

Vilka konsekvenser har försäkringskassans indragning av sjukpenning

Bo Mikaelsson

Margareta Leijon

Att i en kontrollerad studie samtidigt som forskningsetikens fana kan bevaras i topp studera konsekvenserna av Försäkringskassans indragning av sjukpenning illustrerar tydligt de svårigheter som forskningen inom socialförsäkringen konfronteras med. Här presenteras ett försök för att belysa dessa konsekvenser.

Bo Mikaelsson är docent och klinisk lärare vid Socialmedicinska avdelningen vid Linköpings universitet och Margareta Leijon är distriktsläkare och tf biträdande överläkare vid samma avdelning.

I det medicinska behandlingsarbetet har den behandlande läkaren självklart huvudansvaret för att patienten snarast kan återgå till ett normalt liv. Intill gränsen av patientens förmåga betonas även patientens egenansvar.

Enligt försäkringskassornas instruktion har även den lokala försäkringskassan ett stort behandlingsansvar för patienten. Detta gäller vid långa sjukfall, då patienten kan remitteras vidare till annan medicinsk instans för diagnos, behandling eller rehabilitering (1). Kontakt kan även från försäkringskassan tas med lokala reha-gruppen, personalfunktionen/företagshälsovården vid det företag där patienten är anställd, eller direkt med arbetsförmedlingen för arbetsvårdande åtgärder eller arbetsmarknadsutbildning. De rehabiliterande insatserna skall inte sättas igång först då friskskrivning från det långa sjukfallet är aktuell, eller att sjukbidragsperiodens slut är ett faktum. Fortsatt sjukskrivning "i väntan på rehabiliterande åtgärd" måste i möjligaste mån

undvikas, för att patienten inte ytterligare skall passiviseras. I samband med kassans handläggning av långa sjukfall ur rehabiliteringssynpunkt, sker förlöpande en bedömning av patientens sjukpenningrätt. Under ett långt sjukfall kan den situationen uppstå att patienten inte längre bedöms ha sin arbetsförmåga nedsatt med minst hälften och därför inte längre är berättigad till sjukpenning. I en sådan situation kan sjukpenning inte längre betalas ut, en sk sjukpenningindragning sker.

Åtgärden sjukpenningindragning är en sällsynt företeelse. Av samtliga avslutade långa sjukfall i Sverige 1982 avslutades 2,9 %, såväl hos män som hos kvinnor, med denna åtgärd (2). Beslutsprocessen upplevs av inblandade parter som påfrestande, och sker först efter upprepade kontakter med behandlande läkare och patienten i fråga.

Lagregler

De lagrum som försäkringskassan stödjer sig på vid indragning eller nedsättning av sjukpenning är:

1. Lagen om allmän försäkring (1962: 381) 3 kap 7 §.

Sjukpenning utgår vid sjukdom som orsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften.

Bedöms nedsättningen av arbetsförmågan vara

:::::::::::
Åtgärden sjukpenningindragning är en sällsynt företeelse. Av samtliga avslutade långa sjukfall i Sverige 1982 avslutades 2,9 procent med denna åtgärd.
:::::::::::

Minst 90 procent av alla sjukpenningindragningar hänförs till det lagrum, som menar att sjukdomen inte orsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften.

mindre resulterar bedömningen således i sjukpenningindragning. Till detta lagrum hänförs minst 90 % av alla indragningar.

2. Lagen om allmän försäkring 3 kap 17 §.

Patienten vägrar att ta emot försäkringskassans sjukkontrollant, ändrar vistelseort under sjukdom utan att försäkringskassan har kännedom om detta eller reser utomlands utan försäkringskassans godkännande. Patienten underlåter att anmäla ändring av inkomstförhållanden så att han får för hög sjukpenning. Denna bestämmelse åberopas relativt sällan, framför allt vid korta sjukfall.

3. Lagen om allmän försäkring 20 kap 3 §.

Patienten vägrar att underkasta sig undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter.

Syfte

Målsättningen med föreliggande projekt är att försöka beskriva en del socialmedicinska konsekvenser vid långa sjukfall av försäkringskassans administrativa åtgärd "indragning/nedsättning av sjukpenning".

Material och metodik

Under våren 1982 utvaldes alla konsekutiva fall av sjukpenningindragning/nedsättning vid långa sjukfall i Linköpings kommun.

Populationen uppgår till 94 personer, varav 44 män och 50 kvinnor.

Som jämförelsegrupp utvaldes i samma område samtliga personer, med pågående sjukfall som per 82-03-20 varat minst 180 dagar. Denna jämförelsegrupp omfattar 79 personer, varav 50 män och 29 kvinnor.

Projektet baseras på registerdata från försäkringskassans utredningsakter. Tidigare har redovisats resultat baserade på registeruppgifter från socialförvaltningen, arbetsförmedlingen samt intervju-

Figur 1. Definitioner under observationsperioden

Beteckningar		"Indragnings"-grupp	Jämförelsegrupp
Tid- punkter	Tids- perioder		
	p_{-2}	12-månaders- period före p_{-1}	12-månaders- period före p_{-1}
	p_{-1}	Sjukfallet som avslutas med sjukpenning- indragning	Det pågående sjukfallet
$t_0 \longrightarrow$		Sjukpenning- indragning (våren 1982)	82 03 20
	p_1	120 dagar (4 månader)	120 dagar (4 månader)
$t_1 \longrightarrow$			
	p_2	180 dagar (6 månader)	180 dagar (6 månader)
$t_2 \longrightarrow$			
	p_3	360 dagar (12 månader)	360 dagar (12 månader)
$t_3 \longrightarrow$			

För jämförelsegruppen redovisas en del data för den sammanlagda tidsperioden $p_1 + p_2$.

data med ett mindre antal personer (3). Observationsperioden och beteckningar framgår av Figur 1.

De studerade grupperna är olika. Den genomsnittliga varaktigheten av sjukfallen för "indragnings"-gruppen var 366 dagar, i jämförelsegruppen 228 dagar. "Indragnings"-gruppen är klart yngre (40,6 år resp 50,3 år i genomsnitt), har lägre sjukpenninggrundande inkomst och är franskilda i tre gånger högre frekvens än jämförelsegruppen (25 %). Jämförelsegruppen bedömes ha ett sämre hälsotillstånd, där pågående medicinsk behandling fortsättes. Rehabiliteringsinsatser utanför den medicinska sektorn måste ställas på framtiden.

Arbetslöshetsfrekvensen är mycket olika i grupperna; i indragningsgruppen är 25 % av männen, 14 % av kvinnorna arbetslösa vid början av det sjukfall, som slutar med indragning, medan i jämförelsegruppen arbetslöshetsfrekvensen vid sista sjukfalls början är 4 resp 10 %.

Resultat

De flesta personerna, vars sjukpenning indrages, tycks finna sig i försäkringskassans beslut. 21 % av männen och 26 % av kvinnorna överklagar dock beslutet. Endast en person får ändrat beslut i överinstans betr sjukpenningindragningen. Ungefär hälften, både män och kvinnor, har tidigare minst en gång blivit föremål för sjukpenningindragning.

Sjukfrånvarons storlek under observationsperioden framgår av *tabell 1*. Per definition är bägge grupperna sjukskrivna 100 % av alla dagar under P_{-1} , sjukfallet som slutade med sjukpenningindragning, resp det pågående sjukfallet för jämförelsegruppen. Sjukfrånvaron befinns vara påtagligt mycket större under 12-månadersperioden före "indragnings"-sjukfallet (P_{-2}) än för jämförelsegruppen. Genom den administrativa åtgärden minskar sjukfrånvaron de närmaste 10 månaderna (P_1 och P_2) till att omfatta 18 % av dagarna, jämfört med hälften av dagarna i jämförelsegruppen, för att sedan successivt stiga till ungefär samma nivå som i jämförelsegruppen (23 % av möjliga dagantalet).

Tabell 1. Sjukfrånvaro under observationsperioden. Medeltal

Tidsperiod	Antal dagar	"Indragnings"-grupp (N = 94)		Jämförelsegrupp (N = 79)	
		Antal dagar	%-andel av alla dagar	Antal dagar	%-andel av alla dagar
P_{-2}	365	117	32	35	10
P_{-1}		366	100	228	100
P_1	120	54	18	151	50
P_2	180				
P_3	360	82	23	87	24

En stigande andel personer i jämförelsegruppen får allt färre sjukdagar, medan den omvända utvecklingen föreligger i "indragnings"-gruppen. Denna utveckling betingas dock till stor del av att allt fler i jämförelsegruppen får sjukbidrag eller förtidspension (tabell 4).

Diagnoserna vid sjukfrånvaron under perioderna P_1 – P_3 förändras delvis jämfört med under P_{-1} . Indragningen av sjukpenning gäller den diagnos som

föreligger vid tiden för försäkringskassans beslut. Diagnosfördelningen ändras under perioderna P_1 – P_3 på så sätt att infektioner blir vanligare, likaså psykiska besvär och smärttillstånd. Infektioner ses mera hos dem som återgått till sysselsättning, medan de senare diagnosgrupperna förekommer hos dem som inte återgått till sysselsättning. Egen-sjukskrivningarna spelar en mycket liten roll. Diagnoserna för de studerade grupperna under sjukfallet, som avslutats med sjukpenningindragning, resp det pågående sjukfallet i jämförelsegruppen framgår av *tabell 2*. I "indragnings"-gruppen är de vanligaste diagnoserna ryggbesvär resp annat smärttillstånd, medan i jämförelsegruppen systemsjukdomar och olika typer av skador är vanligast, men ryggbesvär spelar även här en stor roll.

Tabell 2. Procentuell diagnosfördelning vid sjukfall, som avslutas med indragning resp det pågående sjukfallet (jämförelsegruppen)

Diagnos	Diagnosfördelning (%)			
	"Indragnings"-grupp		Jämförelsegrupp	
	M 44	Kv 50	M 50	Kv 29
Buksjd, besvär	7	6	2	–
Psyk sjd, besvär	9	14	6	11
Ryggsjd, besvär	43	25	16	22
Frakturer	5	4	10	–
Skada, ej fraktur	5	2	16	–
Systemsjd	5	10	34	44
Annat smärt - värktillstånd	21	31	8	15
Övriga diagnoser	6	8	8	7
	101	100	100	99

Förändringarna i sysselsättningssituationen under observationstiden framgår av *tabell 3*. Under observationsperioden provar allt färre på att återgå till någon form av sysselsättning. Fler personer gör arbetsförsök under observationsperioden, än som de facto är i sysselsättning i slutet av varje mätperiod (*tabell 4*). Sysselsättningsfrekvensen visar en successiv minskning i "indragnings"-gruppen, medan en långsam ökning observeras i jämförelsegrup-

Tabell 3. Förändringar i sysselsättning under observationsperioden. Procentuell fördelning

Typ av sysselsättning "Indragnings"- grupp (N = 94)				Jämförelsegrupp (N = 79)	
	P ₁	P ₂	P ₃	P ₁₊₂	P ₃
Återgått till tidigare arb	28	23	23	30	29
Omplacering på tidigare arbetsplats	10	8	2	3	2
Ny anställning	8	15	5	1	2
Arbetsvårdande åtgärd	7	13	5	0	0
Studier	10	3	0	0	0
Ej provat på någon sysselsättning	38	39	66	67	68

Tabell 4. I sysselsättning vid olika mättidpunkter. Procentuell fördelning

Tidpunkt	"Indragnings"- grupp (N = 94)	Jämförelsegrupp (N = 79)
t ₁	43	0
t ₂	44	15
t ₃	30	18

Tabell 5. Hur avslutades sjukfallet bland personerna i jämförelsegruppen?

	Under P ₁ och P ₂ (N = 79)	Under P ₃ (N = 20)
Förtidspension	22	4
Sjukbidrag	5	4
Ålderspension	1	1
Friskskrivning	24	4
Indragning av sjukpenning	4	0
Avliden	4	5
Ej avslutat	19	1
Uppgift saknas		1

Vid sjukfall som pågått mer än ett år slutar mer än hälften av alla sjukfall med förtidspension.

De personer, som blir föremål för sjukpenningindragning är redan före "indragnings"-sjukfallet en svårt prövad grupp i samhället.

pen under samma tidsperiod. Efter observationsperiodens slut är sannolikheten för återgång i någon form av sysselsättning ytterst begränsad.

Diskussion

Den sk rehabiliteringspotentialen försämrats avsevärt redan relativt tidigt under ett sjukfall. Vid sjukfall som pågått mer än ett år slutar mer än hälften med förtidspension (2).

De personer, som blir föremål för sjukpenningindragning är sannolikt redan före "indragnings"-sjukfallet en svårt prövad grupp i samhället. Bakgrundskaraktäristika i form av hög arbetslöshetsfrekvens, hög sjukfrånvaro långt innan "indragnings"-sjukfallet börjar, hög frekvens skilsmässor, talar sitt tydliga språk. Sjukpenningindragning som kommer mycket sent i ett långt sjukfall är knappast en bra rehabiliteringsmetod. Om denna administrativa åtgärd över huvud taget skall användas, bör den komma i ett tidigt skede i sjukfallet.

Riskerna är dock påtagliga, att stor skada kan ske även av ett tidigt insättande av denna åtgärd. Förutsättningen är att den medicinska utredningen skall ske skyndsamt, utan onödig väntan, och måste ske utifrån en helhetsbedömning av patientens hela situation.

Önskemålet vore att kunna utvärdera försäkringskassans åtgärd i form av indragning/nedsättning av sjukpenning i termer av långsiktig (cirka 2 år) cost-benefit för individ och samhälle. En sådan målsättning kräver dock en projektdesign i form av randomiserad kontrollerad studie. Möjligheterna att med bibehållen god forskningsetik utföra sådana studier, är dock små eller rent av obefintliga, vilket tidigare påtalats (4). På samma sätt som man inom övriga delar av läkekonsten, där en ur terapeutisk men ej etisk synpunkt kontroversiell behandlingsmetod i kontrollerade försök kan jämföras med andra metoder, bör kanske tiden nu vara mogen för att även inom socialförsäkringen skapa förutsättningar

:::::::::::
*Sjukskrivning är ett ännu inte vetenskapligt
utvärderat terapeutiskt instrument, som måste
betraktas som lika känsligt som en farmakolo-
gisk behandling: det måste ordineras i rätt
dos, under rätt tid och på rätt indikation.*
:::::::::::

för vetenskapligt men även etiskt korrekt upplagda studier för att utvärdera effekterna av olika åtgärder. Det finns annars en risk, att *om* och *när* samhällsekonomin tvingar fram besparingar inom det sociala skyddsnätet, att den s k osthyvelsprincipen, kanske panikartat, urholkar väl fungerande delar av socialförsäkringen. Förutsättningar för selektiva, åtgärder kan skapas genom en metodiskt uppbyggd och vetenskapligt förankrad utvärderande verksamhet.

Av socialförsäkringens kostnader på 128 miljarder kronor budgetåret 1983/84 var kostnaden för

sjukpenning 14,5 miljarder kronor, varav cirka 90 % för läkarordinerade långa sjukfall (mer än 7 dagar) (2).

Sjukskrivning är ett ännu inte vetenskapligt utvärderat terapeutiskt instrument, som måste betraktas som lika känsligt som en farmakologisk behandling: Det måste ordineras i rätt dos, under rätt tid och på rätt indikation. Felaktigheter i någon av dessa parametrar vid ordination ger otvivelaktigt negativa konsekvenser i en eller annan form för patienten. Sjukskrivningsinstrumentet måste hanteras utifrån en helhetsbedömning av patienten.

REFERENSER

1. Lagen om allmän försäkring, (AFL), 1962: 381.
2. Riksförsäkringsverket, statistik 1983, 1985.
3. Mikaelsson, B.: Indragning av sjukpenning följs av hög sjukfrånvaro. Social Försäkring 5, 1982.
4. Mikaelsson, B.: Forskning inom sjukförsäkringen. Social Försäkring 4, 1983.