



LUND UNIVERSITY

De utbrändas och långtidssjukskrivnas vardag

Hammarlin, Mia-Marie

Published in:

En sjukförsäkring att lita på?

2017

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hammarlin, M.-M. (2017). De utbrändas och långtidssjukskrivnas vardag. I *En sjukförsäkring att lita på?: Rapport från forskarseminariet i Umeå 14-15 januari 2015* (Vol. 2017:1, s. 69-80). (Socialförsäkringsrapport/Social Insurance Report; Vol. 2017:1). Försäkringskassan.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

En sjukförsäkring att lita på?

Rapport från forskarseminariet i Umeå
14–15 januari 2015

Utgivare	Försäkringskassan Analys och prognos
Upplysningar	Jenny Mann 010-116 92 84 jenny.mann@forsakringskassan.se
Webbplats	www.forsakringskassan.se

Förord

Temat för årets forskarseminarium i Umeå var ”En sjukförsäkring att lita på?”.

Syftet med det årligen återkommande seminariet är att öka intresset för socialförsäkringsforskning, att stimulera till ny forskning och att skapa kontakter mellan forskare och praktiker inom området.

Seminariet är ett samarrangemang mellan Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Centralförbundet för socialt arbete (CSA) och Försäkringskassan. I programgruppen ingår även representanter för Göteborgs Universitet, Karolinska Institutet, Lunds Universitet, Stockholms Universitet och Umeå Universitet.

2015 års seminarium planerades av en grupp bestående av Professor Peter Allebeck Forte, Professor Kristina Alexanderson Karolinska Institutet, Professor Ruth Mannelqvist Umeå Universitet, Professor Stefan Svallfors Umeå Universitet, Professor Hans Swärd CSA/Lunds Universitet, Professor Eskil Wadensjö Stockholms Universitet, Docent Helena Stensöta Göteborgs Universitet samt Docent Caroline Olgart Höglund, Områdeschef Mikael Broman, Projektadministratör Jenny Mann samt Administrativa assistenter Erland Andersson och Pia Palmberg vid Försäkringskassan.

Innehåll

Sjukförsäkringen 60 år _____	5
Rafael Lindqvist Uppsala Universitet	
Sjukförsäkringen i siffror _____	15
Laura Hartman Försäkringskassan	
Kvinnors och mäns sjukfrånvaro – genusteoretiska perspektiv _____	29
Gunnel Hensing Göteborgs Universitet	
Föräldraskap och sjukfrånvaro _____	41
Margaretha Voss och Ulrik Lidwall Försäkringskassan	
Rättssäkerhet i sjukförsäkringen _____	53
Ruth Mannelqvist Umeå Universitet	
De utbrändas och långtidssjukskrivnas vardag _____	69
Mia-Marie Hammarlin Lunds Universitet	
Mediebildens av Försäkringskassan 2003–2012 _____	81
Björn Johnson och Christina Halling Malmö Högskola	
Förtroendet för Försäkringskassan 1999–2010 _____	89
Ylva Norén Bretzer, Kristina Holmgren och Frida Rosstorp Göteborgs Universitet	
Sjukskrivnas upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården _____	105
Emilie Friberg Karolinska Institutet	
Kan vi förhindra att personer med milde till moderata psykiska lidelser faller ut av arbetslivet? _____	117
Astrid Grasdal Universitetet i Bergen	

Sjukförsäkringen 60 år



Rafael Lindqvist

Uppsala Universitet

Inledning

Sverige har från senare delen av 1990-talet, liksom flera andra europeiska länder, haft problem med att alltför många lämnar arbetsmarknaden på medicinska grunder. Sedan år 2002 minskade dock sjuktalet, för att sedan något år tillbaka öka igen. Särskilt bekymmersam är utvecklingen när det gäller psykiatriska sjukdomsdiagnoser. Parallellt med denna utveckling har reglerna för att få sjukpenning stramats upp i vissa avseenden och Försäkringskassan gör striktare bedömning av både rätten till sjukpenning och arbetsförmåga. Det förefaller som om det i praktiken skett en påtaglig tyngdpunktsförskjutning: från att se rätten till sjukpenning som en social rättighet vid ohälsa till en villkorad rätt som nu avgörs av individens (potentiella) arbetsförmåga och anställningsbarhet, dvs. en förskjutning i riktning mot inskränkt ekonomisk grundtrygghet vid sjukdom och ökad press på att delta i arbetslivet.

Välfärdsstatens dilemma

Den här korta beskrivningen fäster uppmärksamheten på ett centralt dilemma i välfärdsstaten och i sjukförsäkringen, nämligen dilemmat att på ett så legitimt sätt som möjligt avgöra vem som kan försörja sig själv och vem som har så stora svårigheter så att samhället och socialpolitiken måste gripa in

med stöd (Stone 1984). Hur detta dilemma hanteras återspeglas i de tillträdesvillkor som finns inbyggda i lagstiftning om sjukpenning och andra socialförsäkringar. Rätten till sjukpenning är ju inte ovillkorlig, utan sammankopplad med en rad krav som individen måste uppfylla – och dessa krav har ökat på senare tid. Ett centralt inslag var att expertutlåtanden och läkarintyg blev viktiga redskap i beslutsfattandet.

Två parallella utvecklingsprocesser

Om vi blickar tillbaka – inte bara de 60 år som vi haft allmän sjukförsäkring – utan till välfärdsstatens inledningsskede, kan vi notera två parallella utvecklingsprocesser: å ena sidan en tilltagande medikalisering av personliga och sociala problem, dvs. att sådana problem tolkas med hjälp av en medicinsk begreppsapparat, vård och behandling ses som lösning på problemen och medikaliseringen berättigar till socialpolitiska bidrag (Schram 2000 Ballard & Elston 2005, Conrad 2005) – och å andra sidan har det (fram tills nyligen) skett en expansion av sociala rättigheter på olika områden. Den här utvecklingen har inte varit särskilt rätlinjig, utan snarare dynamisk och bitvis motsägelsefull. Om vi placerar in sjukförsäkringens utveckling i denna övergripande utvecklingstrend hur skulle vi då kunna beskriva den?

Från spontan protest till sjukkasserörelse

Sjukförsäkringens historia handlar i hög grad om en utveckling från små frivilliga, av lekmän, styrda kassor till en, som vi har idag, stor och ståtlig välfärdsbyråkrati. För drygt 100 år sedan fanns ett myller av frivilliga sjukkassor. Det de alla hade gemensamt var att försöka trygga försörjningen vid sjukdom, vilket i sin tur hängde samman med att bondesamhället så sakteliga fick ge vika för ett framväxande industrisamhälle (Broberg 1973, Lindqvist 1990). När lönearbetet så småningom blev den dominerande livsformen blev försörjningsbehovet också akut vid sjukdomsfall. Sjuk-kassorna var en spontan protest mot de konsekvenser som marknadssamhället skapade. De sjukkassor som växte fram hade en mer eller mindre tydlig anknytning till de olika sociala skikt och sociala intressegrupper som fanns. Kassornas stadgar återspeglade denna koppling.

Sjukförsäkringen – från folkrörelse till välfärdsbyråkrati

De frivilliga sjukkassorna växte så småningom in i välfärdsstaten. Det skedde successivt genom att kassornas verksamhet reglerades; staten gav bidrag på villkor att kassorna formulerade sina stadgar så att verksamheten blev bärkraftig. Vi fick på 1930-talet erkända sjukkassor i länen. Nästa steg

innebar införandet av en allmän sjukförsäkring 1955 efter en lång politisk process; Socialvårdskommittén hade utrett sjukförsäkring och hithörande frågor under drygt 10 års tid (SOU 1944:15). En stötesten i den processen var om det skulle vara ett enhetsbelopp, lika för alla, vilket Gustav Möller förespråkade – eller en graderad sjukpenning relaterad till inkomst (Edebalk 2014). Det var den senare modellen som vann, bl.a. av det skälet att ett enhetsbelopp måste sättas ganska lågt och många fackförbund genom avtal redan hade inkomstrelaterade tilläggsförsäkringar för sina medlemmar.

Nästa steg i utvecklingen blev att sjukförsäkringen samordnades administrativt med den dåvarande yrkesskadeförsäkringen och pensionssystemet inom ramen för Lagen om allmän försäkring. År 1963 inrättades således de allmänna försäkringskassor som existerade ända fram till 2005 då de förstatligades helt. Fram till dess hade försäkringskassorna varit ett slags fristående offentligt rättsliga organ med egna styrelser, vilket innebar att verksamheten i vissa avseenden varierade mellan olika kassor. Den statliga styrningen och likformigheten var inte lätt att genomföra. Grovt sett kan man beskriva utvecklingen under de senaste hundra åren så att den gått från ett lekmannastyre till en styrning med hjälp av experter och tjänstemän (de sista resterna av lekmannainflytandet försvann när socialförsäkringsnämnderna avvecklades på 1990-talet och definitivt när försäkringskassornas styrelser försvann tio år senare) – och samtidigt en utveckling som inneburit att i stort sett hela befolkningen täcks av försäkringen och inte bara specifika grupper. Sjukförsäkringen har med andra ord vuxit in i staten, församhälleligats.

Sjukförsäkringen: perioden 1960–1980

Sjukförsäkringen i ”det starka samhället”, för att använda Tage Erlanders uttryck från början av 1960-talet, innebar en expansion av sociala rättigheter på en rad områden (Erlander 1962). Den allmänna sjukförsäkringen blev som dåvarande socialministern Torsten Nilsson uttryckte det ”en milstolpe på vägen mot den allmänna trygghetens samhälle” (Erlander 1962, s. 72). Sjukpenningtiden blev i princip obegränsad (för att sedan övergå i förtidspension), karensdagar togs bort, sjukronors-reformen infördes (som gjorde det billigare för patienten att besöka sjukvården), föräldraförsäkring och tandvårdsförsäkring infördes.

Sjukförsäkringen hade fram till slutet av 1970-talet hög legitimitet, dvs. stöd i den allmänna opinionen och bland de viktigaste intressegrupperna i samhället. Men därefter uppstår en kritik som grundar sig i en ökad sjukfrånvaro och ökade kostnader. Kritik framförs också mot de administrativa formerna och byråkratin – en kritik som hanterades genom att socialförsäkringsnämnder infördes. Där skulle arbetslivets företrädare få ett visst inflytande när det gäller ärenden som krävde ”skönsmässiga bedömningar” (SOU 1985:21).

Den höga sjukfrånvaron under 1980-talet och framåt – och den generösa sjukpenningen som i vissa fall kunde bli 100 procent lönen om avtalsförsäkringar räknades in – uppfattades som problematisk. Läkarkåren hade fått monopol på sjukdomsbegreppet redan när den allmänna sjukförsäkringen förbereddes (SOU 1944: 15), vilket nu lett till att sjukdomsbegreppet i praktiken utvidgats. Som dåvarande Riksförsäkringsverkets chefsöverläkare Rikard Morawski uttryckte saken (1993) ”var kassorna idag helt i händerna på de 25 000 läkare som finns ute i samhället”. Men sjukfrånvaro kom också allt mer att tolkas som en fråga om ohälsa relaterat till arbete; en rad statliga utredningar om arbetsmiljörisiker i arbetslivet genomfördes (Se SOU 1990:49). Arbetslinjen blev i hög grad en fråga om ”det goda arbetet”. Försäkringskassan fick en tydligare roll som samordnare av de rehabiliteringsinsatser som arbetsgivarna blev skyldiga att vidta. Arbetslinjen och kampen mot ohälsan – som parollen löd - blev viktiga riktningsskyltar. Senare, under 1990-talet, infördes också begränsningar i rätten till sjukpenning, kraven på rehabilitering ökar. Försäkringskassan fick också möjligheter att köpa rehabiliteringstjänster på en marknad. Det skedde också en renodling av sjukdomsbegreppets tillämpning som innebär att sociala och arbetsmarknads-skäl inte kunde ligga till grund för rätten till sjukpenning. Vi fick 1997/98 en s.k. steg-för-steg modell som innebar att Försäkringskassan skulle pröva rätten till sjukpenning och möjligheterna till rehabilitering i olika steg i den takt som sjukperioden fortskred. Vart har så denna utveckling lett när Sjukförsäkringen i år fyller 60 år?

Ny betoning på aktivitet

Den nya betoningen på aktivitet (till skillnad från rehabilitering) innebär en fortsatt renodling av sjukdomsbegreppets tillämpning. Grundförutsättningen tycks vara att individen har arbetsförmåga tills motsatsen bevisats. ”Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta tillvara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete”, heter det i Regeringens proposition 2007/08: 136, (s. 64). Den som har arbetsförmåga har inte rätt till sjukpenning – och det är staten genom Försäkringskassan som indirekt avgör till vilket arbete den försäkrades arbetsförmåga passar.

Kunskap om arbetsförmågor, arbetsmotivation och aktivitet framstår därför som ett stort behov i den nya aktiveringspolitik som sjukförsäkringen representerar. Sådan kunskap skulle kunna begränsa medikaliseringens verkningsradie. Men det finns ingen auktoritativ definition av arbetsförmåga. Det är i och för sig välkänt att arbetsförmåga inrymmer fysiska förmågor, psykiska förmågor som minne, logiskt tänkande och koncentration, och sociala förmågor som att kunna samarbeta med andra (kunder, klienter etc.) och ibland emotionella förmågor som att visa förståelse och empati. Arbetsförmåga är en funktion av individens förmågor och de krav som ställs på

olika jobb och av arbetsmarknaden generellt. Men den kan också bli föremål för förhandling mellan arbetsgivare, den arbetssökande (eller anställde) och Arbetsförmedlingen.

Aktiveringspolitik – några karaktärsdrag

Aktiveringspolitiken skapar ett behov av att producera kunskap om individernas arbetsförmåga och arbetsmotivation genom nya arbetsmetoder, manualer och bedömningsinstrument. Nya samarbetsformer utvecklas i syfte att kartlägga individens motiv och arbetsförmåga. Aktiveringspolitiken innebär att individens nuvarande situation och framtidsplaner konkretiseras i individuella handlingsplaner eller liknande, som personen förväntas under-teckna och som kan resultera i sanktioner om dennes åtaganden (men mer sällan myndighetens) inte uppfylls. De ökade kraven på egenansvar i kombination med begränsade ersättningsperioder innebär att individens skyldigheter att arbeta blir tydligare samtidigt som det inte finns tillräckligt många arbeten att söka. Intresset förskjuts från arbetsmarknadens strukturella aspekter till individens brist på färdigheter, arbetsmoral, flexibilitet etc. Individens ansvar blir att göra sig anställningsbar genom att tillägna sig vissa färdigheter. I det perspektivet kan de jobbcoacher som nu finns inom Arbetsförmedlingen – eller som arbetar på dess uppdrag ses som naturliga inslag Aktiveringspolitiken tenderar därmed att förändra balansen mellan de aktuella medborgarnas rättigheter och skyldigheter. Flexibilitet framhålls som allt viktigare vad gäller anställningskontrakt och arbetstider. Anställningsbar anses den vara som har starkt självförtroende, visar handlingskraft, tar ansvar och snabbt kan lära nya färdigheter (Garsten & Jacobsson 2004). Att kunna arbeta i team är dessutom en viktig aspekt.

Arbetsförmedlingen och personer med långvarig sjukfrånvaro. När det gäller personer med långvarig sjukfrånvaro är Arbetsförmedlingens uppgift att klargöra personens arbetsförutsättningar, eftersom det ofta kan vara oklart hur sjukdom, funktionsnedsättning och den sociala situationen påverkar arbetsförmågan. En annan uppgift är att klargöra hur den arbetssökande värderar sina förutsättningar för olika slags arbeten och förmågan att ta ansvar för olika slag av arbetsuppgifter. Målsättningen är att den arbetssökandes aktivitetsnivå och upplevelse av delaktighet ska ha utvecklats till en nivå som krävs för att kunna tillgodogöra sig andra insatser som Arbetsförmedlingen kan erbjuda.

Sjukförsäkring – ökat fokus på arbetsförmåga

Det har också skett en förskjutning i Försäkringskassans arbetssätt, så att fokus nu tydligare än tidigare riktas på den sjukskrivnes förmågor, styrkor och möjligheter i stället för brister. Den viktigaste förändringen under senare år är den s.k. *rehabiliteringskedjan* (Regeringens proposition 2007/2008:136).

Den infördes 1 juli 2008 och syftade till att individen skulle bli aktivare i sjukskrivningsprocessen och efterfråga stödinsatser och rehabilitering tidigt under sjukdomsperioden. Den innebar fasta tidsgränser för när och hur arbetsförmågan och rätten till sjukpenning ska bedömas. Huvudprincipen är att under den första tiden av en sjukskrivning prövas arbetsförmågan i relation till personens nuvarande arbetsuppgifter eller annat arbete hos arbetsgivaren; om personen ifråga inte klarar sådant arbete och sjukskrivningen fortsätter prövas arbetsförmågan efter ett halvt års sjukskrivning mot jobb på hela arbetsmarknaden. Efter ett års sjukskrivning upphör rätten till sjukpenning. Men, om det finns särskilda skäl, kan rätten till sjukpenning förlängas till en sammanlagd period av 2,5 år. Därefter övergår personen till arbetslöshetsersättning och Arbetsförmedlingens arbetslivsintroduktion. Arbetsförmedlingen anser att det är en stor utmaning att hjälpa denna grupp av arbetslösa som man bedömer är föga anställningsbar. Erfarenheterna från det första året 2009/2010 med utförsäkrade personer från sjukförsäkringen visade att drygt hälften efter tre månader återgick till sjukskrivning; erfarenheten visade ”att det är ett resurskrävande uppdrag och att det krävs att myndigheten utvecklar såväl kompetens som metoder för att kunna tillgodoses behov av insatser som gränsar till insatser inom vård och behandling” (Arbetsförmedlingen 2010, s 58).

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Ett uttryck för att medikaliseringens verkningsradie begränsas är att läkarintyget, som ett uttryck för medicinsk kunskapsanvändning, under senare år kommit att framstå som problematiskt ur styrningssynpunkt. Det anses inte ge tillräcklig kunskap om arbetsförmåga och har inte samma legitimitet och bevisvärde som tidigare (Vahlne Westerhäll m.fl. 2009). Försäkringskassans egna försäkringsmedicinska rådgivare får ökat inflytande på bekostnad av den sjukskrivande läkaren. Nya inslag i denna utveckling är också att läkare vid sjukskrivning förväntas tillämpa ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som anger normala sjukskrivningstider för olika diagnoser. Beslutsstödet ska ses som ett initiativ att åstadkomma ”rättning i leden” vad gäller medicinsk kunskapsanvändning i samband med sjukskrivning.

Rehabiliteringsgarantin. Samtidigt som rehabiliteringskedjan infördes slöts också en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) om en s.k. rehabiliteringsgaranti. Den innebar att landstingen, mot ersättning från staten för påbörjade och genomförda behandlingar, ska erbjuda så kallad multimodal rehabilitering för patienter som har långvarig smärta i axlar rygg och nacke. Dessutom ska kognitiv beteendeterapi (KBT) erbjudas personer med depression, ångest och stress. Dessa båda diagnosgrupper står för en överväldigande del av sjukskrivningskostnaderna. Den samlade kunskap och kompetens som finns i de team av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.fl. som ska ge multimodal respektive KBT-behandling antas nödvändig för att långvarigt sjuka ska kunna återgå i arbete. Dessa båda behandlingsformer signalerar ett

ökat behov av beteendevetenskaplig, socialvetenskaplig och paramedicinsk kunskap som ett komplement till den medicinska kunskapen.

Arbetsförmågebedömningar. För att öka kunskapen om hur arbetsförmågan ska bedömas förs en diskussion om att införa precisa bedömningsinstrument som fungerar som metodstöd inom Försäkringskassan. Det som eftersträvas är att minska medicinens inflytande över arbetsförmågebedömningar inom sjukförsäkringen och istället införa politiskt beslutade bedömningskriterier och administrativa verktyg (SOU 2008:66). Försäkringskassan har mot den bakgrunden av regeringen fått i uppdrag att utveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga. Inriktningen i arbetet är att göra den sjukskrivne delaktig genom självrapporterad arbetsförmåga och nya sätt att uttrycka den försäkrades förmågor i form av arbetsförmågeprofiler. Den självrapporterade förmågan handlar bl.a. om i vilken grad personen kan se, höra, tala, använda händerna, komma ihåg saker som man bestämt ska göras, uppmärksamhet, fysisk uthållighet.

SASSAM-utredning. Det finns numera procedurregler som föreskriver hur en tidig bedömning angående rätt till sjukpenning ska ske, dvs. hur rehabiliteringsutredning görs om sjukperioden fortskrider; att avstämningmöte hålls samt att särskilt läkarutlåtande infordras när sjukperioden blir längre. En så kallad SASSAM-utredning (Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshandtering och SAMordnad rehabilitering) ska också göras för att utreda de långtidssjukas rätt till sjukpenning och rehabiliteringsförutsättningar. Den utredningen illustrerar hur individens eget ansvar allt mer betonats i rehabiliteringsprocessen (Försäkringskassan u.å.). Utredningen består dels av en metodik som syftar till att sätta den försäkrade i centrum, dels ett arbetsverktyg, den s.k. SASSAM-kartan, som ska underlätta att få en mer detaljerad bild av den försäkrades livssituation. Hela konceptet är främst tänkt att användas som utredningsstöd för kartläggning av sjukskrivna personer med sammansatt och svårbedömd problematik. Efter det att nuläget kartlagts följer en bedömning av den enskildes motivation för att komma tillbaka till arbete. Avslutningsvis formuleras en rehabiliteringsplan där medel och metoder anges för att nå det aktuella rehabiliteringsmålet. Där ska också framgå vem som ansvarar för att det överenskomna blir gjort och vilka resurser som krävs. Av det informationsmaterial som finns om metoden framgår att det övergripande målet med metoden är ”att stödja individen i arbetet med att själv ta ansvar för sin rehabilitering”, låt vara i samarbete med aktörer och resurser i omgivningen. Handläggarens roll blir även här att vara coach, dvs. att tillsammans med den försäkrade analysera och planera för framtiden så att individen om möjligt kommer ut i arbete. Den försäkrade förväntas skapa sig själv som ett aktivt subjekt – en individ som inte begränsas av tvingande sociala strukturer och stämplande medicinska diagnoser (Hasselbladh & Skålén 2006).

Det är således flera olika aktörer som behöver samverka för att stödja individen i att ta ansvar för sin rehabilitering och sin anställningsbarhet – en samverkan som behöver ske mellan aktörer som har olika utgångspunkter, logiker, för sin verksamhet. Det är vården med sitt fokus på ohälsan; Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med sin inriktning på aktivering. Utmaningen är att finna en balanspunkt där sociala rättigheter och kravet på egen försörjning kan upprätthållas.

Avslutning

Medikalisering av personliga och sociala problem, och därmed medicinsk kunskapsanvändning, är ett centralt inslag i välfärdsstatens utveckling. Ursprungligen drevs medikaliseringen fram av behovet att finna ett administrativt verktyg för att avgöra vem som skulle få det allmännas stöd för sin försörjning och för sin livssituation i övrigt – och vem som måste klara försörjningen på egen hand. Medicinska bedömningar knöts i detta skede framförallt till det framväxande industrisamhällets risker: sjukdom, arbetsoförmåga, arbetslöshet. Medan medikaliseringen drev på kunskapsutvecklingen om sjukdom och funktionsnedsättning, vilket i sin tur låg till grund för sociala rättigheter inom funktionshinderområdet, kan aktiveringspolitiken sägas driva på kunskapsutvecklingen om arbetsförmåga och arbetsmotivation. Aktiveringspolitiken har precis som medikaliseringsprocessen fokus på individen, inte arbetsmarknadens strukturella aspekter. Samtidigt sätter den medikaliseringsprocessen och sociala rättigheter till inkomstbortfall vid sjukdom, i ett nytt mönster.

Aktiveringspolitikens inriktning innebär därmed att nya typer av kunskap efterfrågas av staten. Kunskapsutvecklingen får därigenom också direkt betydelse för samarbetet med de försäkrade. För individen handlar det framförallt om krav på att uppvisa färdigheter som kan bidra till att hon eller han betraktas som mer motiverad, delaktig i sin egen utvecklingsprocess och i slutändan anställningsbar. I den individualiserade socialpolitik vi har idag talas det om att anpassa individer så att de blir bättre rustade för att tillgodose sina välfärdsbehov genom marknaden. Dessa nya styrformer har inte inneburit att staten dragit sig tillbaka, eller att det skett en förändring från den intervenerande staten till avreglering. Staten har som framgått varit en aktiv part vad gäller nedskärningar och hårdare tillträdesregler i trygghetssystemen – och genom att trycka på så att myndigheterna utvecklar nya arbetsmetoder och bedömningsinstrument som ligger i linje med aktiveringspolitiken. En sjukförsäkring att lita på handlar därför i hög grad om kunskap om arbetsförmåga och hur denna kunskap tillämpas i kontakten med de försäkrade.

Litteratur

Arbetsförmedlingen (2010) *Arbetsförmedlingens årsredovisning 2010*.

Ballard, K & Elston M.A (2005) Medicalisation: A multi-dimensional concept. *Social Theory and Health*, 3: 228-241.

Broberg, R. (1973) *Så formades tryggheten. Socialförsäkringens historia 1946–1972*. Stockholm: Försäkringskassaförbundet.

Conrad P (2005) The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46: 3-14.

Edebalk, P.G. (2014) *Socialminister Gunnar Sträng och arvets efter Gustav Möller*. Lund, Socialhögskolan: Research reports in Social Work 2014:3.

Erlander, T. (1962) *Valfrihetens samhälle*. Stockholm: Tiden.

Hasselbladh, H. & Skälén, P. (2006) Aktiv styrning av sjukskrivningens praktik och subject. I: Holmqvist, M. & Maravelias, C. (red) *Hälsans styrning av arbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan (u.å.) SASSAM. Strukturerad arbetsmetod för *sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering*.

Garsten, C. & Jacobsson, K. (red) (2004) *Learning to be employable*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Lindqvist, R. (1990) *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900–1990*. Lund: Arkiv.

Regeringens proposition 2007/08: 136

SOU 1944:15. Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring. Socialvårdskommitténs betänkande 7.

SOU 1985:21. *Ökat förtroendemannainflytande i försäkringskassorna*. Betänkande av utredningen om förtroendevalda i försäkringskassorna.

SOU 1990: 49 Arbete och hälsa. Betänkande av arbetsmiljökommissionen.

SOU 2008:66 *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*.

Socialförsäkring. (1993), Nr 10, s 7.

Schram, S.F. (2000) In the clinic. The medicalization of welfare. *Social Text*, 18, 81-107.

Stone, D. (1984) *The Disabled State*. Philadelphia; Temple University Press.

Vahlne Westerhäll, L Thorpenberg, S och Jonasson, M (2009) *Läkarintyget i sjukskrivningsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning*. Stockholm: Santérus Förlag.

Sjukförsäkringen i siffror



Laura Hartman

Försäkringskassan

Min presentation tar sin utgångspunkt i tre siffror om sjukförsäkring: 9,5; 7 och 3,78. Den första, 9,5, anger sjukförsäkringsutgifternas andel av statsbudgeten, då även sjuk- och aktivitetsersättning är inräknad. Det handlar alltså om mycket pengar. Den andra säger något om riskspridningen i befolkningen – ca 7 procent av alla i åldern 16–64 år hade åtminstone ett sjukfall längre än två veckor under det senaste året. ”Alla” blir inte sjuk-skrivna utan snarare en relativt liten del av befolkningen, som dessutom har en hel del annat gemensamt såsom yrken, ålder, kön osv. Slutligen, när sjuktalet var som hittills högst 1988 (25,3 dagar) var det 3,78 gånger så hög som när det var som hittills lägst 2010 (6,7 dagar). En mycket stor variation över tid, med många kraftiga upp- och nedgångar.

Ett dilemma, men också det som gör sjukfrånvaron till ett så analytiskt spännande område, är att faktorer som förklarar risken för sjukskrivning vid en given tidpunkt inte alls i samma utsträckning förklarar sjukfrånvarons variation över tiden. Exempel på faktorer som korrelerar med sannolikheten att bli (och kvarstå) som sjukskriven är kön, ålder, utbildning, inkomst, yrke, bransch, sjukförsäkringens utformning (d.v.s. ekonomiska incitament), arbetsmiljöfaktorer, jämställdhet i hemmet och på arbetsmarknaden. Dessa faktorer har ett starkt förklaringsvärde *vid en given tidpunkt* men ett betydligt svagare *över tid*. Det är inte stora variationer i andelen kvinnor, förändringar i befolkningens åldersstruktur, utbildningsnivå eller den arbetsmiljö som de anställda möter som har orsakat de stora svängningarna i sjukfrånvaron.

Dessutom verkar variationen vara en svensk företeelse, det är bara Norge och Nederländerna som har visat liknande mönster historiskt.

Min presentation avslutas med frågan om var vi står nu och vart vi är på väg? Alltså hur ser sjukfrånvarons sammansättning ut just nu, vilka grupper och diagnoser ökar, och vad säger prognoserna?

Vem blir sjukskriven?

Låt oss börja med några siffror om sjukförsäkringens omfattning, i antal kronor, dagar och personer. Sjukförsäkringsutgifterna totalt var 88 miljarder kronor år 2013, motsvarande 9,5 procent av statsbudgeten. Sjuk- och rehabiliteringspenning utgjorde 25 av dessa miljarder. Antalet utbetalda nettodagar under 2014 var 53 294 701, vilket omräknade till helårsekvivalenter motsvarar 146 013 (53 294 701/365) år. Under samma period fattades drygt 900 000 beslut om sjukpenning av de ca 3900 handläggare som arbetar med sjukförsäkring på Försäkringskassan. Sjukförsäkringen omfattar således mycket pengar, många ersatta dagar och en stor administration.

I december 2014 var 151 019 personer sjukskrivna med sjuk- eller rehabiliteringspenning, d.v.s. med ett sjukfall som passerat två veckor. Detta motsvarar ungefär 2,5 procent av befolkningen i arbetsför ålder. Förlänger vi observationsperioden till ett helt år och räknar in alla som någon gång under året fått sjuk- eller rehabiliteringspenning kommer vi upp till 9,3 procent, 563 210 personer.

Alla blir inte sjukskrivna. I själva verket är en relativt liten andel av befolkningen som har sjukfall längre än två veckor och som dessutom har en hel del annat gemensamt. Risken för sjukskrivning är inte jämt fördelad i samhället. Av de 27,7 miljarder kronor som betalades ut i sjukpenning år 2014 (exklusive samverkansmedel) gick två tredjedelar till kvinnor. Det genomsnittliga ersatta dagbeloppet för män var knappt 7 procent högre än för kvinnor, vilket återspeglar skillnaden i kvinnors och mäns arbetsinkomst.

Tabell 1 Antal sjukpenningmottagare, antal dagar i medeltal och medelbelopp för kvinnor och män i olika åldersgrupper 2014

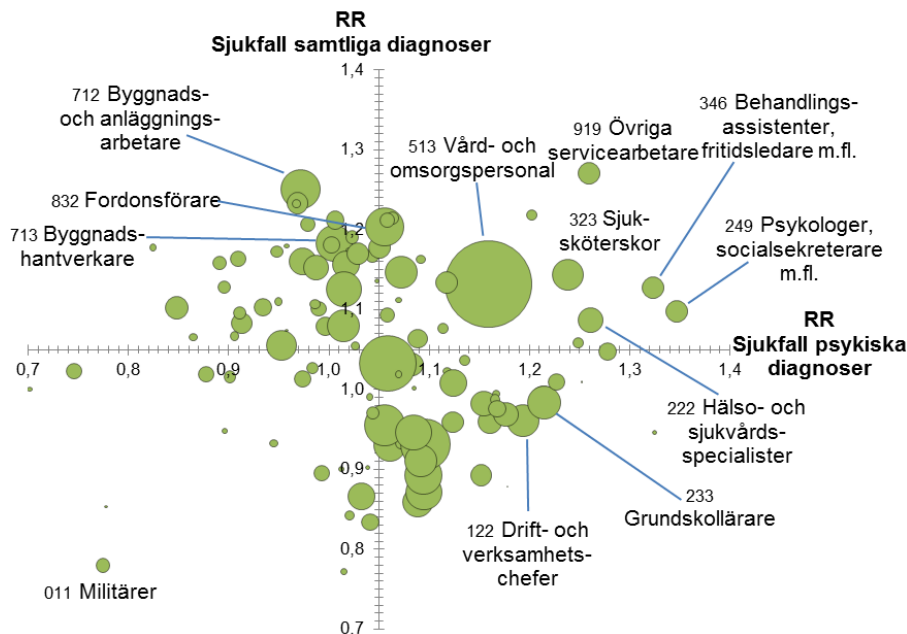
Ålder	Antal mottagare		Antal dagar i medeltal		Medelbelopp, kronor per dag	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16–24	15 103	10 826	54	54	430	508
25–29	31 865	14 865	56	61	508	556
30–34	39 832	17 125	63	67	531	551
35–39	40 898	18 776	70	67	547	578
40–44	44 064	21 802	77	70	548	586
45–49	47 582	26 137	77	72	545	585
50–54	47 190	28 456	76	74	540	581
55–59	45 501	30 586	74	76	540	578
60–	46 074	36 528	75	78	530	572
Samtliga	358 109	205 101	71	71	535	573

Figureerna nedan illustrerar några centrala faktorer som korrelerar med högre respektive lägre sannolikhet för sjukskrivning. I tabellen ovan kunde vi redan se att den typiske sjukskrivne är en kvinna i åldern 45–49 år. Hon arbetar i vård- och omsorg eller andra så kallade kontaktyrken där risken för sjukskrivning är tydligt högre. Ju lägre utbildning och inkomst hon har, desto större är sannolikheten att hon är sjukskriven. Hon har barn och har tagit huvuddelen för föräldraledigheten och omsorgen för barnen. Hon är i många fall sjukskriven med en psykiatrisk diagnos.

Figur 1 visar att det finns stora variationer i sjukskrivning i olika yrken, med hänsyn tagen till en mängd andra faktorer som också varierar med sjukskrivningsrisk såsom kön och ålder. På vertikal axel visas risken för sjukskrivning oavsett diagnos, och på horisontell axel risken för sjukskrivning i psykiatrisk diagnos som är vanligast i de längre sjukskrivningarna. Storleken på bubblorna anger hur stora de olika yrkesgrupperna är, och en stor yrkesgrupp med hög risk genererar ju ett stort antal sjukskrivningar. Militärer är en yrkesgrupp som har låg risk för sjukskrivning oavsett orsak, vilket kanske inte är så förvånande eftersom de hälsorelaterade antagningskraven till yrket är strikta.

En hel del mansdominerade arbetaryrken återfinns bland de med hög risk för sjukfall med fysisk diagnos men låg risk för psykiatrisk diagnos, exempelvis byggnadsarbetare, hantverkare och fordonsförare. Det finns också yrken med hög risk för sjukfall med psykiatrisk diagnos men låg risk för sjukfall generellt, exempelvis drift och verksamhetschefer, grundskollärare. En stor grupp med hög risk för både sjukfall generellt och sjukfall i psykiatrisk diagnos är vård- och omsorgspersonal som omfattar cirka 600 000 personer. Även andra så kallade kontaktyrken återfinns i denna del av diagrammet.

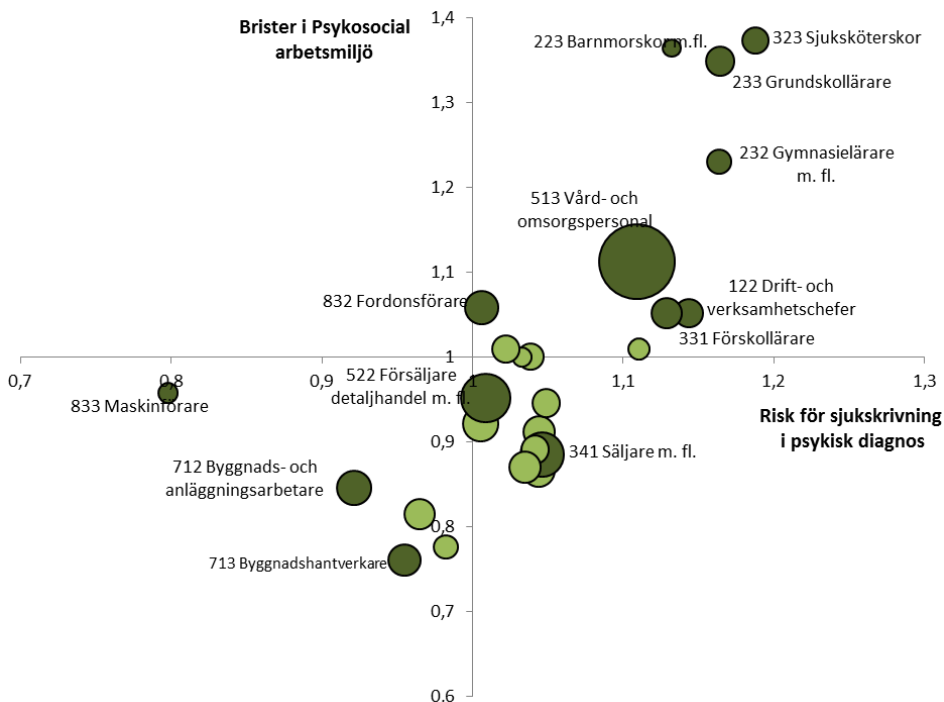
Figur 1 Sjukskrivning i olika yrken



Källa: Socialförsäkringsrapport 2015:4 Försäkringskassan.

Att det finns en koppling mellan arbetsmiljöfaktorer och särskilt sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, något som en rad forskningsstudier belagt, illustreras i Figur 2 där självrapporterade brister i psykosocial arbetsmiljö tydligt samvarierar med risken för sjukskrivning. Motsvarande samvariation finns mellan brister i den fysiska arbetsmiljön och risk för sjukskrivning oavsett sjukskrivningsorsak. Storleken på bubblorna avspeglar som tidigare har många som verkar inom yrket. Framförallt yrken inom vård, skola och omsorg ligger högt både vad gäller självrapporterade brister och sjukskrivning.

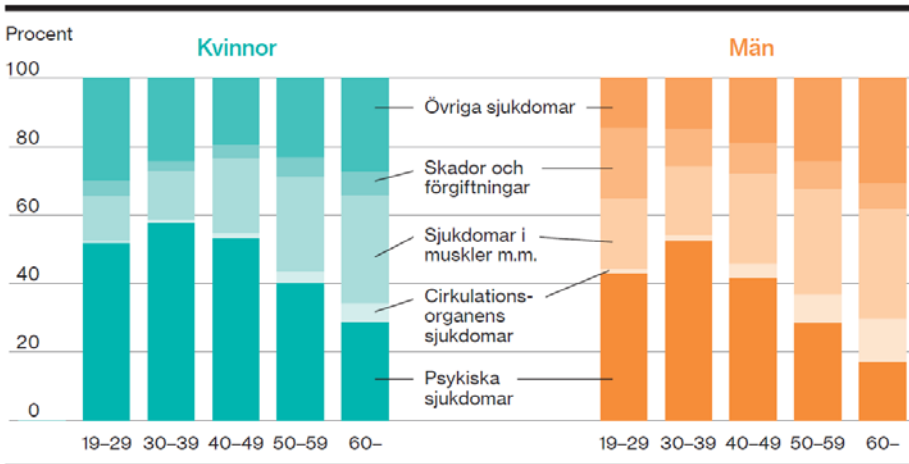
Figur 2 Korrelation per yrkesgrupp mellan svar i arbetsmiljöenkäter och sjukskrivningsrisk i psykiatrisk diagnos



Källa: Socialförsäkringsrapport 2015:4 Försäkringskassan.

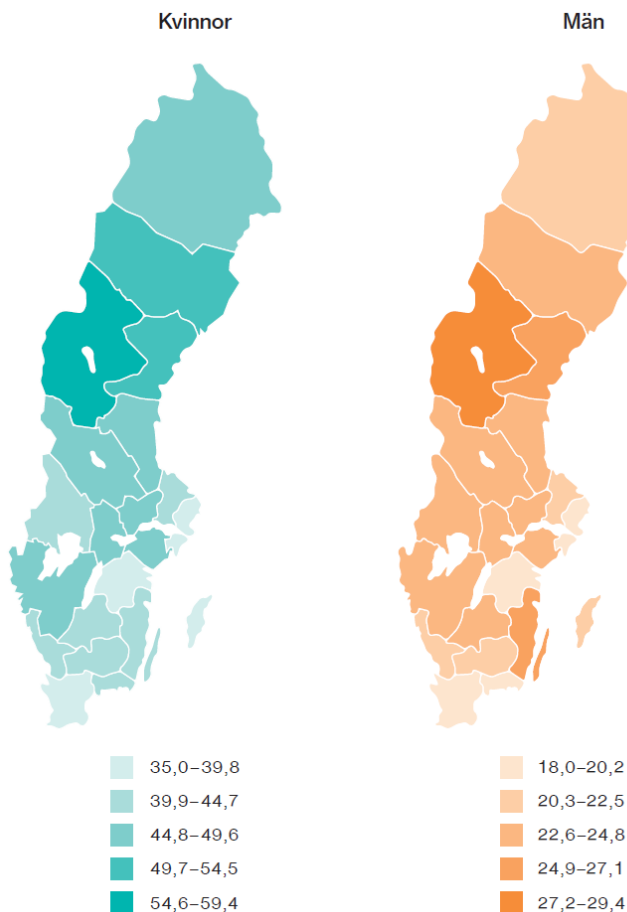
För både kvinnor och män med sjukpenning i december 2014 är psykiska sjukdomar och sjukdomar i muskler m.m. bland de vanligaste diagnosgrupperna. Psykiska sjukdomar motsvarade 47 procent av alla fall för kvinnor och 35 procent av alla fall för män. Motsvarande siffra för sjukdomar i muskler m.m. var 22 procent respektive 27 procent för kvinnor och män.

Figur 3 Pågående fall med sjukpenning efter ålder och diagnosgrupp i december 2014



Figur 4 visar att Jämtland har flest pågående sjukfall i förhållande till befolkningens storlek. Minst antal sjukfall finns i Östergötland. Skillnaderna återspeglar delvis andra demografiska skillnader över landet såsom skillnader i åldersstruktur och utbildningsnivå, som också korrelerar med risken för sjukskrivning. Men även när vi justerar för dessa observerbara karakteristika återstår en viss variation i sjukskrivningsrisk. Dessutom verkar det som att dessa regionala skillnader varierar med nivån i sjukskrivning i stort: ju högre sjuktalet i genomsnitt, desto större variation mellan regioner.

Figur 4 Pågående sjukfall per län i december 2014

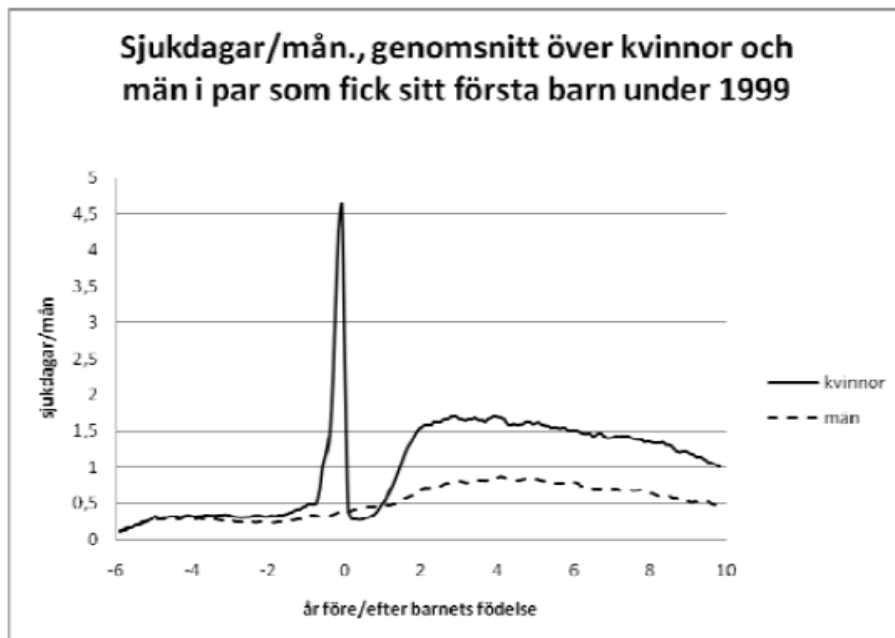


Slutligen finns det en tydlig skillnad i risken för sjukskrivning mellan män och kvinnor som kan härledas till förekomsten av barn. Figur 5 visar hur det genomsnittliga antalet sjukdagar i månader utvecklas för paren som får sitt första barn. Efter piken precis före barnets födelse sjunker antalet sjukdagar för mödrar under det första året då de flesta är föräldralediga, för att därefter öka till en betydligt högre nivå än antalet sjukdagar för fäder. Att bristande jämställdhet kan vara en av faktorerna bakom mönstret har bekräftats av flera studier, däribland Angelov et al (2011) och Försäkringskassan (2014)¹. Den

¹ Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E., & Lindström, E.-A. (2011). "Kvinnors och mäns sjukfrånvaro". Rapport 2011:2. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) samt "Kvinnors sjukfrånvaro – En studie av förstagångsföräldrar", Socialförsäkringsrapport 2014:14, Stockholm: Försäkringskassan.

sistnämnda studien som analyserar en senare tidsperiod har också visat att mönstret är tydligast efter det andra barnets födelse och att den relativa risken för sjukskrivning är särskilt hög för kvinnor som både förvärvsarbetar i samma stora utsträckning som sina män men dessutom bär huvudansvaret för föräldraledighet och vård av sjukt barn.

Figur 5 Skillnad i risk för sjukskrivning mellan makar före och efter första barnets födelse



Figur 5.1.1 Genomsnittlig sjukpenning för par som fick sitt första barn under 1999.

Källa: Försäkringskassan och SCB (flergenerationsregistret)

Källa: Angelov et al (2011).

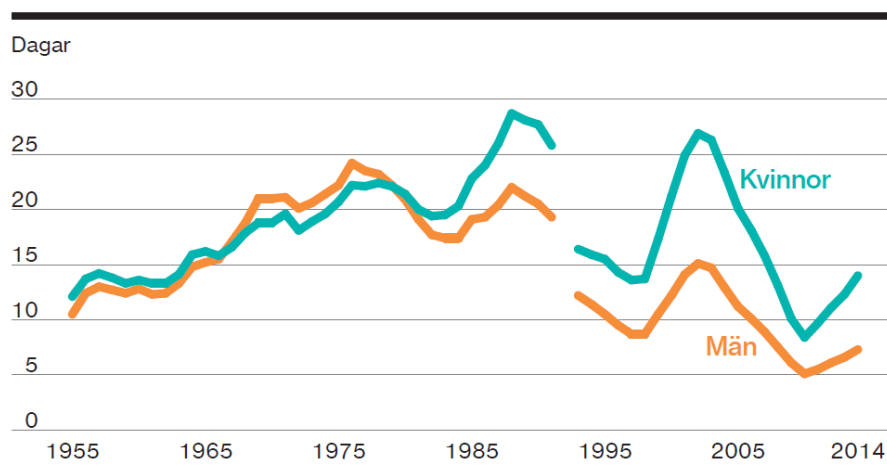
Att ekonomiska incitament spelar roll både för risken att bli sjukskriven och för sjukskrivningens längd har visats i en rad forskningsstudier som i många fall har analyserat effekten av förändringar i ersättningsnivåns storlek eller graden av kontroll. Ju högre ersättningsnivå och/eller lättare kontroll, desto högre risk för sjukskrivning och desto längre sjukfall, allt annat lika.

Varför har sjukfrånvaron varierat över tiden?

Hittills har vi fokuserat på vad som kan förklara sjukfrånvaro vid en given tidpunkt. Nästa utmaning är att förklara variationen över tid. Sjukfrånvaron har sedan 1970-talet varierat kraftigt. I november 2014 publicerade vi en

rapport som utifrån befintlig forskning och kunskap söker förklaring till utvecklingen.² Rapporten pekar på att det är olika krafter i rörelse som genererar den variation vi ser i sjukfrånvaro. Betydelsen för dessa krafter varierar över tid, samtidigt som flera faktorer samverkar med och förstärker varandra. Det är tydligt att regelverket har en stor betydelse, men sjukfrånvaron har varierat mycket även under perioder när det inte skett några betydande regelförändringar. Det går med andra ord inte att peka ut någon enskild faktor som kan förklara både upp- och nedgångar under hela tidperioden.

Figur 6 Sjuktal för kvinnor och män, 1955–2014



En första slutsats är att det inte sker några stora förändringar i folkhälsa som kan förklara variationen i sjukfrånvarons nivå. Andelen i befolkningen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå och tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling. En liknande slutsats dras av att följa de som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, med undantag för perioden 1998–2008 då det finns en samvariation med sjukfrånvaron.

En andra slutsats handlar om utvecklingen i de generella villkoren för att delta i arbetslivet. Svensk arbetsmarknad och svenskt arbetsliv har genomgått dramatiska förändringar under senare årtionden. Alla indikatorer antyder samma sak: arbetslivet ställer allt större krav bl.a. vad gäller kommunikationsförmåga, stresstålighet, flexibilitet, kompetens och uthållighet. Vår bedömning är att ett allt mer krävande arbetsliv bidrar till att *accentuera trender av*

² ”Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar till upp- och nedgång över tid”, Socialförsäkringsrapport 2014:17. Stockholm: Försäkringskassan.

ökande sjukfrånvaro, samt motsatt, att motverka nergångarna i sjukfrånvaro. Den kraft vi talar om verkar hela tiden i en och samma riktning.

En tredje slutsats har att göra med attityder och beteenden i befolkningen i relation till sjukskrivning. Vi har inte kunnat hitta belägg för vare sig stora eller täta svängningar i individens värderingar när det gäller inställning till sjukskrivning. Däremot är det uppenbart – eftersom folkhälsan inte varierar i samma utsträckning – att beteendet förändras. I rapporten diskuteras detta i termer av kontextberoende beteende, såtillvida att dessa beteendeförändringar inte utgör någon initierande kraft bakom trendbrott. De accentuerar och förstärker redan pågående nergångar och uppgångar.

Sjukfrånvarons ökning under 1980-talet förklaras troligen av en kombination av flera faktorer som förstärker varandra. Rapportförfattarnas slutsats är att den väsentliga ökningen förklaras av tre faktorer. Den första är att kvinnors arbetskraftsdeltagande under ett par decennium ökade fram till slutet av 1980-talet för att därefter stabiliseras på i stort sätt samma nivå som männens. Detta möjliggjorde för fler kvinnor att sjukskriva sig. Försäkringen hade successivt även blivit mer generös samtidigt som den ekonomiska uppgången gjorde att risken för arbetslöshet var liten. En konsekvens blev att kostnaderna för sjukfrånvaro var låg i termer av ekonomisk förlust eller risken för att bli arbetslös.

Sett till sjukfrånvarons nedgång under 1990-talet första hälft kan en stor del förklaras av en kombination av ett mer restriktivt regelverk och den kraftiga lågkonjunkturen, som båda påverkade individens incitament att vara sjukskriven. Samtidigt ökade flödet från sjukskrivning till förtidspension, vilket minskade antalet långa sjukfall. Administrationens förutsättningar att arbeta med sjukfrånvaron förbättrades också under denna period. Sammantaget påverkar dessa faktorer både antalet nya sjukfall och sjukfallens varaktighet.

Uppgången i sjukfrånvaro från 1997 verkar till stor del förklaras av att krisåren satt spår både i befolkningens (självrapporterade) hälsa och på arbetsmarknaden i form av ökad konkurrens och större svårigheter för personer med nedsatt hälsa att delta i arbetslivet. Dessutom kan högkonjunkturen ha bidragit till att många som under krisen undvikit att vara sjukfrånvarande av rädsla för arbetslöshet, under återhämtningen upplevde det som möjligt att vara sjukskriven. Den ökning i inflödet som dessa faktorer genererade ledde till att försäkringskassorna fick prioritera utbetalning av ersättning och att resurserna att arbeta med de pågående sjukfallen begränsades. Det är troligt att även andra aktörer, främst hälso- och sjukvården, påverkades på ett negativt sätt av ökningen i sjukskrivning. Detta kan ha resulterat i ett ändrat sjukskrivningsbeteende som ytterligare spädde på uppgången i sjukfrånvaron. Förutsättningarna för att beviljas förtidspension förändrades samtidigt som befolkningen blev äldre. Allt fler blev kvar i sjukskrivning i stället för att lämna arbetskraften permanent genom förtidspensionssystemet.

Efterföljande nedgångsperiod från 2003 inleddes med stora nybeviljanden av sjukersättning. Mycket tyder på att sjukfrånvarons minskning till stor del kan förklaras av en förändrad syn på sjukförsäkringen. Stora informationsinsatser genomfördes, dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården utvecklades och flera aktörer däribland Socialstyrelsen engagerades i arbetet. Samtidigt förstärktes administrationens resurser inom sjukskrivningsområdet. Alla dessa bidrog troligen till att attityden till och läkarnas och övriga administrationens arbete kring sjukskrivningar förändrades. Senare förstärktes denna utveckling av regelförändringar som, via rehabiliteringskedjan, syftade till att förkorta sjukskrivningstiderna, och förstärkta ekonomiska incitament att arbeta.

Avslutningsvis kan vi konstatera att en väsentlig förklaring till den nuvarande uppgången beror på att fler individer kvarstår i sjukskrivning i stället för att flyttas över till sjukersättning. Det innebär en omflyttning inom sjukförsäkringen. Det är det svårt att avgöra vad som ligger bakom inflödesökningen under de senaste åren. För att förstå den nuvarande utvecklingen behöver vi mer kunskap om varför de psykiska diagnoserna ökar, och varför särskilt kvinnors sjukfrånvaro ökar.

För att göra sammanfattningen mer överskådlig redovisas de olika faktorerna och dess betydelse under de olika upp- och nedgångsperioderna i Tabell 2. För att illustrera faktorernas påverkan på sjukfrånvaro används plus/minus, där flera tecken förstärker dess betydelse. Ifall betydelsen är svårbedömd anges ett frågetecken och om påverkan bedöms som svag eller obefintlig visas ett tecken (tilde). Vidare särskiljs i tabellen om det är inflödet och/eller varaktigheten som påverkas mest.

Den faktor som bedöms ha påverkat sjukfrånvarons variation vid flest tidpunkter är förtidspensionering, och då främst genom att förändra sjukfallens varaktighet. Under perioden 1997–2003 pekar vi ut ett flertal faktorer som verkat i samma riktning och därigenom skapat den kraftiga uppgången i sjukfrånvaro. Under nedgången från 2004 tror vi att den kraftiga ökningen av sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspensionering) samt ett starkt fokus på sjukfrånvaron varit betydande orsaker till minskad sjukfrånvaro. Från 1980-talets uppgång fram till den senaste nedgången kan också noteras att de regelförändringar som gjorts verkat i samma riktning som den aktuella trenden, dvs. under uppgångsperioder har regelförändringarna förstärkt uppgången och under nedgångsperioder har de förstärkt nedgången. För den senaste periodens uppgång har vi faktorer som verkar i olika riktning. Några faktorer verkar i ökande riktning medan andra hämmar uppgången. Vi har kunskap om effekterna av skärpta sjukersättningsregler och förändrad diagnossammansättning i inflödet av nya sjukfall, som båda verkar i ökande riktning. Uppgången påverkar också administrationens kapacitet vilket återigen leder till en prioritering av utbetalningarna av ersättning och mindre

utrymme att arbeta med de pågående sjukfallen. Det är dock osäkert hur stor påverkan denna faktor har i den nuvarande uppgången.

Det är osäkert hur nuvarande konjunktur och utveckling på arbetsmarknaden, bl.a. det faktum att en större andel av de arbetssökande tillhör grupper med sämre förutsättningar att komma ut i arbete, påverkar sjukfrånvaron. Samtidigt dämpar det nuvarande regelverket, främst rehabiliteringskedjan, uppgången.

Tabell 2 Olika faktorerers bedömda påverkan på variation i sjukfrånvaro

Ökar sjukfrånvaro (+) Minskar sjukfrånvaro (-) Låg/Ingen påverkan (~) Okänd påverkan (?)						
	Påverkan på inflöde och/eller varaktighet	1980-talet	1991-1996	1997-2003	2004-2009	2010-2014
Förändring i arbetskraften	inflöde/varaktighet	++	?	+	~	?
Konjunktur/Arbetsmarknad	inflöde	+	--	+	~	?
Regelverk sjukpenning	inflöde/varaktighet	++	--	~	-	~
Förtidspensionering	varaktighet	~	-	+	--	++
Tillämpning	inflöde/varaktighet	?	~	~	--	~
Diagnos-sammansättning	inflöde/varaktighet	?	?	+	~	+
Administrationns kapacitet	varaktighet	?	-	+	-	?

Vart är sjukfrånvaron på väg?

Jag avslutar detta kapitel med en titt framåt – Figur 7 visar vår senaste prognos från maj 2015 för sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Tillsammans summerar dessa till ohälsotalet.

Antalet startade sjukfall beräknas öka, från cirka 347 000 sjukfall år 2014 till 376 000 respektive 395 000 sjukfall för år 2015 och 2016. Även antalet långa sjukfall beräknas öka under prognosperioden. År 2014 beräknas ungefär 47 600 sjukfall ha passerat ett år i fallängd, under 2015 och 2016 prognostiseras dessa fall uppgå till 55 000 respektive 62 000 sjukfall. Återflödet³ beräknas uppgå till omkring 10 000 sjukfall per år för både 2014 och 2015.

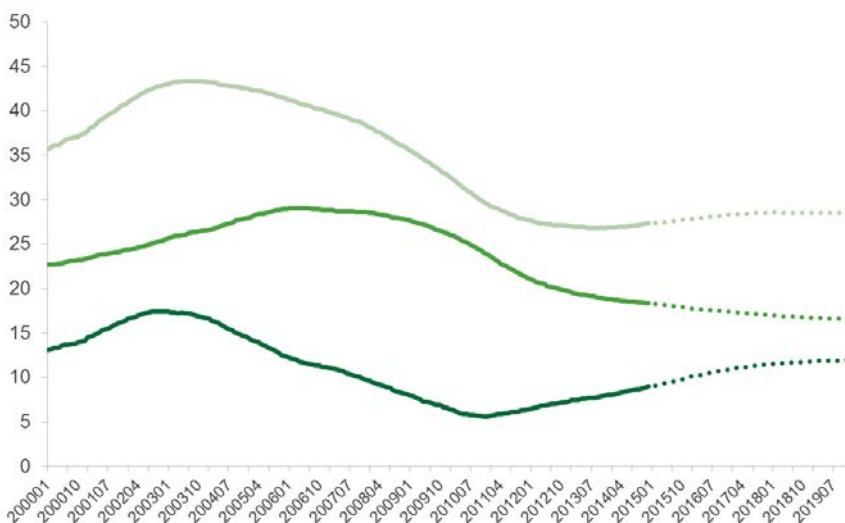
Antalet individer som har sjukersättning minskar. Mellan december 2013 och december 2014 sjönk antalet från 332 000 till 320 000. Framöver väntas

³ Med återflöde menas personer som lämnat sjukförsäkringen på grund av uppnådd maxtid och därefter återvänder inom 15 månader.

beståndet med sjukersättning fortsätta att minska, men i långsammare takt. I slutet av 2015 beräknas antalet personer med sjukersättning vara 311 000 och i slutet av 2016 förväntas de vara 304 000. Minskningen orsakas framför allt av att personer som fyller 65 år flödar ut ur ersättningen.

Antalet personer som uppbär aktivitetsersättning förväntas däremot fortsätta öka från ca 34 500 i slutet av 2014 till 38 000 personer i december 2015. I slutet av 2016 beräknas beståndet med aktivitetsersättning vara 42 000 personer. Ökningen förklaras framför allt av ett ökat inflöde till ersättningen. Detta är en av framtidens stora utmaningar att både förstå och förhindra – varför ökar antalet ungdomar som på grund av nedsatt arbetsförmåga kanske aldrig kommer in på arbetsmarknaden?

Figur 7 Ohälsotoalet 2000–2014 samt prognos 2015–2017



Prognoser är alltid osäkra, och sjukpenning tillhör de kanske svåraste eftersom saknas vedertagen teori om vad som är den "naturliga" nivån av sjukfrånvaro. Samma dilemma, bristen på sammanhållen teori om vad som orsakar variationerna i sjukfrånvaron, som gör det så spännande att analysera och försöka förstå sjukfrånvarons utveckling gör det också svårt att prognostisera.

Och så var det med de tre siffrorna 9,5; 7 samt 3,78. Vad var det de stod för?

Kvinnors och mäns sjukfrånvaro – genusteoretiska perspektiv



Gunnel Hensing

Göteborgs Universitet

Sjukfrånvaro är ett komplext fenomen med multifaktoriella orsaker. Forskning bedrivs inom en rad discipliner vilket innebär att teoretiska utgångspunkter och perspektiv varierar. De slutsatser som dras om orsakerna bakom sjukfrånvaros nivåer och variationer påverkas av de teoretiska utgångspunkter och de vetenskapliga paradigmen som används. Detta gäller också forskning som försöker förklara *könsskillnaderna* i sjukfrånvaro (Bekker MH 2009). I Sverige har könsskillnaderna diskuterats i många år men att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män är inte en ny företeelse. Redan 1945 skrev en brittisk läkare, dr Wyatt, att just kvinnors sjukfrånvaro borde tas på större allvar och att en trolig förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro var de dubbla uppgifterna med hem- och yrkesarbete. Det är förstås en rimlig hypotes mot bakgrund av att arbetsuppgifterna i hemmet har en skev fördelning. I en enkät från Västra Götaland 2008 svarade 60 procent av de sammanboende kvinnorna att de ansvarar för planeringen av hem- och hushållsarbetet medan motsvarande siffra bland männen var 8 procent (Holmgren K 2010). Andelen som svarade ”delar lika” var 32 procent bland

kvinnorna och 42 procent bland männen. Dubbelarbetet är en av flera möjliga förklaringar till att statistiken över sjukfrånvaron visar att kvinnor svarar för ungefär två tredjedelar av alla sjukfall och män för en tredjedel.

I det här kapitlet ska jag diskutera könsskillnaderna ur ett genusperspektiv. Jag gör det med utgångspunkt i den modell som sociologen Raewyn Connell utvecklat (Connell R 2009). Efter en presentation av modellen kommer jag att diskutera de övergripande slutsatserna från en tidigare genomgång av relevant forskning om sjukfrånvaro bland kvinnor och män för att illustrera hur genusperspektivet bidrar till att förstå och förklara könsskillnader. Det leder inte till en slutsats om *en* faktor som orsakar skillnaderna utan snarare till en beskrivning av ett mönster av situationer och erfarenheter som ökar kvinnors risk för sjukfrånvaro.

Genusperspektiv i forskning om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Genusperspektiv är inte ett perspektiv; det finns flera olika genusperspektiv. På motsvarande sätt finns det flera olika genusvetenskapliga teoribildningar och den grunddisciplin från vilken de utvecklats spelar förstås stor roll för hur frågor ställs och besvaras (Hedenus A 2015). Gemensamt för de olika genusperspektiven/-teorierna är dock att frågor som rör kvinnors och mäns livsvillkor, livssituationer och relationer är i centrum. Genusperspektiv i forskning om hälsa utgår ofta 1) från hälsostatistik där man funnit skillnader mellan kvinnor och män och 2) går vidare till att problematisera orsakerna till skillnaderna i den rådande genusstrukturen. De två ansatserna kan beskrivas på följande sätt:

1. Jämställdhetsansats (eng. gender equity)
 - a. Jämställdhet handlar om att kvinnor och män ska ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Ansatsen utgår från att kvinnor och män är två skilda sociala kategorier baserat på biologiska skillnader och roller i reproduktionen.
2. Genusstruktursansats (eng. gendered inequality)
 - a. Genusstrukturer bidrar till exempel till att kvinnor och män återfinns i olika arbetsuppgifter och arbetsliv. Strukturerna finns på olika nivåer och påverkar båda könen.

Jämställdhetsansatsen är vanlig inom sjukfrånvaroforskningen. Det finns många studier och rapporter som beskrivit skillnader mellan könen. Kvantitativa beskrivningar av kvinnors och mäns sjukfrånvaro (eller andra utfall) är väsentliga för att identifiera områden där det kan finnas ojämlika villkor. Det skulle inte vara möjligt att undersöka vilka strukturer som ligger bakom skillnaderna utan att först identifiera dem. Det är dock problematiskt

om analysen stannar vid att försöka förklara skillnaderna med egenskaper knutna till kön snarare än till genusstrukturer. Ett undantag är sjukfrånvaro som är knutna till reproduktionsbiologiska faktorer av vilka graviditet förstås är den viktigaste och en viktig faktor att ta hänsyn till vid jämförelse av kvinnor och män i fertila åldrar.

När det gäller andra biologiska skillnader mellan könen finns det inte mycket stöd för att de skulle kunna förklara *skillnaderna* i sjukfrånvaro. Det är självklart att biologiska faktorer som sjukdomsprocesser av olika slag påverkar om en person utvecklar sjukdom och därmed sammanhängande nedsatt arbetsförmåga. Det är däremot inte lika självklart att sådana processer kan förklara könsskillnaderna i sjukfrånvaro, som uppstår i gränslandet mellan sjukdom/hälsoproblem, arbetsmiljö, arbetsuppgifter och arbetsförmåga (Ekberg K 2015). Det finns vidare bristande stöd för att psykologiska egenskaper såsom grundläggande personlighet, rationalitet eller kognitiva förmågor skiljer sig i någon större utsträckning mellan kvinnor och män (Fausto-Sterling A 2008). Variationerna inom könen är betydligt större. Ett problem med att fokusera på individnivån är att förebyggande eller andra interventioner för att minska könsskillnaderna i sjukfrånvaro tenderar att fokusera på förändring av individen till exempel stärka kvinnors förmåga att hantera stress snarare än förändring av miljöer eller situationer där sjukfrånvaron uppstår (Hensing G 2013). Det kan vara bra att stärka kvinnors förmåga att hantera stress (i synnerhet om man har anledning att tro att kvinnors förmåga att hantera stress är bristande eller sämre än mäns förmåga) men det är bättre att åtgärda orsakerna till att stressen uppstår. (Behandling av stressrelaterade problem är ett annat perspektiv där insatserna som regel sker på individnivå och ibland i grupp.)

Genusstrukturansatsen har som utgångspunkt att sociala strukturer på olika nivåer bidrar till att forma individer men också till att skapa hälsa och ohälsa. Ansatsen utgår från ett klassiskt sätt att tänka kring sjukdomars orsaker inom epidemiologin men med den skillnaden att orsakerna, snarare än exponering för till exempel tunga lyft eller höga krav och låg kontroll, återfinns i genusrelationer och kombinationer av exponeringar inom olika sektorer till exempel som en kombination av betalt och obetalt arbete.

Genusstrukturer kan beskrivas på många sätt. Modellen nedan är en bearbetning av Raewyn Connells teori om genus (Connell R 2009). Connell är en australiensisk sociolog vars genusperspektiv utgår från relationell teori som sätter just relationerna mellan kvinnor och män och relationerna inom grupperna i centrum. Det går enligt Connell inte att förstå genus utan att förstå att relationer och strukturer ständigt återskapas, eller konstrueras, genus. Connell i likhet med andra genussociologer anser att genus konstrueras på flera olika strukturella nivåer.

Figur 1 Genusstrukturer, social praktik och relationer bidrar till formningen av genus



Det framgår i figur 1 att det finns flera nivåer. Ofta brukar det finnas tre nivåer men jag har valt att lägga till en fjärde nivå för att separera samhällsstrukturell nivå och den symboliska nivån. Den symboliska nivån handlar om de föreställningar som finns i samhället om kön och genus, om kvinnor och män och om maskulinitet och femininitet. Enkelt uttryckt kan man säga att det handlar om hur kvinnor och män förväntas vara i ett visst samhälle. Kulturella föreställningar är kraftfulla och normerande. Det är svårt för en individ att bryta mot genusnormer eftersom de sociala sanktionerna ökar risken att uteslutas ur den sociala gemenskap man befinner sig eller att man utsätts för hån eller trakasserier. I ett land som Sverige med ett uttalat jämställdhetsideal kan det vara svårt att identifiera genusnormer och det finns dessutom alltid undantag från de övergripande mönstren. En föreställning som kan påverka sjukfrånvaro och som diskuterats är föreställningen om mannen som ansvarig för familjens försörjning och kvinnan som ansvarig för familjens hushålls- och barnomsorg. En sådan föreställning påverkar förstås hur ansvaret för det obetalda arbetet fördelas men kan också påverka hur kvinnor och män agerar i olika situationer.

Den *strukturella* nivån handlar om övergripande sociala och ekonomiska strukturer som arbetsmarknaden, konjunkturer och politiska beslut som på olika sätt kan påverka förutsättningarna i arbetslivet och i familjen. Den lokala arbetsmarknaden får räknas hit och har betydelse för möjligheten att byta arbete i de fall där det behövs på grund av hälsoproblem. Den svenska

sjukförsäkringen är i sin legala utformning könsneutral. Dess utgångspunkt är dock den mansdominerade arbetsmarknaden. Historiskt utvecklades sjukförsäkringen ur arbetarnas egna sjukkassor inom yrkesskrån och sedermera industrin där majoriteten av de anställda var män (Allebeck P 2015). Samma utformning av sjukförsäkringen skulle kunna få olika effekter på olika delar av arbetsmarknaden eller för olika grupper i befolkningen. Sjukförsäkringen kan sägas fungera bäst när det handlar om relativt akuta sjukdomstillstånd som avgränsas i tid (det finns en relativt tydlig början och likaså ett relativt tydligt slut) och berör en person som är heltidsarbetande och anställd hos *en* arbetsgivare. Några exempel på sådana sjukdomstillstånd är influensa, benbrott och hjärtinfarkt medan depression och nack- och skulderbesvär är exempel på andra mindre väl avgränsade tillstånd. Att kontinuerligt följa hur sjukförsäkringens utformning är anpassad till demografi, lokala arbetsmarknader och befolkningens hälsoläge är en viktig uppgift för att kvalitets-säkra verksamheten bland annat med avseende på hur väl försäkringen fyller sin uppgift. Särskilt intressant i sammanhanget är förstås om dess utformning fungerar lika väl på kvinnodominerade som mansdominerade områden och för sjukdomsmönster som är vanligare hos män respektive hos kvinnor.

Den *institutionella* nivån handlar i Connells teori om offentliga institutioner som till exempel hälso- och sjukvården, Försäkringskassan eller den kommunala barnomsorgen men också om civilsamhällets mer informella institutioner som familjen, grannskapet eller föreningar. Hon skriver också om arbetsplatser som viktiga organisatoriska enheter på den institutionella nivån. Inom dessa olika institutionella/organisatoriska enheter finns arbets- och uppgiftsfördelning ofta strukturerade efter kön/genus. Den svenska arbetsmarknaden som helhet är strukturerad efter kön/genus vilket får till följd att kvinnor och män återfinns i olika yrken och sektorer och på olika arbetsplatser.

Tabell 1 Kvinnors och mäns arbetsmarknad med avseende på andelen kvinnor och män i olika yrken, 2012, SCB, 2015

Yrken med	Kvinnor %	Män %
90–100 procent kvinnor	19	2
60–90 procent kvinnor	53	17
40–60 procent kvinnor	14	13
10–40 procent kvinnor	14	45
0–10 procent kvinnor	1	23
Totalt % (n)	100	101

Källa: Yrkesregistret, SCB. Beräkningarna baseras enligt SCB på samtliga anställda i åldern 20–64 år. Totalt finns det 355 yrken.

I likhet med förklaringar som fokuserar på dubbelarbetet är en rimlig hypotes att det förekommer olika typer av belastningar i de kvinnodominerade områden jämfört med de mansdominerade vilket skulle kunna förklara

könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Connell menar att i den institutionella praktiken finns genusregimer som är styrande för hur verksamheten bedrivs.

Den *individuella* nivån slutligen handlar om enskilda individers identitet, rationalitet och emotionalitet. Identitet är ett begrepp med flera facetter. Nationalencyklopedin beskriver identitet som självbild eller medvetenhet om sig själv som en unik individ. Identiteten formas under livet men de tidiga åren i barn- och ungdom har stor betydelse liksom utbildning och yrkeserfarenhet. En person som har arbetat i många år i ett visst yrke kan ha svårt att se sig själv i ett helt annat yrke. Det kan ta tid att lämna den gamla identiteten som undersköterska eller ingenjör för en ny yrkesroll som lärare. Rationalitet utgår från att människors val är just rationella och grundade på förnuftsmässiga överväganden medan emotionalitet snarare handlar om att en rad beslut fattas på mer känslomässiga än förnuftsmässiga grunder.

Genus skapas och återskapas, enligt Connell, på dessa fyra nivåer genom social praktik och i relation med andra (Connell R 2009). Genus existerar så att säga inte självständigt utan sker i möten mellan människor. Både kvinnor och män är medskapande. Social praktik är förenklat det vi gör i det dagliga livet. Social praktik kan bidra till att behålla en viss genusstruktur men både kvinnor och män kan agera för att förändra. Kvinnor som för 50 år sedan utbildade sig till och började arbeta som präster var normbrytare, som bidrog till att prästyrket idag tillhör de yrken där mellan 40–60 procent är kvinnor. På liknande sätt har de män som tidigt valde att dela föräldraledigheten med barnets mamma varit normbrytare och bidragit till att uttaget av föräldraförsäkringen blivit alltmer jämställd. Det är normbrytande social praktik som förändrar synen på genus, genusstrukturer och genusordning men dessutom kan lagstiftning och politik påskynda processerna. Normbrytande social praktik sker förstås också i samspel med andra. Det tog tid för kvinnor att få tillträde till prästyrket på grund av det motstånd som fanns och som fortfarande finns i vissa grupper. Män som tidigt valde att vara hemma med sina barn gjorde det i samråd med sin partner men ibland med motstånd hos arbetsgivaren. I både fallet med kvinnliga präster och föräldralediga fäder har lagstiftningen stöttat de normbrytande individerna på olika sätt vilket inte hindrat att båda grupperna fått utstå negativa reaktioner från andra på flera av de olika strukturella nivåerna. De har förstås också bidragit till att synen på vad som är ”kvinnligt” och ”manligt” har förändrats.

Möjliga förklaringar till könsskillnaderna i sjukfrånvaro

Frågan är nu hur ett genusperspektiv kan bidra till att förklara könsskillnaderna i sjukfrånvaro. I SOU 2014:74 ”Jämställdhet i socialförsäkringen?” från Jämställdhetsdelegationen skrev jag ett kapitel om kvinnors och mäns sjuk-

frånvaro (Hensing G 2014). I kapitlet sammanfattades vad vi vet om könsskillnaderna, vilka de viktigaste hypoteserna om skillnaderna är och vilka de viktigaste kunskapsluckorna är. Slutsatserna från kapitlet återges här i kortfattad version och i punktform:

1. Skillnaderna i sjukfrånvaro kan påverkas av en social och hälsoselektion till arbetslivet.
2. Skillnaderna i sjukfrånvaro påverkas av genusselektion till arbetsmarknaden.
 - a. 72 procent av kvinnorna arbetar i kvinnodominerade (60–100 procent kvinnor) yrken och sektorer medan 68 procent av männen arbetar i mansdominerade (60–100 procent män) yrken och sektorer (SCB 2014). Hypotesen är att arbetsinnehåll, arbetsmiljö och ekonomiska och andra materiella villkor skiljer sig i så hög grad mellan dessa områden att det kan förklara könsskillnaderna i sjukfrånvaro. (se vidare under punkt 4). Denna selektion av kvinnor och män till olika arbetsmarknader kallas också horisontell segregering.
3. Dubbelarbete alltså det obetalda arbetet i hem- och hushåll i kombination med betalt arbete är en återkommande hypotes men forskningen om dess betydelse för sjukfrånvaro kan inte ge entydiga svar för att
 - a. Det finns mycket få vetenskapliga studier inom området (jmf t.ex. forskningen om det betalda arbetets betydelse för sjukfrånvaro).
 - b. De studier som gjorts har haft många olika utgångspunkter och fokus vilket gör jämförelser mellan studierna svåra. Exempel på områden som varit i fokus är barn, typ av arbetsuppgifter, ansvar för planering, arbetsfördelning och genomförande av uppgifter i hemmet, psykosocial miljö i hemmet, ansvar för barn eller andra anhöriga med särskilda behov, förekomst av våld, kombination av roller (förälder, partner, yrkesarbetande).
 - c. Resultaten från olika studier är motstridiga även när det gäller vilken betydelsen hemmavarande barn har för könsskillnader sjukfrånvaro.
 - d. Det är svårt att jämföra kvinnor och män i studier av obetalt arbete eftersom det är få män som har liknande arbetsuppgifter i motsvarande omfattning som kvinnor.
4. Ett område som har lyfts fram som betydelsefullt för könsskillnaderna i sjukfrånvaro är den horisontella segregeringen (se punkt 2).
 - a. Det finns få studier som bara jämför kvinnor och män i samma yrken och på samma arbetsplatser men en välgjord finsk studie fann att könsskillnaderna i lång sjukfrånvaro (≥ 60 dagar) försvann och kraftigt

minskade i kortare sjukfrånvaro (<60 dagar). Omkring en tredjedel av skillnaderna i den kortare sjukfrånvaron kvarstod och kunde alltså inte förklaras av att kvinnor och män i så hög grad arbetar i olika yrken och på skilda arbetsplatser.

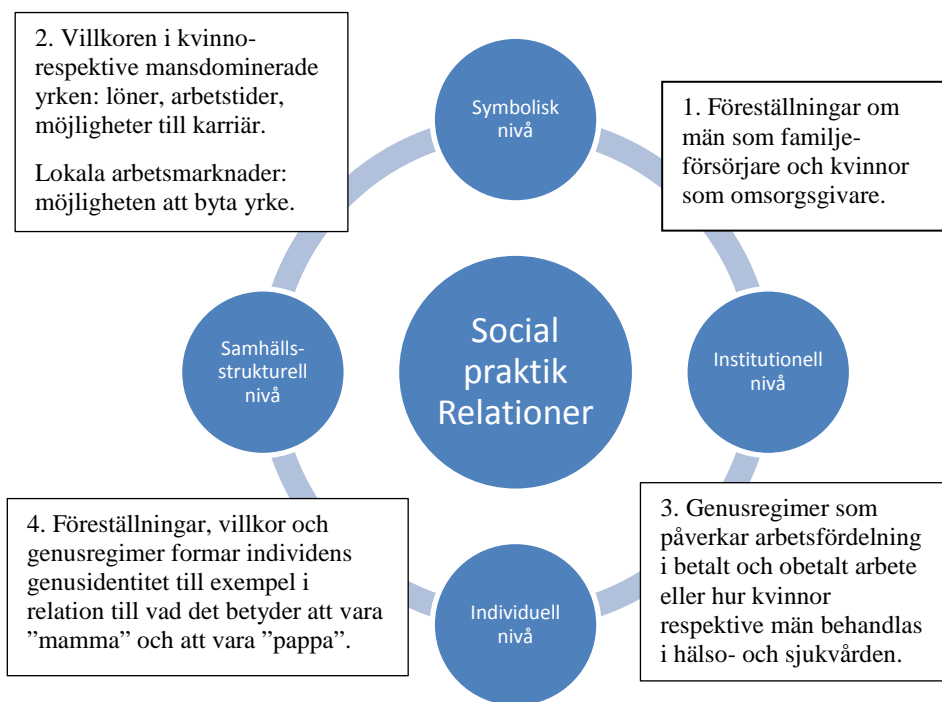
- b. I en studie från Norge undersöktes om det fanns ett samband mellan horisontell segregering och sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos. En möjlig förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro skulle kunna vara speciella villkor i kvinnodominerade yrken som utmärks av att man arbetar med människor, låga eller relativt låga löner och av att flexibiliteten är liten. Arbetet måste utföras under en viss tid och på en viss plats. Enligt studien från Norge fanns dock inget samband.
5. I en nyligen genomförd systematisk genomgång från SBU fann man vetenskapligt stöd för att brister i den psykosociala arbetsmiljön ökade risken för psykiska sjukdomar såsom depression och utmattningssyndrom. Man fann också att kvinnor och män som utsattes för liknande brister i den psykosociala arbetsmiljön hade samma risk att utveckla depression och utmattningssyndrom. Depression och utmattningssyndrom är vanligare hos kvinnor än hos män och en möjlig förklaring kan vara att kvinnor oftare än män finns i bristande psykosociala arbetsmiljöer. På liknande sätt kan kvinnors högre risk för sjukfrånvaro bero på att kvinnor oftare än män befinner sig i arbetsmiljöer, arbetsuppgifter och arbets-situationer som ökar risken för sjukfrånvaro. Någon systematisk genomgång av forskningen finns dock inte på motsvarande sätt för sjukfrånvaro som för depression och utmattningssyndrom.
6. Bemötandet inom hälso- och sjukvården och inom Försäkringskassan kan se olika ut för kvinnor och män vilket skulle kunna påverka sjukskrivningens längd.

Genusperspektivet bidrar med att

1. Ifrågasätta relevansen i att jämföra kvinnor och män utan att ta hänsyn till selektionsfaktorer och till att kvinnor och män återfinns i mycket olika delar av arbetsmarknaden. Det rimliga vore att i första hand jämföra kvinnor och män i samma yrken eller med samma typ av arbetsuppgifter.
2. Inkludera det obetalda arbetets betydelse för sjukfrånvaron. Det finns fortfarande alltför få studier med jämförbara exponerings- och utfallsmått för att det ska kunna gå att dra några slutsatser om vilka aspekter av det obetalda arbetet som eventuellt påverkar sjukfrånvaron. Det är dessutom svårt att jämföra kvinnor och män eftersom få män är i liknande situationer vad gäller ansvar och omfattning av obetalt arbete.

3. Lyfta behovet av en sjukförsäkring som kan hantera sjukdomar som inte har en tydlig början och ett tydligt slut utan utvecklas långsamt och som fluktuerar. Både kvinnor och män drabbas av den här typen av sjukdomar, där till exempel depression och ångestsjukdomar ofta höra hemma, men kvinnor drabbas oftare än män.
4. Peka på att bemötande inom hälso- och sjukvården, hos Försäkringskassan och hos den egna arbetsgivaren kan påverkas av kulturella föreställningar om kvinnor och män och om institutionella genusregimer.

För att konkretisera resonemanget har jag valt att lyfta in ett antal punkter som kan vara relevanta att lyfta kring könsskillnaderna i sjukfrånvaro i relation till Connells modell.



Föreställningar, villkor och genusregimer kan också påverka hur individen uppfattar och tolkar den sociala praktiken att vara sjukskriven. Rent statistiskt är det fler kvinnor som är sjukskrivna, vilket gör att sjukskrivning kopplas samman med kvinnor och kvinnligt beteende. Jämställdhetsansatsen, som beskrevs inledningsvis, där kvantitativa rapporteringar om könsskillnader i beteende riskerar också att "konstruera genus" genom att fokus hamnar på "kvinnor" snarare än på de situationer som bidrar till att öka risken för sjukfrånvaro. Om kategorin kvinna inte användes utan statistiken istället beskrev situationer t.ex. en ogynnsam kombination av höga krav och

låg kontroll i arbetet (Wang MJ 2014), extra ansvar i hem- och hushållsarbetet för barn med särskilda behov (Staland-Nyman C 2008) och ett opersonligt bemötande inom hälso- och sjukvården där man inte kände sig sedd eller tagen på allvar (Ostlund G 2001) så skulle de faktorer som ökar risken att bli sjukskriven komma i fokus snarare än kvinnor som grupp. Det behövs fler rapporter och studier som fokuserar på situationerna och processerna som leder fram till sjukfrånvaro snarare än fler studier som beskriver skillnader mellan grupper.

Referenser

Allebeck P, Burström B, Hensing G, Kristensson M (2015). Socialmedicin. Individ, samhälle och hälsa. Lund: Studentlitteratur.

Bekker MH, Rutte CG, van Rijswijk K (2009). Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Med* Aug;14 (4): 405-418.

Connell R (2009). Om genus. Stockholm: Daidalos.

Ekberg K, Ekberg M, Hensing G, red. (2015). Återgång i arbete. Processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur.

Fausto-Sterling A (2008). *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*, Revised Edition. New York: Basic Books.

Hedenus A, Björk S, Schmulyar Gréen O (2015). Feministiskt tänkande och sociologi. Teorier, begrepp och tillämpningar. Lund: Studentlitteratur.

Hensing G (2013). Genus och stressperspektiv. Ur antologin: Stress. Gen Individ Samhälle. Red. Arnetz B, Ekman R. Stockholm: Liber.

Hensing G (2014). Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Jämställdhet i socialförsäkringen? Forskningsrapport till jämställdhetsdelegationen. SOU 2014:74. Stockholm: Fritzes.

Holmgren K, Fjällström-Lundgren M, Hensing G (2010). Hälsoresursprojektet – bakgrund, metod och resultat. Rapport från Enheten för socialmedicin vid Göteborgs universitet.

Östlund G, Cedersund E, Alexanderson K, Hensing G (2001). "It was really nice to have someone" –lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scand J Public Health* Dec;29 (4): 285-291.

SCB (2014). På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet.

Staland-Nyman C, Alexanderson K, Hensing G (2008). Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. *Scand J Publ Health* Jan;36 (1): 21-27.

Wang MJ, Mykletun A, Møyner EI, Øverland S, Henderson M, Stansfeld S, Hotopf M, Harvey SB (2014). Job strain, health and sickness absence: results from the Hordaland Health Study. *Plos One* Apr 22;9(4).

Föräldraskap och sjukfrånvaro



Margaretha Voss och Ulrik Lidwall

Försäkringskassan

Inledning

En omfattande, systematisk litteraturöversikt konstaterade för tio år sedan att det saknas vetenskapligt stöd för ett samband mellan barn i hemmet och sjukfrånvaro (Allebeck & Mastekaasa 2004). Enskilda studier under senare år ger inte en samstämmig bild vad gäller detta samband. En svensk studie finner att föräldraansvar generellt *inte* leder till högre, utan lägre, sannolikhet för sjukfrånvaro (Staland Nyman 2008). I en studie med data från 24 europeiska länder visar Mastekaasa (2012) högre sjukfrånvaro för kvinnor med ett yngre barn, men lägre sjukfrånvaro bland andra föräldrar, jämfört med dem som inte har barn. Ensamstående kvinnor med hemmavarande barn är en utsatt grupp med ökad risk för sjukfrånvaro (Floderus m.fl. 2011, Voss m.fl. 2008). Likaså innebär extra hög arbetsbelastning till följd av stort vård- och omsorgsansvar en riskfaktor för sjukfrånvaro bland kvinnor (Staland Nyman m.fl. 2008), vilket även påvisats för både för kvinnor och män (Inspektionen för socialförsäkringen 2013, Försäkringskassan 2014).

Även studier av sjukfrånvaro bland förstagångsföräldrar visar delvis varierande resultat. En svensk studie finner att kvinnor och män är sjukskrivna i lika stor utsträckning innan barnets födelse (1995). Därefter ökar kvinnors sjukfrånvaro och är dubbelt så hög som männens efter två år, en skillnad som

kvarstår i upp till 15 år (Angelov m.fl. 2011). Enligt författarna är detta främst orsakat av kvinnors ökade arbetsutbud, i kombination med föräldraskap (Angelov m.fl. 2013). Bland förstagångsföräldrar 2005 har kvinnor en högre risk än män att bli sjukskrivna både före och efter första barnets födelse (Försäkringskassan 2014). En norsk studie (Rieck och Telle 2012) kom fram till att kvinnors högre sjukfrånvaro jämfört med mäns inte förklaras av moderskap. Vid jämförelse mellan svenska tvillingssystrar som fött respektive inte fött barn finns inga märkbara skillnader i sjukfrånvaro (Alexanderson m.fl. 2013).

Hur förklaras samband mellan föräldraskap och sjukfrånvaro?

För att förklara sambandet mellan föräldraskap och sjukfrånvaro används ofta en hypotes inom rollteorin benämnd *Belastningshypotesen* (Staland Nyman 2008, Mastekaasa 2012). Den innebär att individens olika sociala roller tillsammans med den nya rollen som förälder kan medföra en hög total belastning och leda till extra påfrestning och stress med negativ effekt på hälsa och välbefinnande (Nordenmark, 2004a). Saknas möjligheter att balansera de olika rollerna och individen inte känner att hen kan leva upp till krav och förväntningar från både arbetslivet och hem- och familj finns risken att det uppstår *rollkonflikter* (Greenhaus & Beutell 1985; Lidwall m.fl. 2009). Men det finns även hypoteser som hävdar det motsatta, exempelvis *expansionshypotesen*. Den innebär att många roller är berikande vilket ger en hälsofördel eftersom de bland annat kan kompensera nackdelar i en livsroll med positiva omständigheter i en annan. Men det kan finnas en punkt då för många roller kan övergå i hälsofarlig stress. En vanlig hypotes är att kvinnor skulle vinna i hälsa om de avlastades ansvar för hemarbetet samtidigt som män skulle vinna i hälsa på ökad delaktighet i hem och familjeansvar (Försäkringskassan 2014).

Jämställdhet mellan föräldrarna och sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro kan påverkas av mängden hemarbete (Beemsterboer m.fl. 2009) och ett delat ansvar för försörjning och hushållsarbete samvarierar med en god hälsa i en studie bland akademiker (Härenstam och Bejerot 2001). Krav i arbetslivet som inkräktar på familjelivet samvarierar med högre sjukfrånvaro bland kvinnor med huvudansvar för familj och hemarbete. Resultaten visar ett arbets- och familjeliv är kopplat till kön: för kvinnor är sambandet mer familjerelaterat medan det för männen är mer arbetsrelaterat (Lidwall m.fl. 2009, Donders 2005, Jansen m.fl. 2006). Fördelningen av hushålls- och förvärvsarbete varierar mellan kvinnor och män och mellan hushåll (Boye 2010, SOU 2014:74, Försäkringskassan 2013) vilket innebär att risken att sjukskrivas varierar i olika grupper beroende på hur arbetsfördelningen ser ut.

Jämställdhet i hemmet (uttag av föräldrapenning och VAB) och i arbetslivet (inkomst och socioekonomisk position) och samband med sjukfrånvaro studerades bland föräldrapar som fick barn 1978 (Månsdotter m.fl. 2006). Resultaten visar att jämställdhet i hemmet samvarierar med lägre ohälsa för båda könen medan jämställdhet i arbetslivet samvarierar negativt med kvinnors hälsa och positivt med mäns hälsa. Även kontextens betydelse har studerats och kvinnor jämställda i arbetslivet löper högre risk för sjukfrånvaro, oavsett omgivning (Backhans m.fl. 2009). För män gäller det motsatta med lägre risk för sjukskrivning. För män innebar jämställdhet i hemarbetet i jämställda kommuner en lägre risk för sjukfrånvaro (Backhans m.fl. 2009).

En liknande studie av kvinnor och män som blev förstagångsföräldrar 2005 visar att kvinnor som arbetar i samma utsträckning som män och samtidigt har huvudansvar för hemarbetet har en ökad risk för sjukfrånvaro (Försäkringskassan 2014). Flera roller ökar inte risken för kvinnor att bli sjukskrivna, däremot kan en hög arbetsbörda samvariera med ökad risk för sjukfrånvaro. Dessa studier pekar på att det finns en samvariation mellan kombinationen av jämställdhet i arbetslivet och i hemmet och risken för sjukfrånvaro.

Studie om jämställdhet och sjukfrånvaro bland förstagångsföräldrar

Mot denna bakgrund har vi genomfört en studie med syfte att klargöra hur kombinationen av jämställdhet i hemmet och jämställdhet i arbetslivet samvarierar med risken att bli sjukskriven för kvinnor och män som fick sitt första gemensamma barn åren 2002–2009.

Metod och material

Population

Alla förstagångsföräldrar till barn födda i Sverige 2002–2009 identifierades från Försäkringskassans MiDAS-register¹. Av 355 304 förstagångsföräldrapar uppfyllde 223 333 par kriterierna för att ingå i studien.² Föräldraparen var förvärvsarbetande i Sverige året före barnets födelse, vilket är en

¹ MikroData för Analys av Socialförsäkringen, uttagsdatum var 2014-08-22.

² Exkluderade: föräldrar med sjuk- eller aktivitetsersättning eller oförmögna att ta hand om barnet, barn/förälder avregistrerade under studieperioden, utrikesfödda barn eller förälder som invandrar under studieperioden, föräldrar utan gemensam vårdnad, förälder som saknar arbetsinkomst >0,24 prisbasbelopp (SGI), föräldrar som inte är sammanboende vid barnets födelse, föräldrar som separerar under barnets tre första år samt adopterade barn.

förutsättning för rätt till tillfällig föräldrapenning (VAB) för vård av sjuka barn. Detsamma gäller delvis om föräldrapenningen. Om individen inte förvärvsarbetar utgår en låg ersättning vid uttag av föräldrapenning.

Jämställdhet i hemmasfären och i arbetslivet

Jämställdhet i hemmet definieras utifrån fördelningen av det totala uttaget av dagar med föräldrapenning och VAB mellan föräldrarna under barnets tre första år. Jämställdhet i arbetslivet bestäms utifrån fördelningen av den gemensamma arbetsinkomsten mellan föräldrarna under barnets tredje levnadsår.³ Liknande mått på jämställdhet som har använts i tidigare studier (Månsdotter m.fl. 2006, Backhans m.fl. 2009 och Försäkringskassan 2014).

Fördelningen av föräldrapenning och VAB-dagar ses här som en indikator på fördelning av hem- och omsorgsarbetet mellan föräldrarna. Att vara hemma med sjukt barn och ta ut VAB-dagar är ofta en mindre del av omsorgen för barn, men tidigare studier har visat att det finns en samvariation mellan fördelning av hushållsarbete och fördelning av VAB-dagar (Eriksson och Neremo, 2010). Likaså samvarierar fördelningen av uttagna föräldrapenningdagar och föräldraledighet med fördelning av både betalt och obetalt arbete (Försäkringskassan 2013). När såväl kvinnor som män ökar sin andel av föräldrapenninguttaget utför de en större andel av hushålls- och omsorgsarbetet, liksom att deras andel av förvärvsarbetet minskar.

Indelning av jämställdhet i hemarbetet ger tre grupper baserat på fördelningen av uttag av föräldrapenning- och VAB-dagar i föräldraparen. I de fall kvinnan nyttjar den största andelen (>60 procent) av föräldrapenning och VAB hamnar paren i gruppen ”Hemma Kvinna+”, om föräldrarna använder ungefär lika mycket föräldrapenning och/eller VAB (40–60 procent) är de ”Jämställda”, och om mannen använder den största andelen av föräldrapenning och VAB (>60 procent) hamnar paren i gruppen ”Hemma Man+”. På motsvarande sätt sker indelningen inom arbetslivet och benämns då ”Arbete Man+”, ”Jämställda” och ”Arbete Kvinna+” beroende på hur arbetsinkomsten fördelas med 40–60 procent som det ”Jämställda”. De tre grupperna för hemarbete och arbetsliv kombineras i nio olika jämställdhets-situationer för föräldraparen baserat på fördelningen av dagar från föräldraförsäkring och arbetsinkomster.

Sjukfrånvaro

Utfallsmåttet är sjukfall längre än 14 dagar som infaller under barnets fjärde och femte levnadsår.

³ Arbetsinkomsten utgörs av summan av kontant bruttolön och inkomst av aktiv näringsverksamhet enligt Skatteverket.

Statistisk metod

Betydelsen av jämställdhet för risken att bli sjukskriven för kvinnor och män beräknas med Cox proportional hazard regressioner⁴, med kontroll för förväxlingsfaktorer⁵.

Jämställdhet i hemmet och i arbetslivet

Fördelningen av jämställdhet i hemmet och i arbetslivet under barnets 3:e levnadsår visar att ”traditionella” föräldrapar är vanligast (46 procent), Tabell 1. Totalt har två tredjedelar av kvinnorna huvudansvar för hemarbetet medan närmare 70 procent av männen har sitt huvudansvar i arbetslivet. Par där mannen har huvudansvar för hemarbetet är ovanligt och uppgår till nio procent medan jämställdhet i både hem- och arbetsliv uppnås endast av sex procent av föräldrarna. Baserat på tidigare studier (Månsdotter m.fl. 2006, Försäkringskassan 2014) är hypotesen att den högsta belastningen återfinns i grupperna med huvudansvar för hemarbetet i kombination med omfattande förvärvsarbete. De grupperna utgör 19 procent och 8 procent för kvinnor respektive män.

Tabell 1 Andel (procent) föräldrapar (n=223 333) i respektive jämställdhetssituation under barnets 3:e levnadsår

		”Jämställdhet i hemmet” (FP/VAB)				
		K+	Jämställd	M+	Oklar	Total
”Jämställdhet i arbetslivet” (Arbetsinkomst)	K+	K++ 4	K+ 1	Otraditionell 1	K+ 0	6
	Jämställd	K+ 15	Jämställd 6	M+ 2	Jämställd? 1	24
	M+	Traditionell 46	M+ 10	M++ 6	M+ 7	69
	Total	65	17	9	8	100

⁴ Ett värde på Cox regressionen som överstiger 1,0 med ett undre konfidensintervall (ett mått på den osäkerhet slumpen bidrar med i skattningen) som inte innefattar 1,0 tolkas som en överrisk för sjukfrånvaro. På motsvarande sätt tolkas ett värde under 1,0 och med ett övre konfidensintervall som inte innefattar 1,0 som en underrisk för sjukfrånvaro.

⁵ I analyserna kontrollerades för: förälders ålder, inkomst (bådas var för sig) och utbildning, ytterligare barn, sjukhistorik, barnets födelseår, och parets totalt uttagna föräldrapenning- och VAB-dagar.

Resultat

I Tabell 2 och 3 redovisas, för olika kombinationer av jämställdhet i hemmet och i arbetslivet, relativa risken att bli sjukskriven (>14 dagar) under barnets 4:e och 5:e levnadsår för kvinnor respektive män som fått sitt första barn 2002–2009.

Jämställdhet och risk för sjukfrånvaro

Huvudansvar för hemarbetet i kombination med jämställdhet eller huvudansvar i arbetslivet ökar risken för kvinnor med 32 respektive 24 procent att bli sjukskrivna jämfört med genomsnittet (Tabell 2). Att vara jämställd i arbetslivet, dvs. att tjäna ungefär lika mycket som sin partner, ökar också generellt risken att bli sjukskriven för kvinnor, oavsett ansvarsfördelningen i hemmet. Däremot har kvinnor en minskad risk att bli sjukskrivna när mannens andel av familjens försörjning är större.

Tabell 2 Relativ risk (med 95 % konfidensintervall) att mamman blir sjukskriven längre än 14 dagar under barnets 4:e och 5:e levnadsår vid olika jämställdhetssituationer

		"Jämställdhet i hemmet" (FP/VAB)		
		K+	Jämställd	M+
"Jämställdhet i arbetslivet" (Arbetsinkomst)	K+	1,24 (1,18–1,31)	1,01 (0,92–1,11)	1,15 (1,03–1,27)
	Jämställd	1,32 (1,27–1,36)	1,26 (1,21–1,32)	1,15 (1,08–1,23)
	M+	0,86 (0,83–0,88)	0,81 (0,77–0,85)	0,78 (0,74–0,82)

Referenskategori (1,00) utgörs av ett ovägt genomsnitt av riskerna för alla kategorier. Oklar indelning av jämställdhet ingår i analysen men presenteras ej.

Män med huvudansvar för hemarbetet har en ökad risk med mellan 9 och 25 procent att bli sjukskrivna jämfört med genomsnittsriskerna för män, oavsett ansvarsfördelning i arbetslivet (Tabell 3). Även jämställdhet i arbetslivet ökar risken för sjukskrivning bland män. Däremot ses en minskad risk för sjukfrånvaro för män när kvinnan tar ett stort ansvar både i hem- och i arbetslivet. En "traditionell" fördelning där mannen har störst ansvar i arbetslivet och kvinnan har huvudansvar för hemarbetet är gynnsam för män och innebär en minskad risk att bli sjukskriven.

Tabell 3 Relativ risk (med 95 % konfidensintervall) att pappan blir sjukskriven längre än 14 dagar under barnets 4:e och 5:e levnadsår vid olika jämställdhetssituationer

		"Jämställdhet i hemmet" (FP/VAB)		
		K+	Jämställd	M+
"Jämställdhet i arbetslivet" (Arbetsinkomst)	K+	0,69 (0,63–0,75)	1,16 (1,02–1,32)	1,25 (1,08–1,45)
	Jämställd	1,06 (1,00–1,12)	1,09 (1,02–1,18)	1,22 (1,11–1,35)
	M+	0,90 (0,86–0,94)	0,98 (0,92–1,05)	1,09 (1,01–1,17)

Referenskategori (1,00) utgörs av ett ovägt genomsnitt av riskerna för alla kategorier. Oklar indelning av jämställdhet ingår i analysen men presenteras ej.

Diskussion

I denna studie framkommer en tydlig samvariation mellan jämställdhet i hemmet och i arbetslivet och risken att bli sjukskriven över 14 dagar under barnets fjärde och femte levnadsår för föräldrar som fick sitt första gemensamma barn 2002–2009. Jämställdhet i hemmet baseras på föräldrarnas fördelning av föräldrapenning- och VAB-dagar under barnets tre första år. Jämställdhet i arbetslivet bestäms utifrån hur stor andel av familjens gemensamma arbetsinkomst under barnets tredje levnadsår som kvinnan respektive mannen bidrar med.

Resultaten visar att jämställdhet i hemmet och i arbetslivet innebär en ökad risk att bli sjukskriven för både kvinnor och män, men mönstret skiljer sig åt mellan könen. Kvinnor är generellt mer orienterade mot hem och familjeliv (Lidwall m.fl. 2009, Försäkringskassan 2013) så även i denna studie där 65 procent av kvinnorna hade huvudansvar för hemarbetet uttryckt som större uttag från föräldraförsäkringen. De krav som ställs både från arbetslivet och från hemarbetet kan vara svåra att kombinera vilket kan leda till en ökad stress och på sikt en ökad risk att bli sjukskriven. Sammantaget innebär en hög arbetsbelastning en ökad risk att bli sjukskriven för både kvinnor och män, vilket stödjer belastningshypotesen (Staland Nyman 2008, Mastekaasa 2012).

Nära hälften av kvinnorna har en svagare anknytning till arbetslivet jämfört med sin partner några år efter att de fått sitt första barn. En möjlig orsak är att kvinnor ofta arbetar deltid när barnen är små (SCB 2014, Försäkringskassan 2013). Att "välja" att inte satsa på karriären eller att skjuta karriären på framtiden genom att arbeta deltid kan vara ett sätt att få "livspusslet" att gå ihop (Nordenmark 2004b). Det kan ses som en strategi för att minska den totala belastningen och öka möjligheten att balansera kraven i familj- och

arbetsliv (Mastekaasa 2012), vilket minskar risken för sjukfrånvaro. En annan möjlig förklaring till kvinnors mindre del av försörjningsansvaret kan vara att den som har en lägre lön och lägre status än sin partner har en sämre förhandlingssituation och mindre ekonomiska incitament när ansvaret ska fördelas. Den negativa konsekvensen av ett minskat arbetsutbud under den intensiva familjebildningsperioden är att kvinnan blir mer ekonomiskt beroende av sin partner och långsiktigt riskerar att hamna på efterkälken vad gäller karriär och löneutveckling samt får en lägre framtida pension.

Att ha huvudansvar för hemarbetet och samtidigt vara jämställd eller ha ett stort ansvar i arbetslivet innebär en hög belastning för kvinnor och ökar risken för sjukfrånvaro. Risken att bli sjukskriven minskar marginellt även om paret är jämställt eller om mannen tar ett större ansvar för hemarbetet. Troligen har dessa kvinnor ett stort engagemang i sitt arbete och arbetar heltid i större utsträckning. Vi har inga uppgifter om i vilken omfattning föräldrarna arbetar och kan inte särskilja föräldrar de som arbetar deltid från de som arbetar heltid. Det är möjligt att utnyttjandet av föräldraförsäkringen är en bättre indikator på kvinnors ansvar för det gemensamma hushållet än det är för männen (Försäkringskassan 2013). En tolkning av kvinnors kvarstående risk för sjukskrivning, är att mäns större användande av föräldraförsäkring inte med nödvändighet leder till att kvinnor långsiktigt avlastas från sitt mer omfattande ansvarstagande för barn och hushåll.

Tidigare studier har också visat att män är mer arbetsorienterade (Försäkringskassan 2013) vilket även framkommer i denna studie. Två tredjedelar av männen är huvudförsörjare och det samvarierar med minskad risk att bli sjukskriven. Ett undantag är män som kombinerar huvudansvar i arbetslivet med ett stort ansvar för hemarbetet. För denna grupp ses en ökad risk att bli sjukskriven. En annan utsatt grupp är män med huvudansvar för hemarbetet. Sådan arbetsbelastning resulterar i en ökad risk att bli sjukskriven, även i de fall då partnern är jämställd eller tar ett större ansvar i arbetslivet. En möjlig förklaring kan vara att trots att både mamman och pappan vill vara jämställda i både arbetsliv och hemarbete så är det ännu inte den rådande normen i samhället. Män som tar ett stort ansvar för hemarbetet befinner sig i många fall i en omgivning med vänner och arbetskamrater, där detta inte är ett förväntat beteende. Den rådande normen är fortfarande att mannen främst ska ha sitt huvudintresse kopplat till arbetslivet. Det skulle kunna vara en förklaring till en ökad risk att bli sjukskriven för de män som bryter mot den rådande normen.

Den stora gruppen föräldrapar med traditionell arbetsfördelning (46 procent) där kvinnan har huvudansvaret för hemarbetet och där mannen har sitt huvudansvar i arbetslivet minskar både mammors och pappors risk för sjukfrånvaro. Denna arbetsfördelning kan åtminstone på kort sikt ges en legitimitet genom att framstå som ekonomiskt rationell. Dessutom kräver en sådan arbetsfördelning mindre förhandling och båda parter vet vad som

förväntas av en själv och sin partner. På längre sikt leder detta dock till en alltmer ojämsställdhet ekonomisk situation inom föräldraparet. De ekonomiska konsekvenserna vid en separation blir stora för den som främst ägnat sig åt obetalt arbete. Det gäller exempelvis den framtida pensionen som påverkas starkt i negativ riktning.

Referenser

Allebeck, P. och A. Mastekaasa (2004). "Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (Suppl 63): 49-108.

Alexanderson, K., E. Björkenstam, L. Kjeldgård, J. Narusyte, A. Ropponen och P. Svedberg (2013). Barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro: en studie av tvillingsystrar. Stockholm, Karolinska Institutet.
http://ki.se/sites/default/files/rapporten_barnafodande.pdf (2014-12-19)

Angelov, N., P. Johansson, E. Lindahl och E. A. Lindström. (2011).

Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. *Rapport 2011:2*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).

Angelov, N., P. Johansson och E. Lindahl. (2013). Kvinnors större föräldransvar och högre sjukfrånvaro. *Rapport 2013:7*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).

Backhans, M. C., B. Burstrom, m.fl. (2009). "Pioneers and laggards – is the effect of gender equality on health dependent on context?" *Social Science and Medicine* 68(8): 1388-1395.

Beemsterboer, W., R. Stewart, J. Groothoff och F. Nijhuis. (2009). "Literature review on sick leave determinants (1984–2004)." *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2): 169-179.

Boye, K. (2010). Paid work, housework and the gender difference in psychological distress. *European Societies*, 12(3): 419-442.

Donders, N. (2005). Psychosocial Workload, Work–Family Interference and Health. Determinants of Sick Leave in University Employees. Nijmegen: Radbo University.

Eriksson, R. och M. Neramo. (2010). Care for Sick Children as a Proxy for Gender Equality in the Family, *Social Indicators Research*, 97(3): 341-356.

Floderus, B., M. Hagman, G. Aronsson, S. Marklund och A. Wikman. (2011). Medically certified sickness absence with insurance benefits in women with and without children. *European Journal of Public Health* 2012;

Försäkringskassan. (2013). Ojämställd arbetsbörda. Föräldraledighetens betydelse för fördelning av betalt och obetalt arbete. *Socialförsäkringsrapport 2013:9*.

Försäkringskassan (2014). Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar. *Socialförsäkringsrapport 2014:14*.

Greenhaus, JH. och NJ. Beutell. (1985). Sources and conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1):76-88.

Härenstam, A. och E. Bejerot (2001). "Combining professional work with family responsibilities – a burden or a blessing?" *International Journal of Social Welfare* 10(3): 202-214.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2013). Vårdbidrag och framtida inkomster. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av att få barn med särskilda behov. Rapport 2013:18.

Jansen, NWH., IJ. Kant, LGPM. van Amelsvoort, TS. Kristensen, GMH. Swaen och FJN. Nijhuis (2006). *Work-family conflict as a risk factor for sickness absence*. *Occup Environ Med* 63(7): 488–494.

Lidwall, U., S. Marklund och M. Voss. (2009). "Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study" *European Journal of Public Health*, 20(6): 676–681.

Mastekaasa, A. (2012). Dependent children and women's sickness absence in the EU countries and Norway. *European Societies: 1-21*.

Månsdotter, A., L. Lindholm, m.fl. (2006). Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(7): 616-620.

Nordenmark, M. (2004a). "Balancing work and family demands. Do increasing demands increase strain? A longitudinal study." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6): 450-455.

Nordenmark M (2004b). Multiple Social Roles and Well-Being: A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory. *Acta Sociologica*. 2004;47(2):115 - 26.

Rieck, KME. och K. Telle. (2012). Sick leave before, during and after pregnancy. *Statistics Norway, Discussion Papers No. 690*. Oslo, Statistics Norway.

SCB (2014). På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2014.
http://www.scb.se/Statistik/ Publikationer/LE0201_2013B14_BR_X10BR14_01.pdf (2014-12-11).

SOU 2014:74. *Jämställdhet i socialförsäkringen?* Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetet. Kapitel 4, Kvinnors och mäns sjukfrånvaro: 87-124. http://jamstalldhetiarbetslivet.se/wp-content/uploads/2014/11/SOU-2014_74.pdf (2014-12-11).

Staland Nyman, C. (2008). Domestic Workload and Multiple Roles. Epidemiological findings on health and sickness absence in women. *Thesis*. Gothenburg, University of Gothenburg.

Voss, M., M. Josephson, S. Stark, M. Vaez, K. Alexanderson, L. Alfredsson och E. Vingård. (2008). The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 36(6): 564-572.

Rättssäkerhet i sjukförsäkringen



Ruth Mannelqvist

Umeå Universitet

Varje människa som tar del av socialförsäkringen har rätt att förvänta sig att det råder likhet inför lagen och att människors lika värde alltid respekteras i mötet med Försäkringskassan. Ytterst är det en fråga om rättssäkerhet.¹

Citatet är hämtat ur en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) år 2014. Men vad är egentligen rättssäkerhet? Begreppet rättssäkerhet används i många olika sammanhang och med olika innebörd och betydelser. Det kan vara sociala eller politiska målsättningar och anläggas på både offentliga och privat verksamhet, utifrån makro- eller microperspektiv, det vill säga från den enskilde individen eller samhällets synvinkel.² Rättssäkerhet eftersträvas i domstolar och vid förvaltande myndigheter, men kan också utgöra grund för kritik av enskilda stater och institutioner.³ Den förändras beroende på såväl samhällelig och kulturell som historisk kontext och låter sig ständigt utmanas eller erövrats. Ja, rättssäkerhet angår oss alla, på alla nivåer och anses vara ett positivt värde som ingen är emot.

¹ ISF 2014:27, s. 12.

² Se exempelvis i prop. 2014/15:1, utgiftsområde 10, s. 22.

³ Se bland annat regleringsbrev för Försäkringskassan för år 2006, regeringsbeslut 2005-12-20 (S2005/10221/SK).

Sammantaget kan rättssäkerhet således beskrivas som ett kontextuellt och relativt begrepp, som dessutom användas som analytiskt verktyg eller utgångspunkt i vetenskapliga analyser.⁴

I den rättsvetenskapliga kontexten har begreppet rättssäkerhet diskuterats under många decennier, inom skilda rättsområden och utifrån en mängd olika aspekter och perspektiv.⁵ En allmänt accepterad och använd definition av begreppet saknas, istället framhålls rättssäkerhet som både ett övergripande uttryck för olika rättsliga principer och en sammanfattning av en grupp konkreta regler (som exempelvis finns i grundlag eller i internationella konventioner). Rättssäkerhet kan diskuteras i förhållande till såväl regler och lagstiftning (stiftade av särskilt organ) som dess tillämpning, men den kan också betraktas från formellt och materiellt perspektiv. Formell rättssäkerheten anses vara central utifrån samhällsordning och rättsstaten, och en garant för att förhindra okontrollerad statlig maktutövning, samt tillförsäkra medborgarna ordning och frihet, medan den materiella rättssäkerheten framför allt avser ett besluts faktiska innehåll. Rättssäkerheten kräver att det finns givna regler för att skapa legitimitet och förutsebarhet, och det är något som också kan beskrivas i termer av rättsstatliga principer. I den svenska grundlagen framhålls detta bland annat genom bestämmelsen som föreskriver att

[d]omstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saktighet och opartiskhet.⁶

Vidare framhålls i grundlagen att ingen myndighet får bestämma hur en domstol ska döma, eller hur en rättsregel ska tillämpas, i ett enskilt fall.⁷ Det här anses vara ett uttryck för såväl en domstols som en domares självständighet i dömandet, men kan också ses som en skyldighet att hålla den dömande verksamheten fri från påverkan från andra offentliga maktutövare, i syfte att bland annat upprätthålla rättssäkerhet.⁸ En annan central rättssäkerhetsaspekt för domstolens vidkommande är den enskildes rätt till en rättvis rättegång

⁴ Som exempel kan nämnas Vahlne Westerhäll, 2002a, Stendahl, 2004, Bendz, 2010 och Bäckman, 2013.

⁵ Se exempelvis Bull, 2005, Ehrenkrona, 2008, Frändberg, 2000, Gustafsson, 2002, Jareborg, 2011, Marcusson, 2010, Peczenik, 1995, Sundberg, 1955, Vahlne Westerhäll, 2002a samt 2002b och Zila, 1990.

⁶ 1 kap. 9 § regeringsformen (RF).

⁷ 11 kap. 3 § RF.

⁸ Domstolsverket, 2012. Domaren har även en stark rättsställning enligt grundlagen, i form av en långtgående anställningstrygghet, och kan inte avsättas på vilka grunder som helst, vilket anses vara till skydd för rättssäkerheten, 11 kap. 7 § regeringsformen.

(fair trial), något som även förutsätter att domskäl utformas på ett sådant sätt att det framgår hur domstolen bedömt yrkanden och invändningar.⁹

I den rättsliga diskussionen framhålls ofta ett antal principer, som både förutsätts för att rättssäkerhet ska föreligga och kan ses som ett resultat av en rättssäker tillämpning av lagen. Som redan framgått är legitimitet och förutsebarhet två av dessa mycket centrala principer. De förutsätter bland annat att det finns lagstöd för en myndighets beslutsfattande, eller att ”den offentliga makten utövas under lagarna”¹⁰ som det skrivs i grundlagen, samt tydliga regler som tillämpas rätt och lagligt. Två andra viktiga rättssäkerhetsprinciper är objektivitet och likabehandling, vilka borgar för ett minskat utrymme för godtycke i tillämpningen. Lika fall ska behandlas lika, samtidigt som olika förutsättningar eller omständigheter måste beaktas och därmed ska olika fall behandlas olika.

Rättssäkerhet har också beskrivits som en ”rättsligt grundad förutsebarhet”¹¹, vilken vilar på tre villkor, nämligen att *rättsreglerna är klara och adekvata*, att *de är tillgängliga och publicerade* och att *de tillämpas lojalt och korrekt*. Oavsett hur den rättsliga diskussionen tar sitt uttryck förväntas rättssäkerhet genomsyra den svenska rätts- och välfärdsstaten, där socialförsäkringen med dess olika ersättningstyper – exempelvis sjukförsäkringen – ingår. Frågan är därför, hur står det till med rättssäkerheten i den svenska allmänna och offentliga sjukförsäkringen?

I den här artikeln analyseras rättssäkerhet i sjukförsäkringen ur rättsvetenskapligt perspektiv, avseende såväl regler som tillämpning. Artikeln inleds med ett resonemang om sjukförsäkringens rättsliga grund och konstruktion. Därefter diskuteras först reglering och därefter tillämpning utifrån de ovan nämnda villkoren för rättssäkerhet såsom rättsligt grundad förutsebarhet. Avslutningsvis förs en diskussion om behov av åtgärder i sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringens rättsliga grund och konstruktion

I år är det 60 år sedan den allmänna och offentliga sjukförsäkringen trädde ikraft i Sverige. Redan några år dessförinnan hade en reglering om en allmän sjukförsäkring antagits av den svenska riksdagen, men av framför allt

⁹ Artikel 6 i Europeiska konventionen (d. 4 nov. 1950) om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Detta framgår även av 30 § förvaltningsprocesslagen. Se vidare diskussion i SOU 2001:103, s. 73 ff. samt s. 273 ff.

¹⁰ 1 kap. 1 § 3 st RF.

¹¹ Frändberg, 2000, s. 274.

ekonomiska skäl sköts införandet av lagen upp. När den väl trädde i kraft hade stora förändringar i försäkringens utformning gjorts.¹²

Den försäkring som infördes baserades på inkomstbortfallsprincipen och kom under de efterföljande decennierna att utvidgas till att omfatta ett bättre standardskydd för den som inte längre kunde försörja sig själv på grund av sjukdom. I motiven framhölls att ersättningen vid sjukdom skulle dels ha beteckningen ”försäkringen”, dels baseras på ett inkomstbortfall, för att den enskilde skulle undgå kränkande behovsprövningar.¹³

Allt sedan sjukförsäkringens införande på 1950-talet har många rättsliga förändringar gjorts i försäkringen, bland annat i början av 1970-talet då en stor sjukförsäkringsreform genomfördes.¹⁴ Genom den upphävdes exempelvis det gamla systemet med sjukpenningklasser, för att ersättas av begreppet sjukpenninggrundande inkomst som mera direkt knyter an till den inkomst som sjukpenningen avser att ersätta.¹⁵ Under 1990-talet infördes den så kallade steg-för-steg-modellen, vilken innebar att bedömningen av rätten till ersättning strukturerades i olika steg, och år 2008 förvandlades den till rehabiliteringskedjan och försäkringen blev tidsbegränsad.¹⁶ Trots alla regeländringar vilar dock sjukförsäkringens rättsliga grund än idag på en särskild typ av försäkringsmässighet som är kännetecknande för den allmänna och offentliga socialförsäkringen, bland annat innehållande inkomstbortfallsprincipen.¹⁷

Regleringen av sjukförsäkringen återfinns numera i socialförsäkringsbalken.¹⁸ Rätt till ersättning förutsätter att den försäkrade har helt eller delvis

¹² Lag (1947:1) om allmän sjukförsäkring, SOU 1952:39 och prop. 1953:178.

¹³ Mannelqvist, 2003, s. 130. Se SOU 1944:15, SOU 1952:39 och prop. 1953:178.

¹⁴ Reformen bestod av flera delar, där översynen av sjukpenningen var en del. En annan mycket viktig del bestod av att moderskapspenningen ersattes av föräldraförsäkringen. Se bl.a. prop. 1973:46, prop. 1973:47.

¹⁵ Sjukpenningklasserna innebar att den som hade en inkomst av förvärsarbete över en viss summa inplacerades i en sjukpenningklass. Prop. 1973:46, s. 52 ff.). Systemet var fördelaktigt ur administrativt perspektiv, medan den största nackdelen var de stora skillnader i kompensationsgraden som fanns inom varje sjukpenningklass, något som medförde stora tröskeeffekter. I samband härmed kom också sjukpenningen att beskattas som inkomst och därmed utgöra underlag för beräkningen av pensionen, prop. 1973:46, s. 95.

¹⁶ Se bland annat prop. 1996/97:28, prop. 2007/08:136, Vahlne Westerhäll, Mannelqvist 2012.

¹⁷ För vidare diskussion om socialförsäkringens försäkringsmässighet, se bl.a. Mannelqvist 2011.

¹⁸ Socialförsäkringsbalken (2010:110) (SFB) trädde i kraft år 2011 och utgör en samlande lag för alla ersättnings-former som ingår i det som kallas för socialförsäkringen. Sjukförsäkringen, i form av sjukpenning, regleras i kapitlen 23-28 a.

nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.¹⁹ Det innebär att det är den enskildas nedsatta förmåga som ska bedömas med utgångspunkt i de individuella omständigheter som föreligger, eftersom förutsättningar och sakförhållanden kan vara olika i enskilda fall. Det här brukar också beskrivas som att man är försäkrad i befintligt skick. Inom ramen för sjukpenning och sjuk- eller aktivitetsersättning saknar dessutom orsaken till sjukdom betydelse.²⁰

Den rättsliga bedömningen av arbetsförmågan görs utifrån den så kallade rehabiliteringskedjan, som innebär att förmågan att arbeta ska bedömas mot olika typer av arbeten inom vissa tidsgränser, nämligen det faktiska arbetet den försäkrade har eller andra tillfälliga arbetsuppgifter som arbetsgivaren kan erbjuda, annat arbete hos arbetsgivaren eller mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.²¹ Enligt huvudregeln ska bedömningen gentemot arbetsmarknaden göras senast vid 180 använda sjukförsäkringsdagar, men redan från första dagen om den försäkrade saknar arbete.²² När den försäkrade varit sjukskriven i 365 dagar upphör rätten till ersättning enligt huvudregeln, men ett antal undantagsregler kan möjliggöra att ersättning utbetalas efter den tiden.²³

Rättssäker reglering?

En grundläggande förutsättning eller ett villkor för rättssäkerhet är, som ovan framgått, att rättsreglerna är klara och tydliga. Lagar och rättsregler kan ha olika konstruktioner, som exempelvis ramlag med uttalade målsättningar, generella regler som överlåter större eller mindre utrymmen för tillämparen att göra skönsmässiga bedömningar, eller detaljerade regler av mer kasuistisk karaktär, där regleringen beskriver ett specifikt fall eller ett specifikt tillstånd.²⁴ Lagstiftning behöver dock med nödvändighet vara något abstrakt utformad, eftersom det gäller att skapa rättsnormer som kan vara tillämpliga på en mängd skilda situationer.

Trots att sjukförsäkringen kan sägas bestå av allmänna och generella rättsregler har den dock över tid utökats och kompletterats med en mängd detaljerade bestämmelser som trots det är både oprecisa och mångfacetterade, vilka gör regleringen svåröverskådlig och komplicerad. Utgångspunkten för

¹⁹ 27 kap. 2 § SFB.

²⁰ Vahlne Westerhäll, 1997.

²¹ Rehabiliteringskedjans regler återfinns i 27 kap. 46-55 b §§ SFB.

²² Bedömningen mot arbetsmarknaden kan enligt en undantagsregel skjutas upp om det finns särskilda skäl eller om det skulle vara oskäligt, 27 kap. 48 § SFB.

²³ 27 kap. 21 § SFB.

²⁴ Exempel på kasuistisk reglering återfinns i 1734-års lag, där bestämmelserna i många avseenden var ytterst detaljerade och reglerade olika typfall. Se även Josefsson, 2001.

stora delar av den rättsliga utvecklingen av försäkringen har under längre tid styrts av ambitionen att sänka försäkringens kostnader.²⁵ Det övergripande målet har varit att minska inflödet till och öka utflödet ur försäkringen, vilket har lett till en reglering med flera tids- och bedömningsgränser och en mängd undantag, utan tydliga avgränsningar eller definitioner. Därtill innehåller regleringen en mängd olika begrepp, vilka inte definieras alls, eller i ytterst ringa omfattning, i lag eller motiv.

Ett sådant begrepp är arbetsförmåga. Begreppet har under senare år varit föremål för såväl omfattande politiska diskussioner som studieobjekt inom olika vetenskapliga discipliner.²⁶ Trots detta, eller kanske tack vare denna uppmärksamhet, framträder arbetsförmåga som ett mångfacetterat och relativt begrepp. Arbetsförmåga är relevant i flera olika aspekter och kan tolkas, definieras och bestämmas utifrån skilda perspektiv, såväl mellan som inom olika vetenskapliga ämnesområden. Bara inom det rättsliga fältet finns en mängd olika definitioner av arbetsförmåga, bland annat beroende på inom vilket rättsområde som förmågan att arbeta ska relateras och bestämmas.²⁷

I lagens förarbeten och motiv har begreppet diskuterats, om än i ytterst begränsad utsträckning. I utredningen till den första allmänna sjukförsäkringen på 1940-talet framhölls att det var svårt att bestämma vad arbetsförmåga utgjorde, eftersom förmågan kunde variera. Utredningen menade dock att full arbetsförmåga kunde anses finnas om den försäkrade klarade att försörja sig själv och sin familj genom förvärvsarbete på samma sätt som fullt friska människor i samma levnadsålder med motsvarande utbildning och övriga förutsättningar.²⁸

I senare lagmotiv har det framhållits att arbetsförmåga inte är något statiskt eller objektivt påvisbart tillstånd, men att den kan definieras som förmågan att försörja sig även om man är sjuk.²⁹ Det har framhållits att arbetsförmågan kan variera beroende på en försäkrads sjukdomstillstånd eller arbetsuppgifter, och så sent som år 2008 konstaterade ännu en statlig utredning att begreppet var komplext, föränderligt och möjligt att uppfatta på många sätt.³⁰ Trots vetskapen om svårigheterna att bedöma förmågan, har lagstiftaren avstått från att närmare beskriva innehållet i det rättsliga begreppet, och

²⁵ Exempelvis prop. 1994/95:25, prop. 1996/97:28, prop. 2002/03:89 och prop. 2007/08:136.

²⁶ Se bl.a. Ekberg (red), 2014, Mannelqvist, 2012 och Vahlne Westerhäll (red), 2008.

²⁷ Järholm m.fl. 2013, s. 100 ff.

²⁸ SOU 1944:15, s. 220.

²⁹ Prop. 1996/97:28, s. 10 ff.

³⁰ SOU 2008:66.

någon ledning för hur begreppet ska förstås inom sjukförsäkringen finns därför inte i vare sig lagtext eller motivuttalanden.

Ett annat exempel är begreppet arbetsmarknad. Den försäkrades förmåga ska, enligt den så kallade rehabiliteringskedjan, bedömas gentemot olika typer av arbeten, varav arbetsmarknaden är den slutgiltiga bedömningsgrunden för sjukpenning.³¹ Liksom beträffande begreppet arbetsförmåga kan det konstateras att begreppet arbetsmarknad är både oklart och föränderligt. År 2008 ändrades begreppet från *normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden* till *alla arbeten på den reguljära arbetsmarknaden* med just motiveringen att det tidigare begreppet inte var tillräckligt tydligt. I motiven framhölls att det inte fanns någon närmare definition av vilka arbeten som är normalt förekommande och inte heller fanns någon beskrivning av vilken förmåga en person måste ha för att klara ett arbete på arbetsmarknaden, varför det fanns ett behov av förändring. Men inte heller vid detta tillfälle valde lagstiftaren att definiera vad som avsågs med det nya arbetsmarknadsbegreppet utöver att alla arbeten skulle omfattas, med undantag av dem som utifrån en nationell arbetsmarknad kunde betraktas som mycket udda och sällan förekommande.³² Vilka typer av arbeten som ansågs, eller vilka arbeten som borde utgöra en del av arbetsmarknaden, diskuterades dock inte närmare. Efter omfattande diskussion och debatt i riksdagen, och många politiska turer, återinfördes det tidigare arbetsmarknadsbegreppet normalt förekommande arbeten i juli 2012.³³ Regeringen menade emellertid att

[...] en återgång till begreppet normalt förekommande arbete inte kan förväntas ge en mer likformig eller rättssäker tillämpning.³⁴

Lagstiftning bör hållas på en generell och abstrakt nivå, och därmed innehålla rättsliga termer och begrepp som kan vara både allomfattande och föränderliga, samtidigt som abstraktionen måste hållas på en rimlig nivå. Ett regelverk som innehåller alltför stort mått av skönsmässighet eller fria bedömningar riskerar att leda till osäkerhet.³⁵ I socialförsäkringsutredningens slutbetänkande från år 2006 framhölls att försäkringens rättsliga konstruktion gjorde att en försäkrad inte kunde räkna med en jämlik behandling och att slump och individuella omständigheter lämnade ett sådant utrymme för övervägningar att det inte var förenligt med en rättssäker tillämpning av sjukförsäkringen.³⁶

³¹ 27 kap. 48 § SFB.

³² Prop. 2007/08:136, s. 67.

³³ Mannelqvist, 2012.

³⁴ Prop. 2011/12:113, s. 12.

³⁵ Frändberg, 2000, s. 275 f.

³⁶ SOU 2006:86, s. 55.

Genom införandet av olika bedömningssteg har därför lagstiftaren försökt komma tillrätta med de svårigheter som kan uppstå när abstrakta och svårdefinierade rättsliga begrepp ska förstås och tillämpas. Steg-för-steg-modellen infördes år 1997 med motiveringen att reglerna behövde tydliggöras och renodlas, och rehabiliteringskedjan uppgavs syfta till att råda bot på en passiviserande sjukskrivningsprocess. Genom preciserade, och till viss del kasuistiskt utformade undantagsregler, förefaller lagstiftaren således ha velat lösa problematiken omkring sjukförsäkringens oprecisa begreppsapparat. Dessvärre har dock lagstiftaren inte heller denna gång förklarat hur begreppet bör tolkas och förstås. Regleringen har därtill utökats med många undantagsbestämmelser, vilket gör att sjukförsäkringen blir om möjligt ännu mera svåröverskådlig och komplex. Det kan få till konsekvens att avsikten att motverka godtycklighet i bedömningar och tillämpning undermineras, något som i sin tur kan leda till en försvagning av den enskildes rättssäkerhet.³⁷

Rättssäkerhet i tillämpning?

Rättssäkerhet handlar ju också om hur regleringen tillämpas och ett av de tre villkoren för rättssäkerhet som tidigare beskrevs är att lagen ska utövas både lojalt och korrekt. Grundläggande för rättstillämpningen är att den vilar på legalitetsprincipen, det vill säga att tillämpningen ska stödjas på lag. Därtill ska den också baseras på enhetlighet och konsekvens, det vill säga att det är samma omständigheter som tillmäts relevans och att samma relevanta omständigheter leder till samma slutsatser och rättsliga följder. Sjukförsäkringsregleringen tillämpas av såväl Försäkringskassan som allmänna förvaltningsdomstolar, men oavsett var tillämpningen sker ska den utgå från samma rättssäkerhetskriterier.

Vid tillämpningen av försäkringen använder Försäkringskassan, utöver bestämmelser i lag, även olika interna normer och styrdokument. Dessa består av vägledningar, beslutsstöd och andra former av riktlinjer utformade och upprättade vid den egna myndigheten och av andra myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen.³⁸ Avsikten är att förtydliga lagstiftningen och möjliggöra att bedömningarna blir så likvärdiga som möjligt. Här är finns det emellertid anledning att vara vaksam eftersom interna anvisningar kan leda till bristande rättssäkerhet.

För det första är det ytterst centralt att den myndighetsinterna normeringen står i överensstämmelse med den rättsliga regleringen, eller det som vanligtvis kallas gällande rätt. Det innebär helt enkelt att utformningen av och

³⁷ Se bland annat ISF 2011:4, s. 39 ff.

³⁸ Vahlne Westerhäll m.fl. 2009 och Mannelqvist och Enqvist, 2013.

innehållet i den här typen av hjälpmedel inte får leda till att myndighetstillämpningen avviker från de regler eller principer som är uppställda av riksdagen. För det andra är det viktigt att hjälpmedlen inte blir normerande eller bestämmande i enskilda fall, så att den individuella prövningen får underordnad betydelse. Som framgått är den enskilde försäkrad i befintligt skick, vilket innebär att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom måste relateras till hans eller hennes förmågor och förutsättningar, och arbete eller arbetsuppgifter.

Ett exempel på ett sådant här internt hjälpmedel är det försäkringsmedicinska beslutsstödet. År 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan ett gemensamt uppdrag av den dåvarande regeringen att utforma en mer kvalitetssäker, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.³⁹ Beslutsstödet, som består av dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga vid olika diagnoser, ska kunna användas av sjukskrivande läkare och Försäkringskassan. Av de övergripande principerna kan bland annat utläsas att beslutsstödet endast ska vara vägledande och att varje fall måste baseras på en individuell bedömning utifrån individens unika förutsättningar. Rekommendationerna finns endast tillgängliga på webben, och har sedan dess tillkomst år 2007 reviderats och justerats ett antal gånger.⁴⁰ Utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv kan detta kritiseras, eftersom det gör det svårt för den enskilde att dels se vem som är avsändare eller skapare till normeringen, dels avgöra om, när och hur innehållet i beslutsstödet ändras.

I forskningsprojektet Arbete och arbetsmarknad i sjukförsäkringen, som är ett flervetenskapligt projekt där rättsliga och medicinska bedömningar av begreppen arbete och arbetsmarknad studeras, konstateras att Försäkringskassan tenderar att använda beslutsstödet som ett regelverk snarare än en vägledning.⁴¹ I studien har 126 ärenden vid Försäkringskassan analyserats och i dessa hänvisade handläggare till beslutsstödet i sin bedömning av den försäkrades arbetsförmåga i det närmaste alla ärenden. Den standardskrivning som användes i akterna var att sjukskrivningstiden stöddes, eller inte stöddes, av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Så länge sjukskrivande läkares bedömning överensstämde med beslutsstödet gjorde sällan handläggare någon annan bedömning, men i de fall det inte rådde överensstämmelse mellan läkaren och beslutsstödet tenderade handläggare att i majoriteten av fallen hellre följa rekommendationen än läkares bedömning.

³⁹ Regeringsbeslut 2005-11-17, S2005/9201/SF.

⁴⁰ www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.

⁴¹ I projektet, som finansierades av IFAU (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering), studerades bland annat 126 akter från Försäkringskassan, utifrån samma antal domstolsavgöranden från förvaltningsrätterna i Stockholm, Malmö, Jönköping och Umeå under januari-maj 2013 och januari-maj 2014.

Detta var särskilt tydligt om avvikelsen gjordes utifrån individuella omständigheter, och resulterade i en längre sjukskrivningstid. I de fall den försäkrades diagnos saknades i beslutsstödet baserades beslutet i huvudsak på den sjukskrivande läkarens bedömning.

Det bör understrykas att studien endast omfattade ett mindre antal akter, vilket medför att det inte går att dra alltför långtgående generella slutsatser av resultaten. Men det faktum att det gjordes en koppling eller hänvisning till beslutsstödet i nästintill alla ärenden, med i huvudsak samma typ av formulering, och att det i Försäkringskassans egen vägledning framhålls att handläggare ska använda beslutsstödet, talar för att de rekommenderade sjukskrivningstiderna i beslutsstödet inte bara utgör ett stöd för handläggaren utan de torde även vara starkt styrande i bedömningen.⁴² Försäkringskassans krav att beslutsstödet, som grundas på generell medicinsk kunskap, ska användas i bedömningen kan beskrivas som en utfyllnad av regleringen (som saknar stöd i lag), och det finns därmed en uppenbar risk att det rättsliga kravet på individuell bedömning får underordnad betydelse. När interna styrdokument, som i vissa avseende undergräver de legala principer som regleringen vilar på, blir avgörande för bedömningen brister det i legalitet och rättssäkerheten och den enskilde riskerar att bli lidande.⁴³

Ett annat exempel är Försäkringskassans tillämpning av begreppet ”medicinska förutsättningar för arbete”.⁴⁴ Begreppet lanserades i en statlig utredning år 2009, och beskrevs som en variant av arbetsförmåga, med den skillnaden att förmågan skulle kunna ”bäras av individen oavsett situation”.⁴⁵ Bedömningen av de medicinska förutsättningarna behöver därmed inte relateras till ett arbete, specifika arbetsuppgifter eller en arbetsmarknad. Trots att begreppet således har ett något annat innehåll och ska bedömas utifrån en mer behovsprövande situation kopplad till den enskildes möjlighet att försörja sig istället för den enskildes nedsatta förmåga att arbeta, används begreppet inom sjukförsäkringsadministrationen. Begreppet har vidare legat till grund för en försöksverksamhet som bedrivits, där bedömningen av rätt till ersättning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan har baserats på en specifik aktivitetsförmågeutredning (AFU).⁴⁶ Här bör det påpekas att enligt den rättsliga reglering är, som tidigare framgått, rekvisiten för rätt till ersättning

⁴² Försäkringskassans Vägledning 2004:2, version 21, exempelvis s. 78 och 188 ff.

⁴³ Se även Vahlne Westerhäll m.fl., 2009 och Vahlne Westerhäll, 2011.

⁴⁴ Begreppet återfinns bland annat i underlag för olika typer av läkarintyg som tillhandahålls av Försäkringskassan (exempelvis FK 7264) och i myndighetens vägledning omkring sjukpenning (2004:2).

⁴⁵ SOU 2009:89, s. 129.

⁴⁶ För vidare diskussion omkring AFU se bl.a. Mannelqvist 2012 samt Mannelqvist och Enqvist, 2013.

att någon har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, varvid rättsligt stöd för att bedöma de medicinska förutsättningarna således saknas.

Sjukförsäkringen tillämpas som framgått inte endast av Försäkringskassan utan även i förvaltningsdomstolar.⁴⁷ Det finns få regler omkring handläggning av ärenden och mål i domstolar, men som tidigare visats har den enskilde rätt till en rättvis rättegång, vilket bland annat innebär att domstolarna ska motivera sina beslut och avgöranden. Dessvärre tycks detta dock inte alltid vara fallet. I forskningsprojektet Arbetsförmåga ur rättsligt och medicinskt perspektiv, där bland annat drygt 300 domar från åren 2004–2008 analyserades, kunde det konstateras att domskälen var mycket kortfattade och innehöll sällan utförliga motiveringar till utgången i målet.⁴⁸ Domstolens egen bedömning av bevisning och argumentation, från såväl den försäkrade som Försäkringskassan, utmynnade i en ”samlad bedömning” i en överväldigande majoritet av samtliga domar. Även Inspektionen för socialförsäkringen framhöll, i en rapport från hösten 2014, att det för åren 2011 och 2012 var relativt vanligt med sammanfattande domskäl.⁴⁹ Trots att det finns både reglering och principer som föreskriver att de skäl som bestämt utgången i ett mål ska framgå, tycks det inte alltid vara så i tillämpningen. Här råder således bristande rättssäkerhet för den enskilde, eftersom han eller hon kan ha svårt att förstå domstolens bedömning i frågan.

Mot en rättssäkrare sjukförsäkring

Hur besvaras då frågan om hur det står till med rättssäkerheten i sjukförsäkringen? Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) konstaterade år 2011 att komplexiteten i regelverket för sjukpenning försvårar en rättssäker tillämpning och baserat på de rättsliga krav och villkor som kan ställas för att rättssäkerhet ska finnas och bestå, nämligen *klara och tydliga regler*, som är *tillgängliga och publicerade* samt *en korrekt och lojal tillämpning*, finns det nog grund för att tala om vissa defekter i sjukförsäkringen avseende just rättssäkerhet.⁵⁰

⁴⁷ Förvaltningsdomstolarna består av förvaltningsrätt (tidigare länsrätt), kammarrätter samt Högsta förvaltningsdomstolen (11 kap. 1 § regeringsformen).

⁴⁸ Domstolarna utgjordes av fem länsrätter (Västerbotten, Jönköping, Göteborg, Stockholm och Skåne) samtliga kammarrätter samt Högsta förvaltningsdomstolen. Projektet pågick mellan åren 2008 -2011 och finansierades av Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd). Se vidare Mannelqvist, 2012.

⁴⁹ ISF, 2014, s. 129 ff.

⁵⁰ ISF 2011, s. 45.

Ur rättssäkerhetssynpunkt behöver sjukförsäkringslagstiftningen ses över. Ett sådant uppdrag har redan lämnats till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.⁵¹ Av direktivet framgår dock att utredningen ska utgå från den gällande regleringen avseende rehabiliteringskedjan och försäkringens fasta tidsgränser, samtidigt som det är just denna del av försäkringskonstruktionen som fått mest kritik.⁵²

Ur rättssäkerhetsperspektiv bör även utfyllnaden av normering i tillämpningen genom olika vägledningar och interna verktyg ses över, till såväl innehåll och användning som tillgänglighet och publicering. Med syfte att skapa en ökad förutsebarhet och därmed en bättre rättssäkerhet för den enskilde, har Försäkringskassan och Socialstyrelsen, många gånger på direkta uppdrag av olika regeringar, utformat hjälpmedel för rättstillämpningen, som för den enskilde i huvudsak endast finns tillgängliga på myndigheternas hemsidor. För att upprätthålla rättssäkerhet är det vidare av yttersta vikt att den interna normeringen överensstämmer med rättslig reglering och lagstiftningens intentioner, annars kan det få motsatt effekt. ”Nu stärks de sjukas rättssäkerhet”⁵³ sa bland annat den dåvarande socialförsäkringsministern i ett debattinlägg i samband med att Försäkringskassan avsåg att utöka sin försöksverksamhet med aktivitetsförmågeinstrumentet AFU sommaren 2011. Det fanns dock andra som menade att rättssäkerheten istället riskerade att försummas genom instrumentet. Riksdagens socialförsäkringsutskott höll därför en särskild hearing om detta våren 2013 och konstaterade därefter att

*[...] det ur rättssäkerhetssynpunkt är angeläget att den nya metoden först grundligt utvärderas, framför allt med avseende på hur kravet på en individuell prövning i varje ärende tillgodoses. Även frågan om den nya metodens förenlighet med bestämmelserna i socialförsäkringsbalken bör belysas i denna utvärdering.*⁵⁴

För ökad rättssäkerhet är det därtill viktigt att närmare analysera och diskutera inte bara Försäkringskassans tillämpning av sjukförsäkringen, utan också de allmänna förvaltningsdomstolarna. Utöver domstolarnas sammanfattande och delvis intetsägande beslutsmotiveringar, kan det konstateras att även domstolarna använder sig av Försäkringskassans interna dokument, vägledningar och beslutsstöd. Exempelvis åberopade Kammarrätten i Sundsvall i en dom år 2013 det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sin

⁵¹ Dir. 2010:48 och 2012:90.

⁵² Se exempelvis Holke och Jansson, 2011.

⁵³ Svenska Dagbladet 16 augusti 2011, debattartikel av dåvarande socialförsäkringsminister Ulf Kristersson och Jan Larsson, projektledare Försäkringskassan.

⁵⁴ Bet. 2012/13:SfU10, s. 9.

bedömning av det rättsliga begreppet allvarlig sjukdom i sjukförsäkringen.⁵⁵ Allvarlig sjukdom som rättsligt rekvisit infördes år 2010 istället för det tidigare begreppet synnerliga skäl, med motiveringen att den tidigare bestämmelsen tolkats alltför restriktivt och den behövde därför förtydligas.⁵⁶ Socialstyrelsen har därefter definierat begreppet utifrån ett medicinskt perspektiv, som emellertid inte riktigt överensstämmer med den diskussion som fördes i riksdagen och i förarbetena till lagändringen. Trots detta återfinns ett flertal avgöranden från bland annat kammarrätterna där domstolarna bedömer rätten till ersättning utifrån Socialstyrelsens definition. Exempelvis bedömde Kammarrätten i Stockholm i ett avgörande under hösten 2014 den försäkrades sjukdomstillstånd i enlighet med beslutsstödet, och kom därefter fram till att den försäkrades tillstånd ansågs uppfylla de av Socialstyrelsen uppställda kriterierna för allvarlig sjukdom.⁵⁷

Här finns således goda grunder att föra en diskussion om legalitet och hur domstolarna upprätthåller rättssäkerhet, inklusive ansvaret att hålla verksamheten fri från påverkan från andra offentliga maktutövare, inom sjukförsäkringen.

Källor

Bendz, Anna, Rättssäkerhet som välfärdspolitiskt ideal: Reformen av socialförsäkringens administration från 1955 till 2008, CEFOS Working paper 11, 2010.

Bäckman, Therese, *Gymnande besluts negativa rättskraft och rättssäkerhet; för människor med funktionsnedsättning inom rättsområdena SoL och LSS*, Jure förlag, Stockholm 2013.

Bull, Thomas, "Objektivitetsprincipen", i Marcusson (red), 2012, s. 97-132.

Domstolsverkets rapport, *God domarsed; om etik och ansvarstagande*, 2012.

Ehrenkrona, Carl Henrik, "Rättssäkerhetsbegreppet och Europakonventionen", i *Svensk Juristtidning* 2008, s. 38-49.

Ekberg, Kerstin (red), *Den relativa arbetsförmågan; Teoretiska och praktiska perspektiv*, Studentlitteratur, Lund 2014.

⁵⁵ 27 kap. 23 § socialförsäkringsbalken, Kammarrätten i Sundsvall, mål nr 2466-12, meddelad 2013-01-11.

⁵⁶ Rekvisitet allvarlig sjukdom framgår i undantagsregeln 27 kap. 23 § SFB, och ska bedömas vid sjukpenning på normalnivå efter 364 dagar.

⁵⁷ Kammarrätten i Stockholm, mål nr 7622-13, meddelad 2014-09-19.

Frändberg, Åke, ”Om rättssäkerhet”, i *Juridisk tidskrift* 2000/01, s. 269-280.

Gustafsson, Håkan, Rättens polyvalens; en rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet, *Lunds Studies in Sociology for Law*, Lund 2002.

Holke, Dan och Jansson, Claes, ”Inte rimligt att domstolar så ofta tvingas pröva sjukas rätt till ersättning. Aldrig tidigare har LOTCO Rättsskydd haft så många sjukförsäkringsärenden som i dag”. LO-TCO Rättsskydd AB, Försäkringsrätt, 6 juli 2011 (www.fackjuridik.com).

Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassan och mänskliga rättigheter*, Rapport 2014:27.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*, Rapport 2014:18.

Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen*, Rapport 2011:4.

Jareborg, Nils, *Prolog till straffrätten*, Iustus förlag, Uppsala 2011.

Josefsson, Carl, ”Lagstiftning eller självreglering? Olika aspekter på frågan om när och hur lagstiftningsinstrumentet bör användas. Rapport från rättsymposium 23–24 november 2000 på Häringe slott”, i *Svensk Juristtidning* 2001, s. 206-218.

Kommittédirektiv 2012:90 Tilläggsdirektiv till kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet.

Kommittédirektiv 2010:48 Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet.

Mannelqvist, Ruth och Enqvist, Lena, ”Myndighetsnormering eller när rätt blir orätt”, i *Juridisk tidskrift* 2013/14, s. 324-228.

Mannelqvist, Ruth, *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen. Rätt och tillämpning*, Iustus förlag, Uppsala 2012.

Mannelqvist, Ruth, ”Försäkringsmässighet i socialförsäkringen”, i *Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll*, Santérus Förlag 2011, s. 205-227.

Mannelqvist, Ruth, *Samband i socialförsäkringen. En rättsvetenskaplig studie av sambandet mellan förmåner och avgifter i socialförsäkringen*, Iustus förlag, Uppsala 2003.

Marcusson, Lena (red), *Offentligrättsliga principer*, Iustus förlag, Uppsala 2012.

Marcusson, Lena, ”Förvaltningsrättens rättssäkerhetstänkande”, i *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2010, s. 241-254.

Proposition 2011/12:113 Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete

Proposition 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete

Proposition 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet

Proposition 1996/97:28 Kriterier för rätt ersättning i form av sjukpenning och förtidspension

SOU 2008:66 Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen.

SOU 2006:86 Mera försäkrings och mera arbete. Betänkande av Socialförsäkringsutredningen.

SOU 2001:103 En modernare rättegång. Slutbetänkande från 1999 års rättegångsutredning.

SOU 1944:15 Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring. Socialvårdskommitténs betänkande VII.

Stendahl, Sara, *Communicating Justice Providing Legitimacy. The legal practises of Swedish administrative courts in cases regarding sickness cash benefit*, Iustus förlag, Uppsala 2004.

Sundberg, Halvar G.F, *Allmän förvaltningsrätt*, Norstedts, Stockholm 1955.

Vahlne Westerhäll, Lotta, ”Maktindelning och normgivning på socialförsäkringsområdet”, i *Retfærd* nr 4, 2011, s. 20–37.

Vahlne Westerhäll, Lotta med Thorpenberg, Stefan och Jonasson, Magnus, *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning*, Santérus förlag, Stockholm 2009.

Vahlne Westerhäll, Lotta (red.), *Arbets(o)förmåga – ur ett mångdisciplinärt perspektiv*, Santérus förlag, Stockholm 2008.

Vahlne Westerhäll, Lotta, *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000*, Norstedts juridik, Stockholm 2002, Refereras 2002a.

Vahlne Westerhäll, Lotta (red), *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Norstedts juridik, Stockholm 2002. Refereras 2002b.

Vahlne Westerhäll, Lotta, "Rättsliga aspekter på arbetsförmåga på grund av sjukdom." *Social-medicinsk tidskrift* 1997, nr 74 s. 361 ff.

Zila, Josef, "Om rättssäkerhet", i *Svensk Juristtidning* 1990, s. 284-305.

De utbrändas och långtidssjukskrivnas vardag



Mia-Marie Hammarlin

Lunds Universitet

Psykisk ohälsa är i dag den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning i en rad ekonomiskt utvecklade länder i Europa, däribland Sverige.¹ Det här kapitlet ska handla om hur en viss typ av psykisk ohälsa, nämligen utbrändhet *görs*, det vill säga hur detta tillstånd ageras och förhandlas fram mellan människor och hur det fylls med innehåll och mening av de drabbade själva. Som etnolog söker jag svar på vad erfarenheten av psykisk ohälsa gör med livet för den enskilde, eller snarare vad den drabbade själv gör med denna erfarenhet. Detta innebär att jag intresserar mig för sjukdom som *illness*, en term som är hämtad från den medicinska antropologin vilken representerar den upplevda delen av syndromet: hur det känns för den drabbade individen, hur familjemedlemmar hanterar det, hur sociala nätverk bemöter det, vilken kulturell betydelse samhället tillskriver det och hur vardagen påverkas av det. Inom forskningen skiljer man detta begrepp från *disease*, som är praktikerns, alltså läkarens, sätt att bestämma och bota sjukdomen genom undersökning, provtagning, diagnostisering och behandling.² I analysen utgår jag från de

¹ Läkartidningen 2010, OECD 2013, Försäkringskassan 2014.

² Kleinman (1988), s. 3–55.

ord som den drabbade själv använder i vardagligt tal när han eller hon berättar om sin sjukdom, det vill säga utbränd och utbrändhet. Den medicinska diagnosen för den här typen av syndrom har med tiden fått många och växlande namn, men som folklivsforskare väljer jag att använda det folkligt vedertagna uttrycket. Som synes växlar jag också mellan att tala om studieobjektet som syndrom respektive sjukdom, vilket har en enkel språklig förklaring: synonymer underlättar läsningen.

Denna text är hämtad från avhandlingen *Att leva som utbränd. En etnologisk studie av långtidssjukskrivna* (2008), men är bearbetad för den här rapporten. Boken bygger på ett rikt och omfattande material bestående av bland annat intervjuer, deltagande observationer och tidningstexter och skrevs inom det flerdisciplinära projektet ”Trygghetens variationer”, finansierat av Försäkringskassan (dåvarande Riksförsäkringsverket). Bland annat bedrev jag etnologiskt fältarbete inom olika nätverk för utbrända och långtidssjukskrivna, startade och drivna av dem själva, och det är just dessa empiriska studier som ligger till grund för det här kapitlet. När studien gjordes hade reformen av sjukförsäkringen ännu inte ägt rum varför människor med denna typ av diagnos kunde vara sjukskrivna under mycket långa perioder, ofta flera år i sträck.

Kaos flyttar in

De flesta utbrända som jag intervjuade för min studie hade liknande erfarenheter av sjukdomsförloppet. Till en början var de fast övertygade om att sjukskrivningen skulle bli kortvarig, en eller ett par veckor som längst, men denna gång rörde det sig inte om en släng av tillfällig trötthet eller allmän hängighet och det var inget virus som hade slagit ut deras kroppar. Det handlade snarare om en livssituation som hade nått punkten för det outhärdliga. Allt man trodde sig veta om det egna jaget och det egna livet stod plötsligt på spel. Kroppens alla varningslampor började blinka: pulsen ökade, hjärtat slog i otakt, huvudet värkte, synen svajade, andningen var okontrollerad, balansen rubbad, ångesten påtaglig. En del uppträdde i detta akuta läge mycket förvirrat. De vinglade iväg till jobbet, men kunde inte längre komma ihåg namnen på sina arbetskamrater, än mindre hur arbetsuppgifterna skulle utföras. Andra gick hem och lade sig och blev sedan liggande en vecka eller en månad, ibland ett helt år. Ytterligare andra kunde inte sova alls. I boken *Att utmana stressen* beskriver etnologen Orvar Löfgren och psykoterapeuten Anne-Marie Palm denna starka scenförändring som en kraschlandning: Först går allt mycket fort uppåt, accelerationen ökar, man lyfter och känner sig oövervinnerlig. Sedan går det lika fort, mycket fort, fast utför, man faller ihop och blir hjälplöst liggande, närmast paralyserad. Ena dagen högpresterande spindel i nätet på arbetsplatsen, andra dagen oförmögen att ta sig upp ur

sängen, sjukskriven för mystiska krämpor som bara i vissa fall går att läkarvetenskapligt dokumentera.³

Det har skrivits mycket om utbrändhetens orsaker, om förebyggande åtgärder och om rehabilitering, men istället för att söka svar på frågan om vad som egentligen orsakar detta svårbestämbara utmattningstillstånd och hur det kan förhindras så ska jag i det här kapitlet istället undersöka vad människor som är långtidssjukskrivna för utbrändhet gör med sin tid. Detta är ett utforskat område. Det tycks figurera en föreställning om att livet inte längre är livet när människan blir nedbruten och sjukskriven och därför inte intressant att studera, men det pågår naturligtvis ändå. Att vara sjukskriven är också att leva. Flertalet av mina informanter hade erfarenhet av mångåriga sjukskrivningsperioder, fyra–sju år i följd var ingen ovanlighet där de ofta växlade mellan heltids- och deltidssjukskrivning, och för en del av dem uppstod efterhand nya handlingsutrymmen i och med sjukdomen och den kris som följde i dess spår. När det inledande kaoset hade stillat sig och de lyckades resa sig upp påbörjades en ny fas i sjukskrivningen. Dörrar öppnades till utforskade rum där det fanns egen tid att fylla med mening, nya människor att lära känna och oväntade sammanhang att ingå i. I min avhandling undersöker jag flera rum och platser som blir tillgängliga för de långtidssjukskrivna. I den här texten lyfter jag fram ett av dessa: nätverken.

Kvinnliga nätverk och manlig frånvaro

Utbrändhet har i vår tid alltmer kommit att bli ett kvinnligt syndrom. Kvinnor är i statistisk majoritet när det rör psykiska diagnoser och de tycks ibland använda sig av detta specifika tillstånd av ohälsa på ett annat sätt än män. De dominerar inte bara i medierna utan även inom de nätverk – en sorts patientföreningar – för drabbade som står till buds i samhället. Kvinnorna går oftare samman medan männen går undan. Att undersöka det här fenomenet är med andra ord detsamma som att studera en kvinnovärld. Denna könskillnad blev uppenbar från första början i mitt arbete. Männen var undan- glidande och tackade ofta nej till att bli intervjuade. I motsats var det mycket lätt att komma i kontakt med utbrända och långtidssjukskrivna kvinnor som var tillmötesgående och intresserade av att delta i min studie. Många av dem tyckte därtill betrakta rehabilitering som en gruppangelägenhet och förenade sig i mer eller mindre sammanhållna nätverk och föreningar under sjukskrivningen. En av kvinnorna i ett av sjukskrivningsnätverken förklarade sin delaktighet på följande vis: ”Att inte ha något arbete gjorde mig mycket frustrerad, och för att få känna mig delaktig i något socialt sammanhang engagerade jag mig ideellt i flera olika föreningar.” Nätverkskamraterna skulle alltså kunna liknas vid en sorts ställföreträdande arbetskamrater. Det

³ Löfgren & Palm (2005), s. 63.

var tillsammans med dem som man fikade, lättade sitt hjärta, utbytte skvaller och nyheter, arrangerade och genomförde projekt. En genklang uppenbarade sig inom den egna gruppen, där medlemmarna visade absolut gehör för varandras belägenhet och sinnesstämning.

På frågan varför det förekom så få eller inga män alls i dessa föreningar blev svaret ofta en axelryckning. Männerna hade varit mer än välkomna om de hade velat. Det fanns inget uttalat egenvärde i att vara enbart kvinnor, det var bara så det hade fallit sig. Därför hade nätverken också kvinnliga konnotationer. För kvinnor föreföll det finnas ett mycket större, bättre och trevligare väntrum under långtidssjukskrivningen, för att använda en metafor. Detta väntrum var koloniserat, materialiserat och förkroppsligat av kvinnor. Genom att dra nytta av de färdigheter och kunskaper som de hade förvärvat i sina hem under flera decenniers praktik, lyckades de skapa en trivsamt och en gemenskap i de enkla lokaler de hade till sitt förfogande som blev så pass hem- och familjelik att man gärna klev in och också blev kvar där. Med skicklighet och till synes inbyggd känsla för tingens betydelse skapade de kvinnliga ledarna för nätverken ett slags kulturellt frirum där medlemmarna för stunden kunde glömma sina bekymmer och istället njuta av samtalen och gemenskapen. Den kvinnliga inramningen återkom i de nätverk för långtidssjukskrivna som jag kom i kontakt med under mitt fältarbete i olika delar av Sverige: Stearinljusen fladdrade, det bjöds på hembakat, kaffebruggaren puttrade, det pysslades och målades, projekt genomfördes, handarbetena plockades fram, den som grät blev tröstad, det pratades om barnen och barnbarnen och de få män som var där togs omhand. Vid dessa sammankomster var det kvinnor som agerade som tydliga subjekt, handlande och aktiva individer som med kunskap, engagemang och kreativitet utformade sin närmiljö.

Hemlöshet och utanförskap

Hur ska vi förstå uppkomsten av dessa nätverk för långtidssjukskrivna och utbrända? Det krävs teoretisk analys för att finna svar på den frågan. Genom sin sjukdom blir den sjuke en sorts främling i en bekant värld. Grupp-sammanskomsterna uppstår delvis som en reaktion mot denna påtvingade utanförposition. Behovet väcks av tillhörighet till nya grupper där man känner sig inkluderad och välkommen. Forskare inom litteraturvetenskap, filosofi, socialpsykologi, antropologi och etnologi har intresserat sig för just relationen mellan sjukdom och utanförskap och i det följande presenterar jag några av dessa.

Att bära på en osynlig sjukdom med psykiska förtecken är i allmänhet illavarslande. De långtidssjukskrivna inom nätverken vittnade upprepade gånger om detta, hur svårt det var att inför omgivningen stå för en diagnos som utifrån fördomar kan kopplas till föreställningar om nervklenhet och

överkänslighet. Utbrändhet, eller utmattningsdepression och utmattningssyndrom som det ofta står på läkarintyget, är ett ohälsotillstånd som väcker frågor och det kan vara tungt att söka ge adekvata svar när man själv undrar hur det hela egentligen gick till. Varför blev just jag sjuk? Varför drabbas jag av yrsel, huvudvärk och hjärtklappning trots att läkarundersökningarna av min kropp visar att jag är fysiskt frisk? Varför klarar jag inte av att ta mig samman och gå till jobbet som alla andra? Det är med andra ord en utsatt position dessa kvinnor befinner sig i. Givetvis finns det också män som erfår det smärtsamma utanförskapet som detta sjukdomstillstånd för med sig. Olov, en av de drabbade som jag intervjuade, ingick inte i något nätverk, och kanske var hans utanförskap än mer kännbart just därför. När han försökte beskriva hur det är att lida av utbrändhet så sa han att han upplevde sjukdomen som en form av ensamhet och maktlöshet: "Man hamnar i ett tomrum eller i ett vakuum. Man känner sig utanför på något sätt. Ingen förstår hur man känner." Utanförskapet blir dubbelt för de utbrända så till vida att de dels är sjukskrivna, vilket omedelbart förflyttar dem bort från den "normala" världen där man arbetar och bidrar, och dels lider av mystiska besvär med psykiska förtecken, vilket ytterligare understryker avvikelserna.

I inledningen till *Sjukdom som metafor* beskriver författaren och kritikern Susan Sontag den sjukes utanförskap som en utvandring från de friskas till de sjukas kungarrike.⁴ Vi har alla ett dubbelt medborgarskap, menar hon, och fastän vi föredrar att bara använda det ena passet så tvingas var och en av oss att förr eller senare, under en kortare eller längre period, att identifiera oss som medborgare i det där andra landet. I samma stund som vi blir sjuka går vi över en osynlig men ack så verklig gräns, där vi lämnar ett bekant sammanhang och kliver in i en för oss tidigare okänd värld. Utanförskap kan dock också vara tecken på exklusivitet, men ett talande exempel på människor som inte tilldelats status av att vara utanför är de som fått diagnosen utbrändhet, skriver etnologen Jonas Frykman. De hamnar istället inom parentes. De kämpar med sin namn- och hemlöshet i ett kulturellt latenstillstånd som i sig riskerar att förvärra symtomen.⁵

Etnologen AnnCristin Winroth närmar sig den sjukes utanförskap i avhandlingen *Boteberättelser* genom att använda antropologen Victor Turners teori om det sociala dramats förlopp och innehåll.⁶ Hon skriver bland annat om det sociala dramats andra fas – krisen – som utgör ett tillstånd präglad av kaos och oordning. Detta kan ses som ett liminellt stadium där den drabbade befinner sig i tillfälligt utanförskap. Den krisande individen utgör i detta läge en dubbeltydig symbol: Dels förkroppsligar hon hur samhället inte är beskaffat, dels understryker hennes tillstånd hur det kunde eller borde vara.

⁴ Sontag (1981).

⁵ Frykman (2005), Försäkringskassan analyserar (2005).

⁶ Winroth (2004).

Personer som befinner sig i denna fas är således hotfulla för den existerande strukturen samtidigt som deras utanförskap representerar förhoppningen om möjliga lösningar på problem inom den.

I boken *Stigma. Den avvikandes roll och identitet* uttrycker socialpsykologen Erving Goffman tankar kring utanförskapets betydelse vid vissa ohälsotillstånd.⁷ Han menar att de stigmatiserade – i det här fallet de utbrända – utsätts för en rad diskriminerande åtgärder av olika slag i samhället.⁸ Dessa åtgärder kan äga rum såväl medvetet som omedvetet och har som huvudsakligt syfte att reducera den sjukes livsmöjligheter. Vi – ”de normala” – skapar en ideologi, en sorts stigmatologi, som går ut på att betona de drabbades underlägsenhet och också den fara de representerar. De personer som är behäftade med ett stigma betraktas som inte fullt ut mänskliga, menar Goffman i en drastisk slutsats, det vill säga inte hemmahörande hos oss, utan hos de andra, de sjuka.

Den som i mitt tycke bäst uttrycker sjukdomens inbyggda utanförskap är filosofen Fredrik Svenaeus. I sin avhandling *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health* och den populariserade versionen av densamma *Sjukdomens mening* laborerar han framgångsrikt med ordet hemlöshet i förhållande till sjukdom.⁹ Han inleder med att ta avstånd från begreppet psykosomatik vilket han liknar vid ett dualistiskt spöke som leder våra tankar i fel riktning. Istället föreslår han ett holistiskt perspektiv på människan, där sjukdom, cancer såväl som utmattningssyndrom, bör betraktas som ett fenomen vilket söndertrasar livsvärldens meningsmönster. Kroppen är vårt hem i vardagen, vår plats i världen och det är just detta centrala hemmavarande i oss själva som faller sönder i och med sjukdomen. Människan försätts i en sorts ofrivillig exil. Hon blir hemlös. Svenaeus beskriver sjukdomssymtomen som ett slags stämningar som försvårar det annars så naturliga platstagandet i världen. Kroppen visar sig vara något obegripligt som hindrar mitt invanda, hemlika sätt att vara till på. Förutom att vara mig själv blir kroppen också något jag inte längre är herre över, skriver han.¹⁰ Men utan kroppen är jag inte! Det är kroppen som får mitt liv att hända. När den så insjuknar blir den en främling på samma gång som den

⁷ Goffman (1972).

⁸ Goffman skulle troligen ha kategoriserat utbrändhetens stigma som *fläckar på den personliga karaktären* (Goffman 1972, s. 14), vid sidan av *kroppsliga missbildningar* och *tribala stigmat*, som exempelvis ras och religion, ett av tre möjliga stigmat. Fläckar på den personliga karaktären rör sig enligt Goffman om stigmat som är mer eller mindre osynliga, som exempelvis alkoholism, arbetslöshet, homosexualitet eller vad omgivningen upplever som tecken på viljesvaghet, psykisk sjukdom eller underliga böjelser.

⁹ Svenaeus (2001), (2003).

¹⁰ Svenaeus (2003), s. 82.

fortfarande är mig själv. Den försätter mig i ett vilset, hemlöst tillstånd som jag inte kan ta mig ur eftersom jag förblir i min kropp (Svenaeus 2003:83).

Utbrändhet handlar i hög grad om att bli utkastad i ensamhet, sårbarhet och hemlöshet, vilket de drabbade vittnar om. Förflyttningen är på alla vis kännbar. Så vart ska den sjuke söka sig efter att ha förlorat sitt hem i sin kropp, sin upplevelse av tillhörighet i det omgivande samhället och sitt medborgarskap i de friskas rike?

Innanför utanförskapet

Tillbaka till nätverken nu. Det stigma som en psykisk diagnos och långtids-sjukskrivning innebär kan göra den sjuke socialt hemlös. I samma stund som han eller hon upplever denna hemlöshet tar livet en ny riktning med ett nytt, outtalat mål, det vill säga att söka efter och förhoppningsvis också finna ett nytt hem. Medlemmarna av en viss stigmatologi tycks ha en allmän tendens att gå samman i mer eller mindre slutna grupper, helt och hållet rekryterade från denna kategori, så även i de utbrändas fall. Som vi har sett förenar sig de drabbade med varandra och skapar i dessa sammanslutningar ett slags hemkänsla. Det är mellan människor med självupplevd erfarenhet som förståelse och medkänsla kan få fäste. Det är där, bland de egna, som den stigmatiserade känner sig fullt ut accepterad, inkluderad och respekterad, menar Goffman och fortsätter:

Eftersom de av egen erfarenhet noggsamt vet hur det är att ha just detta speciella stigma, kan somliga av dem ge honom viss handledning i hur man kan klara av sitt stigma, och även ställa till hans förfogande en krets beklagande likställda som han kan dra sig tillbaka till för att få moraliskt stöd och för att få känna sig obesvärade och som hemma, och godtagen som en person som verkligen är som vilken annan normal människa som helst.¹¹

Detta var synligt i de grupper som jag undersökte. De tog spjörn mot världen utanför, de underströk den egna gemenskapen, de markerade sina kollektiva rättigheter och tillhörigheten i samhället, samtidigt som just detta hade en paradoxal förmåga att öka avståndet till verkligheten utanför gemenskapen. Inom ramen för denna tanke om utanförskap och avvikelse skulle man kunna betrakta nätverksträffarna som en av samhället sanktionerad sysselsättning för de utanförstående, vilken understöds av ”de normala”. Vad jag här vill komma åt är det dolda, kulturella värdesystem som tycks finnas i förhållande till de avvikande, i det här fallet de utbrända och långtidsjukskrivna, och som avgör vad dessa människor får och inte får göra. Det är inte tillåtet att göra vad som helst under en sjukskrivning. Tysta överenskommelser och

¹¹ Goffman (1972), s. 28.

outtalade regler avgör vilken typ av aktiviteter och vilka människor de sjuka får ägna sin tid åt. Inom varje kulturellt system finns det normala, så att säga ”friska” sätt att vara sjuk på, hur paradoxalt det än kan låta; ett slags kollektiva förväntningar på hur de sjuka bör bete sig, skriver Arthur Kleinman.¹²

Nätverkens baksida

Vad händer då med tillfrisknandet när människor som mår väldigt dåligt umgås med andra som också mår väldigt dåligt, dag efter dag, månad efter månad, år efter år? Katarina, själv tidigare långtidssjukskriven för utbrändhet och nu ledare för ett av nätverken, berättade om de fördelar det kan innebära att vara sjukskriven, men också om de nackdelar och risker det för med sig att som långtidssjukskriven ingå i grupper där man enbart träffar andra långtidssjukskrivna. Ett längre stycke ur fältdagboken citeras:

”Plötsligt får man tid för familjen, mannen och barnen som man kanske kände blev försummade tidigare. Och så får man tid med sig själv också. Och så tycker man att det är rätt så skönt att gå på sådana här nätverksträffar. Här får man en massa uppbackning, uppskattning och omsorg.”

Vi sätter oss ner vid bordet som är belamrat av pappershögar och jag frågar Katarina om det är okej att jag antecknar. Hon nickar och säger:

”Jag undrar om det här med nätverk egentligen är så vettigt. Det kanske kan vara bra precis i början när man mår urdåligt för då behöver man verkligen prata av sig. Och man tycker att det är skönt att gå på nätverksträffarna därför att man får uppmärksamhet och omsorg. Så i den akuta fasen är det nog bra. Men sedan får man inte bli kvar där.”

Nätverken får inte bli institutioner för medlemmar som sitter och ältar sina problem år ut och år in, menar Katarina. Risken att man fastnar är stor. Kanske borde man införa ett tidsbegränsat medlemskap i föreningarna, funderar hon.

”Om man har tagit beslutet att inte gå vidare, då kan man stanna kvar i nätverken för då inbillar man sig att man utvecklas, inom nätverket. Men att träffa andra sjukskrivna är inte alltid så hälsosamt. Jag kan bli så trött på det. Ältandet.”

¹² Kleinman (1988), s. 5.

”Vad menar du med det där du sa om att ta ett beslut om att inte gå vidare?” frågar jag.

”Jo, men så är det ju. I sjukdomen har man ett val. Antingen jobbar man för att komma tillbaka och bli frisk eller så ger man upp. Det finns bara de två vägarna. Vill man bli frisk så måste man hela tiden kämpa, man måste hela tiden anstränga sig. Jag menar att man tar ett medvetet eller omedvetet beslut om att fortsätta vara sjuk eller bli frisk. Men det där är jättekänsligt! Jag kan inte säga sådana saker till våra medlemmar.”

Katarina säger att de utbrända kvinnorna aldrig mer skulle komma tillbaka till föreningen om ledarna plötsligt började tala om den här valmöjligheten.

”Vi måste omhulda dem för att de ska komma hit och de måste få gotta sig i sina problem när de är här”, säger hon. Att diskutera dessa frågor öppet med människor som har mått dåligt länge och som har självkänslan i botten är inte lätt, menar Katarina som på sätt och vis förstår deras flykt från förbättring. Sjukdomsidentiteten kan ibland vara den enda som finns att hålla fast vid.¹³

Medlemskap går hand i hand med utanförskap. Ett steg mot någonting blir per automatik också ett steg bort från någonting. Parallellt med etableringen av gemenskapen inom gruppen uppstår ett främmandskap i förhållande till övriga världen, en process som antropologen Tomas Hylland Eriksen beskriver med viss metaforisk humor: ”Alla gemenskaper är omvända kylskåp. Deras uttalade syfte är att skapa värme inåt, men för att åstadkomma det måste de, närmast oavsiktligt, skapa kyla utåt. Exakt motsatsen till vad ett kylskåp gör, med andra ord”.¹⁴ Det råder ett dialektiskt förhållande mellan tillhörighet och främmandskap, mellan normalitet och avvikelse, mellan innanför och utanför, där båda bekräftar och förstärker varandra. Det är dock klokt att inte betrakta dessa begreppspar som färdiga kategorier, utan snarare som rörliga fält. Gränsen mellan begreppen tolkas alltför lättvindigt som barriärer. Människan går alltså inte till eller från, in eller ut. Hon är hela tiden mitt i sitt liv. Möjligen är det därför förnuftigare att intressera sig för förflyttningen mellan innanför och utanför, för själva färden mellan de friskas och de sjukas rike och för gråzonerna där emellan.

Det förefaller hur som helst rimligt att anta att den vi-känsla som följer de drabbade på resan kan leda till ett permanentande av det egna sjukdomstillståndet. Om nätverksträffar får stor betydelse i en människas liv så vill hon

¹³ Hammarlin (2008), s. 115.

¹⁴ Eriksen (2004), s. 55.

naturligtvis gärna fortsätta gå på dem och den enda vägen för fortsatt engagemang i dessa nätverk är att förbli sjukskriven eftersom inträdesbiljetten till en sammanslutning av och för utbrända är just utbrändheten. Kan den drabbade så att säga råka i beroende av sitt stigma? Kan hon medvetet eller omedvetet börja utnyttja sin anomala position för att erövra vad Goffman kallar för ”sekundära vinster”?¹⁵ Utifrån denna typ av frågor kan man få en skymt av de kännbara förluster som det kan innebära att efter flera års sjukskrivning plötsligt få ett arbete.

Det tycks för vissa innebära en form av transcendens i sig att gå in i sjukskrivning. Utbrändheten och sedermera långtidssjukskrivningen tvingar den drabbade till reflexion, att söka sina slumrande förmågor, att återupptäcka bortglömda drömmar och finna nya vägar i livet. De är inte samma personer när de kliver in i sjukskrivning som när de söker sig därifrån. Så istället för att betrakta dem som förkroppsligade exempel på stressens och samhällets nedbrytande processer borde dessa personers erfarenheter, insikter och kompetenser uppmärksammas och tas tillvara, inte minst av arbetsgivare.

Avslutande kommentar

Mycket har hänt sedan min avhandling publicerades. Utvecklingen mot ett mer aktivt förhållningssätt från Försäkringskassans sida när det gäller kunskap, uppmärksamhet, kontakt och rehabilitering av denna grupp människor är en god utveckling. Ingen av de personer som jag intervjuade ville vara sjukskriven i flera år. Ingen menade att mångårig sjukskrivning gjorde dem friskare. Däremot hävdade samtliga att avståndet till arbetslivet, och ett normalt liv överhuvudtaget, ökade med tiden. Det är onekligen en svår balansgång från samhällets sida att både respektera det stora behovet av vila – och den kan bli lång – och samtidigt inte lämna dessa människor i sticket under återhämtningsfasen.

Resurser bör sättas in i ett tidigt skede där forskningsbaserad kunskap om den här typen av psykisk ohälsa är avgörande för återgång i arbete. På denna punkt ser det ganska mörkt ut för stunden. Alltför få behövande erbjuds psykologisk behandling inom primärvården i Sverige. Bara varannan vårdcentral uppger att de kan möta dessa patienters behov, enligt Socialstyrelsens utvärdering.¹⁶ Rapporten visar att hälften av de svenska vårdcentralerna har mindre än en heltidstjänst för psykologer. Här finns dock en del lofvärda projekt som Försäkringskassan kan uppmärksamma och stödja. Värt att nämna är den innovativa verksamheten på Gustavsbergs vårdcentral där ett dussintal psykologer och trettiotalet allmänläkare har ett tätt samarbete med

¹⁵ Goffman (1972), s. 19.

¹⁶ Socialstyrelsen (2013).

såväl arbetsgivare som Försäkringskassans handläggare för att få människor som lider av psykisk ohälsa tillbaka i arbete.¹⁷ Verksamhetschefen Kersti Ejeby insåg att de var tvungna att anpassa sig till verkligheten, det vill säga att en miljon svenskar sjukskrivs för psykisk ohälsa varje år och var tredje patient som söker sig till svenska vårdcentraler har psykiska problem av något slag – en grupp som de tidigare stod mer eller mindre handfallna inför, men som de nu kan erbjuda adekvat vård och rehabilitering.

Referenser

Eriksen, Thomas Hylland (2004). *Rötter och fötter: Identitet i en föränderlig tid*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.

Frykman, Jonas (2005). Bracketing. *Ethnologia Europaea*, 35:1–2, s 47–52.

Försäkringskassan analyserar. *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur* (2005:4) Författare: Frykman, Jonas & Kjell Hansen.

Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4.

Goffman, Erving (1972). *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Hammarlin, Mia-Marie (2008). *Att leva som utbränd: en etnologisk studie av långtidssjukskrivna*. Eslöv: Brutus Östling förlag Symposion.

Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books.

Läkartidningen (2010). *Stress som orsak till psykisk ohälsa*. Läkartidningen 19–20 2010. Författare: Åsberg, Marie m. fl.

Löfgren, Orvar & Palm, Anne-Marie (2005). *Att kraschlanda i sjukskrivning. I: Att utmana stressen*. Jönsson, Bodil & Löfgren, Orvar (red.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*.

Sontag, Susan (1981). *Sjukdom som metafor*. Stockholm: Bromberg.

¹⁷ Vårdcentralen tillhör Stockholms läns landsting.

Svenaesus, Fredrik (2001). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Dordrecht: Kluwer.

Svenaesus, Fredrik (2003). *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Winroth, AnnCristin (2004). *Boteberättelser: En etnologisk studie av boteprocesser och det omprövande patientskapet*. Umeå: Institutionen för kultur och medier, Umeå universitet.

Mediebild av Försäkringskassan 2003–2012



Björn Johnson och Christina Halling

Malmö Högskola

Den svenska välfärdsmodellen förutsätter att allmänheten har förtroende för socialförsäkringarna – både för det politiskt beslutade regelverket kring socialförsäkringarna och för tillämpningen av regelverket. Socialförsäkringarnas legitimitet bygger bland annat på en god betalningsvilja hos befolkningen, genom skatter, och på att medborgarna känner sig trygga när de söker stöd hos ansvariga myndigheter. Försäkringskassan, som är den mest centrala aktören i tillämpningen, har dock länge haft ett svagt förtroende hos allmänheten. Bland jämförbara myndigheter är det endast Arbetsförmedlingen som har lägre förtroendesiffror.

Förtroendet för Försäkringskassan sjönk kraftigt under perioden 1999–2009, enligt SOM-undersökningarna (Hensing et al. 2010). Förtroendet har dock ökat något under perioden 2010–2012 (SOM-undersökningarna, opublicerad statistik). I vår rapport ”Mediebild av Försäkringskassan 2003–2012” (Halling & Johnson 2014) redovisar vi en studie som söker förklaringar till det låga förtroendet för Försäkringskassan i medierapporteringen om myndigheten. I denna artikel sammanfattar vi huvudresultaten från rapporten.

Frågor kring den offentliga förvaltningens funktion och allmänhetens förtroende för förvaltningen blir sällan föremål för någon bredare debatt. Problem som gäller den offentliga förvaltningens funktion definieras i regel inte som ett samhällsproblem, till skillnad från exempelvis sjukfrånvaron (Johnson 2007, Johnson 2010). Vår utgångspunkt är att media förmedlar ett antal bilder av Försäkringskassan som kan ha stor betydelse för hur medborgarna uppfattar myndigheten och vilket förtroende de får för den. Detta antagande bygger på dagordnings- och gestaltningsteorin inom forskningen om politisk kommunikation (se till exempel McCombs 2006). Enligt teorin är de bilder som media förmedlar sociala konstruktioner, som inte behöver överensstämma med verkliga förhållanden.

Vi har formulerat ett brett förtroendeperspektiv för att identifiera väsentliga områden inom Försäkringskassans uppdrag, som kan förväntas påverka medborgarnas förtroende. Perspektivet är inriktat på förtroende för centrala myndigheter i ett demokratiskt system, i enlighet med övergripande definitioner av *good governance* och *quality of government* (se till exempel Rothstein & Teorell 2008). Detta omfattar bland annat betydelsen av medborgarnas rätt att få service inom rimlig tid enligt gällande lagstiftning, av likabehandling mellan medborgarna och av att beslutsfattandet ska vara förutsebart. Möjligheten till ansvarsutkrävande av ansvariga beslutsfattare är en annan central del i förtroendeperspektivet.

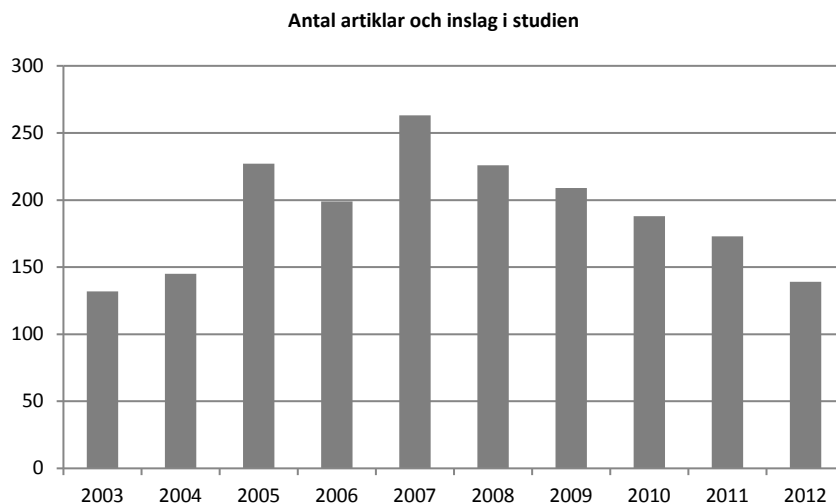
Studien är gjord som en kvantitativ innehållsanalys av mediebilderna av Försäkringskassan under perioden januari 2003 till och med december 2012. Syftet är att ur ett förtroendeperspektiv beskriva och analysera mediebilderna av Försäkringskassan under denna period. Utifrån detta syfte har vi formulerat åtta frågeställningar om innehållet och inriktningen i medie-rapporteringen. Dessa är:

1. Vilken omfattning har medierapporteringen haft om Försäkringskassan under perioden 2003–2012?
2. Vad har rapporteringen (ersättningsslag alternativt Försäkringskassan som organisation) fokuserat på under den aktuella perioden?
3. Vilka aspekter av områden som är centrala för Försäkringskassans uppdrag har rapporteringen handlat om?
4. Är rapporteringen om socialförsäkringarna i huvudsak positiv, negativ eller neutral?
5. I vilken omfattning finns kritik mot Försäkringskassan i rapporteringen under studieperioden? Vad består kritiken mot Försäkringskassan av?
6. I vilken omfattning föreslås åtgärder mot kritiken som diskuteras? Vilka åtgärder diskuteras?
7. Vilka aktörer framträder i rapporteringen?
8. Hur kan man karaktärisera den samlade bilden av Försäkringskassan under olika delar av perioden?

Materialet till studien består av totalt 1 727 tidningsartiklar från sex tidningar (rikspress och regional-/lokalpress) samt 174 radioinslag (Sveriges Radio Dagens Eko 16.45). Vi har använt ett kodschema för kodning av artiklar och inslag, baserat på studiens frågeställningar. I kodschemat finns 30 variabler, varav sex är formvariabler och övriga är innehållsvariabler. Det finns innehållsvariabler som beskriver rapporteringens *fokus*, *ämne* och övergripande *perspektiv*. Därutöver finns bland annat variabler som beskriver *kritik* mot Försäkringskassan, föreslagna *åtgärder* på problem samt vilka *aktörer* som framträder i artiklarna och inslagen. Grundtonen i alla artiklar och radioinslag har värderats utifrån en femgradig skala, uttryckt som ett balansmått (starkt negativ, svagt negativ, neutral, svagt positiv och starkt positiv).

Studien visar att medierapporteringen om Försäkringskassan är omfattande, utifrån de jämförelser vi kunnat göra med andra studier (Johnson 2007, Lundström 2011).

Figur 1 Omfattningen av rapporteringen om Försäkringskassan



Rapporteringen är relativt jämnt fördelad under hela tioårsperioden. Vissa variationer i omfattningen över tid finns dock. Rapporteringen ökar i samband med viktiga förändringar inom Försäkringskassans och socialförsäkringarnas område. Den totala rapporteringen är störst under åren 2005 och 2007. Viktiga händelser som lett till ökad rapportering är bland annat omorganiseringen av myndigheten och effekterna av denna, debatten om fusk och överutnyttjande inom socialförsäkringarna samt de nya regelverk för sjukförsäkringen som infördes 2005 respektive 2008.

Rapporteringens *fokus* är framför allt sjukpenningen, som diskuteras i drygt hälften av materialet. Övriga ersättningsslag fokuseras i mer begränsad omfattning. Rapporteringen om sjukpenning är som högst 2005 och 2009. Från och med 2007 ökar andelen rapportering med fokus på Försäkringskassan som organisation.

Flera aspekter av centrala områden för Försäkringskassans uppdrag, rapporteringens *ämne*, diskuteras i artiklarna och inslagen.

Tabell 1 Rapporteringens ämne, antal artiklar och inslag

	Antal artiklar och inslag	Andel, %
Tillämpning av regelverket vid Försäkringskassan	532	28
Grad av försäkringsutnyttjande	363	19
Det politiskt beslutade regelverket	312	16
Försäkringskassan och omgivande aktörer	310	16
Försäkringskassans allmänna förmåga att fullgöra sitt uppdrag	280	15
Försäkringskassans administration	47	3
Försäkringskassans interna organisation	57	3
Totalt	1 901	100

De största områdena är *tillämpningen av regelverket* respektive *graden av försäkringsutnyttjande*. Tre jämnstora ämnesområden följer därefter: *det politiskt beslutade regelverket*, *Försäkringskassans allmänna förmåga att fullgöra sitt uppdrag* samt *Försäkringskassans relation med andra aktörer*. De mest framträdande övergripande perspektiven i rapporteringens är *juridiska*, *politiska* och *administrativa perspektiv*.

Drygt 75 procent av artiklarna och inslagen har kodats med variabeln kritik. Den kritik som framförs handlar i drygt 30 procent av rapporteringen om *tillämpningen av regelverket*. Omkring 25 procent handlar om frågor inom området *Försäkringskassans kompetensnivå, effektivitet och tillförlitlighet* medan knappt 20 procent gäller den *politiska nivån*.

I nästan 70 procent av artiklarna och inslagen diskuteras olika åtgärder. Åtgärderna finns till största delen inom området *tillämpning, utredning och kontroll*, som utgör 25 procent av åtgärdskodningarna. Områdena *omprövning av beslut och granskning av Försäkringskassan, förslag om politiska beslut och politisk styrning, samverkan och rehabilitering* utgör 13–16 procent av åtgärdskodningarna.

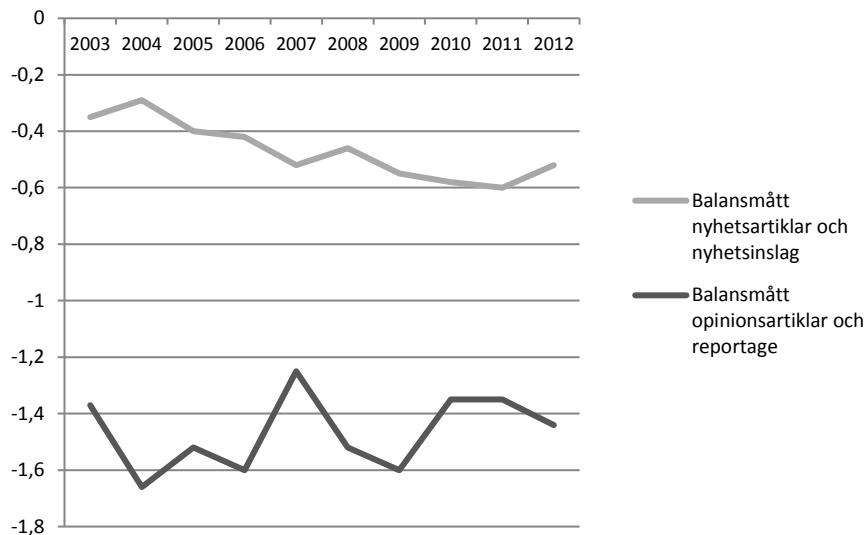
Aktörer förekommer i nästan alla artiklar eller inslag (98 procent). Ett stort antal olika aktörer framträder, men ett mindre antal förekommer betydligt

oftare än övriga. *Privatpersoner, representanter från Försäkringskassan samt regeringen eller politiker i regeringsställning* är de aktörer som är vanligast förekommande.

Rapporteringen fokuserar nästan uteslutande på delar av verksamheten som anses fungera dåligt inom Försäkringskassans ansvarsområde. Grundtonen är genomgående negativ. Tonen är något mer neutral för rapportering om fusk och överutnyttjande inom socialförsäkringarna. För en mindre del rapportering om specifika samverkansprojekt inom rehabilitering och myndighets-samverkan mot fusk och överutnyttjande är grundtonen svagt positiv.

I figur 2 jämförs grundtonen för nyhetsrapporteringen respektive för opinionsartiklar och reportage med hjälp av ett genomsnittligt balansmått (från starkt positiv rapportering, +2, till starkt negativ rapportering, -2). Nyhetsrapporteringen är negativ under hela perioden och tendensen är att den blir mer negativ över tid. Opinionsartiklarna är i allmänhet starkt negativt vinklade.

Figur 2 Balansmått i nyhetsrapporteringen och i opinionsartiklar och reportage



Vi konstaterar att det i stort sett inte rapporteras om något som fungerar väl inom Försäkringskassan som ansvarig myndighet för tillämpningen av regelverk inom socialförsäkringarna. Vi bedömer att media rapporterar inom områden som påverkar medborgarnas förtroende, framför allt tillämpningen av regelverket och olika aspekter av Försäkringskassans sätt att handlägga ärenden. Med utgångspunkt från studiens förtroendeperspektiv kan vi därför

konstatera att media förmedlar en bild av att Försäkringskassan inte uppfyller kraven på en välfungerande myndighet. Vi drar också slutsatsen att rapporteringens negativa inriktning sannolikt innebär att medborgarnas förtroende har påverkats negativt.

Studien visar att rapporteringen även är fragmentarisk och till stor del saknar bakgrundsinformation. Mediebilderna av Försäkringskassan begränsas därigenom till att myndigheten är bristfällig, och det är svårt att få en helhetsbild som mediekonsument. Detta innebär att medborgarna får svårt att själva bedöma Försäkringskassan i termer av krav på *good governance* och *quality of government*.

Vi har tecknat ett antal bilder av Försäkringskassan, delvis baserade på studiens kvantitativa data. Framför allt bygger bilderna dock på en kvalitativ uppfattning om medierapporteringen som vi fått genom att detaljstudera ett stort mediematerial. Vi är försiktiga med att dra långtgående slutsatser om dessa bilder, eftersom den kvantitativa metoden, som vi huvudsakligen använt, begränsar möjligheten till analyser på djupet. De samlade mediebilderna av Försäkringskassan som vi kunnat urskilja har vi formulerat som ett antal aktörstyper. Vi har sett att Försäkringskassan framträder i följande roller:

- Politisk aktör – okunnig, orättvis eller känslokall
- Juridisk aktör – stelbent, godtycklig, slarvig eller förd bakom ljuset
- Administrativ aktör – krånglig, ineffektiv eller slarvig
- Medicinsk aktör – otydlig och okunnig
- Samverkansaktör – bristfällig eller kompetent

Vi har utifrån studien identifierat flera områden för fortsatt forskning. I mer kvalitativt inriktade studier skulle de aktörstyper som vi tecknat kunna prövas närmare. Ansvarsfördelningen mellan politiker och myndighet anser vi också vara ett särskilt intressant område att studera i mer kvalitativt orienterade studier. Den kvantitativa studien indikerar att Försäkringskassan har gjorts politiskt ansvariga i viss utsträckning, och detta vore angeläget att studera närmare med kvalitativa metoder.

Studien väcker även frågor om hur rapporteringen kommer till. Varför ser journalistiken ut som den gör? Hur har kontakterna mellan myndighet, politiker och journalister sett ut under perioden? Enligt medierapporteringen var tioårsperioden komplicerad, konfliktfylld och kaosartad för Försäkringskassan. Perioden inbegriper väsentliga förändringar för Försäkringskassan,

varav omorganisationen och de nya regelverken för sjukförsäkringen framstår som de mest betydelsefulla. Dessa förändringar bör ha inneburit svårigheter inte enbart för Försäkringskassan och ansvariga politiker, utan även för journalister. Det vore angeläget att studera vilka erfarenheter centrala aktörer har om mediebevakningen: tjänstemän vid Försäkringskassan, ansvariga politiker och journalister.

Referenser

- Halling C. & Johnson B. (2014). *Mediebilden av Försäkringskassan 2003–2012*. Socialförsäkringsrapport 2014:2. Stockholm: Försäkringskassan.
- Hensing G., Holmgren K. & Rohdé, H. (2010). ”Sänkt förtroende för Försäkringskassan”, s. 229–243 i Holmberg S. & Weibull L. (red.), *Nordiskt ljus* (bokserien nr. 50). Göteborg: SOM-institutet.
- Johnson B. (2007). Mediebilden av sjukfrånvaron som samhällsproblem. *Arbetsliv i omvandling* 2007:11.
- Johnson B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Lundström R. (2011). *Den kalkylerande medborgaren – Bidragsfusk i svensk välfärdsdebatt 1990–2010*. Umeå: Sociologiska institutionen.
- McCombs M. (2006). *Makten över dagordningen*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rothstein B. & Teorell J. (2008). ”What Is Quality of Government? A Theory of Impartial Government Institutions”. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 21(2): 165–90.

Förtroendet för Försäkringskassan 1999–2010

En belysning från perspektiven offentlig förvaltning och socialmedicin



**Ylva Norén Bretzer, Kristina Holmgren och
Frida Rosstorp**

Göteborgs Universitet

Inledning

Försäkringskassan har under det gångna årtiondet genomgått en rad olika reformer. Så sent som 1997 befanns sjukskrivningarna på rekordlåga nivåer. Både de fackliga organisationerna och arbetsgivarna konstaterade då att egenavgifterna var överfinansierade i förhållande till utbetalningarna (Johnson 2010:77). Fram emot år 1999 började dock sjukskrivningarna att ta fart; rapportering av ”utbrändhet” ökade och stress i arbetslivet framstod som en ny folksjukdom. Snart klättrade den nya frågan om den ökande sjukfrånvaron på den politiska dagordningen. Särskilt i norrlandslänen tenderade personer att vara mer sjukskrivna jämfört med i de södra landsdelarna (Olofsdotter Stensöta 2009; Granqvist & Olsson 2006), och under hösten 2002 släppte Expertgruppen i offentlig ekonomi (ESO) en rapport om att sjukfrånvaron i Sverige var dubbelt så hög jämfört med EU-genomsnittet

(Ds 2002:49).¹ I valrörelsen 2002 lovade statsminister Persson att halvera ohälsan till år 2008, ett mål som sedermera kom att realiseras genom det så kallade ”halveringsmålet”.

2000-talets första årtionde kom att inledas med en debatt om höga sjukrivningstal, som övergick i en så kallad ”fuskdebatt” som gick ut på att det även betalades ut försäkringsmedel till personer som medvetet förde kassan bakom ljuset, så kallade försäkringsfuskare. Jakten på fuskare blev till och med en vanligare tematik i *Dagens Nyheter* 2002–2004 jämfört med frågor om själva strukturförändringarna eller om ohälsa och sjukdom (Johnson 2010:149). En socialförsäkringsutredning hade tillsatts 2004, vilka hösten 2006 presenterade betänkandet *Mera försäkring, mera arbete* (SOU 2006:86). När så Alliansregeringen tillträdde hösten 2006 rådde alltså högt uppställda förväntningar på att ”lösa” problemet med de höga sjukskrivningstalen och handlingskraft. På kort tid förväntades dess förvaltande myndighet, Försäkringskassan, genomföra både innehållsliga och organisatoriska reformer.

Reformerna duggade tätt i följd, både av organisatorisk karaktär och rent innehållsligt. De organisatoriska förändringarna under perioden är framför allt sammanslagningen av de 21 länsförsäkringskassorna som 2005 blev en nationell myndighet. År 2008 sjuöptes den nya organisationen med omkring 60 lokala försäkringscenter och 20 nationella center. I januari 2010 bildade Pensionsmyndigheten en egen myndighet, och avskiljdes därmed från Försäkringskassan.

Innehållsliga förändringar under perioden var att sjukförsäkringen tidsbegränsades 2008, och att grad av arbetsförmåga skulle prövas i relation till arbetsmarknaden. 2009 infördes även försäkringsmedicinsk gruppkonsultation runt den försäkrade, med försäkringsmedicinska rådgivare och andra försäkringshandläggare. Olika förändringar har även gjorts på att öka insatser tidigt i sjukförsäkringsprocesserna, så att den sjuke inte blir mer permanent sjukskriven.²

¹ Året därpå återkom ESO-gruppen med rapporten *Den svenska sjukan II* där fördjupade analyser gjordes av datamaterialet. I denna rapport kunde inte lika skarpa slutsatser dras som året innan (jfr Johnson s. 140). Fler rapporter på samma tema var SOU 2002:5 samt Marklund m fl (2005).

² Därtill hade etiketten ”sjukpensionering” ändrats år 2003 till ”sjuk- och aktivitetsersättning, dessa har sedan dess minskats betydligt i antal.

Reformernas konsekvenser – en förtroendefråga?

Omställningen av Försäkringskassan har dock inte skett helt välkommet hos den svenska allmänheten. SOM-institutet i Göteborg har mätt den svenska allmänhetens förtroende för Försäkringskassan sedan år 1999, och den generella bilden är att allmänhetens förtroende för Försäkringskassan minskade ganska dramatiskt åren 2004–2005, och därefter fortsatte en mindre brant utförsåkning under åren fram till 2010.³

Med anledning av detta minskade förtroende, genomförde Försäkringskassan en forskningsutlysning hösten 2012 med rubriken *Utlysning av forskningsmedel för förtroende*. Föreliggande artikel presenterar två olika delresultat från ett projekt under denna utlysning.

En fråga man ofta får när man säger att man forskar om förtroende, är ”vad är förtroende egentligen?”. Det kan vara värt att stanna upp vid det. I den internationella litteraturen talar man oftast om ”*confidence*” eller ”*trust*”; och detta avser då två helt olika saker. ”*Confidence*” eller tilltro till institutioner avser en tilltro att institutionen kommer att leverera det som institutionen är avsedd för. Detta skiljer sig från ”*trust*” eller mellanmänsklig tillit, som handlar om en ömsesidig tilltro mellan jämbördiga parter, det kan handla om tilltron i en parrelation, mellan två handelspartners eller mellan grannar eller människor rent allmänt. Den förstnämnda förtroendeformen handlar alltså om relationen mellan institutioner och medborgare, där människor är bärare av ett förtroende som omfattar institutionen som idé, institutionen som inrättning och dess handläggare som arbetar där. Detta vertikala förtroende handlar om en maktrelation som kan innebära någon form av maktutövning, och förtroendet har endast en riktning. Det horisontella förtroendet inkluderar inte någon maktrelation; den förutsätter en ömsesidighet, där förtroendet är dubbelriktat. Av dessa två huvudtyper, *vertikalt* och horisontellt förtroende, är det den förstnämnda formen som vidare diskuteras här.

Vi kan även dela upp det institutionsförtroende som vi här talar om i tre olika abstraktionsnivåer; förtroendet för institutionens grundläggande idé och principer, förtroendet för själva myndigheten och förtroendet för de personer som företräder myndigheten visavis allmänheten, det vill säga myndighetens handläggare (cf. Norén Bretzer 2005:34; Norris 1999, s. 10). Allmänt känner vi till att Stefan Svallfors har analyserat allmänhetens förtroende för socialförsäkringen, och dessa studier visar tydligt att förtroendet för välfärdsstaten och socialförsäkringarna är fortsatt höga, och till och med ökande under

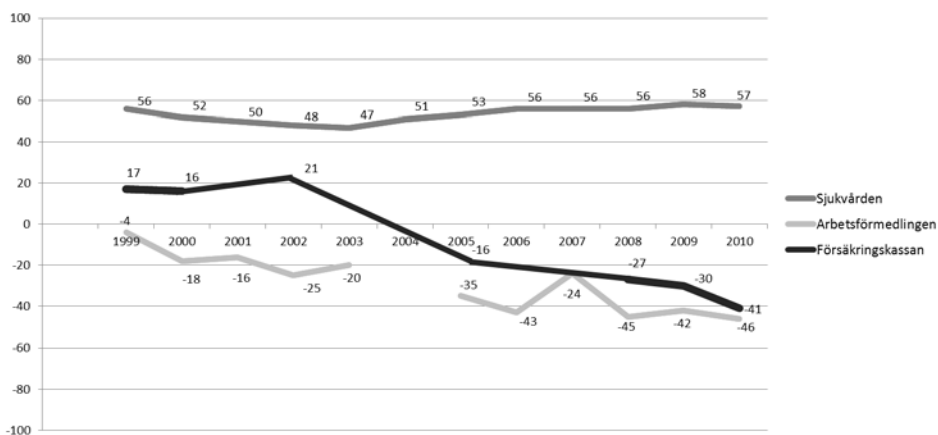
³ Det är i denna förändring som föreliggande undersökning tar sin utgångspunkt (senare mätningar har även gjorts 2012 och 2013, men eftersom det föreligger en metodskillnad i dessa mätningar avgränsas analyserna här till perioden 1999–2010).

perioden 1986 till 2010 (Svallfors S 2010:04). Förtroendet för försäkringskassans handläggare har endast gjorts vid enstaka tillfällen, och någon generell trendlinje i detta avseende känner vi inte till.

Förtroendet för själva myndigheten Försäkringskassan har mätts sedan 1999 av SOM-institutet i Göteborg, och det är detta förtroende vi här har försökt att analysera närmare. Institutet för Samhälle, Opinion och Medier (SOM) skickar årligen ut enkäter till flera tusen svenskar. Dessa undersökningar genomförs på hösten varje år, och svarsfrekvenserna respektive år var: 2002 (65 procent), 2005 (63 procent), 2008 (60 procent), 2009 (59 procent) och 2010 (60 procent). Antal svarande 2002 var 3 546 personer, och undersökningarna har successivt utvidgats till att år 2010 omfatta 5 007 svarspersoner. Här kommer en poolad eller sammanslagen redovisning att göras för åren 2008–2010, för att öka antalet observationer i vissa undergrupper.

Här ska även sägas, att analyser av enskilda förvaltningsmyndigheter över tid är mycket sällsynta i den internationella forskningen. Oftast analyseras förtroendet för politiska institutioner, hälso- och sjukvård och rättsväsendets institutioner, men analyser av enskilda förvaltningsmyndigheter över tid är mycket ovanliga. I figur 1 visas hur förtroendet för Försäkringskassan minskade mellan 1999 till 2010, medan förtroendet för sjukvården ligger i princip oförändrat högt, och förtroendet för Arbetsförmedlingen minskar – om än inte lika dramatiskt.

Figur 1 Förtroendet för tre olika myndigheter 1999–2010 (andel positiva minus andel negativa)



Källa: Nationella SOM-undersökningarna, Göteborgs Universitet.

En fråga som forskargruppen utgick ifrån inledningsvis var; *går det att spåra ett minskat förtroende för Försäkringskassan i vissa samhällsgrupper?*

Skulle det exempelvis kunna vara så att de grupper som hade erfarenhet av längre sjukskrivning eller som bedömde sin hälsostatus som sämre, också är de grupper som har ett lägre förtroende för Försäkringskassan? Man skulle här kunna tänka sig att de grupper som drabbats av ”halveringsmålsättningen” eller på något sätt stått i kontakt med Försäkringskassan, skulle vara de grupper där förtroendeminskningen varit särskilt dramatisk.

Vi undersökte ”the usual suspects” som brukar prövas som förklaringar i medborgarstudier. Traditionella faktorer som genus, demografi och klass prövades där faktorer som ålder, kön, klass, inkomst och sysselsättning användes. Politiska faktorer som ideologi och sympati med innevarande regering prövades. Hälsofaktorer som självskattad hälsa, sjukskrivningserfarenhet och om svarspersonerna hade aktivitetsersättning (tidigare förtidspensionär) undersöktes. Därtill prövades i vilken utsträckning svarspersonerna var nöjda med livet, en faktor som ofta visat sig betydelsefulla i andra förtroendestudier. Förväntningen var att framför allt hälsorelaterade faktorer skulle ha en betydelse, men i viss utsträckning även politiska faktorer, där det sedan tidigare är känt att personer som sympatiserar med innevarande regeringsalternativ också tenderar att ha ett något högre institutionsförtroende jämfört med övriga grupper.

Resultatet visade att medelvärdet för förtroendet för Försäkringskassan var 55 år 2002, vilket minskade till i snitt 37 under åren 2008/10. Det motsvarade en generell minskning om -18 enheter. Specificerat i olika undergrupper, var minskningen särskilt stor i gruppen 50–64 år (snart pensionärer, -24); lågutbildade (-21), arbetare (-22), arbetslösa (-21), personer med vänsterideologi (-21), dålig självskattad hälsa (-21), personer med aktivitetsersättning (-28) och bland de som inte är särskilt nöjda med livet (-22). Men förtroendet hade minskat i alla undersökta grupper, det fanns få grupper som uppvisade en liten förtroendeminskning eller ingen alls.

Minst hade förtroendet ändrats i gruppen 16–29 år (-13), bland personer med hög utbildning (-15), högre tjänstemän (-14), bland studenter (-11) och bland de med minst sjukskrivningserfarenhet, 0–6 dagar (-7, jämförelseår är 2005).

När alla dessa olika grupper körs i regression blir det inte mycket till förklarad varians kvar; men i både första och sista populationen är sympati med innevarande regering signifikant. 2002 finner vi att egenföretagare har signifikant lägre förtroende för Försäkringskassan jämfört med övriga, medan arbetslösa har signifikant högre. Dessa signifikanser saknas vid periodens slut, 2008/10. Däremot har pensionärer ett signifikant högre förtroende 2008/10, ett resultat som saknades vid periodens början. Även de som har god självskattad hälsa 2008/10 har ett högre signifikant förtroende, ett resultat som inte fanns vid periodens början.

Det huvudsakliga resultat vi ser i denna delstudie över perioden är att förtroendet för Försäkringskassan har sjunkit hos hela den svenska befolkningen; men särskilt hos personer med svagare hälsa, utbildning eller utan arbete i åldern 50–64 år. Den mest centrala slutsatsen kring den uppmätta förtroendeminskningen bör dock inte sökas i om det är särskilda grupper som upplever sig som ”mer drabbade” jämfört med andra – eftersom den förklarade variansen är på 0,04 respektive 0,03; vilket är nästan försumbart. Det finns i stort sett inga enskilda förklaringar på individnivå till det övergripande förtroendetappet. Det bör snarast ställas i relation till de övergripande förändrade gränsdragningar som har skedd på makronivå under perioden; samt de organisatoriska förändringar som Kassan har genomgått under samma tid.

Fokusgrupperna – vad säger klienterna?

Kristina Holmgren, docent i socialmedicin i Göteborg, har i projektet genomfört åtta fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 62 personer. Dessa rekryterades på fem olika sätt; a) genom att sjukvårdsanställda inom Göteborg och södra Bohusläns primärvård tillfrågades, samt personal inom Sahlgrenska universitetssjukhuset tillfrågades om de kunde hjälpa till att sprida information om studien till målgruppen, b) direktinformation gavs till patientföreningar och aktivitetshus, c) annonser spreds via en webbportal vars syfte är att sammanföra forskare med möjliga forskningsdeltagare, d) annonsering på anslagstavlor vid Göteborgs universitet, väntrum inom hälso- och sjukvård och bibliotek, samt e) snöbollsurval där rekrytering sker via sociala nätverk för att få kontakt med personer i målgruppen. Alla rekryterade personer har en bred spridning i ålder, 34 procent var män, 17 procent var födda utomlands, 41 procent var ensamboende, 54 procent hade universitetsutbildning, 49 procent representerade mellan- eller högre tjänsteperson (övriga arbetare eller lägre tjänsteperson), 37 procent var eller hade varit offentligt anställda och 58 procent hade en anställning. 63 procent av personerna var sjukskrivna vid tillfället då fokusgruppen genomfördes, och antalet sjukskrivningsdagar bland deltagarna var som minst 31–90 dagar (fem personer) och som mest över tre år (14 personer). Principen om en bred representativ spridning tillämpades vid rekryteringen, och även diagnosmässigt fanns följande kategorier med: psykiska sjukdomar (15 personer), muskuloskeletal sjukdomar (10), sjukdomar i nervsystemet (5), tumörer (4), skador (3), sjukdomar i ögat (1), medfödda missbildningar (1), matsmältningsorganens missbildningar (1), samt cirkulationsorganens sjukdomar (1).

Forskningsledaren träffade deltagarna innan fokusgruppsintervjun, och deltagaren fick ta del av både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och procedur. Dessa träffar bidrog även till att skapa lämplig gruppdynamik för de kommande fokusgrupperna. Fokusgrupperna genomfördes

senare med en gruppleddare och en assistent, och i huvudsak fyra frågeområden diskuterades. Det första frågeområdet handlade om hur förtroendet för försäkringskassan hade påverkats av mötet med myndigheten, det vill säga av det personliga mötet med handläggare, och av det indirekta mötet i form av försäkringskassans tillgänglighet och utåtriktade verksamhet. Det andra frågeområdet handlade om *hur förtroendet för försäkringskassan hade påverkats av uppfattningen om handläggningen av ens ärende i fråga om kompetens, professionalitet och effektivitet*. Det tredje frågeområdet handlade om *hur förtroendet för försäkringskassan hade påverkats av uppfattningen om rättvist utfall och förväntningar på försäkringskassan*. Det fjärde och sista frågeområdet handlade om *hur förtroendet för försäkringskassan hade påverkats av försäkringskassans och den allmänna sjukförsäkringens legitimitet*. Resultaten presenteras här som olika underteman.

Politisk styrning

Försäkringskassan har enligt deltagarna blivit hårdare och det här förklarades av att Försäkringskassan måste följa den sittande regeringens direktiv. I de politiska direktiven finns en uttalad politik om att sjukskrivningstalen ska minska. Deltagarna jämförde den rådande politiska styrningen med hur de uppfattade att det var i sjukförsäkringen förr, och de diskuterade vad den uppfattat hårdare styrningen berodde på. En samhällsdebatt om att folk fuskade till sig pengar troddes vara en bidragande faktor till att sjukförsäkringen stramades åt. Den politiska styrningen hängde, enligt deltagarna, ihop med ett samhällsklimat som, jämfört med förr, i högre grad ifrågasatte människors rätt att ta del av sjukförsäkringen.

Regelsystemets verklighetsförankring

Deltagarna kritiserade de hårdare reglerna som den politiska styrningen bidragit till i sjukförsäkringen. De menade att reglerna saknar förankring i verkligheten och att sjukförsäkringens tidsbegränsningar motverkade god rehabilitering. Tidsbegränsningarna ansågs leda till minskad trygghet och till att människor flyttades runt i olika ersättningsystem. Deltagarna menade att regelsystemet inte tar hänsyn till andra aktörers situation, till exempel sjukvårdens möjligheter att göra utredningar eller ge behandling, eller hur arbetsmarknaden ser ut. En deltagare uttryckte sig så här:

- D4 Nämnen det har ju gått över styr nu. Just det där att man ska stå till arbetsmarknadens föfogande även i anpassade och tillrättalagda skyddade verksamheter, att det är där nu ser man ju även där att om man inte skulle kunna jobba. Jag menar, ser de att man kan jobba tre timmar på morgonen och så tre timmar på kvällen, då är det sex timmar som du kan jobba. Fast det finns ingenstans du kan jobba så. Alltså det är helt sanslöst.

Grupp 1

Osäker process

Att ta del av sjukförsäkringen beskrevs som en osäker process. Deltagarna menade att de aldrig kunde veta om de skulle bli beviljade ersättning eller inte. Väntan kunde bli lång med stora inkomstbortfall som de inte visste om de skulle få igen. Det gjorde processen till en ekonomisk chansning. Det gick inte att förutse om sjukskrivningsunderlag skulle räcka. Även om deltagarna beskrev att de hade intyg som visade att de var sjuka och saknade arbetsförmåga så kunde Försäkringskassans egna läkare överpröva den bedömningen och neka ekonomisk ersättning. Deltagarna tyckte att det kändes rättsosäkert att bedömningen från en försäkringsmedicinsk rådgivare vägde tyngre än deras egen läkares trots att de aldrig träffat den medicinska rådgivaren personligen. Diskussioner kunde låta som följande:

- D3 För jag har aldrig hört att man träffar den här läkaren på Försäkringskassan, utan de brukar ju göra det utan att träffas.
- D4 Bedömningen?
- D3 Bedömningen ja
- D1 Oh ja.
- D3 Det kan man ju ifrågasätta. Att man bedömer någon som liksom utan att träffa någon och bara titta på ett papper, men ja
- D1 Jag vet ju inte alls hur de läkarna är där, om de bedömer alla fall eller bara gör enstaka fall eller?
- D4 De har ju egna intressen. De har ju Försäkringskasseintressen så då spelar det ingen roll att det står något helt annat i mitt läkarintyg. I deras ögon är jag typ friskförklarad, de vill att jag ska ur systemet.
- D1 Precis.
- D2 Precis.

Grupp 8

Utfallsrättvisa

Deltagarna menade att det kändes slumpartat och godtyckligt vem som fick och inte fick ekonomisk ersättning eftersom det var upp till varje handläggare att bedöma ärendet. Två handläggare kunde bedöma samma ärende helt olika, och samma handläggare kunde enligt deltagarnas exempel bedöma ett ärende olika vid olika tidpunkter. De deltagare som varit nöjda med sin handläggare på Försäkringskassan uttryckte att deras positiva upplevelse endast berodde på att de haft tur. Något som återkom var också att deltagarna trodde att Försäkringskassan systematiskt diskriminerade vissa grupper i sjukförsäkringen. Att diagnos, anställningsform, ålder eller andra faktorer var avgörande för möjligheterna att få ersättning:

- D1 Jag tycker det handlar om att man inte är lika inför lagen. Att alla människor, att det är någon random liksom utvalt.
- D4 Lite som lotteri liksom.
- D1 Ja men lite så att vissa får, den här gruppen är lika inför lagen men den här gruppen är inte det, sedan vet vi inte vilka som är den här gruppen och varför de inte är det. Det tycker jag inte är subjektivt, den tycker jag är väldigt så cleant. Själva upplevelsen däremot den är subjektiv.
- D2 Men det som man då antar jag kan ställa sig frågan är om man upplever att man blir objektivt behandlad av handläggaren eller subjektivt behandlad och det är där som den gör sin tolkning om den tolkar lagen eller personen, så att på ett sätt skulle man ha en fördel ...
- D4 Men sen så jag har ju haft mycket kontakt med andra trafikskadade och det är ju milsvid skillnad liksom hur det bedöms och så vidare ... en del har ju inte haft problem alls utan att det har kunnat funka bra och många har haft jättemycket problem då med Försäkringskassan. Jag tycker nog att det kan vara väldigt varierande så och jag tror att även de som faktiskt inte haft problem har väl inte upplevt det som objektivt ändå. Även om de har hamnat i den liksom kvoten som faktiskt har fått beviljat då ...

Grupp 2

Kompetens

Uppfattningar om handläggarnas kompetens och utbildning påverkade deltagarnas förtroende för handläggarna. En kompetent handläggare hade större möjlighet att ta självständiga beslut, resonerade deltagarna. De diskuterade handläggarnas uppdrag och vad de trodde att det krävdes för utbildning för att arbeta på Försäkringskassan. De menade att kompetensen hos handläggarna överlag var för låg. Särskilt den medicinska kunskapen sågs som bristfällig. Om handläggare inte var tillräckligt ödmjuka inför sin okunskap ansågs detta leda till att de gjorde felaktiga bedömningar. Så här kunde det låta när kompetensen diskuterades:

- D5 Men jag skulle vilja veta vad, vad det är för kriterier för att få anställning på Försäkringskassan?
- D4 Jag tror att de har en socionomutbildning eller många av dem. Jag tror inte det sitter några studenter, eller några sådana där som extrajobbar det tror jag inte, som handläggare. Eller som är...
- D5 Nej inte som extrajobbar men en socionom borde ju kunna slå upp dialys innan de pratar med en person som har dialys, alltså då är de ju skolade personer, men när man pratar med dem uppfattar man inte alltid det.
- D4 Nej jag tror de har mycket regler att hålla sig till och restriktioner, att de ska inte gå in för djupt i personer, för då gör de inte en objektiv bedömning.

Grupp 6

Kontinuitet

Deltagarna berättade att handläggare ofta byttes ut, och att de skickades mellan olika handläggare. Den låga kontinuiteten gjorde att det blev svårt att ha koll på vem som hade ansvar för vad. Det försvårade i rehabiliteringen och det var ansträngande för deltagarna att ständigt behöva upprepa sin historia. Deltagarna vågade inte lita på att det skulle hålla i sig när de väl hade en handläggare som det fungerade bra med. Så här kunde diskussionen låta:

- D4 (...) ja man har dem så kort tid eftersom de omorganiserar hela tiden. Så att jag kan inte ens lära mig namnen på dem längre och helt plötsligt så ringer det en ny människa och ...
- D3 Just det, det är en som handlägger ärende, alltså de byter hela tiden. Det är inte samma person som gör bedömningen eller vad det är och sedan, jag har inte koll på det men jag har för mig att det är väl någon som går igenom ärendet, och sedan lämnar man över det till någon annan person som sedan har kontakt med, så var det för mig i alla fall.
- D4 Det är olika personer för allt plus att den som jobbar med en sak helt plötsligt blir förflyttad också och det är väldigt mycket sådant.
- D3 Men jag var också med om det att det var väldigt olika personer man fick prata med och man vill då ringa personen och höra om sitt ärende så var det plötsligt en annan person som ...

Grupp 5

Ansvar

Deltagarna beskrev att de var tvungna att ta ett stort ansvar för att få rätt till ersättning. De behövde även vara drivande för att få rehabiliteringsaktörerna att bidra med sina delar och deltagarna tvingades själva kompensera för bristande samverkan mellan Försäkringskassan, vården och arbetsgivaren. Deltagarna använde sig också av olika strategier för att öka sina möjligheter att få ersättning, såsom att inte begära för mycket för att istället lägga sig på en lägre ersättningsnivå än vad de egentligen skulle behöva. De såg det som nödvändigt att ligga steget före Försäkringskassan och de upplevde också hela processen som tids- och energikrävande. Den börda som lades på deltagarna själva upplevdes som allt för tung. De ansåg att det var för mycket begärt att de som sjuka skulle behöva ta så mycket ansvar. Såhär kunde det låta när deltagarna diskuterade om det egna ansvaret:

- D5 Men de här, arbetsgivaren och Försäkringskassan och läkaren, de borde ju ha liksom ett forum någonstans där de får samsyn på situationen och nu känner jag att det är jag som ska styra upp detta och det tycker jag är så förbannat konstigt. Jag är inte i skick till att sköta det. Nu får jag ju göra det, men det är ju jättejobbigt, så jag förstår inte varför inte den, att det inte finns, det borde finnas i systemet då.
- G1 Hur ser ni på det?
- D2 Jag kan bara hålla med liksom att jag ska ju inte behöva organisera upp min sjukskrivning. Vad jag ska göra och inte göra, utan det är ju därför jag har en handläggare, eller får en handläggare rättare sagt. ...
- G1 Men, förstår jag dig rätt att förväntan som ni har eller hade på Försäkringskassan var att Försäkringskassan skulle fungera som ja spindeln i nätet, om man ska använda en klyscha, i er rehabilitering?
- D4 Nej, det trodde, nej.
- D3 Men att de styr upp med chefen och så, att de har de kontakterna så att jag slipper och ringa, som jag som fick ringa och putta på att de skulle skicka in mina papper och de gör det inte ändå

Grupp 7

Ohälsa

Försäkringskassans ifrågasättande av rätten till ersättning försämrade den psykiska hälsan hos deltagarna. Många deltagare berättade att de kände stor olust inför kontakten med Försäkringskassan och att de upplevde rädsla och ångest. Att kontakten var olustig uppfattades av deltagarna som att Försäkringskassan motverkar sitt syfte, alltså att myndigheten stjälper istället för att hjälpa dem att bli friska och återgå till arbete. De diskuterade därför andra lösningar för att slippa ha kontakt med Försäkringskassan som att gå ner i arbetstid istället för att bli sjukskriven. Så här lät en diskussion om hur deltagarna drabbades av ohälsa i kontakten med Försäkringskassan:

- D3 Man mår väldigt, jag mådde ju skitdåligt.
- D4 Jag har fått jättemycket självmordstankar av dem.
- G1 Av kontakten med Försäkringskassan?
- D4 Försäkringskassan när de har krånglat och gett avslag och skjutit fram och krånglat och varit otrevliga. Alltså jag tror ju, jag lever för att jag har barn. Det är min dotter som har hållt mig kvar (...)
- D3 Jag kände mig väldigt sviken av samhället i och med att jag hade jobbat och hade rätt till det, så kände jag att nu är jag inte värd någonting bara för att jag har blivit sjuk här och sådär. Så kände jag.
- D1 Jag kände mig också väldigt sviken. Maktlös. Allt, alltså jag vet liksom inte, jag förklarade ju precis hur det var, men det hände ingenting, alltså jag har aldrig upplevt sådan, jag har aldrig upplevt något liknande och jag trodde nog aldrig att jag skulle bli självmordsbenägen i mitt liv.

Grupp 5

Summering – vad förklarar ett minskat förtroende?

Det inledande decenniet på 2000-talet kom att bli relativt turbulent för Försäkringskassans del. Effekter som delvis hade sina rötter i de statsfinansiella kriserna 1990–1994 blev tydliga mot slutet av 1990-talet; utbrändhet, ökad stress i arbetslivet och ett arbetsliv som i stort höll på att ställa om sig från ett industrisamhälle till ett alltmer IT-baserat informationsamhälle. Denna samhällsomdaning kom att påverka även Försäkringskassan – välfärdsstatens kärninstitution – både rent organisatoriskt och innehållsmässigt. Dessutom landade världskonjunkturen i den så kallad IT-kraschen omkring år 2001, och år 2008 var det dags igen med den kanske kraftigaste lågkonjunkturen sedan 1930-talet.

Parallellt med denna turbulens, som i sig innebär att en mängd personer blir arbetslösa, övertaliga eller icke omställningsbara till den moderna tiden, genomför Försäkringskassan ett antal reformer med sikte på att ”öka försäkringsmässigheten i sjukförsäkringen” (SOU 2006: 86). Detta sker samtidigt som ett halveringsmål ställs upp av politikerna, det vill säga att antalet sjukskrivningar i arbetslivet i förhållande till år 2002 skulle halveras till år 2008. Detta innebar per definition att antalet berättigade skulle minskas genom att strama åt gränserna och definitionerna för ”att klassas som sjuk” genom exempelvis de försäkringsmedicinska beslutsstöden. Målsättningen att halvera sjuktalen måste rimligen ha inneburit att varannan person med sjukintyg från läkare inte betroddes av myndigheten.

Under perioden introduceras myndighetens e-förvaltning och de tidigare lokalkontoren lades ner, där klienter tidigare hade mött sin handläggare. Samtidigt krånglade sjösättandet av den digitala myndigheten, och omorganiseringar pågick till olika försäkringsområden. Vissa försäkringsområden fick nationella handläggare som kunde kontaktas per telefon någonstans i landet, andra försäkringsområden samlades vid ett mindre antal lokala försäkringscentra. Vid 2008 års ekonomiska kris befann sig myndigheten mitt uppe i ett virrvarr av organisationsförändringar, personalombyten och IT-omläggning.

Att förtroendet för Försäkringskassan föll så kraftfullt under alla dessa förändringar förefaller i efterhand inte särskilt förvånande. Att förtroendet rasade något mer i de grupper som hade en svagare ställning på arbetsmarknaden är också ett relativt väntat resultat. Dock är det kanske mest förvånande att skillnaderna mellan de grupper där förtroendet rasade som mest respektive som minst inte är särskilt stora. Den övergripande bilden är att förtroendet för Försäkringskassan rasade i *alla grupper* under denna period.

I fokusgruppsstudien får gruppen sjukskrivna eller tidigare sjukskrivna komma till tals om hur de resonerar kring och motiverar sitt ställningstagande kring förtroendet för Försäkringskassan. Deltagarna är relativt medvetna om att instruktionerna till Försäkringskassan har ändrats på den politiska nivån. Flera av reformerna infördes med argumentationen att *rättssäkerheten* skulle öka för den enskilde, det vill säga att lika fall ska behandlas lika – och att kraven eller skälen ska vara förutsägbara. Flera delar av fokusgrupperna tyder dock på att det har varit svårt att följa det egna ärendet, att hitta vem som fattat beslut, att handläggarens personlighet har betydelse för positivt eller negativt utfall och att den sjuke själv i stor utsträckning behövt vara sin egen processledare för att driva processen vidare framåt. Utifrån fokusgrupperna finns det inget som tyder på att upplevelsen av rättssäkerhet eller utfallsrättvisa på något sätt skulle ha ökat, tvärt om finns det många exempel på att en sådan uppfattas som minskad eller försämrad.

Avslutningsvis, finns det indikationer i nya mätningar som tyder på att förtroendet för Försäkringskassan kan ha förbättrats efter 2010. Vi behöver dock invänta fler mätningar för att kunna dra några säkra slutsatser om det. Om så skulle vara fallet, får vi hoppas att detta orsakas av ett stärkt arbete med förutsägbarhet, rättssäkerhet och efterlevnad av Förvaltningslagen. Men det får kommande forskning undersöka närmare.

Litteratur

Granqvist, Nina & Olsson, Sten (2006:16). "Regionala attitydskillnader?" i *Sjukförsäkring: Kulturer och Attityder*. Stockholm: Försäkringskassan, SKA-projektet.

Johnson, Björn (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.

Marklund, Staffan; Bjurvald, Mats; Högstedt, Christer; Palmer, Edward och Theorell, Töres (red.) (2005). *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Försäkringskassan, Institutet för psykosocial medicin och Statens Folkhälsoinstitut.

Norén Bretzer, Ylva (2005). *Att förklara politiskt förtroende: Betydelsen av socialt kapital och rättvisa procedurer*. Avhandling i Statsvetenskap: Göteborgs Universitet.

Norris, Pippa (1999). *Critical citizens: Global support for Democratic Governance*.

Olofsdotter Stensöta, Helena (2009). *Sjukskrivningarna och välfärdens infriare: en studie av svensk sjukvårdsbyråkrati*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg.

Svallfors, Stefan (S 2010:04). *Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete. Stockholm: Fritzes.

Sjukskrivnas upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården



Emilie Friberg

Karolinska Institutet

Personer som ansökt om och beviljats sjukpenning av Försäkringskassan har som regel många olika kontakter, främst inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Detta gäller särskilt om sjukskrivningen blir längre än några veckor. För att få underlag för eventuella framtida åtgärder finns det behov av kunskap, både om hur sjukskrivna upplever att de blir bemötta och om detta har betydelse för till exempel återgång i arbete. Det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaro, och särskilt om vad som påverkar återgång i arbete bland dem som är sjukskrivna, är dock bristfälligt (1). Återgång i arbete vid sjukskrivning är ett komplext fenomen, där ett stort antal faktorer på olika strukturella nivåer har betydelse och samverkar (1, 2). En sådan faktor, som i tidigare intervju- och enkätstudier visat sig vara av betydelse, är hur sjukskrivna personer upplever att de blivit bemötta av Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården (3–12). Det finns olika teorier om hur bemötande av sjukskrivna skulle kunna påverka deras vilja och förmåga till återgång i arbete (5, 8, 13–15). Några av dessa tar sin utgångspunkt i sociala emotioner, i att (upplevelse av) bemötande kan

påverka en persons självkänsla och därmed vilja och energi till att agera. Andra teorier utgår från bemötandet som en del i ”empowerment-processer” (16–21). Ytterligare utgångspunkter är stressteorier; negativt bemötande skulle kunna leda till stress, ta energi från tillfrisknande, rehabilitering och åtgärder för att främja återgång i arbete, eller till och med innebära risk för annan sjuklighet (13, 14). Betydelsen av att känna sig delaktig och aktiv samt att få och ge relevant information är andra centrala aspekter (9, 22, 23). Andra teorier pekar på betydelsen av professionell kommunikation och patientcentrerad vård (13, 24–28).

En frågeställning är hur långtidssjukskrivna år 2013 upplevt Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens bemötande jämfört med dem som var långtidssjukskrivna år 2004. Mycket har hänt sen 2004 som direkt eller indirekt påverkat Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsärenden. Bland annat kan nämnas det försäkringsmedicinska beslutsstödet som publicerades av Socialstyrelsen 2007, och den så kallade rehabiliteringskedjan med fasta tidsgränser för bedömningen av rätten till sjukpenning som infördes 2008 (29).

Enkätarna

I april 2004 skickades frågeformuläret hem till ett slumpmässigt urval omfattande hälften av alla personer som i mars 2004 var 20–64 år gamla och hade ett pågående sjukskrivningsfall som varat minst 6 och högst 8 månader (N=10 042). Svarsfrekvensen var 58 procent, det vill säga 5 802 personer besvarade enkäten. I april 2013 skickades motsvarande frågeformulär hem till ett slumpmässigt urval omfattande ungefär hälften av de personer som i mars 2013 hade ett pågående sjukskrivningsfall som varat i minst 4 och högst 8 månader (N=17 395, varav hälften hade varit sjukskrivna 4–6 månader och hälften 6–8 månader), samt till ett slumpmässigt urval bestående av 1 018 personer som fått sin sjukpenning indragen de senaste månaderna.

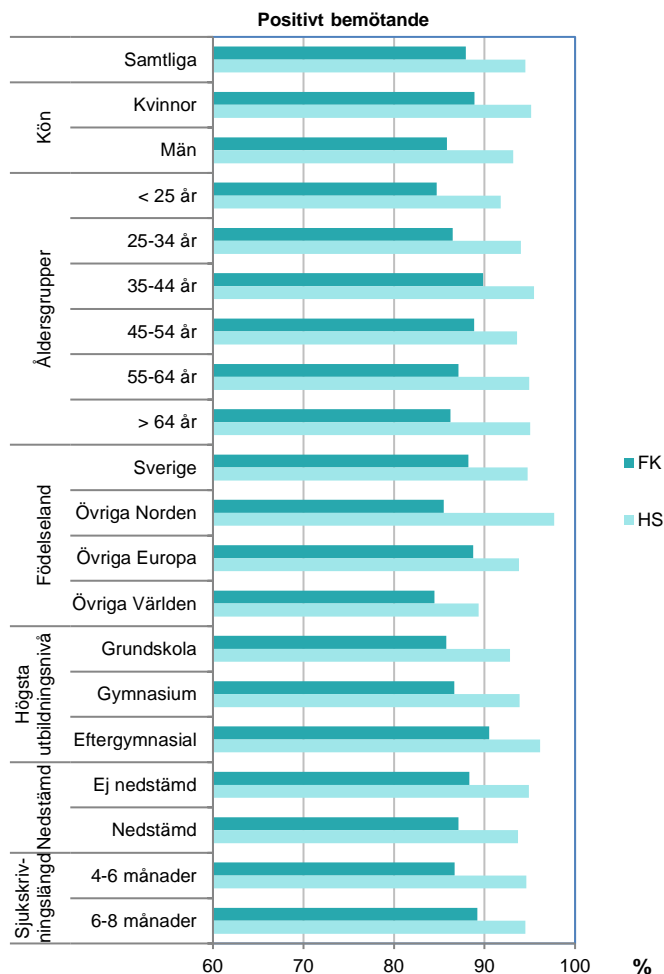
Enkäten skickades totalt till 18 413 personer och svarsfrekvensen var 52 procent. Frågeformuläret innehöll några basfrågor, bland annat om nedstämdhet och sjukskrivningsorsak. Därefter följde en övergripande fråga om den svarande blivit positivt bemött av någon handläggare på Försäkringskassan i samband med sjukskrivningen, följt av 19 specificerade olika typer av sådant bemötande. Efter det ställdes samma frågor om positivt bemötande från hälso- och sjukvården. Sedan följde, på motsvarande sätt, en övergripande fråga om negativt bemötande, följt av 23 (2004), 25 (2013) specifika påståenden om olika typer av negativt bemötande. Det fanns även frågor om hur den svarande känt sig i samband med kontakterna. Dessutom ombads den svarande dels att ta ställning till om kontakter med olika yrkesgrupper varit oftast positiva eller negativa, och dels om olika typer av bemötande hindrat respektive främjat den sjukskrivnes möjligheter att återgå i arbete. År 2013 fanns också en inledande fråga om personen fått sin sjukpenning indragen.

Om detta var fallet har personen ombetts svara på ett antal frågor om detta: till exempel om hon eller han förstått beslutet om indragning och om beslutet var rimligt samt om hur den skriftliga informationen från Försäkringskassan om beslutet upplevts. Här presenteras ett urval av resultat från två aktuella rapporter som baseras på dessa enkäter (30, 31).

Resultat positivt bemötande

Totalt 88 procent svarade att de hade upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan 2013. En större andel av dem med högre utbildning har blivit positivt bemötta, både från Försäkringskassan och från hälso- och sjukvården. Avseende de två grupperna med olika sjukskrivningslängder, har 95 procent i båda grupperna upplevt positivt bemötande från hälso- och sjukvården. En något större andel av dem som varit sjukskrivna 6–8 månader har upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan än dem som varit sjukskrivna kortare tid (4–6 månader), se figur 1. I en jämförelse över tid är andelen sjukskrivna som upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan i stort sett stabil: 90 procent år 2013 och 85 procent år 2004. Andelen som upplevt positivt bemötande från hälso- och sjukvården är 95 procent båda åren. Det är störst skillnad mellan åren för yngre personer (19–34 år). För äldre är det ingen skillnad mellan åren.

Figur 1 Andel i olika subgrupper som upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan (FK) respektive hälso- och sjukvården (HS) (30)

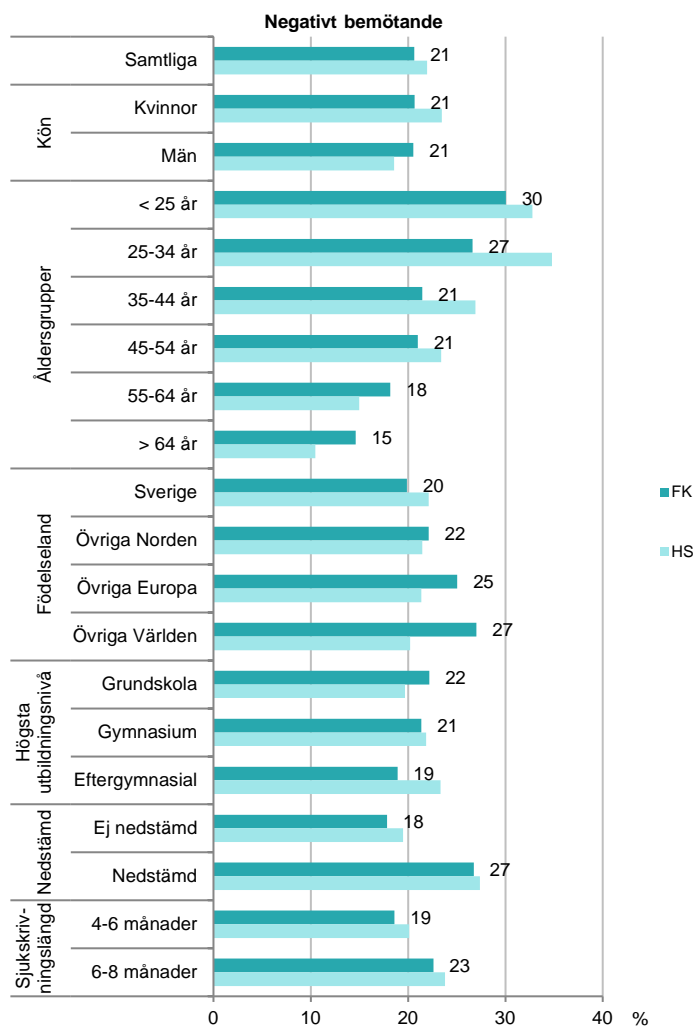


Resultat negativt bemötande

Totalt 21 procent svarade att de upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan 2013. Det finns inga könsskillnader när det gäller negativt bemötande från Försäkringskassan. Däremot har en större andel av kvinnorna som svarat på enkäten blivit negativt bemötta av hälso- och sjukvården. Det finns ett mönster vad avser ålder; en större andel av de yngre har varit med om negativt bemötande, jämfört med de äldre. Ålderskillnaderna är större för hälso- och sjukvården än för Försäkringskassan. Andelen som varit med om negativt bemötande från Försäkringskassan är större ju längre bort från Sverige personen är född. Avseende utbildningsnivå har en större andel av

dem med låg utbildningsnivå, jämfört med dem med hög utbildningsnivå, upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan. Genomgående har en större andel av dem som var nedstämnda upplevt negativt bemötande, både från Försäkringskassan och från hälso- och sjukvården, jämfört med dem som inte var nedstämnda. Det här är en skillnad som inte finns för positivt bemötande. En större andel av dem som varit sjukskrivna 6–8 månader har upplevt negativt bemötande från både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, jämfört med dem som varit sjukskrivna endast 4–6 månader, se figur 2. Andelen sjukskrivna som upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan är i princip lika stor de två åren, för hälso- och sjukvården är skillnaden något större. En mindre andel av dem födda i Sverige har upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan år 2013 jämfört med 2004. Bemötande av personer sjukskrivna i psykiska besvär tycks ha förbättrats, på så sätt att en större andel upplevt positivt bemötande och en mindre andel upplevt negativt bemötande år 2013. Däremot har en större andel av dem som var sjukskrivna för både psykiska och muskuloskeletala besvär upplevt negativt bemötande år 2013 jämfört med 2004.

Figur 2 Andel i olika subgrupper som upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan (FK) respektive hälso- och sjukvården (HS) (30)

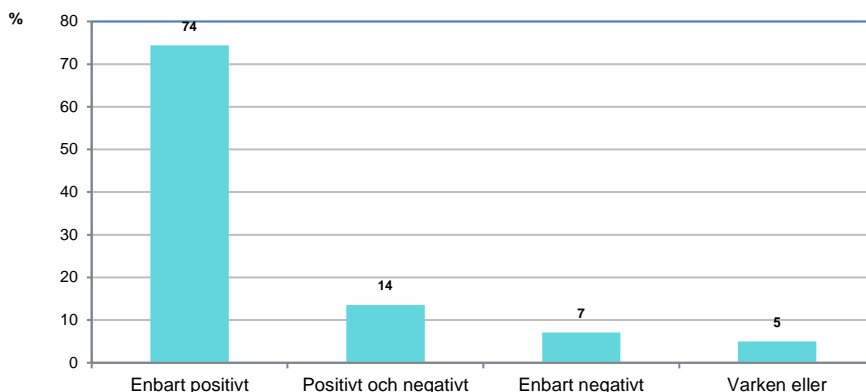


Bemötande från Försäkringskassan

Personer kan naturligtvis ha varit med om att bli både positivt och negativt bemötta från Försäkringskassan, antingen av samma person vid olika tillfällen eller av olika personer. Här visas en sammanställning av andelen som enbart upplevt positivt bemötande, enbart negativt, både positivt och negativt samt de som varken upplevt positivt eller negativt bemötande från Försäkringskassan. En majoritet (74 procent) har enbart upplevt positivt bemötande och 7 procent har enbart upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan, se figur 3. För hälso- och sjukvården är motsvarande

siffror 75 respektive 3 procent. År 2013 har en större andel upplevt enbart positivt bemötande från Försäkringskassan. År 2004 var det en något större andel som varken hade upplevt positivt eller negativt bemötande från någon handläggare på Försäkringskassan.

Figur 3 Andelen som upplevt enbart positivt eller enbart negativt bemötande, både positivt och negativt bemötande respektive varken positivt eller negativt bemötande från Försäkringskassan (30)



Återgång i arbete

När det gäller positivt bemötande har 47 respektive 37 procent svarat att det inte haft någon betydelse för möjligheten att återgå i arbete. 40 procent har svarat att positivt bemötande från Försäkringskassan har främjat möjligheten till återgång i arbete. En större andel (55 procent) har sagt detsamma om positivt bemötande från hälso- och sjukvården. Cirka en av tio har svarat att negativt bemötande, från Försäkringskassan respektive från hälso- och sjukvården, hindrat deras möjligheter att återgå i arbete. Cirka tre av tio har upplevt att det i stället främjade deras möjlighet till återgång i arbete. Genomgående är att positivt bemötande upplevts ha haft större betydelse för möjligheterna att återgå i arbete än negativt bemötande, både från Försäkringskassan och från hälso- och sjukvården. Av dem som blivit positivt bemötta av Försäkringskassan (det vill säga om bara de som blivit positivt bemötta beaktas) är det 45 procent som svarat att detta har främjat deras återgång i arbete. På motsvarande sätt (det vill säga om bara de som blivit negativt bemötta beaktas) är det 20 procent av dem som blivit negativt bemötta av Försäkringskassan som svarat att detta hindrat deras möjlighet till återgång i arbete. Av dem som blivit negativt bemötta har en majoritet svarat att detta inte haft betydelse för deras möjligheter till återgång i arbete. Genomgående kan konstateras att en större andel av de som varit med om positivt bemötande svarade att detta haft betydelse för deras möjlighet till

återgång i arbete jämfört med negativt bemötande. Några grupper avviker mer från de övriga; till exempel har en större andel av de arbetslösa (30 procent) och de med en psykisk sjukskrivningsdiagnos (33 procent) angett att negativt bemötande hindrat deras möjlighet till återgång i arbete. Dessa siffror kan jämföras med motsvarande andelar bland anställda (18 procent) och de med en cancerdiagnos (10 procent).

Olika typer av positiva bemötanden

För samtliga 19 typer av positivt bemötande har en större andel av de svarande varit med om dem från hälso- och sjukvården jämfört med från Försäkringskassan. De påståenden som störst andel instämt i, för båda organisationerna, är ”Varit trevlig mot mig”, ”Lyssnat på mig” och ”Respekterat mig” tätt följt av ”Trott på det jag sagt”. Det påstående som minst andel instämt i är ”Berättat om sig själv”. Störst skillnad mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gäller andel som instämt i ”Visat att hon/han tyckt om mig”. 43 procent har instämt i detta för Försäkringskassan och 70 procent för hälso- och sjukvården. I en uppdelning av några utvalda påståenden och känslor uppdelat på den sysselsättning de svarande hade vid sjukskrivningsfallets start, framgår att de flesta hade en anställning. En något mindre andel av de arbetslösa och av egenföretagarna jämfört med de anställda och föräldralediga hade upplevt positivt bemötande, till exempel svarade 61 procent av egenföretagarna att det stämde helt eller ganska bra att handläggaren givit adekvat och tydlig information. Motsvarande siffra bland anställda var 70 procent. Vid en uppdelning på sjukskrivningsdiagnos framgår att en något större andel av dem med en psykisk sjukskrivningsdiagnos instämde i att de upplevt professionellt bemötande, en större andel av dem kände sig också stärkta i sin situation och respekterade i samband med mötet med handläggare från Försäkringskassan. Det fanns endast marginella skillnader mellan de andra sjukskrivningsdiagnosgrupperna. Vid en analys av frågan om den sjukskrivne kände sig respekterad i samband med olika typer av positivt bemötande framkommer att av de 6261 personer som instämt i att handläggaren ”Givit adekvat och tydlig information” kände sig majoriteten (89 procent) ”Respekterad”.

Olika typer av negativt bemötande

För de flesta av de 25 typerna av negativt bemötande har en större andel upplevt dem från hälso- och sjukvården än från Försäkringskassan. Störst andel har instämt i påståendet ”Behandlat mig nonchalant” både gällande Försäkringskassan (14 procent) och hälso- och sjukvården (18 procent). För Försäkringskassan är det även en relativt stor andel som instämt i att handläggare ”Tvivlat på mina besvär” (13 procent), ”Missrott min arbetsmoral/motivation” (11 procent) och ”Inte trott på det jag sagt” (13 procent). Minst andel har instämt i påståenden om ”Inte hållit professionell gräns sexuellt”

och ”Ställt för låga krav”. Vid en uppdelning på typ av sysselsättning vid sjukskrivningsfallets start har genomgående en större andel arbetslösa och föräldralediga upplevt negativt bemötande. Arbetslösa är den grupp där störst andel kände sig kränkta i samband med möten med handläggare (22 procent jämfört med 10 procent bland anställda). En större andel av dem som i frågeformuläret angav att de kände sig nedstämda instämde i påståenden om negativt bemötande, till exempel instämde 18 procent av dessa i att handläggaren ”Behandlat mig nonchalant” jämfört med 12 procent bland dem som inte var nedstämda. Bland dem som var nedstämda hade också en större andel känt sig maktlösa (22 procent jämfört med 14 procent bland dem som inte var nedstämda) eller kränkta (15 procent jämfört med 9 procent) i samband med möten med handläggare. Detta kan sättas i relation till att det inte fanns någon skillnad mellan dessa grupper vad gäller upplevelse av positivt bemötande. Bland dem som instämt helt eller delvis i påståenden om negativt bemötande var det 67–78 procent som känt sig kränkta i samband med mötet. Högst var andelen bland dem som instämt i att handläggaren ”Behandlat mig som dum” (78 procent).

Indragen sjukpenning

Bland dem med indragen sjukpenning har en knapp majoritet (54 procent) angett att de upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan. Detta kan kontrasteras mot att nästan 90 procent av de sjukskrivna uppgett att de blivit positivt bemötta från Försäkringskassan. Gällande positivt bemötande från hälso- och sjukvården är skillnaderna små mellan dem med indragen sjukpenning och de sjukskrivna (3 procentenheter). Uppdelat på olika åldersgrupper har minst andel av dem i åldrarna 45–54 år upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan. Även uppdelat på födelseland är skillnaderna större med avseende på Försäkringskassan. Endast 45 procent av dem födda utanför Sverige har upplevt att de blivit positivt bemötta från Försäkringskassan, jämfört med 57 procent bland dem födda i Sverige. Av dem som var nedstämda har en mindre andel upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan jämfört med dem som inte var nedstämda. En större andel av dem som inte var nedstämda jämfört med de nedstämda bland de med indragen sjukpenning hade upplevt positivt bemötande. Denna skillnad finns inte bland de sjukskrivna. En majoritet av dem med indragen sjukpenning har svarat att de upplevt någon form av negativt bemötande från Försäkringskassan: 68 procent, jämfört med 21 procent bland sjukskrivna. Även gällande negativt bemötande från hälso- och sjukvården har en något större andel av dem med indragen sjukpenning svarat att de upplevt negativt bemötande (27 procent jämfört med 22 procent). Både med avseende på negativt bemötande från Försäkringskassan och från hälso- och sjukvården är det en större andel av de unga som upplevt detta jämfört med äldre. Likaså är det en större andel av de födda utanför Sverige som upplevt negativt bemötande från både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Av dem som var

nedstämda har en större andel upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan jämfört med dem som inte var nedstämda. Vad gäller bemötande från hälso- och sjukvården finns inte sådana skillnader. Bland dem med indragen sjukpenning har störst andel (42 procent) endast upplevt negativt bemötande från Försäkringskassan. Detta kan jämföras med 7 procent bland de sjukskrivna. Det finns även stora skillnader i andelen som upplevt enbart positivt bemötande; bland dem med indragen sjukpenning har 29 procent upplevt detta, jämfört med 74 procent bland de sjukskrivna. På frågan om personen förstod skälen till beslutet om indragning av sjukpenning från Försäkringskassan och om beslutet var rimligt har en majoritet svarat att det ”Stämmer inte alls”: 43 procent respektive 63 procent. På frågan om hur den skriftliga informationen om beslutet från Försäkringskassan uppfattades har ungefär var fjärde svarat att informationen ”inte alls” var tillräcklig och ”inte alls” var lätt att förstå. En tredjedel har instämt i påståendet att den skriftliga informationen ”till stor del” varit kränkande, och 45 procent har instämt i att den var kränkande till stor eller viss del.

Slutsatser

En majoritet har upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan. Större andel har haft kontakt med Försäkringskassan 2013 än 2004. Det förefaller finnas en stor potential vad avser betydelsen av bemötande för återgång i arbete; både i att förstärka positiva bemötanden och i att minska olika typer av negativa bemötanden. Det finns en förbättringspotential när det gäller information till de med indragen sjukpenning.

Referenser

1. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2003.
2. Sánchez Mendoza PM. Work ability assessment of employees on long term sick leave in Insurance Medicine [Doctoral]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2014.
3. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29:285-91.
4. Östlund G. Promoting return to work [PhD]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2002.

5. Müssener U. Encouraging encounters. Experiences of People on Sick Leave in their Meetings with Professionals [PhD]. Linköping: Linköping University; 2007.
6. Borg K. Sickness absence with musculoskeletal diagnoses – an eleven-year follow-up of young persons [PhD]. Linköping: Linköping, Sweden; 2003.
7. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *J Occup Rehabil.* 2003;13:183-95.
8. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work.* 2006;27:57-65.
9. Nilsson M. Psychosocial situation and work after breast cancer surgery – women's experiences: Karolinska Institutet; 2013.
10. Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, Petersson LM, Alexanderson K. Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15:267-74.
11. Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå university; 1997.
12. Knapstad M, Overland S, Henderson M, Holmgren K, Hensing G. Shame among long-term sickness absentees: Correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scandinavian journal of public health.* 2014;42:96-103.
13. Gruber J, Moskowitz JT, editors. Positive emotion. Integrating the Light Sides and Dark Sides.: Oxford University Press; 2014.
14. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping.* 2008;21:3-14.
15. Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions – Royal Society Biological sciences.* 2004;359:1367-78.
16. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
17. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health.* 2008;36:92-8.

18. Malterud K. Empowerment as a clinical strategy for recovery and rehabilitation. EUMASS European Union of Medicine in Assurance and Social Security; 2002 13–15 juni 2002; Oslo; 2002.
19. Larsson A-C. Empowermentprocesser – ett sätt att öka långtids-sjukskrivnas kvinnors resurser? Linköping: Linköpings universitet; 2007.
20. Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*. 1994;21:253-68.
21. Arneson H. Empowerment and health promotion in working life. Linköping: Linköping University; 2006.
22. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology*. 2006;45:371-8.
23. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26:1-7.
24. Croona G. Etik och utmaning. Om lärande och bemötande i professionsutbildning (Ethics and challenge: On learning in education of health professionals)(In Swedish): Växjö University; 2003.
25. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;12:CD003267.
26. Fossum B. Communication in the Health Service; Two Examples. Stockholm: Karolinska Institutet; 2003.
27. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method: Thousand Oaks: SAGE; 1995.
28. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 2000;51:1087-100.
29. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan; 2013.
30. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen. 2014;9.
31. Hinas E, Friberg E, Alexanderson K. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande, Försäkringskassan. 2014.

Kan vi forhindre at personer med milde til moderate psykiske lidelser faller ut av arbeidslivet?

Erfaringer fra utprøving av integrert, koordinert behandling og oppfølging i skjæringsfeltet mellom arbeidsformidling (NAV) og helsetjenesten



Astrid Grasdahl

Universitetet i Bergen

OECD dokumenterer gjennom en serie publikasjoner om arbeid og psykisk helse at psykiske helseproblemer i økende omfang fører til produktivitetstap og arbeidsuførhet i hele OECD-området.¹ Milde til moderate psykiske lidelser er den største enkeltårsak til sykefravær og uføretrygding i både Sverige, Danmark og Norge. OECDs anbefalinger for disse landene går blant annet ut på å møte denne gruppen med arbeidslivsorientert psykisk helseomsorg i form av tiltak som kombinerer behandling og jobbfokusert

¹ The OECD Mental Health and Work Project.

oppfølging i et tett integrert samarbeid mellom helsetjeneste og arbeidsformidling. Tidlig intervensjon blir også fremhevet som viktig i oppfølgingen av psykisk helse.

I Norge har vi nylig prøvd ut og evaluert et behandlingstiltak rettet mot personer med psykiske lidelser som inneholder nettopp de elementer som OECD etterlyser. Senter for jobbmestring (SFJ) er et behandlings- og oppfølgingstiltak i NAV som tilbyr et koordinert lavterskeltilbud til personer som er på grensen til å falle ut av arbeidslivet på grunn av psykiske lidelser. I tiltaket integreres jobbfokusert kognitiv terapi og jobbmestrende oppfølging av et team bestående av psykologer og arbeidslivsterapeuter med kognitiv terapi og symptomtostrende veiledning som spesialkompetanse.

Tilbudet ved SFJ er blitt evaluert opp mot alternativ behandling for denne målgruppen, både for å avklare om tilbudet ved SFJ bidrar til økt jobbdelaktelse, og for å avklare om sysselsettingseffekten ved denne behandlings- og oppfølgingsmetoden varierer avhengig av om mottaker er i jobb (tidlig intervensjon), sykmeldt eller langtidsmottaker av trygd når de mottar tiltaket (Reme et al. 2013). Her følger en kort beskrivelse av tiltaket, den forskningsbaserte evalueringen og resultater basert på ett års oppfølging av deltakerne i evalueringsprosjektet.²

Senter for jobbmestring

Organisering og behandlingsteam

Senter for jobbmestring (SFJ) ble etablert i 6 norske fylker i løpet av høsten 2008. Sentrene er integrert i NAV, tilknyttet NAV's Arbeidsrådgivning. Hvert senter har 3–4 stillinger besatt av psykologer og arbeidslivsterapeuter med kognitiv terapi/symptomtostrende veiledning som spesialkompetanse. Kompetansekravet er sikret gjennom et samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT) der en har utarbeidet en felles videreutdanning for sentrene. Ved nyrekruttering av personell stilles det krav til videreutdanning i kognitiv terapi, og de som ikke allerede har denne må følge den ordinære videreutdanningen i regi av NFKT. I tillegg har sentrene knyttet til seg jobbkonsulenter som er spesialisert på oppfølging og tilrettelegging av brukernes arbeidssituasjon. Ved behov bistår jobbkonsulentene brukere med tilrettelegging av arbeid i eksisterende jobb eller med å finne og tilrettelegge ny jobb. SFJ kjøper jobbkonsulenttjenesten eksternt. I praksis innebærer dette at jobbkonsulentene har en annen arbeidsgiver enn terapeuter/veiledere

² Evalueringen av Senter for jobbmestring ble utført av Uni Helse i samarbeid med Uni Rokkansenteret og Universitetet i Bergen på oppdrag for det norske Arbeids- og velferdsdirektoratet. Sluttrapporten fra prosjektet ble levert i juni 2013 og kan lastes ned fra <https://bora.uib.no/handle/1956/7982>

ved SFJ, men at disse sammen danner teamet ved SFJ og i stor grad er samlokalisert ved SFJ. I tillegg samarbeider sentrene med andre arbeidstilretteleggere eller arbeidskonsulenter/NAV-veiledere der dette anses hensiktsmessig for oppfølging av brukeren.

Behandling

Veiledning og oppfølging ved Senter for jobbmestring integrerer kognitiv atferdsterapi og prinsipper fra arbeidsrehabiliteringsmodellen «Individual Placement and Support» (IPS). Brukere ved SFJ får oppfølging og veiledning i form av «kognitiv jobbmestring»; individuell kognitiv atferdsterapi og løsningsorientert terapi med veiledning i håndtering og mestring av psykiske plager i jobbsammenheng. En betydelig andel brukere av dette tilbudet har også behov for individuell jobbstøtte fra en jobbkonsulent som kan bistå med å finne/tilrettelegge jobb i det ordinære arbeidsmarkedet. Ved SFJ tak man utgangspunkt i IPS-modellen for å dekke dette behovet. Denne modellen er opprinnelig utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser. Ved SFJ prøver man ut de samme prinsippene i modifisert utgave på personer med milde til moderate psykiske plager. I SFJ er det en uttalt målsetting å tilby en samordnet tjeneste overfor den enkelte bruker. Helsefaglig- og yrkesrettet fagpersonell samarbeider i integrerte team der behandler har et økt arbeidsrettet fokus samtidig som jobbkonsulent integrerer klinisk informasjon i handlingsplaner for rehabilitering og individuell oppfølging med sikte på arbeid. Dette representerer en ny og unik tilnærming for målgruppen, og plasserer tiltaket i skjæringsfeltet mellom et arbeidsmarkeds- og et helsetiltak. Tilbudet er innrettet som et lavterskeltilbud der brukere henvises fra fastlege, saksbehandler hos NAV eller kontakter senteret på eget initiativ (selvhenvissning). Tilbudet skal ha kort ventetid, være rettet like mye mot mestring av arbeid som bedring av psykisk funksjon, og ha et uttalt mål om å hindre en faller ut av arbeidslivet.

Alternative behandlings- og oppfølgingstilbud

Alternativet til behandling og oppfølging ved SFJ er vanlig oppfølging i primærhelsetjenesten, først og fremst av fastlege, eventuelt også i kombinasjon med oppfølging hos psykolog. NAV kobles inn ved sykmelding og/eller arbeidsløshet. NAV tilbyr en arena for møte mellom saksbehandler, bruker, fastlege og arbeidsgiver. Ved NAV blir det gjort en individuell arbeidsevnevurdering. NAV har også en portefølje av arbeidsrettede tiltak som tilbys personer med nedsatt arbeidsevne. Noen av disse er spesielt innrettet mot personer med psykiske helseproblemer, andre er primært kompetansebyggende. Dette er tiltak NAV kjøper fra eksterne, private eller offentlige, leverandører. Det foreligger per i dag ikke en systematisk evaluering av sysselsettings- eller helseeffekter forbundet med deltakelse i disse tiltakene.

Effektevaluering av Senter for jobbmestring

I 2010 fikk Uni Helse i samarbeid med Uni Rokkansenteret i oppdrag av Arbeids- og velferdirektoratet å evaluere virkninger av tiltaket ved Senter for jobbmestring. Evalueringen skulle avklare om behandling og oppfølging ved SFJ bidro til at flere klarer å opprettholde eller oppnå arbeidsmarkedsdeltakelse sammenlignet med den alternative oppfølgingen beskrevet over.

Målgruppen for tiltaket er personer med milde/moderate plager med angst og/eller depresjon som enten allerede var sykmeldte eller mottakere arbeidsavklaringspenger eller dagpenger (arbeidsløse), eller som var i jobb men selv oppfattet at de sto i fare for å bli sykmeldt på grunn av psykiske helseproblemer. For å være aktuell for tiltaket måtte man også ha et klart uttalt ønske om å ville opprettholde arbeidsmarkedsdeltakelse.

Design

Effektevalueringen av Senter for jobbmestring ble gjennomført som en randomisert og kontrollert multisenterstudie (RCT). I inklusjonsperioden fra juni 2010 til januar 2012 ble alle personer henvist til de seks sentrene informert om evalueringen og om at muligheten for oppfølging ved SFJ forutsatte at de samtykket i å delta i forskningsprosjektet der sjansen var 50/50 for henvisning til behandlingsopplegget NAV I (vanlig oppfølging gjennom primærhelsetjeneste og NAV) eller NAV II (behandling og oppfølging ved SFJ).³ Personer som samtykket til å delta ble etter kort tid orientert per brev om de ble henvist til det ene eller andre behandlingsopplegget.

Randomiseringen av deltakere ble utført ved Uni Helse. I oppstarten av prosjektet (fra juni 2010 til og med oktober 2010) ble dobbelt så mange randomisert til Senter for jobbmestring som til kontrollgruppen. Dette ble gjort for å få en jevn og smidig innføring av prosedyrene i prosjektet. I resten av prosjektperioden ble randomisering til de to gruppene likt fordelt. På grunn av den skjeve randomiseringen i oppstartsfasen fikk noen flere oppfølging ved SFJ. Alle deltakere besvarte spørreskjema om familie-, jobb-, og helsestatus ved inklusjon, og alle fikk tilsendt oppfølgingskjema med tilsvarende spørsmål 6 og 12 måneder etter inklusjon. I tillegg samtykket deltakerne til at forskningsprosjektet fikk tilgang til registerdata med informasjon om trygdeutbetalinger, arbeidsforhold og arbeidsinntekter i en periode på til sammen 6 år fra ett år før til og med fem år etter inklusjon.

³ I informasjonen om prosjektet valgte man å omtale de to behandlingalternativene NAV I og NAV II for å unngå å fremheve den ene som potensielt bedre enn det andre.

Deltakerne

Totalt 1416 personer ble henvist til eller oppsøkte SFJ i løpet av inklusjonsperioden. Blant disse var det 197 som ikke oppfylte inklusjonskriteriene, 17 som ikke ga samtykke, og 9 som trakk seg fra prosjektet i løpet av prosjektperioden. Blant de 9 var 7 henvist til ordinær oppfølging og 2 til SFJ. I tråd med rutiner for frivillig deltakelse beskrevet i samtykkeerklæringen, ble alle data for de ni personene slettet. Det totale antallet deltakere i forskningsprosjektet ble dermed 1193, hvorav 630 (52.8 %) ble henvist til SFJ og 563 (47.2 %) til kontrollgruppen. Blant deltakerne i forskningsprosjektet er 67 % kvinner. Gjennomsnittsalderen er 40.4 år, der aldersgruppen 18–30 år utgjør 15 %, mens 63 % befinner seg i aldersgruppen fra 30 til 50 år og 22 % i aldersgruppen fra 50 til 60 år. Totalt er 88 % av de inkluderte født i Norge, og drøyt halvparten er enten gift eller samboende. Utdanningsnivået blant de inkluderte er forholdsvis høyt. Kun 7 % oppgir grunnskole som høyeste utdanningsnivå, mens over halvparten oppgir at de har utdanning på universitets-/høyskolenivå, og 19 % har universitets-/høyskoleutdanning av mer enn 4 års varighet (master-/hovedfagsnivå eller høyere).

Ved inklusjon ble deltakerne i prosjektet bedt om å gi en egen vurdering av helsen sin på en skala fra «meget god» til «meget dårlig». En overvekt (78,4%) av deltakerne oppga å ha enten middels eller god helse. Når det gjaldt den psykiske helsen rapporterte de å ha hatt plager med psykiske problemer i gjennomsnitt i 8.6 år i før de ble henvist til prosjektet. De har også betydelig høyere skåre både for angst og depresjon (HADS) enn man finner i den generelle befolkning. Totalt skårer 70 % over grenseverdien (8) for angst, mens 50 % skårer over grenseverdien(8) for depresjon. Også for subjektive helseplager finner vi også at deltakerne har betydelig høyere sumskåre enn man observerer i den generelle befolkningen. Det viser seg at 92 % av deltakerne har vært plaget av muskel og skjelettplager, mens 79 % har vært plaget av mage- og tarmpplager den siste måneden før inklusjon. Videre rapporterte 45 % av deltakerne at de hadde sovet dårlig eller meget dårlig de tre siste månedene. Registerdata viser at 16–17 % av deltakerne er i jobb ved inklusjon, rundt 40 % var fullt sykmeldt, 15 % delvis sykmeldt, og drøyt 20 % mottakere av arbeidsavklaringspenger. I tillegg var det noen deltakere som hverken hadde registrert jobb eller mottok trygdeytelser ved inklusjon.

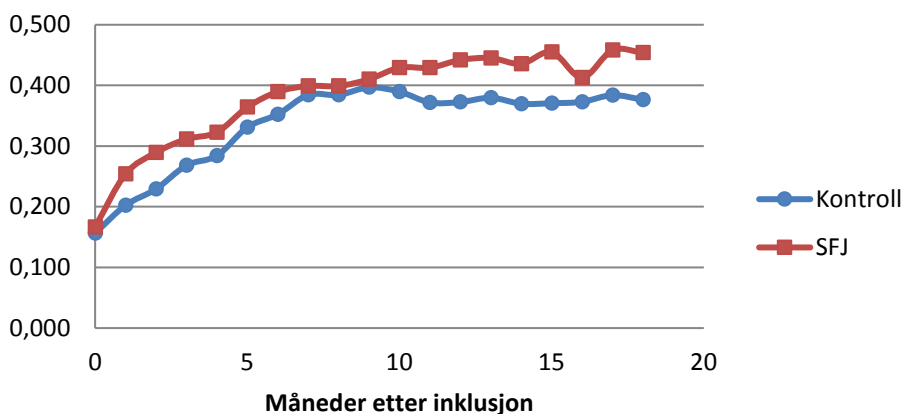
Resultater

Syssetsettingseffekter ble evaluert ved hjelp av registerdata. Dermed har man oppfølgings-informasjon om alle deltakerne i prosjektet og unngår potensielle seleksjonsproblemer som typisk kan oppstå selv i randomiserte forsøk fordi noen deltakere ikke responderer i oppfølgingsundersøkelser i tiden etter at randomiseringen og tiltaket er gjennomført. Sluttrapporten fra evalueringen er basert på data for de første 12 måneder etter inklusjon for

alle deltakere, og inntil 18 måneder for de som ble inkludert i løpet av det første året av inklusjonsperioden. Under følger noen hovedresultater fra sluttrapporten.

Figur 1 viser utviklingen i andeler helt eller delvis i jobb i perioden 0–18 måneder etter inklusjon for deltakerne i SFJ og kontrollgruppen.

Figur 1 Andeler helt eller delvis i jobb, alle deltakere.



12 måneder etter inklusjon er 6,9 % flere fra SFJ helt eller delvis i jobb sammenlignet med kontrollgruppen. Differansen mellom SFJ og kontrollgruppen opprettholdes over tid for underutvalget av deltakere som vi kan følge med oppfølgingsdata i inntil 18 måneder.

Tabell 1 viser marginaleffekt på sannsynligheten for å være helt eller delvis i jobb 12 måneder etter inklusjon for ulike individuelle bakgrunnskjennetegn og deltakelse i SFJ.

Vi ser for det første at helt uavhengig av type behandlingstiltak har bakgrunnskjennetegn som alder, utdanningsnivå, inntekt, selvrapportert helse og positiv forventninger til å komme i jobb statistisk signifikant betydning for å være helt eller delvis i jobb 12 måneder senere. Vi ser videre at 12 måneder etter inklusjon er sannsynligheten for å være i jobb 6 % høyere for deltakerne i SFJ sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen.

Tiltakseffekten statistisk signifikant forskjellig fra null, men ikke spesielt stor. Tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet er avhengig av både tiltakseffektens størrelse og varighet. En cost-benefitkalkyle basert på antakelser om tiltakseffekt på 6 % med varighet i ett år konkluderer med at tiltaket ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Tabell 1 Sannsynligheten for å være helt eller delvis i jobb 12 måneder etter inklusjon ^{a)}

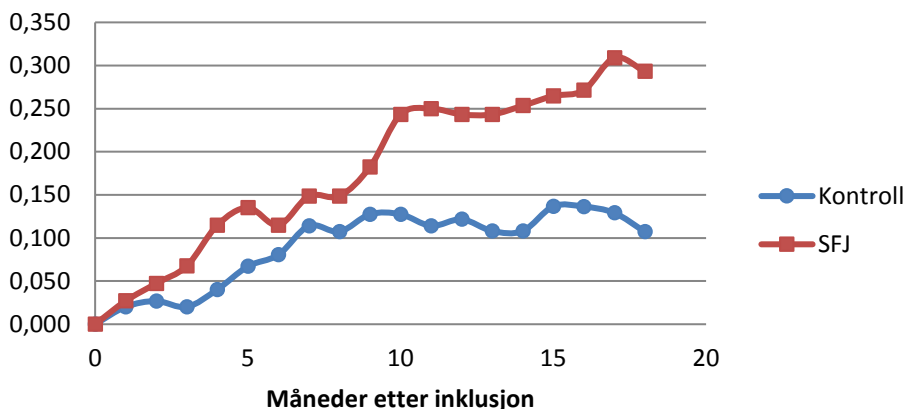
Variabel ^{b)}	dPr(jobb)/dX	Std.err.
Kvinne	0,0255	0,0577
Alder	-0,0073	0,0013
Gift	0,0380	0,0353
Grunnskole	-0,0968	0,0587
Høyere utdanning	0,1004	0,0089
Født utenfor Norge	-0,0039	0,0614
Inntekt året før inklusjon	0,0007	0,0002
God selvrapportert helse	0,1129	0,0351
Positiv forventning om retur til jobb	0,1643	0,0440
Senter For Jobbmestring	0,0601	0,0261
Pseudo R ²	0,0924	
N	1187	

^{a)} Uthevet skrift: statistisk signifikant på 5%-nivå. Regresjonsanalysen inkluderer også kontroller for jobbsenter.

^{b)} Basis: mann, videregående utdanning, norskfødt, middels eller dårlig selvrapportert helse, nøytral eller negative forventning om retur til jobb, behandling i kontrollgruppen.

Den forskningsbaserte evalueringen skulle også avklare om SFJ hadde ulik effekt for undergrupper av deltakere, spesielt avhengig av om de var i jobb, fullt sykmeldt eller langtidsmottakere av trygdeytelser da de ble eksponert for tiltaket. Denne analysen viser at behandling og oppfølging ved SFJ først og fremst bidro til at personer som hadde vært ute av arbeidslivet i lengere tid og var mottakere av arbeidsavklaringspenger eller ytelser ved arbeidsløshet i større grad oppnådde å komme i jobb (Figur 2). For undergruppene som enten var i jobb eller fullt sykmeldt ved inklusjon var der ingen systematiske eller statistisk signifikante forskjeller i andeler helt eller delvis i jobb mellom de som ble randomisert til SFJ eller kontrollgruppen.

Figur 2 Andeler helt eller delvis i jobb, deltakere med langtidsytelser ved inklusjon.



Oppsummering og avsluttende bemerkninger

Evalueringen av sysselsettingseffekter av kognitiv, jobbfokusert terapi, integrert med jobbmestrende oppfølging slik dette har vært prøvd ut ved Senter for jobbmestring, viser at denne typen behandlings- og oppfølgingsstrategi bidrar til høyere arbeidsmarkedsdeltakelse enn den mer tilfeldige og usystematiske oppfølgingen som NAV og primærhelsetjenesten ellers kan tilby. Når vi ser nærmere på hvem som har utbytte av tilbudet ved SFJ viser det seg imidlertid at det primært er langtidsmottakere av trygdeytelser som har økt jobbdeltakelse etter behandling og oppfølging ved SFJ. Ved 12 måneders oppfølging er differansen i andelen med økt jobbdeltakelse på hele 12 % for denne gruppen, og oppfølgingsdata for en lengre tidsperiode tyder på at tiltakseffekten blir større over tid. Dette er den gruppen som i utgangspunktet framstår som vanskeligst å rehabilitere tilbake til jobb. Mange har allerede forsøkt flere andre arbeidsrettede tiltak i NAV, og mange har ikke en jobb de kan komme tilbake til. Uten tiltaket ved SFJ er kun 12 % i et arbeidsforhold 12 måneder etter inklusjon i tiltaket.

For personer som er i jobb eller sykmeldt ved inklusjon har ikke behandlingsopplegget ved SFJ ekstra effekt utover den man oppnår gjennom annen behandling og oppfølging i NAV/primærhelsetjeneste. Dette er spesielt interessant sett i lys av en sterk tiltro til betydningen av tidlig intervensjon rettet mot personer med nedsatt psykisk helse. I dette prosjektet ser vi at de fleste som er i jobb ved inklusjon forblir i jobb utover i oppfølgingsperioden, noen med periodevis korte og/eller graderte sykmeldinger. I daglig praksis fremstår trolig denne gruppen som særlig suksessfull med hensyn til arbeidsmarkedsdeltakelse for personer i behandlings- og oppfølgingsteamet. Uten

informasjon om hvordan disse ville klart seg uten tiltaket (utfallet i kontrollgruppen) kan det være nærliggende å feiltolke suksess først og fremst som et resultat av behandlingen en har gitt. Dette kan bidra til å fremme en forestilling om at tidlig intervensjon er viktig. I senere analyser basert på oppdaterte data med lengre oppfølgingsperiode vil spørsmålet om årsaker til heterogenitet i tiltakseffekt ble analysert nærmere.

Bruken av randomiserte eksperiment som metode for å evaluere tiltakseffekter er kontroversiell både av metodiske og etiske grunner, og slike eksperimenter kan dessuten være kostbare å gjennomføre. En innvending som ofte reises mot å ta i bruk en eksperimentell tilnærming er at eksperimentet i seg selv skaper en konstruert tiltaksgruppe som ikke nødvendigvis tilsvare gruppen av brukere i daglige praksis. Noen måneder etter at rekrutteringen av deltakere til den forskningsbaserte evalueringen av SFJ var avsluttet lot vi nye brukere ved sentrene fylle ut det samme spørreskjema som ble brukt ved inklusjon i prosjektet. Sammenligning av disse med prosjektdeltakerne avdekket ikke vesentlige forskjeller i individuelle bakgrunnskjennetegn eller helsetilstand. Det ville heller ikke vært mulig å avdekke heterogeniteten i behandlingseffekt uten randomisering. I lengden vil kostnader knyttet til å gjennomføre denne typen forskningsbaserte evalueringer være små sammenlignet med kostnadene forbundet med å finansiere behandlings- og oppfølgingstiltak som ikke gir ekstra utbytte.

Sentrene for jobbmestring eksisterer fortsatt og to nye er kommet til. Så langt har man stort sett klart å beholde kompetansen i sentrene. Etter at evalueringsperioden var over økte pågangen av brukere til sentrene, delvis fordi randomiseringen ble avsluttet og delvis fordi noen leger avsto fra å henvise personer til SFJ så lenge den forskningsbaserte evalueringen pågikk. Over tid har det vært en dreining i retning av å prioritere personer som står uten arbeid ved inntak til sentrene.

Referanser

OECD(2013): Mental Health and Work, Denmark.

OECD(2013): Mental Health and Work, Norway.

OECD(2013): Mental Health and Work, Sweden.

Reme, S.E., Øverland, S., Grasdal, A., Ludviksen, K., Løvvik, C., Lie, S.A.(2013): Evaluering av Senter for jobbmestring. Sluttrapport. Uni Helse. <https://bora.uib.no/handle/1956/7982>

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016

En sjukförsäkring att lita på?

Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015

I januari varje år möts sedan mer än tjugo år forskare och representanter inom socialförsäkringsområdet i Umeå under ett par dagar för att utbyta erfarenheter och knyta kontakter. Arrangörer är Försäkringskassan, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Centralförbundet för socialt arbete (CSA).

Temat för årets forskarseminarium i Umeå var ”En sjukförsäkring att lita på?”, och samlade drygt 100 deltagare i Umeå Folkets hus.