

Staffan Marklund (red): Risk-frisk-faktorer – Sjukskrivning och rehabilitering i Sverige

RFV redovisar 1997:6, Riksförsäkringsverket 1997

Denna bok innehållande sju kapitel författade av ett tiotal personer sammanfattar fynd som gjorts med hjälp av analyser av tre stora datamaterial som Riksförsäkringsverket samlat in från år 1979 till år 1994. Det första materialet omfattar 9 000 individer varav hälften varit långvarigt sjukskrivna och hälften är en referensgrupp i normalbefolkningen. Materialet är samlat i två perioder, 1979–85 och 1986–91. I databasen finns registermaterial, material från försäkringskassorna och data från en individuell intervju. Det andra materialet utgörs av 60 000 sjukfall som varat minst 60 dagar under perioden 1991–94 med registerdata och uppgifter från försäkringskassornas personakter. Det tredje materialet består av databasen för ”Köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster” där alla köp av tjänster som genomförts vid försäkringskassorna är registrerade.

Det första kapitlet i boken, författat av Hans Karlsson, Mikael Klingstedt och Ola Rylander, redovisar utvecklingen av den ohälsa som ersatts av försäkringskassan under perioden 1985–96. Det har under de studerade perioderna skett dramatiska förändringar vad avser sjukpenningtal och antal nybeviljade förtidspensioner. Det har också skett dramatiska förändringar i socialförsäkringen, både avseende ersättningsnivåer och tillämpning, under samma period vilket försvårar tolkningen av varför den ersatta ohälsan minskat.

Det så kallade ohälsotalet, som omfattar sjukskrivning, arbetsskadeersättning, rehabiliteringsjukpenning, sjukbidrag och förtidspension, har använts för att beskriva den

totala ersatta frånvaron vid sjukdom och ohälsa. Eftersom arbetsgivaren 1992 började betala de första 14 dagarna i en sjukperiod är ohälsotalet inte jämförbart över tiden. Efter 1991 har det fullständiga ohälsotalet fått beräknas på annat sätt än tidigare. Det beräknade ohälsotalet ökade fram till andra hälften av 1980-talet men har minskat från 45 ersatta dagar per försäkrad till 40 dagar per försäkrad 1996. De nybeviljade förtidspensionerna ökade trots ökande restriktivitet i försäkringen fram till 1993 då drygt 60 000 personer i Sverige beviljades förtidspension. Antalet har därefter minskat kraftigt och uppgick 1995 till 40 000. Under senare år har också antalet indragna sjukbidrag och förtidspensioner fördubblats från cirka 2 000 per år till cirka 4 000 per år, kanske ett uttryck för den ökade restriktiviteten i försäkringstillämpningen.

De mest dramatiska förändringarna har gällt sjukalet (antalet under året ersatta sjukdagar med hel eller partiell sjukpenning per försäkrad, inte att förväxla med det så kallade sjukpenningtalet som inkluderar arbetsskadesjukpenningdagar och är omräknat till hela dagar). Sjukalet nådde en kulmen på 25 dagar per försäkrad 1988. Det har därefter sjunkit kontinuerligt och uppgick 1995 till 12 dagar. Författarna visar hur det sjunkande sjukalet kan ha bidragit till den höga arbetslösheten – om sjukfrånvaron 1995 hade legat på 1990 års nivå skulle antalet arbetslösa ha varit 100 000 färre förutsatt att all sjukfrånvaro ersatts av arbetslösa personer. Arbetslöshetsnivån skulle ha legat på fem procent i stället för på knappt åtta.

Den ersatta sjukfrånvaron har alltså sjunkit mycket kraftigt i Sverige sedan slutet av 1980-talet. Minskningen anses i huvudsak bero på förändringar i regelsystemet, även om den ökande arbetslösheten kan ha bidragit. Det förefaller inte som om minskningen beror på en förbättrad folkhälsa. Medellivslängden steg visserligen under perioden, men både den självrapporterade sjukligheten och antalet läkarbesök per invånare ökade under samma period som studierna gäller. En allt större del av kostnaderna för sjukligheten har under perioden fallit på arbetsgivaren och på individen själv som inte tar ledigt (eller tar semester) vid sjukdom. En alternativ förklaring är naturligtvis att delar av den självrapporterade sjukligheten inte är av den arten att sjukfrånvaro krävs och att sjukförsäkringen överutnyttjats tidigare.

Bokens andra kapitel, författat av Staffan Marklund och Ulrik Lidwall, rör risk för långtidssjukskrivning. Risker att bli långtidssjuk ökar kraftigt med stigande ålder. Kvinnor har i alla åldrar högre risk än män även om komplikationer i samband med graviditet räknas bort. Yrke, utbildning och arbetsmiljö påverkar också kraftigt risken att bli långtidssjuk. Det har blivit allt svårare för dem som är långtidssjukskrivna att ta sig ur sjukskrivningen under 1990-talet. Antalet långtidssjukskrivna har minskat och den grupp som fortfarande hamnar i en sådan sjukskrivning är mer belastad på olika sätt vilket ger sämre förutsättningar för rehabilitering även för dem som faktiskt har ett arbete. För arbetslösa sjukskrivna, under 1990-talet en stor grupp, har det blivit mycket svårt att komma tillbaka till den öppna arbetsmarknaden. Rörelseorganens sjukdomar är fortfarande den i särklass vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning även om de minskat sedan

1990-talets början. Andelen sjukskrivna med psykiska störningar har ökat markant speciellt hos arbetslösa.

I två kapitel författade av Tommy Edlund och Ulrik Lidwall respektive Charlotte Andersson och Ulrik Lidwall beskrivs vilken arbetslivsinriktad rehabilitering som erbjuds och till vilka grupper av sjukskrivna. Kvinnor och män tycks ha fått tillgång till någon typ av arbetslivsinriktad rehabilitering i lika stor utsträckning, men kvinnor får oftare än män arbetsträning, oftast på den egna arbetsplatsen. Män erbjuds (eller kräver?) oftare utbildningsinsatser. Författarna spekulerar i vad dessa könsskillnader kan bero på och kan inte utesluta att det finns ett inslag av könsdiskriminering, även om man inte tror att försäkringskassans personal medvetet särbehandlar. Arbetslivsinriktad rehabilitering förekommer oftast vid sjukdomar i rörelseorganen där sådan påbörjas i en eller annan form för 18 procent av de långvarigt sjukskrivna, att jämföras med 10 procent vid sjukskrivningar med diagnos från cirkulationsorganen och 13 procent vid psykisk ohälsa.

Ett kapitel om resultaten vid arbetslivsinriktad rehabilitering och köp av tjänst är författat av Sisko Bergendorff, Tommy Edlund, Ulrik Lidwall, Dan Ljungberg och Sten Olsson. Köp av tjänster från privata rehabiliteringsproducenter har ökat under hela första halvan av 1990-talen för att minska mellan 1995 och 1996. Författarna tolkar denna minskning som beroende på att lagen om offentlig upphandling försvårade privata köp. I boken görs också ett ambitiöst försök att utvärdera olika producenter av rehabilitering, något som försvåras av att de vänder sig till olika patientgrupper med olika handikapp och olika stora möjligheter att återgå i arbete (eller rättare sagt avsluta sjukperioden).

Det kapitel som handlar om vilka som får rehabilitering präglas av diskussionsavsnitt där möjligheten att få en rehabiliteringsåtgärd omväxlande benämns *relativa risken* att få en sådan åtgärd och *relativa chansen*. Skillnaden i ordvalet kan ge en vink om att rehabilitering för vissa långtidssjukskrivna kan ses som något negativt och av andra som något positivt. Faktum är att vi inte säkert vet hur ofta arbetslivsinriktad rehabilitering är till nytta för individen eller för samhället! Och säkert kan det vara så att ett ur samhällets synvinkel dåligt resultat kan vara ett gott för den sjuka individen. Att ”rehabilitera” en äldre arbetslös person med en sjukdom eller funktionsnedsättning till arbetslöshet är inte så meningsfullt för individen. Man kan diskutera hur mycket som skall satsas på arbetslivsinriktad rehabilitering i sjukfall där man med hög grad av sannolikhet kan säga att återgång i produktivt arbete på den öppna arbetsmarknaden, som den ser ut nu, inte kan bli aktuell. Arbetslivsinriktad rehabilitering får inte bli en kostnadskrävande och för individen kränkande procedur för att sortera folk i rätt fack för sin försörjning – förtidspension, A-kassa eller socialbidrag.

Dåliga rehabiliteringsresultat (= stor risk för förtidspension) finns till exempel när det gäller äldre kvinnor med fibromyalgi. Men beror det på felaktiga rehabiliteringsåtgärder (oftast arbetsträning) eller på att sjukdomen endast leder till långvarig sjukskrivning hos kvinnor med dålig arbetsmiljö eller dålig motivation till förvärvsarbete? Eller är sjukdomen så handikappande att förtidspension är det enda rätta? Kanske skall vi då inte ens försöka med rehabilitering i sådana fall? Kanske är det ”dåliga” resultatet av rehabiliteringen, förtidspension, ett gott resultat för individen? Av de rehabiliterande åtgärderna (utredning, utbildning eller arbets-

träning) medför utbildning de absolut bästa möjligheterna att komma ur sjukskrivningen. Men beror det på att de sjuka som får utbildning är yngre män som har bättre förutsättningar att återgå i förvärvsarbete? Eller skulle ökade insatser i form av utbildning även till äldre män och kvinnor i alla åldrar också medföra mer lyckade resultat i form av arbetsåtergång? Frågorna hopar sig, och de studier som finns beskrivna i boken kan inte ge några svar.

De sjukskrivna personer som får tillgång till rehabiliterande åtgärder är naturligtvis inte slumpvis utvalda. Försäkringskassans tjänstemän gör enligt författarna korrekta bedömningar om vilka sjukfall som så småningom skall få sjukbidrag eller förtidspension i 90 procent av fallen. Det är naturligtvis meningslöst att försöka rehabilitera folk som saknar förutsättningar att komma tillbaka till arbetsmarknaden, och sannolikt gör inte heller kassans personal detta särskilt ofta. Det är lika meningslöst att starta rehabiliterande åtgärder när det gäller personer med sjukdomar som i hög utsträckning är självläkande, och det görs säkert mycket sällan. Denna brist på slumpmässighet i urvalet av personer som får rehabiliterande åtgärder vid en sjukskrivning medför att studier om eventuella positiva effekter av rehabilitering måste ske med andra metoder än de som kunnat användas genom att analysera de register och intervjuer som är grunden för denna bok, vilket också påpekas i ett slutkapitel, författat av Sisko Bergendorff, Ulrik Lidwall, Dan Ljungberg och bokens redaktör, Staffan Marklund.

Föreliggande bok måste delvis ses som ett historiskt dokument. Efter det att boken sammanställts har nämligen reglerna i sjukförsäkringen ändrats igen på väsentliga punkter. Arbetsgivarinrådet omfattar för

närvarande 28 dagar men skall åter minska till 14 dagar 1998. De så kallade äldrereglerna har tagits bort ur sjukförsäkringen. Äldre sjukskrivna får inte längre (åtminstone på papperet, det kan säkert variera mellan olika lokalkontor och olika kassahandläggare) positiv särbehandling när det gäller möjligheten att få förtidspension. Dessutom tillämpas nu sedan ett år en trappstegsmodell när det gäller rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering. Det skall i första hand prövas om den sjuke, eventuellt efter rehabilitering som då arbetsgivaren skall bekosta, kan återgå till sitt vanliga arbete. Därefter bedöms möjligheten till omplacering hos den egna arbetsgivaren. Om detta är omöjligt tar kassan ställning till om den försäkrade, utan någon rehabiliterande åtgärd alls, skulle kunna klara ett "på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete". Först om detta bedöms som omöjligt börjar eventuella rehabiliterande åtgärder med hjälp av försäkringskassan. Litet hårdraget kan man säga att försäkringskassan efter den första januari

1997 endast rehabiliterar sjuka människor som inte är rehabiliteringsbara!

Som historiskt dokument är boken intressant. Den är ett gott försök att med tillgängliga metoder försöka utvärdera de insatser som gjorts på försäkringskassorna avseende arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är närmast en rysare att läsa om alla turer kring ändringar i socialförsäkringen som skett den senaste tioårsperioden. Lagg sedan till alla andra ändringar (föräldraförsäkringen, bostadsbidrag osv) som skett på senare år i system som administreras av försäkringskassan och det blir lätt att inse att det faktiskt är ett underverk att försäkringskassans personal hängt med i svängarna. Och faktiskt också haft åtminstone en del tid över att ägna åt sina klienter och deras behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Docent **Lena Ekenvall**
Yrkesmedicinska enheten,
Stockholms läns landsting