det stegvis istället, då brukar det gå jättebra.”

I anslutning till reflektionerna om regelverket ska det också framhållas att en del av handläggarna menar att ärenden som rör personer med psykiatriska diagnoser också kan ta tid eftersom arbetsförmågan, vid psykisk sjukdom, helt enkelt är nedsatt, oavsett vilket arbete som personen ska provas mot.

7.2 Sammanfattning och diskussion

Handläggarna upplever att många ärenden där den sjukskrivna har en psykiatrisk diagnos tar mycket tid och resurser, men att den tiden inte alltid finns i verksamheten. Handläggarna beskriver sin roll som stöttande, men också att de driver ärendet framåt och att det är viktigt att de sjukskrivna känner förtroende för dem.

I en studie från 2014 analyseras effekter av handläggares attityder och karaktäristika på återgång i arbete.²¹⁴ En re-analys av denna studie, med avseende på individernas diagnoser, studerar om effekterna av handläggarnas attityder och egenskaper skiljer sig åt mellan olika diagnosgrupper. Resultaten kan potentiellt ge vägledning om hur matchningen mellan individ och handläggare optimalt bör göras för att uppnå resultat i form av kortare sjukskrivningstider.

Resultatet visar på vissa skillnader. För individer med en psykiatrisk diagnos är fördelen med att tilldelas en äldre handläggare extra stor. Deras sannolikhet för återgång i arbete ökar om de har en äldre handläggare jämfört med om de har en yngre handläggare. När det gäller andra diagnoser förekommer ingen sådan skillnad (se bilaga 4 för resultattabell). Äldre och mer erfarna handläggare bidrar alltså till kortare sjukfall när det gäller sjukskrivna med psykiatriska diagnoser.

²¹⁴ ISF (2014c).

I intervjuerna beskriver handläggarna att en bra samordning med gemensamma mål är en viktig faktor i handläggningen av ett ärende med psykiatriska diagnoser. När gemensamma mål och en tydlig plan saknas är det svårt att komma vidare med ärendet.

I denna rapport har inte företrädare för primärvården eller psykiatrin intervjuats. I en intervjustudie från 2011 som avser primärvårdspersonalen lyfts samarbetet mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen som viktigt. De intervjuade lyfter dock upp svårigheter i samarbetet med andra aktörer. Personalen i primärvården upplever att samarbetet med till exempel Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är oklart och kommer in sent i processen. De uttrycker vidare en tveksamhet gentemot Försäkringskassans beslut och utredningar och att Försäkringskassan misstror sjukvårdens information om patienternas funktionsnedsättning.²¹⁵

I en studie, från Hälsohögskolan i Jönköping, där personliga handläggare från Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinatorer från vårdcentraler har mötts i fokusgrupper för att samtala om vad som är en lyckad respektive misslyckad rehabilitering, lyfts också vikten av samverkan mellan de olika aktörerna fram som en framgångsfaktor.²¹⁶

Handläggarna framhåller att regelverket, i form av tidsgränserna och begränsningen av dagar med sjukpenning, skapar en mer aktiv handlägningsprocess. Regelverket kan också sätta press på de andra aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Vissa handläggare beskriver också att tidsgränserna, särskilt den borte tidsgränsen, kan stressa personer med psykiatriska diagnoser. I en rapport från Försäkringskassan undersöks hur de sjukskrivna upplevde övergången till Arbetsförmedlingen när de nådde den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen och skulle delta i arbetslivsintroduktion. Studien fokuserar emellertid inte på dem med psykiatriska diagnoser. Rapporten pekar på att bristen på framförhållning och information gör att många av de intervjuade inte upplever situationen som begriplig och hanterbar. Studien pekar på att många av de intervjuade upplever oro för sin ekonomi under hela processen. De intervjuade i Försäkringskassans studie menar att detta leder till att fokus tas från deras omställningsprocess.²¹⁷

²¹⁵ Nilsing m.fl. (2013).

²¹⁶ Bülow (2013).

²¹⁷ Försäkringskassan (2012).

8 Diskussion och slutsatser

Sett till samtliga sjukfrånvarande som får sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning har *antalet* personer med en psykiatrisk diagnos minskat med 16 procent sedan 2007. Antalet sjukfrånvarande för andra diagnoser än psykiatriska har dock minskat mer. Därför har *andelen* med en psykiatrisk diagnos ökat bland de sjukfrånvarande. Det har dock, sedan år 2010, skett en ökning av antalet sjukskrivna med sjukpenning som har en psykiatrisk diagnos. Ökningen är främst en direkt följd av 2008 års sjukförsäkringsreform, framför allt att möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning togs bort. Förändringen har medfört att fler har sjukpenning längre istället för att som tidigare i viss utsträckning beviljas tidsbegränsad sjukersättning. Samtidigt har andelen personer med ett nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen generellt sett varit relativt stabil och inte ökat nämnvärt under 2000-talet.

I likhet med sjukfrånvaron i stort har sjukförsäkringens regelverk och tillämpning genomgått stora förändringar de senaste 20 åren. Sjukförsäkringen har till exempel renodlats till att numera endast ta medicinsk hänsyn och inte väga in sociala eller arbetsmarknadsrelaterade faktorer. En annan förändring är att sjukskrivningsprocessen i dag ställer högre krav på tidig aktivitet av de inblandade aktörerna. En borte tidsgräns har införts, liksom tidsgränser för prövning av rätten till ersättning, krav på tidiga utredningar om rehabiliteringsbehov och en närmare samverkan mellan myndigheter och andra aktörer. Detta har med stor sannolikhet lett till en förändring av tillämpningen så tillvida att fler initiativ tas tidigare i sjukfallet. Över tid har också regelverket för att beviljas sjuk- och aktivitetsersättning blivit allt striktare.

Utvecklingen mot en större andel sjukfrånvarande med en psykiatrisk diagnos den senaste tioårsperioden beror på att antalet sjukfrånvarande för andra diagnoser än psykiatriska har minskat mer. En

första slutsats är att sjukförsäkringssystemets regelverk och tillämpning av allt att döma starkt bidragit till denna utveckling.

På ett övergripande plan och sett ur ett längre perspektiv finns det naturliga orsaker till varför andelen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos ökar i en sjukförsäkring som infört de ovan nämnda förändringarna på bland annat striktare krav på att arbetsförmågan ska vara nedsatt av medicinska orsaker. En sådan orsak är att det i regel är svårare att fastställa arbetsförmågan för personer med en psykisk sjukdom än för personer med somatiska åkommor och att det i stor utsträckning saknas kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete för personer med dessa diagnoser. I den här rapporten visas att personer med en psykiatrisk diagnos i väsentligt högre utsträckning blir föremål för Försäkringskassans utredningar som syftar till att bringa klarhet i om och hur sjukskrivningen ska fortskrida. I intervjuerna med Försäkringskassans handläggare framträder också en tydlig bild av dessa ärenden som särskilt komplicerade och tidskrävande att handlägga. ISF har också tidigare konstaterat att läkarintyg som anger en psykiatrisk diagnos oftare förlängs än andra intyg²¹⁸, vilket kan tolkas som att osäkerheten i att fastställa en lämplig sjukskrivningstid ofta är större i denna grupp. Det kan också tilläggas att psykisk sjukdom ofta innebär en generell nedsättning av funktioner som är väsentliga för allt arbete, vilket också bekräftas i intervjuer med handläggare.

De med sjukskrivningstiden allt högre kraven på arbetsförmåga för rätt till ersättning, det vill säga en bedömning i förhållande till andra arbeten hos arbetsgivaren eller normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, har med andra ord sämre förutsättningar att leda till en ökad återgång i arbete för sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. I en sjukförsäkring som utvecklas i den riktning som beskrivs ovan, bör alltså andelen personer med en psykiatrisk diagnos öka, som en konsekvens av att sjukskrivningar med en somatisk diagnos blir relativt sett mindre vanliga.

Det finns också svårigheter med att avgränsa psykiatriska diagnoser från andra livsproblem, vilket redogörs för i rapporten. Mot denna bakgrund är det inte heller otänkbart att de psykiatriska diagnosernas alltmer framträdande roll i sjukfrånvarostatistiken har haft en viss självförstärkande effekt, såtillvida att personer med en komplex problembild i högre utsträckning kan ha fått en viss psykiatrisk diagnos för att en sjukskrivning ska kunna motiveras.

²¹⁸ ISF (2014a).

En andra slutsats är att några av de senaste årens genomförda förändringar i regler och tillämpning både har ökat och motverkat att personer med psykiatriska diagnoser återfinns bland de sjukskrivna.

I rapporten konstateras att införandet av tidsgränsen vid 180 dagars sjukskrivning har haft en större positiv inverkan på återgången i arbete för gruppen med en psykiatrisk diagnos än för andra grupper. Det konstateras också att personer med en psykiatrisk diagnos betydligt oftare än andra blir föremål för Försäkringskassans utredningar om bland annat behovet av rehabilitering. Dessa utredningar har i tidigare studier snarare visat sig förlänga sjukfrånvaron än förkorta den. Ny forskning har också visat att rehabiliteringsgarantin, regeringens satsning på kognitiv beteendeterapi för personer med lätt och medelsvår psykisk ohälsa, har minskat antalet sjukfrånvarande med psykiatriska diagnoser. Å ena sidan förefaller de tidsbestämda prövningarna av rätten till ersättning och behandlingarna inom ramen för rehabiliteringsgarantin ha haft en dämpande inverkan på såväl antalet personer med en psykiatrisk diagnos bland de sjukskrivna, som deras andel av samtliga sjukskrivna. Å andra sidan förefaller den del av den mer aktiva sjukskrivningsprocessen som inbegriper fler och tidigare utredningar snarare ha drivit på utvecklingen mot en allt större andel sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos.

Med utgångspunkt i de ovan beskrivna slutsatserna finns ett antal problem- och utvecklingsområden för sjukförsäkringssystemet när det gäller sjukfrånvarande personer med en psykiatrisk diagnos:

- Det är särskilt viktigt med *ökad kunskap* om hur arbetsförmågan påverkas av psykiska sjukdomar med avseende på effektiva rehabiliteringsinsatser, liksom hur psykiska sjukdomar påverkar arbetsförmågan i förhållande till sjukförsäkringens regelverk.

I rapporten beskrivs flera olika faktorer som försvårar arbetet med att identifiera psykisk sjukdom och bedöma nedsättningen av arbetsförmågan, samt varaktigheten i nedsättningen. Dessa faktorer bidrar till att hämma kunskapsutvecklingen när det gäller psykiatriska diagnoser inom sjukförsäkringen.

- Det behövs *ökad kunskapsstyrning* så att evidensbaserade metoder ska tillämpas för att personer med en psykiatrisk diagnos ska kunna få så effektiva insatser som möjligt.

Kunskapsbrist och olika tolkningar av befintlig och ny kunskap medför svårigheter för de aktörer inom sjukförsäkrings-systemet som ska tillämpa de regler som kräver en tydlig psykiatrisk diagnos, samt göra en bedömning och prognos av arbetsförmågans nedsättning över tid. I rapporten framgår att det vetenskapliga stödet för att en arbetslivsinriktad rehabilitering ökar en hållbar återgång till arbetslivet är svagt. Teorier har också framförts om att rehabiliteringsinsatser kan förstärka en sjukdomsidentitet och således försvåra en återgång i arbete. Det saknas också vetenskapligt stöd för att deltidssjukskrivning som insats bidrar till att minska sjukfrånvaron bland personer med en psykiatrisk diagnos.

- Det behövs *förebyggande åtgärder och rehabiliteringsinsatser tidigt i sjukdomsförloppet* i syfte att förhindra och minska risken för framtida sjukfrånvaro. De allra flesta sjukskrivna är anställda, vilket talar för att stärka arbetsplatsens och arbetsgivarens roll i arbetet med att åstadkomma tidiga insatser.

Forskning har visat att tidiga rehabiliteringsinsatser, innan en sjukskrivning, torde ha bättre förutsättningar att förhindra en framtida sjukfrånvaro än att öka återgången i arbete bland redan sjukskrivna. Mot bakgrund av svårigheterna att bedöma arbetsförmågan och föreslå lämpliga rehabiliterings- och samverkansinsatser för sjukskrivna personer med en psykiatrisk diagnos, är det särskilt viktigt med förebyggande, arbetsplatsnära insatser redan innan en sjukrivning inträffar. Arbetsplatsen och arbetsgivaren bör ha en viktig roll i detta rehabiliteringsarbete. Olika initiativ har tagits för att åstadkomma förändringar inom företagshälsovården. Som ett sätt att öka tillgången av förebyggande och tidiga insatser förordade till exempel Socialförsäkringsutredningen (2006) en ny och utbyggd företagshälsovård som ett nav i sjukskrivningsprocessen, med möjligheter att även kunna erbjuda sjukvårdsinsatser. Ett annat sätt att stimulera förebyggande insatser skulle kunna vara att utöka arbetsgivarnas ekonomiska ansvar vid sjukfrånvaro. Detta skulle öka drivkrafterna för arbetsgivare att bli mer aktiva i både det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i arbetet med att hitta vägar för att bättre bibehålla och tillvarata den anställdes arbetsförmåga.

Referenser

- Abbass, A.A., Hancock, J.T., Henderson, J., Kisely, S.R.(2006): "Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.
- Andersen, M.F., Nielsen, K.M., Brinkmann, S., (2012): "Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders", *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 38:93–104.
- APA – American Psychiatric Association (2002): *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Pilgrim Press AB.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2013): *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, rehabiliteringsinsatser i samarbete, återrapporering enligt regleringsbrevet för 2012*.
- Baxter, A.J., Scott, K.M., Ferrari, A.J., Norman, R.E., Vos, T., Whiteford, H.A. (2014): "Challenging the myths of an 'epidemic' of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010", *Depression and Anxiety* 31:506–516.
- Bertilsson, M., Petersson, M.L., Östlund, G., Waern, M., Hensing, G. (2013): "Capacity to work while depressed and anxious – a phenomenological study", *Disability and Rehabilitation* 35:1705–1711.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E., Slade, M., Thornicroft, G. (2012): "Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace", *BMC Psychiatry* 12:11.
- Bülow, P. (2013): *Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering – en fokusgruppsstudie*. Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping. Research report 2013:1.
- Carta, M.G., Balestrieri, M., Murru, A., Hardoy, M.C. (2009): "Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 5:15.

Casey, P. (2009): ”Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment”, *CNS Drugs* 23:927–938.

Dagens socialförsäkring (2007): Nr 6 24 augusti 2007.

Dalman, C., Forsell, Y., Magnusson, C. (2011): *Psykisk ohälsa i Stockholms län*. Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.

Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*.

Engström, P., Hägglund, P., Johansson, P. (2012): *Early interventions and disability insurance: experience from a field experiment*. Discussion Paper series. Institute for the Study of Labor (IZA) No 6553.

Folkhälsomyndigheten (2014): *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.

Friis Andersen, M., Nielsen, K.M., Brinkmann, S. (2012): “Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders”, *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 38:93–104.

Försäkringskassan (2004): *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, version 21.

Försäkringskassan (2006): *Årsredovisning 2005*.

Försäkringskassan (2007): *Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensionärer, sjukersättning och aktivitetsersättning 1971–2005*, Redovisar 2007:3.

Försäkringskassan (2008): *Årsredovisning 2007*.

- (2008a): *Deltidssjukskrivning – en registerstudie över utvecklingen 1995–2006*, Socialförsäkringsrapport 2008:12.

Försäkringskassan (2009): *Årsredovisning 2008*.

- (2009a): *Processen för att utreda och besluta om rätten till sjukpenning och behov av samordningsinsatser*. Serienummer 2009:7. Version 6.0.

Försäkringskassan (2010): *Långtidssjukskrivna – beskrivande statistik 1999–2009: kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, sjukskrivningslängd och diagnospanorama*, Socialförsäkringsrapport 2010:16.

- (2010a): *Beslutsstödet – sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2010:7.

- (2010b): *Försäkringskassans övergripande strategi*. Serienummer 2010:1. Version 4.

Försäkringskassan (2011): *Försäkringsmedicinska beslutsstödet – en långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster*.

Socialförsäkringsrapport 2011:7.

- (2011a): *Samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen under 2012*. Informationsmeddelande 2011:198.

(2011b): *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos*. Socialförsäkringsrapport 2011:4.

Försäkringskassan (2012): *Med bristande känsla av sammanhang. De försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion*. Socialförsäkringsrapport 2012:1.

Försäkringskassan (2013): *Svar på regeringsuppdrag: sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Slutrapport*. Dnr 009246-2013.

- (2013a): *Svar på regeringsuppdrag: sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Delrapport*. Dnr 009246-2013.
- (2013b): *En enklare sjukförsäkringsprocess – rapport juli 2013*. Dnr 031209-2013.
- (2013c): *Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling – Delredovisning I av regeringsuppdrag år 2013*, Dnr. 3023-2013.

Försäkringskassan (2014): *Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete*. Socialförsäkringsrapport 2014:7.

- (2014a): *Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden. En jämförelse mellan år 2010 och år 2013 Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2014:2.
- (2014b): *Förändringar och förtydliganden i handläggningen av sjukpenning*. Informationsmeddelande 2014:041.

Glise, K., Ahlborg, G., Jonsdottir, I.H.(2012): "Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex and age make a difference?", *BMC Psychiatry* 12:18.

Goldberg, D.P., Blackwell, B. (1970): "Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification", *British Medical Journal* 23:439–443.

- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004): "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today* 24:105–113.
- Grees, N. "Stratification in the Changing Swedish Sickness Insurance." *Working paper presenterat på Höstseminariet – Nätverket för forskning om socialpolitik och välfärd*, Stockholm 17-18 november.
- Hartman, L., Hesselius, P., Johansson, P. (2013): "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment", *Labour Economics* 20: 48–56.
- Hesselius, P., Persson, M. (2007): Incentive and spill-over effects of supplementary sickness compensation, Working paper 2007:16, IFAU.
- Hesselius, P., Nilsson, P., Johansson, P. (2009): "Sick of your colleagues' absence?", *The Journal of the European Economic Association* 7(2–3): 583–594.
- Hong Lee, S., Ripke, S., Neale, B.M., m.fl. (2013): "Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs", *Nature Genetics* 45:984–994.
- Høgelund, J., Holm, A., Eplöv, L.F. (2012): "The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders", *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 15:157–170.
- Hägglund, P., Skogman Thoursie, P. (2010): *Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006–2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss?* IFAU rapport 2010:17.
- Hägglund, P. (2012): "Do time limits in the sickness insurance system increase return to work?", *Empirical Economics* 45:567–582.
- Hägglund, P., Johansson, P., Laun, L. (2012): *Rehabiliteringsgarantin*. IFAU-rapport 2012:26.
- Hägglund, P., Johansson, P., Laun, L. (2014): *Insatserna inom rehabiliteringsgarantin och dess effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. IFAU-rapport 2014:12.
- ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2011): *Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna*. ISF-rapport 2011:5.
- (2011a): *Unga med aktivitetsersättning – den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen*. ISF-rapport 2011:10.
- ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2013): *Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen – vilka är de och vad händer efteråt?* ISF-rapport 2013:6.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*. ISF-rapport 2014:4.

- (2014a): *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron – en registerstudie av inkomna läkarintyg till Försäkringskassan*. ISF-rapport 2014:5.
- (2014b): *Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande – från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. ISF-rapport 2014:9.
- (2014c): *Effekterna av handläggarnas attityder på sjukskrivningstiderna*. ISF-rapport 2014:1.
- (2014d): *Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete?* ISF-rapport 2014:21.

Johansson, P., Lindahl, E. (2012): Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment. *Empirical Economics*. 44:1673-1695.

Johansson, P., Palme, M. (2005): Moral Hazard and Sickness Insurance, *Journal of Public Economics*, 89:1879-1890.

Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., Malmberg, B., Larsson, B., Österberg, K. (2010): "Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study", *BMC Public Health* 10:301.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005): "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry* 2005;62:617–627.

Kjellberg, A. (2013): *Kollektivavtalens täckningsgrad samt organisationsgraden hos arbetsgivarförbund och fackförbund*. Studies in Social Policy, Industrial Relations, Working Life and Mobility Research Reports 2013:1.

Landstinget Sörmland, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Värmland, Landstinget Västmanland, Örebro läns landsting (2008): *Liv & Hälsa 2008: resultat av en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter*.

Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M. (2011): *Sickness absence and local benefit cultures*. Discussion Paper series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, No. 6245.

NHS – National Institute for Health and Clinical Excellence (2011): *Common mental disorders – identification and pathways to care*. NICE Clinical Guidelines 123.

Nilsing, E., Söderberg, E., Berterö, C., Öberg, B. (2013): "Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: A focus group study in Sweden", *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23:450–461.

Noordik, E., van der Klink, J.J., Geskus, R.B., de Boer, M.R., van Dijk, F.J., Nieuwenhuijsen, K. (2013): "Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 39:144–154.

Parlamentariska socialförsäkringsutredningen S 2010:4 (2011): *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Underlagsrapport nr 7.

Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C., Hägglöf, B. (2010): *Barn och ungdomars psykiska hälsa i Sverige: en systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.

Prop. 1994/95:147: *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*.

Prop. 1996/97:28: *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*.

Prop. 1998/99:01: *Budgetpropositionen för 1999*.

Prop. 2002/03:89: *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*.

Prop. 2004/05:21: *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*.

Prop. 2006/07:59: *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*

Prop. 2007/08:136: *En reformerad sjukskrivningsprocess för återgång i arbete*.

Region Skåne (2009): *Hälsoförhållanden i Skåne: folkhälsoenkät Skåne 2008*.

Regleringsbrev för budgetåret 2011 avseende Arbetsförmedlingen, 2010-12-22, A2010/3165/A och A2010/3304/ADM (delvis).

Regleringsbrev för budgetåret 2005 avseende Försäkringskassan, 2005-11-24, S2005/9017/SF, S2005/9436/SK (delvis) och S2005/9473/SF.

Regleringsbrev för budgetåret 2011 avseende Försäkringskassan, 2012-02-02, S2012/824/SF.

- Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Försäkringskassan, 2014-06-19, S2014/4849/SAM och S2014/4991/SF.
- Riksförsäkringsverket (1993–1995): *Socialförsäkring, 1989/90–1993/94*.
- Riksförsäkringsverket (1995): *Riks-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering*, RFV redovisar 1995:20.
- Riksförsäkringsverket (1996): *Sjukfrånvarons diagnoser och avslutsanledningar 1990*, RFV redovisar 1996:3.
- Riksförsäkringsverket (2002): *Årsredovisning 2001*.
- Riksförsäkringsverket (2004): *Årsredovisning 2003*.
- Riksförsäkringsverket (2005): *Årsredovisning 2004*.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004): *Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 166.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005): *Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 171.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012): *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 212.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014): *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 223.
- Scott, K.M. (2011): ”Sex differences in the disability associated with mental disorders”, *Current Opinion in Psychiatry* 24:331–335.
- Sjögren Lindquist, G., Wadensjö, E. (2011): *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2011:4.
- Socialförsäkringsutredningen (2006): *Nya siffror om socialförsäkringarna, Samtal om socialförsäkring* nr 14.
- Socialstyrelsen (2003): *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
- Socialstyrelsen (2009): *Öppna jämförelser 2009: folkhälsa*.
- (2009a): *Folkhälsorapport 2009*.
- Socialstyrelsen (2012): *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning. Reviderad 2012*.

Socialstyrelsen (2013): *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2013*.

- (2013a): *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2006): *Utformningen av en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess*.

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013): *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*.

SOU 1996:64. *Försäkringskassan Sverige. Översyn av socialförsäkringens administration*.

SOU 2006:86. *Mer försäkring och mera arbete*.

SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*.

SOU 2011:15: *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

Stockholms läns landsting (2011): *Folkhälsorapport 2011. Folkhälsan i Stockholm – I dag och i morgon*.

Ståhl, C., Edvardsson Stiwe, E. (2014): "Narratives of sick leave, return to work and job mobility for people with common mental disorders in Sweden", *Journal of Occupational Rehabilitation* 24:543–554.

Ungdomsstyrelsen (2013): *Unga med attityd: Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2013*.

Vårdanalys (2014): *VIP i vården? Om utmaningar i vården för personer med kronisk sjukdom*. Vårdanalys rapport 2014:2.

Wibeck, V. (2010): *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur. Lund.

Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L., Öberg, B. (2013): "Evaluation of self-reported work ability and usefulness of interventions among sick-listed patients". *Journal of Occupational Rehabilitation* 23:32–43.

Västra Götalandsregionen (2011): *Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011*.

Åsberg, M., Grape, T., Krakau, I., Nygren, Å., Rohde, M., Wahlberg, A., Währborg, P. (2010): "Stress som orsak till psykisk ohälsa", *Läkartidningen* 107:1307–1310.

Åsberg, M., Nygren, Å. och A. Nager, (2013): "Att skilja mellan depression och utmattningssyndrom". *Läkartidningen* 110:484–486.

Bilaga 1 – Data och metod

Registerstudie

En analys av diagnosutvecklingen i sjukförsäkringen under perioden 1990–2013 begränsas en del av tillgången till uppgifter om diagnos. I analysen används därför flera olika datakällor. Den främsta datakällan är Försäkringskassans analysdatabas MiDAS som innehåller sammanhängande perioder med utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning (så kallade *sjukfall*), samt sjuk- och aktivitetsersättning sedan år 1994. I sjukfallen finns uppgift om den huvudsakliga diagnosen vid sjukfallets start från och med år 2002, men inledningsvis var bortfallet stort. Uppgiften om diagnos kommer från Försäkringskassans ärendehanteringssystem där handläggaren manuellt registrerar den diagnoskod som framgår av läkarintyget. Försäkringskassan bedömer att kvaliteten i de diagnosuppgifter som registreras för att kunna ta fram statistik är tillräckligt god från och med år 2005.²¹⁹

För sjuk- och aktivitetsersättning finns uppgifter om huvud- och bidiagnos i MiDAS sedan år 1994, men uppgifterna är inte fullständiga för hela tidsperioden. Det registret har därför kompletterats med diagnosuppgifter från det så kallade *diagnosregistret* som innehåller uppgifter om diagnos för personer med förtidspension och

²¹⁹ Den diagnosstatistik som Försäkringskassan publicerar på www.fk.se över pågående och avslutade sjukfall fångar förändringar av den registrerade huvuddiagnosen under ett pågående sjukfall. Men det är få diagnosbyten som registreras och diagnosfördelningen som tas fram från MiDAS är i det närmaste identisk med Försäkringskassans statistik på hemsidan. En tidigare ISF-rapport (ISF 2014a) visar dock att diagnosfördelningen i början av sjukfallen i stort sett är densamma på aggregerad nivå som i slutet av sjukfallen. Den registrerade diagnosen i MiDAS bedöms därmed vara tillräcklig för den här analysen. Den främsta anledningen till att Försäkringskassans färdiga statistik över pågående sjukfall per diagnos inte används i den här rapporten är att den inte är uppdelad på olika sjukfallslängder, vilket behövs i den här analysen.

sjukbidrag för åren 1971–2002.²²⁰ Genom att föra samman dessa båda register kan diagnosstatistik för beståndet med sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag) tas fram, vilket inte har gjorts tidigare. Flera mått som tas fram har inte redovisats tidigare.

För perioden 1990–1993 har en del uppgifter hämtats från äldre statistikpublikationer från Riksförsäkringsverket.²²¹ I dessa finns endast statistik över nybeviljade personer med förtidspension och sjukbidrag uppdelad på diagnos.

Utöver den registerbaserade statistiken finns det några urvalsundersökningar som specifikt har studerat sjukskrivningsorsak. År 1996 publicerade Riksförsäkringsverket en undersökning som analyserade sjukskrivningsorsak för ett stort urval av sjukfall som avslutades år 1990.²²² Mellan åren 1999 och 2006 genomförde Riksförsäkringsverket och sedermera Försäkringskassan årliga enkätundersökningar som riktades till långtidssjukskrivna (längre än 60 dagar), den så kallade LS-undersökningen.²²³ Dessa föregicks av Riks-LS åren 1991–1994.²²⁴

Intervjustudie

Tio intervjuer, i form av fokusgrupper, genomfördes under mars månad 2014 med personliga handläggare vid Försäkringskassan.

Den kvalitativa intervjun ger möjlighet att studera fenomen eller skeenden utifrån respondentens perspektiv. Intervjuer är på så sätt lämpliga för att beskriva en handläggningsprocess utifrån handläggarnas perspektiv. Fokusgrupper kan dessutom bidra till att ge en djupare beskrivning av ett fenomen då interaktionen mellan deltagarna i gruppen bidrar till en fördjupad diskussion som kan vara svårare att skapa i individuella intervjuer.²²⁵

²²⁰ Det registret användes som källa för den officiella statistiken över personer med nybeviljad förtidspension och sjukbidrag.

²²¹ Riksförsäkringsverket (1993–1995).

²²² Riksförsäkringsverket (1996).

²²³ Se Försäkringskassan (2010).

²²⁴ Se Riksförsäkringsverket (1995).

²²⁵ Wibeck (2010).

Det urval som intervjuerna bygger på ska ge en bred representation av erfarenheter för att belysa frågorna. Urvalet av informanter har skett på ett strategiskt sätt för att fånga in eventuella variationer i uppfattning och inte för att studera skillnader i uppfattningar. När det gäller anställningstid har urvalet till studien skett genom att sju fokusgrupper består av handläggare med längre erfarenhet än tio år och tre fokusgrupper avser handläggare med en kortare erfarenhet än fem år. Till grupperna med lång erfarenhet ställdes extra frågor om hur rehabiliteringskedjan hade påverkat handläggningen av personer med psykiatriska diagnoser. Bland de intervjuade finns personer med erfarenhet av att arbeta med både anställda och arbetslösa och med ärenden som rör både sjukpenning och sjukersättning. Fokusgrupperna bestod vid de allra flesta tillfällena av fyra personer. Intervjuerna spelades in och varierade i tid mellan 44 minuter och 1 timma och 40 minuter. Samma samtalsledare höll i samtliga intervjuer och vid alla intervjuer utom två fanns det bisittare. Två av intervjuerna genomfördes vid ISF:s kontor och en vid Försäkringskassans huvudkontor. De övriga genomfördes vid lokala kontor hos Försäkringskassan. Vid tre tillfällen deltog även intervjupersoner via videolänk och vid ett tillfälle deltog två av de intervjuade via telefon.

Till fokusgrupperna ställdes frågor utifrån olika perspektiv om vad som är typiskt för handläggningen i ett ärende där personen har en psykiatrisk diagnos. Fokus för intervjun var ärenden med de diagnoser som är vanligast förekommande inom diagnoskapitlet: depressionssjukdomar, ångest- och stressrelaterade syndrom.

En kvalitativ innehållsanalys har använts vid analysen av de transkriberade intervjuerna.²²⁶ Två personer har läst och kodat materialet. Tidigt i analysprocessen framgick att hela materialet kunde delas in i två domäner: de problem som handläggarna upplevde och de strategier de hade för att hantera dessa. Materialet kodades sedan i huvudkategorier och underkategorier. Dessa kategorier har utgjort en grund för de tre teman som redovisas i rapporten.

²²⁶ Graneheim och Lundman (2004).

Bilaga 2 – Analys av handläggareffekter

I ISF 2014:1 studeras effekterna av handläggarnas attityder till exempelvis det aktuella regelverket, att uppnå resultatmål i verksamheten, samt till utrednings-, rehabiliterings- och samverkansinsatser på hur långa sjukfallen blir. Analysen baseras på svaren från en enkätundersökning bland handläggarna i sjukskrivningsprocessen 2012, där cirka 1 100 av tillfrågade 1 600 (69 procent) handläggare svarade. Dessa handlade in sin tur 104 309 individer mellan den 1 januari under 2010 och den 31 mars 2011. Det är deras sjukskrivningstider som analyseras i rapporten.

Här re-analyseras ISF-rapport 2014:1 med avseende på individens diagnos vid sjukskrivningstillfället. Syftet är att studera om effekterna av handläggarnas attityder och egenskaper skiljer sig åt med avseende på individens typ av sjukdom. Resultaten kan potentiellt ge vägledning om hur matchningen mellan individ och handläggare optimalt bör göras för att uppnå resultat i form av kortare sjukskrivningstider.²²⁷

Tabell B1 redovisar effekterna av handläggarens attityder och egenskaper på återgång i full ordinarie sysselsättning. Beräkningarna baseras på den genomförda *överlevnadsanalysen* och uttrycker effekterna i form av antalet sjukskrivningsdagar. Effekternas storlek avser en ökning av ett specifikt index från 0 till 1, det vill säga från en extrem till en annan. Eftersom sådana variationer i attityder vanligtvis inte förekommer bland handläggarna ska effekterna inte ges en alltför bokstavlig tolkning, utan snarare ses som en indikation på vilken riktning orsakssambandet har.

²²⁷ För en beskrivning av populationen och den använda metoden hänvisas till ISF (2014c).

Tabell B1. Effekter, uttryckt i hasardkvoter, av handläggarens attityder och egenskaper på återgång i ordinarie sysselsättning

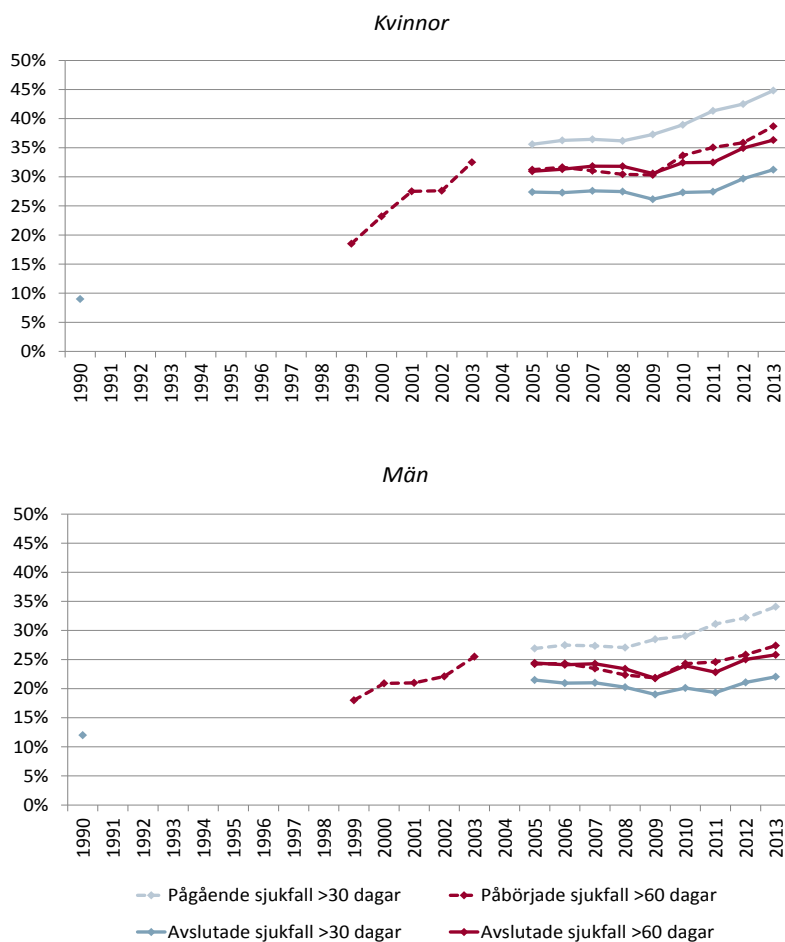
<i>Attityd</i>	<i>Samtliga</i>	<i>Diagnos, psyk.</i>	<i>Diagnos, övrigt</i>	<i>Skillnad – diagnos</i>
Rehabilitering	0,981 (0,024)	0,935 (0,054)	0,986 (0,027)	0,905* (0,057)
Samverkan	1,002 (0,038)	0,880 (0,082)	1,037 (0,042)	0,861* (0,088)
Sassam	0,988 (0,015)	1,004 (0,032)	0,985 (0,016)	0,978 (0,034)
Avst. möte	0,949** (0,023)	0,827*** (0,049)	0,978 (0,026)	0,860*** (0,053)
Begrepp	1,039 (0,030)	1,105 (0,065)	1,015 (0,034)	1,113 (0,068)
Regler	1,123*** (0,021)	1,065 (0,047)	1,135*** (0,024)	0,972 (0,049)
Resultat	1,053** (0,020)	1,018 (0,045)	1,062*** (0,023)	0,953 (0,048)
<i>Egenskaper</i>				
Man ^a	0,981 (0,012)	0,986 (0,026)	0,980 (0,013)	1,039 (0,027)
Ung (< 40 år) ^b	0,966*** (0,010)	0,950** (0,022)	0,972** (0,011)	0,970 (0,023)
Äldre (>= 55 år) ^b	1,020** (0,009)	1,066*** (0,019)	1,009 (0,010)	1,060*** (0,020)
Anst. tid (< 5 år) ^b	0,992 (0,016)	0,949 (0,034)	1,007 (0,018)	0,921** (0,036)
Anst. tid (> 10 år) ^{b c} ÅR) år)	1,028*** (0,009)	1,028 (0,019)	1,028*** (0,010)	1,015 (0,020)

Anm: Resultat från Cox regressionskattningar med kontroll för kön, ålder, utbildningsnivå, utrikesfödd, sysselsättningsstatus och kvartal vid sjukskrivningsstart, diagnos, antal barn under 18 år, ersättningsnivå, sektor, tidigare sjukpenning, tidigare sjuk- och aktivitetsersättning (SA), tidigare arbetslöshet, sysselsättning föregående år, pensionsgrundande inkomst, LFC, län, H-region. ^a: Analysen avser endast anställda. ^b: Kvinnor är jämförelsegrupp. ^c: Övriga är jämförelsegrupp. Antal observationer: 104 308. *, ** och *** anger statistisk signifikans på 10-, 5- respektive 1-procentsnivån.

I kolumn 1 upprepas resultaten från ISF-rapport 2014:1. De visar bland annat att ju mer positiva handläggarna är till det aktuella regelverket och till att uppnå verksamhetsmålen, desto kortare blir sjukfallen. De visar också att en låg ålder hos handläggaren (< 40 år) har en statistiskt säkerställd negativ effekt på återgången i ordinarie sysselsättning medan en lång anställningstid (> 10 år) tvärtom har en signifikant positiv inverkan på återgången. Den statistiskt säkerställda skillnaden i återgången i arbete med avseende på handläggarens ålder är extra tydlig för individer med en psykiatrisk diagnos. För dessa är fördelen med att tilldelas en äldre handläggare extra stor. I kolumn två och tre analyseras effekterna separat med avseende på om individen är sjukskriven med en psykiatrisk diagnos eller inte. I kolumn fyra jämförs effekterna för respektive grupp. Resultaten visar att en positivare inställning till avstämningsmötet tydligt minskar återgången i ordinarie sysselsättning för individer med en psykiatrisk diagnos, men inte för andra individer. Denna skillnad är statistiskt säkerställd. En skillnad i samma riktning finns också beträffande handläggarens inställning till rehabiliteringsinsatser, där en positivare inställning tenderar att förlänga sjukfrånvaron mer för individer med en psykiatrisk diagnos än för andra. Denna skillnad är emellertid endast svagt statistiskt säkerställd.

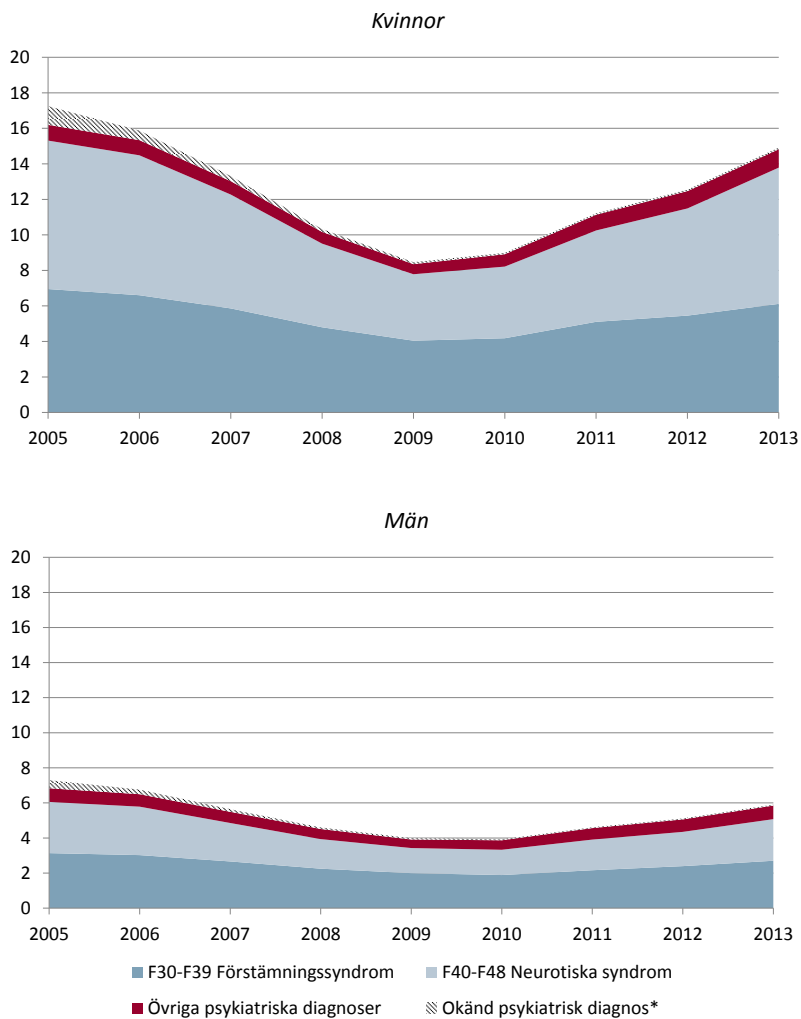
Bilaga 3 – Tabeller och figurer

Figur B1. Fyra mått av andelen sjukfrånvarande för psykiska sjukdomar under åren 1990–2013, kvinnor och män



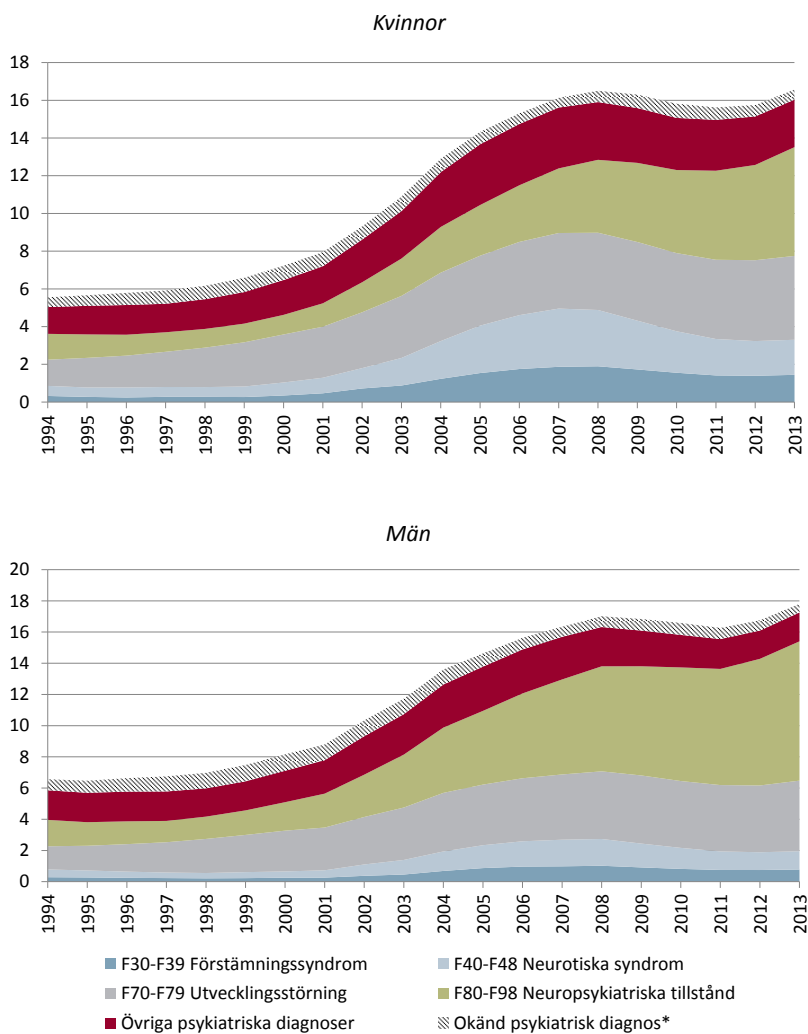
Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B2. Antal per 1 000 i befolkningen 20–64 år med pågående sjukfall i december 1994–2013 på grund av psykisk sjukdom, fördelad efter kön och diagnosavsnitt



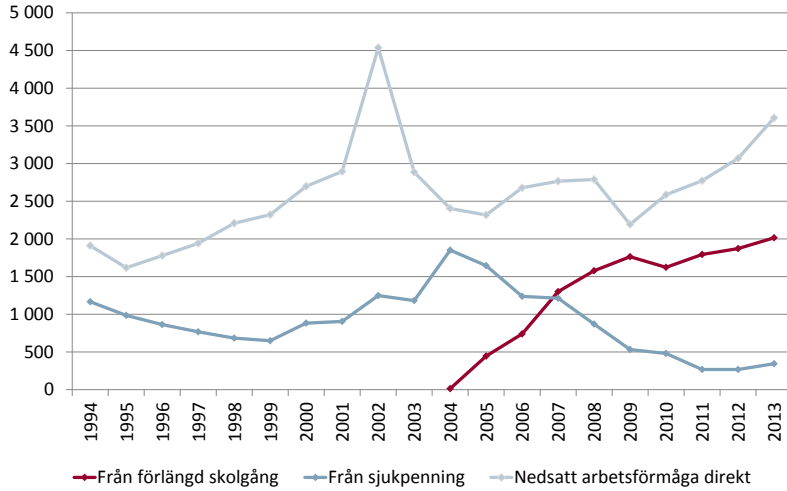
Anm.: * Uppskattning givet antagande om proportionerligt bortfall av diagnosuppgifter.
 Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B3. Antal per 1 000 i befolkningen 20–29 år med aktivitetsersättning i december 1994–2013 på grund av psykisk sjukdom, fördelad efter kön och diagnosavsnitt



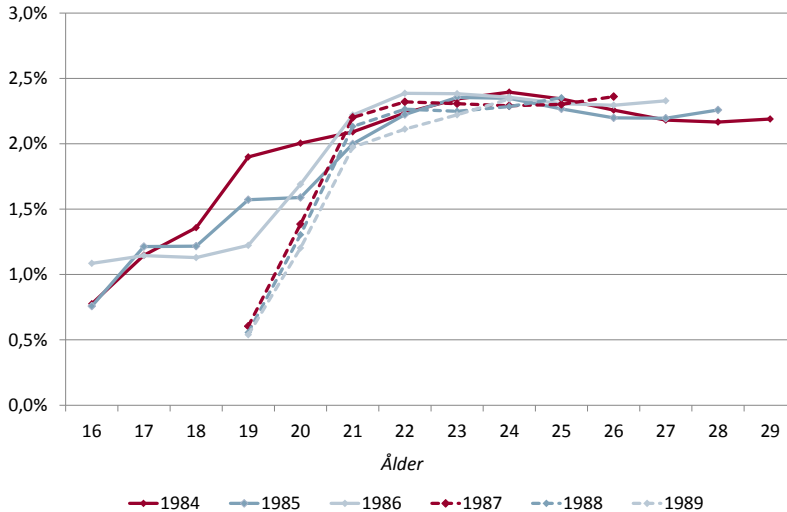
Anm.: * Uppskattning givet antagande om proportionerligt bortfall av diagnosuppgifter.
 Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B4. Antal kvinnor och män 16–29 år med påbörjade perioder med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga, fördelat efter inflödesväg



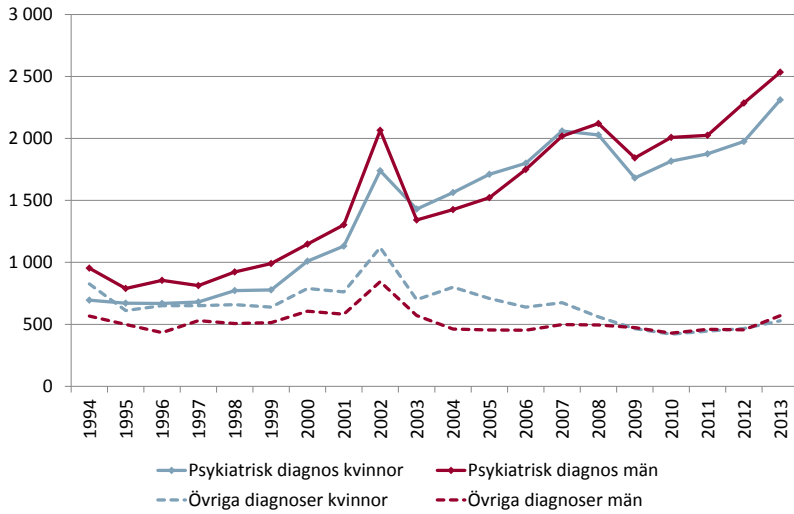
Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B5. Andel i befolkningen med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga, fördelad efter födelseår och ålder



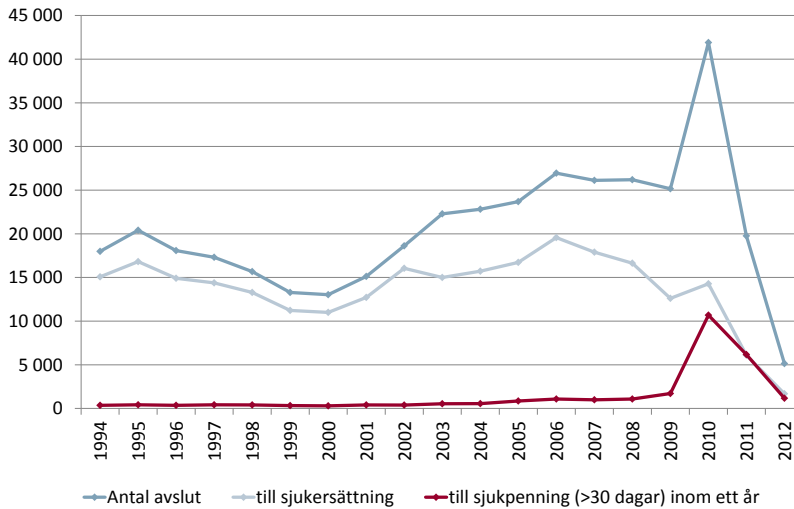
Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B6. Antal kvinnor och män 16–29 år med påbörjade perioder med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga, fördelat efter diagnos



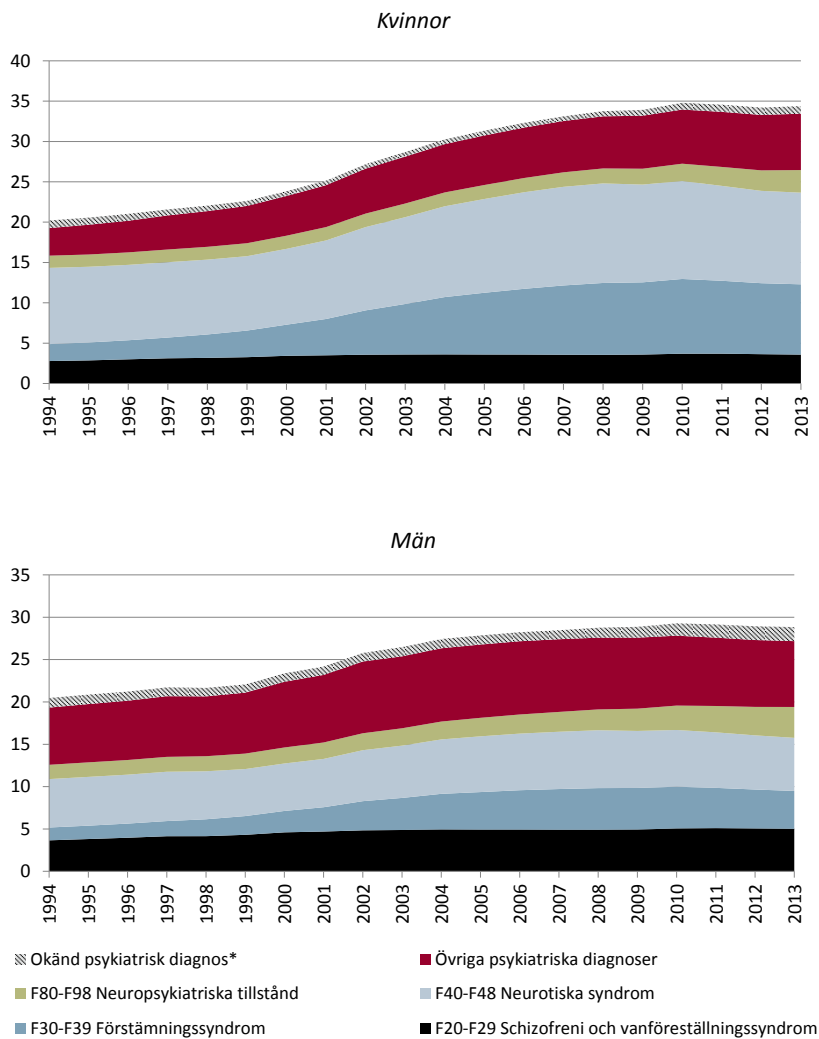
Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

Figur B7. Antal avslutade perioder med tidsbegränsad sjukersättning, fördelat efter utflödesväg



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

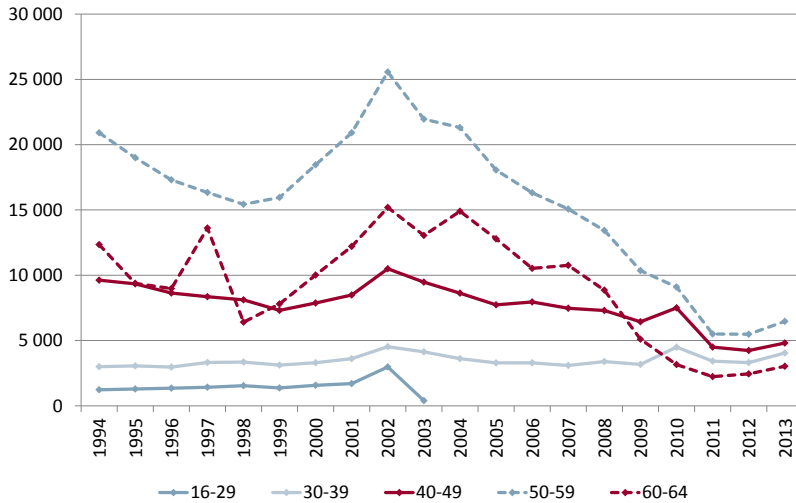
Figur B8. Antal per 1 000 i befolkningen 30–64 år med sjukersättning i december 1994–2013 på grund av psykisk sjukdom, fördelad efter kön och diagnosavsnitt



Anm.: * Uppskattning givet antagande om proportionerligt bortfall av diagnosuppgifter.

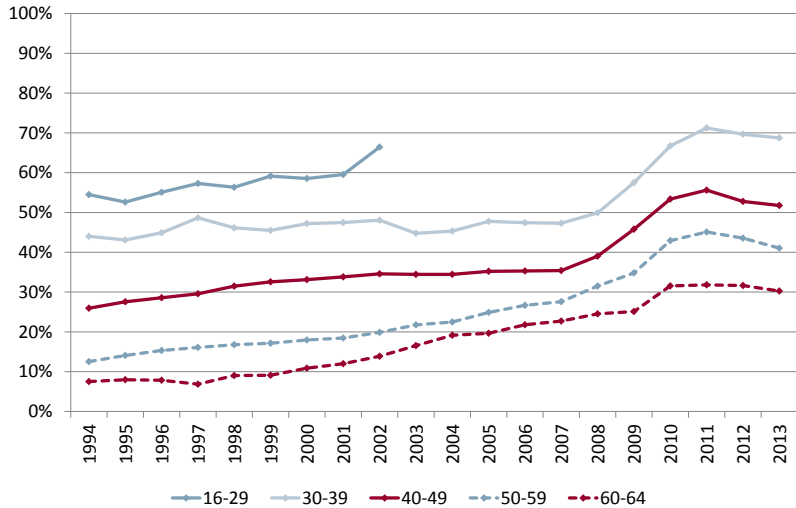
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Figur B9. Antal personer 16–64 år som påbörjar en period med sjukersättning under åren 1994–2013, fördelat efter ålder (år)



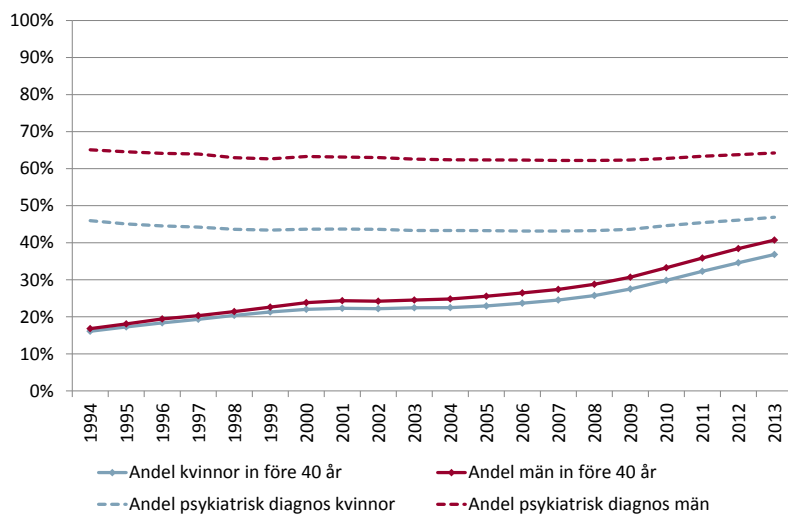
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Figur B10. Andel psykiatriska diagnoser bland påbörjade perioder med sjukersättning, fördelad efter ålder (år)



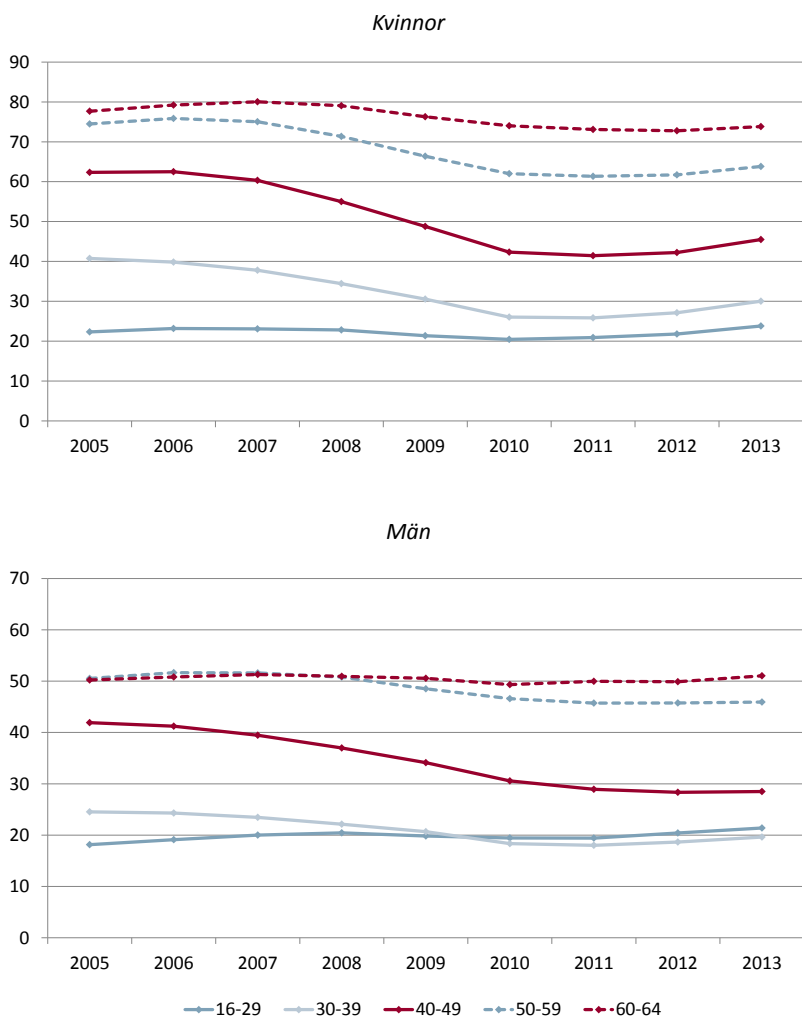
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Figur B11. Andelen av beståndet med sjukersättning i december som beviljats ersättning före 40 års ålder samt andelen med psykiatrisk diagnos bland dessa



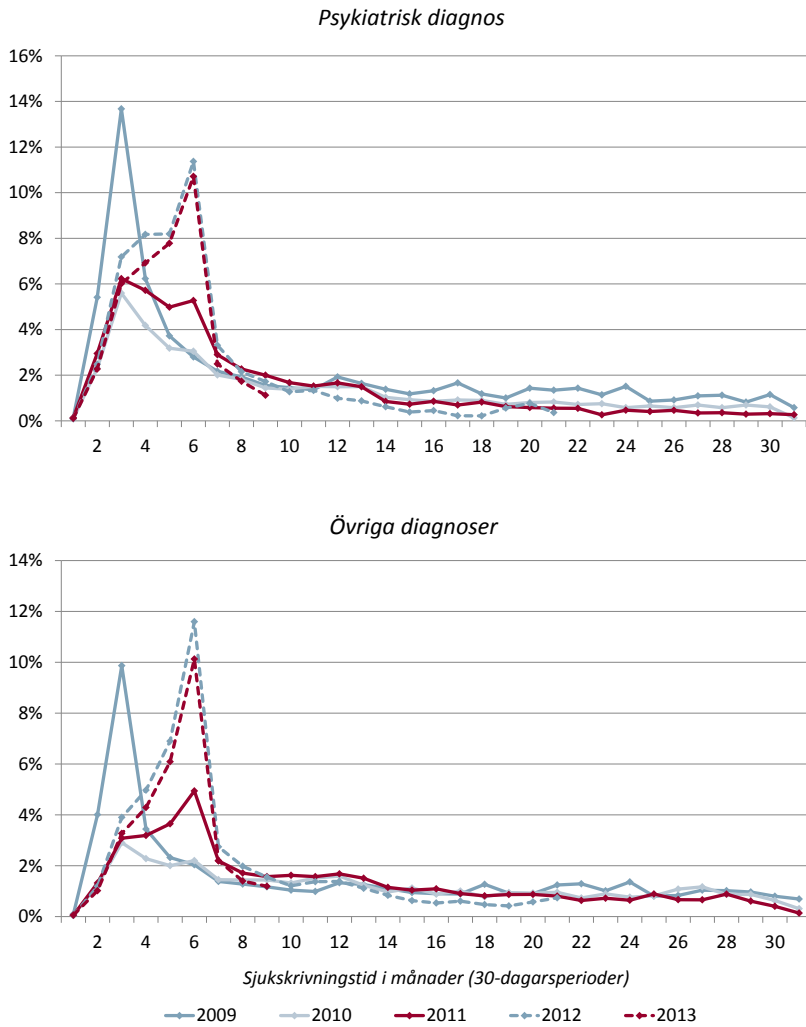
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar.

Figur B12. Antal per 1 000 i befolkningen 20–64 år med ersättning för nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk sjukdom i december 2004–2013, fördelad efter kön och ålder



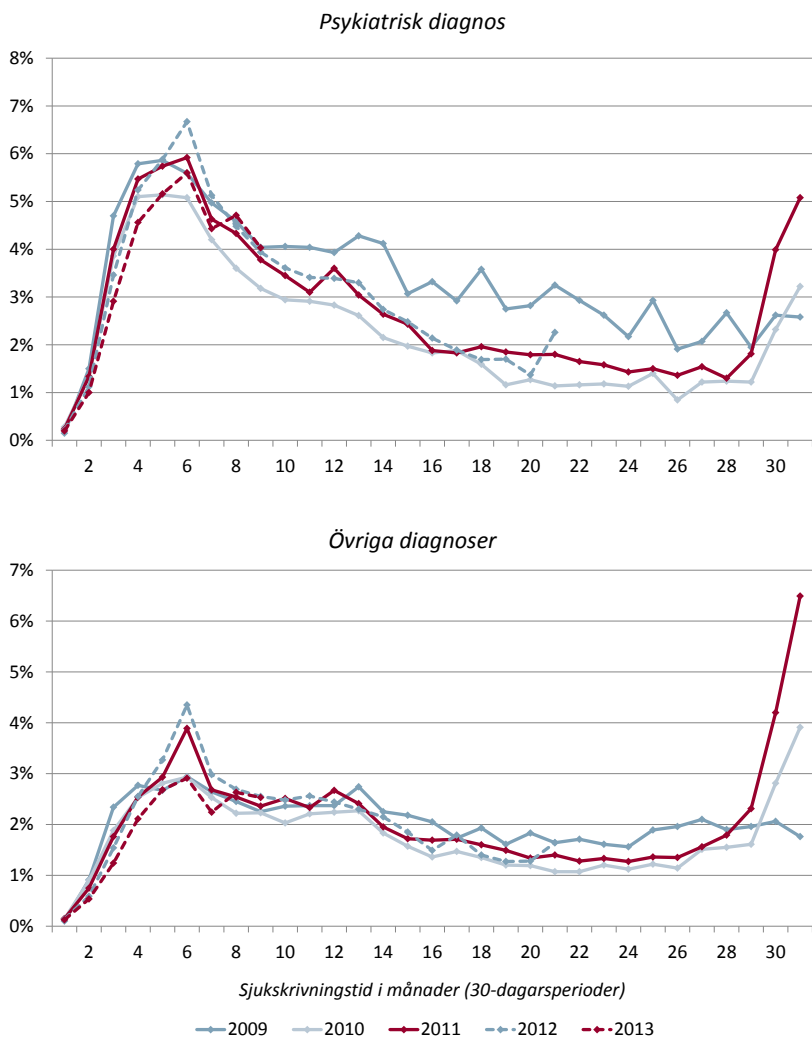
Källa: Försäkringskassan (MiDAS, diagnosregistret), ISF:s bearbetningar

Figur B13. Betingad sannolikhet att få en Sassam-kartläggning per månad i sjukfallet 2009–2013, fördelad efter startår



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Figur B14. Betingad sannolikhet att få ett första avstämningsmöte per månad i sjukfallet 2009–2013, fördelad efter startår



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Tabell B2. Sannolikheten (hasardkvot) att få utredning eller insats m.m. för sjukskriven med en psykiatrisk diagnos relativt andra diagnoser

	Kvinnor		Män	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
Första utbetalning ⁱⁱ	0,84***	0,86***	0,81***	0,84***
<i>Tidsgränser</i>				
Avslut dag 15–90 ⁱⁱ	0,54***	0,57***	0,55***	0,58***
Avslut dag 91–180 ⁱⁱ	0,67***	0,67***	0,64***	0,68***
Avslut dag 181–365 ⁱⁱ	0,82***	0,84***	0,73***	0,81***
Avslut dag 366–914 ⁱⁱ	0,89***	0,98*	0,85***	0,96**
Särskilda skäl ^{i, ii}	0,69***	0,71***	0,45***	0,46***
Oskäligt ⁱ	0,36***	0,38***	0,27***	0,30***
Indrag ⁱ	0,48***	0,54***	0,41***	0,45***
<i>Utredningar och insatser</i>				
Telefonutredning ⁱⁱ	0,90***	0,91***	0,80***	0,82***
Sassam	1,54***	1,65***	1,40***	1,44***
Avstämningsmöte	1,76***	1,86***	1,70***	1,78***
Rehabiliteringspenning	1,87***	1,76***	1,96***	1,68***
Partiell sjukpenning ⁱ	1,29***	1,21***	1,53***	1,43***
Arbetsresor ⁱ	0,06***	0,05***	0,06***	0,04***
Gemensam kartläggning	1,57***	1,41***	1,64***	1,37***

Anm.: ⁱ Avser endast anställda. ⁱⁱ Studerad tidsenhet är veckor, annars månader. Modell 1 redovisar resultat utan kontrollvariabler. Modell 2 redovisar resultat med kontrollvariablerna startår, åldersgrupp (10-årsklasser), inrikes-/utrikesfödd, sysselsättning vid sjukfallets start, sysselsättningsstatus, bransch, inkomst, utbildningsnivå, har barn yngre än 7 år samt uppgift om tidigare uppnådd maximal tid i sjukförsäkringen/tidsbegränsad sjukersättning. Personer med övriga diagnoser är referensgrupp.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

