

Hälsa, arbetsmarknads- anknytning och behov av stödjande insatser hos personer med sjuk- och aktivitetsersättning



Utgivare: Försäkringskassan
Försäkringsutveckling

Upplysningar: Magdalena Brasch
010-116 96 89
magdalena.brasch@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Alltsedan sjukfrånvaron började stiga under slutet på 1990-talet har sjukförsäkringens utformning varit en brännande politisk fråga. Under 2008 skedde förändringar i sjukförsäkringen, bland annat infördes *rehabiliteringskedjan* som innebar att tidsgränser för olika moment infördes i sjukskrivningsprocessen. Samtidigt avskaffades möjligheten att bevilja en tidsbegränsad sjukersättning. De som redan hade tidsbegränsad sjukersättning fick behålla ersättningen för den tid som redan beslutats och ytterligare en eller flera perioder om sammanlagt högst 18 månader. I december 2009 hade drygt 61 500 personer tidsbegränsad sjukersättning. Under 2010 beräknar Försäkringskassan att omkring 31 000 av dem kommer att lämna ersättningen som en följd av att deras 18 månader med övergångsbeslut tar slut.

Resultaten i den här rapporten bygger på enkätdata som samlades in 2007. Enkäten riktades till personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som svarat på frågor om självupplevd hälsa, aktuell arbetsmarknadsanknytning, behov av stöd samt möjligheten att återgå i arbete och vilka insatser som i så fall skulle behövas. Fokus i rapporten är inriktat på dem med en tidsbegränsad sjukersättning men jämförelser med individer som har sjukersättning tillsvidare görs i princip genomgående. En mindre del av resultaten har redovisats i en rapport som Försäkringskassan publicerade år 2008¹. Skillnaden är att då visades inte resultaten fördelade på dem med en tidsbegränsad och dem med en tillsvidare ersättning.

Hanna Larheden har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Magdalena Brasch
Verksamhetsområdeschef
Försäkringsutveckling

¹ Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning. Socialförsäkringsrapport 2008:2.

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	7
Inledning	9
Bakgrund	9
Syfte och frågeställningar.....	10
Datamaterial och metod	10
Liten ordlista	12
Vem har tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning?.....	12
Hälsosituationen	14
Upplevda besvär.....	14
Självskattad hälsa.....	16
<i>Olika faktorerers inverkan på självskattad god hälsa</i>	16
<i>De med en tidsbegränsad ersättning mår inte bättre</i>	18
Arbetsmarknadsanknytning	20
Förekomsten av anställning eller eget företag inom hela gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning	20
Syssetsättning på den arbetsföra delen bland dem med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid	21
<i>Bedömning av befintlig arbetsförmåga bland dem med partiell sjuk- och aktivitetsersättning</i>	23
Behov av insatser	25
Större behov av insatser hos dem med tidsbegränsad ersättning.....	25
Stödperson viktigast för alla med sjuk- och aktivitetsersättning.....	26
<i>Vad kan stödperson stå för?</i>	28
Ökad arbetsförmåga, givet insatser?	29
Olika faktorerers inverkan på tron på ökad arbetsförmåga	29
<i>Varaktighet på ersättningen, ålder, utbildning och diagnos viktiga faktorer</i>	31
Utbildning till nytt yrke viktigast på vägen tillbaka	33
Avslutande kommentarer	35
Referenser	37
Bilaga	38

Sammanfattning

Flera stora förändringar av sjukförsäkringen genomfördes under år 2008. Det övergripande syftet med reformerna var att ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. En av förändringarna var att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades vid halvårsskiftet. Det innebär att gruppen med tidsbegränsad sjukersättning minskar successivt. I december 2009 hade drygt 61 500 personer en tidsbegränsad sjukersättning. Särskilda övergångsbestämmelser har införts som innebär att det blir möjligt att i vissa fall bevilja ytterligare en eller flera perioder med ersättning på sammanlagt högst 18 månader. Övergångsbestämmelserna kan tillämpas till och med december månad 2012.

Under år 2010 beräknar Försäkringskassan att 31 000 personer med tidsbegränsad sjukersättning kommer att lämna försäkringen som en följd av att deras 18 månader med övergångsbeslut tar slut. Riksdagen har nyligen beslutat om särskilda åtgärder eller insatser för den här gruppen.

Syftet med den här rapporten är att utifrån några aspekter beskriva och analysera situationen för gruppen som har tidsbegränsad SA². Rapportens huvudsakliga frågeställningar handlar om självskattad hälsa, arbetsmarknadsanknytning och behov av stöd samt tro på den egna arbetsförmågan i framtiden. I de flesta fall görs jämförelser med individer som har sjukersättning tillsvidare.

Det är viktigt att poängtera att resultaten i rapporten bygger på uppgifter om hur individen själv uppfattar sin situation. Uppgifterna samlades in via postenkäter under år 2007.

Resultaten visar att personer med en tidsbegränsad SA vare sig upplever sin hälsa som bättre eller sämre än personer med en tillsvidare sjukersättning. Däremot mår personer med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid bättre än de som har ersättningen på heltid vilket är naturligt i och med att de har bedömts ha en kvarvarande arbetsförmåga, en ”frisk” eller arbetsförmögen del vid sidan om sin sjukdom. Bäst mår de som har sin deltidsersättning på obegränsad tid, det vill säga tillsvidare.

På frågan om vilka medicinska besvär de upplever visar resultaten att svåra medicinska besvär är något mer utbredda bland dem med tidsbegränsad SA, jämfört med dem som har sjukersättningen tillsvidare. Muskuloskeletala besvär är vanligast och psykiska besvär näst vanligast hos både dem med tidsbegränsad och tillsvidare ersättning.

² Sjuk- och aktivitetsersättning. Aktivitetsersättningen är alltid tidsbegränsad och riktas till unga i åldern 19–29 år. Aktivitetsersättningen finns fortfarande kvar och avskaffades inte som den tidsbegränsade sjukersättningen men är trots det inkluderad i rapporten eftersom de ungas situation är viktig att visa.

Arbetsmarknadsanknytningen mätt som andel med en fast alternativt tillfällig anställning eller ett eget företag, ser väldigt lika ut för personer med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid, oberoende av hur lång tid personen haft sin sjuk- och aktivitetsersättning eller om den är tidsbegränsad eller tillsvidare. Ungefär 75 procent arbetar på sin arbetsföra eller ”friska” del. Arbetsförmågan, på den del de arbetar, bedöms som stabilare av dem som har sin deltidserättning tillsvidare, jämfört med dem som har en tidsbegränsad deltidserättning.

Behovet av stöd och hjälp är omfattande hos dem med tidsbegränsad SA, nära 70 procent vill ha en eller flera av de totalt sju olika insatser som räknas upp i enkäten. I första hand önskas stödperson som kan hjälpa till i kontakterna med olika instanser, därefter utbildning till annat yrke och på tredje plats psykoterapi/stressbehandling. Stödbehovet hos dem med tillsvidare sjukersättning är väsentligt lägre, cirka 30 procent vill ha minst en av de föreslagna insatserna.

Drygt 20 procent av dem med tidsbegränsad SA och 4 procent av dem med en sjukersättning tillsvidare tror att de kan återfå eller öka sin arbetsförmåga inom en treårsperiod under förutsättning att de får de insatser de angett. Åldern har en stor inverkan på tron på ökad arbetsförmåga, likaså utbildningsnivå och diagnos. Bland dem är utbildning till annat yrke den insats som önskas i högst utsträckning följt av en stödperson som kan hjälpa till i kontakterna med olika instanser.

Summary

A number of major changes were implemented in health insurance during 2008. The overall aim of these reforms was to improve motivation for a return to work. One of the changes was the abolition of temporary sickness compensation. The group with temporary sickness compensation will thus gradually diminish in number. In December 2009, just over 61 500 people had temporary sickness compensation. Special transitional rules have been introduced, which will make it possible in certain cases to grant further periods of compensation for totally at most 18 months. These transitional rules apply until the end of December 2012.

During 2010, the Swedish Social Insurance Agency estimates that 31 000 people will leave this insurance scheme at the end of their 18-month period under the transitional rule. The Parliament has recently decided to implement special measures or initiatives for this group.

The objective of this report is to describe and analyse the situation for the group with temporary SA³. The main issues addressed by the report concern self-rated health, employability and the need of support as well as belief in own future work capacity. In most cases, comparisons are made with individuals with sickness compensation which is not temporary.

It is important to underline that the results in this report are based on information about how individuals rate their own situation. The information was collected by postal questionnaires during 2007.

The results show that persons with temporary SA neither perceive their health as better nor worse than persons with sickness compensation that is not temporary. However, persons with partial sickness and activity compensation feel better than those who receive full-time compensation, which is natural bearing in mind that they are considered to still have work capacity, to be healthy to some extent and capable of working as well as being ill. Those with partial sickness compensation which is not temporary feel best.

In response to the question about the medical complaints that they experience, the results show that severe medical complaints are slightly more widespread among those with temporary SA, compared with those that have sickness compensation that is not temporary. Muscular-skeletal complaints are most common and mental complaints next most common

³ Sickness and activity compensation. Activity compensation is always temporary and is intended for young people aged between 19 and 29. Activity compensation still exists and was not abolished like temporary sickness compensation. However, it has been included in the report since it is important to show the situation of young people.

both among those with temporary and non-temporary sickness compensation.

Employability measured as a proportion with permanent or temporary employment or self-employed, appears very similar for persons with part-time sickness or activity compensation, regardless of how long the person has had sickness and activity compensation or if it is temporary or not. Approximately 75 per cent work in the portion of time that they are sufficiently healthy to be able to work. Work capacity for the portion that they work is considered to be more stable among those who have partial compensation which is not temporary compared with those with temporary partial compensation.

Those with temporary SA have an extensive need of support and assistance, almost 70 per cent want to have one or more of the total of seven different measures listed in the questionnaire. In the first place, a support person is wished for who could help in contacts with various bodies, in the second place training for a different occupation and in third place psychotherapy/stress treatment. The need for support among those with sickness compensation which is not temporary is considerably lower, around 30 per cent, who would like at least one of the proposed measures.

Over 20 per cent of those with temporary SA and 4 per cent of those with sickness compensation which is not temporary believe that they can get back or increase their work capacity within a three-year period provided that they received the measures that they specified. Age has an important impact on belief in increased work capacity, as well as educational level and the diagnosis. Among this group, training for another occupation is the measure that is most in demand followed by a support person who can help in contacts with various bodies.

Inledning

Bakgrund

Under 2008 genomfördes flera genomgripande förändringar i sjukförsäkringens regelverk. Bakgrunden till reformerna beskrivs i budgetpropositionen för 2008 som att sjukförsäkringen måste bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. Utgångspunkten är att så många människor som möjligt ska ges förutsättningar att försörja sig själva genom förvärvsarbete. Den här rapporten handlar om individer med sjuk- och aktivitetsersättning och fokuserar därför på förändringar i regelverket som omfattar de förmånerna.

I och med reformeringen skedde en förändring⁴ av kraven för att beviljas sjukersättning samtidigt som tidsbegränsad sjukersättning avskaffades från och med den 1 juli 2008 (Prop. 2007/08:136). Tidsbegränsad sjukersättning beviljades tidigare när Försäkringskassan bedömde att arbetsförmågan var nedsatt på grund av sjukdom under minst ett år, men inte med säkerhet kunde slå fast att nedsättningen var varaktig. Den period under vilken den försäkrade kunde beviljas tidsbegränsad sjukersättning varierade mellan 12 och 36 månader. Regeringens intention med regelförändringen var att sjukersättning fortsättningsvis endast ska komma i fråga om den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt utan möjligheter att med hjälp av ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering kunna återfå eller förbättra arbetsförmåga (Prop. 2007/08:136).

Regelförändringen innebär att gruppen med tidsbegränsad sjukersättning minskar successivt. I november 2009 hade drygt 63 000 personer en tidsbegränsad sjukersättning. Särskilda övergångsbestämmelser har införts som innebär att det blir möjligt att i vissa fall bevilja ytterligare en eller flera perioder med ersättning på sammanlagt högst 18 månader. Övergångsbestämmelserna kan tillämpas till och med december månad 2012.

Aktivitetsersättningen är alltid tidsbegränsad men finns tillsvidare kvar i sin nuvarande form. Ersättningen är riktad till unga i åldern 19–29 år. I december 2009 hade knappt 26 000 personer aktivitetsersättning.

I propositionen (2007/08:136) poängterades att det är viktigt att personer som har tidsbegränsad sjukersättning enligt övergångsbestämmelserna får hjälp och stöd för återgång i arbete i god tid innan ersättningen löper ut. Regeringen lämnade i oktober 2009 förslag på att införa ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram för den här gruppen, om de saknar

⁴ Arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt (för all överskådlig tid) med minst en fjärdedel i alla förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden (inkluderar även anpassade arbeten).

en arbetsgivare alternativt inte kan återgå till sin tidigare arbetsgivare (Prop. 2009/10:45). Introduktionen ska som längst pågå under tre månader och deltagarna ska under den tiden erbjudas en koncentrerad utredning och kartläggning av deras behov av stöd för övergång till arbete. Efter avslutad introduktion ska personen kunna ta del av Arbetsförmedlingens ordinarie insatser (Ds 2009: 45, Prop. 2009/10:45). Riksdagen antog regeringens förslag och lagändringarna trädde i kraft den 15 januari 2010.

Mot bakgrund av att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffas och många personer ska lämna denna förmån är ytterligare kunskap om målgruppen viktig. Den här rapporten handlar om hur individer med tidsbegränsad ersättning mår, vad de vill ha för sorts stöd och hur de ser på sina möjligheter att öka sin arbetsförmåga om de får det stödet. Deras situation jämförs med motsvarande svar från individer med tillsvidare sjukersättning .

Resultaten bygger på enkätdata som insamlades våren 2007, ett år innan de beskrivna regeländringarna trädde i kraft.

Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att beskriva och analysera situationen för personer med sjuk- och aktivitetsersättning utifrån några frågeställningar. Hur bedömer de sin hälsa? Hur ser deras arbetsmarknadsanknytning ut? Vilket behov av stöd och hjälp har de, och givet att de får de stöd de önskar, i vilken utsträckning tror individer med sjuk- och aktivitetsersättning att de kan öka sin nuvarande arbetsförmåga? Individegenskaper hos dem med störst tro på ökad arbetsförmåga identifieras och beskrivs.

Mot bakgrund av regelförändringarna under 2008 och behovet av särskilda insatser för alla som har en tidsbegränsad sjukersättning så är fokus i rapporten inriktat på dem med en tidsbegränsad ersättning. Jämförelser med individer som har sjukersättning tillsvidare görs däremot i princip genomgående. Alla resultat bygger på individens egen bedömning av sin situation.

Datamaterial och metod

I en tidigare rapport⁵ har Försäkringskassan beskrivit hjälpbehovet och tron på ökad arbetsförmåga i framtiden hos personer som relativt nyligen beviljats SA. Resultaten i den här rapporten utgår från samma enkätdata, som insamlades under våren 2007, men omfattar även svar från en grupp personer som har haft ersättningen under en längre tid. Individerna i den senare gruppen har beviljats SA under perioden 1971–2004 och i gruppen med nyligen beviljad SA har alla beviljats ersättning någon gång under år 2005.

Inom båda grupperna, beviljade 1971–2004 och beviljade 2005, kan den enskilde ha beviljats en tidsbegränsad eller en tillsvidare ersättning. I rapporten redovisas resultat för samtliga fyra delgrupper med sjuk- och

⁵ Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning, Socialförsäkringsrapport 2008:2.

aktivitetsersättning men med störst fokus på dem med tidsbegränsad ersättning. Dessutom riktades en förkortad version av enkäten till ett obundet slumpmässigt urval individer ur befolkningen, 19–64 år⁶. Resultat avseende jämförelsegruppen ur befolkningen kommer att användas i det första kapitlet som handlar om individernas upplevda hälsosituation.

1. Individer beviljade sjuk- och aktivitetsersättning åren 1971–2004
Population: 459 577 individer
Urval: 6 000 individer, 19–64 år
Svarsfrekvens 49 procent (2 944 individer)
2. Individer beviljade sjuk- och aktivitetsersättning år 2005
Population: 48 500 individer
Urval: 10 000 individer, 19–64 år
Svarsfrekvens 55 procent (5 460 individer)
3. Individer ur totalbefolkningen
Population: 5 439 250
Urval: 5 000 individer, 19–64 år
Svarsfrekvens: 61 procent (3 042 individer)

Bortfallet består dels av objektsbortfall som innebär att enkäten inte är besvarad alls, dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor i enkäten inte är besvarade. Om bortfallet skiljer sig åt från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva. För att reducera bortfallsskevheten har kalibreringsvikter beräknats för att kompensera objektsbortfallet och räkna upp resultatet till populationsnivå. SCB:s bortfallsanalys visar att svarsandelen verkar skilja sig beroende på kön, födelseland och utbildning. Kvinnor, födda inom Norden och högskoleutbildade har svarat i något högre utsträckning än män, födda utanför Norden och grund- eller gymnasieutbildade. Men även ålder, diagnos och omfattning på ersättningen tycks spela viss roll. Enkäten har riktats till individer som ofta har en svår och komplex hälsosituation. Det kan vara så att bortfallet också speglar en selektion utifrån hälsostatus där de med jämförelsevis bättre hälsosituation har svarat i högre utsträckning.

Vid resultatgenomgången framkom att åtta procent, i båda urvalen med sjuk- och aktivitetsersättning, inte längre hade kvar sin ersättning vid enkättillfället. Bland dem som lämnat ersättningen hade ungefär var tredje hunnit fylla 65 år och hade sannolikt ålderspension i stället när de besvarade enkäten. Resterande två tredjedelar av den grupp som inte längre hade sin sjuk- och aktivitetsersättning kvar vid enkättillfället kan ha återvänt till arbetsmarknaden, avlidit eller ha en annan försörjning. I resultatredovisningarna har de som lämnat sin ersättning uteslutits.

⁶ Urvalsramen skapades utifrån Registret över totalbefolkningen (RTB) och består av samtliga folkbokförda i Sverige i åldern 19–64 år. Antalet individer i ramen var 5 439 250 den 29 januari 2007.

I rapportens analysavsnitt används metoden logistisk regression. Med hjälp av metoden är det möjligt att studera enskilda förklarande variabels inverkan på en beroende variabel samtidigt som hänsyn tas till de förklarande variablerna som ingår i analysen. Logistisk regression används när den beroende variabeln kan anta två värden, till exempel god självskattad hälsa och inte god självskattad hälsa. Resultaten av den logistiska regressionsanalysen presenteras i form av oddskvoter. Jämförelsen mellan kategorier inom en förklarande variabel görs mot en referensgrupp som antar värdet 1. En statistisk säkerställd oddskvot som är större än 1 innebär en högre benägenhet att, som i exemplet, skatta den egna hälsan som god i förhållande till referensgruppen. Omvänt innebär en statistiskt säkerställd oddskvot som är lägre än 1 en lägre benägenhet att skatta den egna hälsan som god i förhållande till referensgruppen.

Liten ordlista

Aktivitetsersättning	19–29 år, är tidsbegränsad och beviljas för 1–3 år
Tidsbegränsad sjukersättning	30–64 år, är tidsbegränsad och beviljades för 1–3 år, avskaffades 080701
Tidsbegränsad SA	aktivitetsersättning <u>och</u> tidsbegränsad sjukersättning
Tillsvidare sjukersättning	30–64 år, icke tidsbegränsad, skärpta regler för beviljande infördes 080701
SA	förkortning för sjuk- och aktivitetsersättning, inkluderar både tidsbegränsad och tillsvidare sjukersättning
S	förkortning för sjukersättning

Vem har tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning?

En bild av de olika grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning som presenteras i rapporten visar att det finns flera tydliga skillnader mellan de individer som beviljas tidsbegränsad respektive tillsvidare ersättning. Tabell 1 visar att andelen kvinnor med tidsbegränsad ersättning är högre än för tillsvidare sjukersättning. Sju av tio med tidsbegränsad ersättning är kvinnor. Åldersstrukturen ser också olika ut mellan förmånerna vilket till viss del förklaras av att aktivitetsersättningen alltid är tidsbegränsad och sänker medelåldern för gruppen med tidsbegränsad ersättning. När de med aktivitetsersättning utesluts blir medelåldern två år högre, 47 år (beviljade 2005) vilket innebär att medelåldern vid beviljandet av tidsbegränsad sjukersättning fortfarande är väsentligt lägre än medelåldern vid ett beslut om tillsvidare sjukersättning. Vidare ser diagnosmönstret olika ut för de båda grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning. De med tidsbegränsad ersättning har i högre utsträckning beviljats ersättningen för en psykisk diagnos jämfört med de med sjukersättning tillsvidare.

Tidpunkten för beslutet om sjuk- och aktivitetsersättning ligger långt bak i tid för flertalet av dem som svarat på enkäten. I gruppen beviljade 1971–2004 var genomsnittstiden med sjuk- och aktivitetsersättning vid intervju-tillfället åtta år. Bland dem hade de med tidsbegränsad ersättning haft den i genomsnitt fem år och de med tillsvidare sjukersättning i nio år. Gruppen med beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 2005 hade vid intervjutillfället haft sin ersättning i genomsnitt två år.

Tabell 1 Beskrivning av de båda grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning som svarat på enkäten samt respektive grupp uppdelat på tidsbegränsad och tillsvidare ersättning (i procent)

	Beviljad 1971–2004			Beviljad 2005		
	Samtliga	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Samtliga	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare
Kön						
Kvinna	61	71	59	63	69	57
Man	39	29	41	37	31	43
Ålder						
20–29 år	3	15	–	4	9	–
30–44 år	14	39	10	19	35	5
45–54 år	24	33	22	25	36	15
55–64 år	59	13	68	52	21	80
Medel	54 år	42 år	56 år	52 år	45 år	58 år
Födelseland						
Inrikes född	81	84	80	82	80	84
Utrikes född	19	16	20	18	20	16
Utbildning						
Grundskola	47	32	49	37	25	49
Gymnasium	38	50	35	40	50	31
Högskola/Universitet	16	18	15	23	25	21
Diagnos⁷						
Muskuloskeletala sjukdomar	38	30	42	38	30	45
Psykiska sjukdomar	39	54	31	34	48	21
Sjukdomar i nervsystemet	5	3	6	6	4	7
Cirkulationsorganens sjukdomar	6	2	8	6	3	9
Skador och förgiftningar	4	3	4	4	5	4
Övriga sjukdomar	9	7	10	12	10	14
SA-ersättning						
Hel	75	73	76	56	60	51
Partiell	25	27	24	44	40	49
Totalt (i procent)	100	16	84	100	48	52
N=	2 707	922	1 785	5 024	2 800	2 224

⁷ Partiellt bortfall av uppgifter om diagnos för gruppen med SA beviljad 1971–2004 är 44 %. Inom gruppen SA beviljad 1971–2004 är det partiella bortfallet för de med tidsbegränsad SA 11 % och för de med tillsvidare sjukersättning 62 %.

Hälsosituationen

Alla som beviljats sjuk- och aktivitetsersättning har bedömts ha en sin arbetsförmåga nedsatt varaktigt respektive under en begränsad tid. Över tid kan förutsättningar ha förändrats och händelser inträffat som i endera riktningen påverkat arbetsförmågan. I det här avsnittet redovisas resultat som beskriver vilka besvär individerna upplever, hur de skattar sin hälsa samt vilken syn de har på sin framtida hälsa. Flera studier har visat att självskattad hälsa är en stark oberoende prediktor för framtida sjuklighet (Forskningsrådsnämnden 1998).

Upplevda besvär

Respondenterna fick ta ställning till om de under den senaste månaden har haft olika uppräknade besvär såsom tryck över bröstet, ryggsmärtor och oro, ängslan eller ångest. Svartalternativen gav möjlighet att nyansera svaret genom att ange svårare eller lättare besvär alternativt inga besvär alls. I tabell 2 redovisas endast de som uppgett att de har svårare besvär. Frågorna har även ställts till jämförelsegruppen bestående av ett slumpmässigt urval individer ur befolkningen 19–64 år vars svar redovisas i samma tabell.

Eftersom respondenterna kan ange flera besvär summerar svaren för respektive grupp mer än 100. Däremot upplever inte alla med sjuk- och aktivitetsersättning svårare besvär. I gruppen som har haft sin tidsbegränsade ersättning längst tid (beviljad 1971–2004) uppger 20 procent att de inte har haft svårare besvär i något av de uppräknade alternativen. Motsvarande siffra för de som beviljades en tidsbegränsad ersättning under år 2005 är 15 procent och de är den grupp som i högst utsträckning upplever svåra besvär. Störst blir skillnaden i jämförelse med dem som beviljades en tillsvidare sjukersättning samma år.

Tabell 2 Andel med upplevda svåra besvär fördelat på grupperna beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 1971–2004, beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 2005 samt jämförelsegruppen (i procent)

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005		Jmf-grupp (bef.)
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	
Muskuloskeletala besvär a	63	66	63	62	21
Psykiska besvär b	55	42	61	39	13
Neurologiska besvär c	33	28	33	25	9
Hjärt- och kärlbesvär d	20	18	18	16	4
Gastrointestinala besvär e	18	15	17	11	4
Nej, inga svåra besvär	20	21	15	24	71
Endast ett av besvären	26	30	28	32	18
Två av besvären	22	23	26	22	8
Minst tre av besvären	32	26	31	22	3
Totalt	100	100	100	100	100
n=(antal svar)	922	1 785	2 800	2 223	3 042

a Värk i nacke, axlar eller skuldror/ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias/ont i händer, armbågar, ben eller knän/smärta som flyttar runt i kroppen.

b Oro, ångslan eller ångest/kronisk trötthet/sömnbesvär/depression eller djup nedstämdhet

c Kronisk eller återkommande huvudvärk eller migrän/yrsel/tinnitus

d Tryck över bröstet/andfåddhet vid lättare ansträngning

e Kroniska eller återkommande mag- eller tarmbesvär

Rangordningen mellan de fem olika kategorierna av medicinska besvär ser identisk ut för samtliga grupper. Besvärmönstret hos ett genomsnitt av befolkningen är en återspeglning av hur det ser ut för grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning. Resultaten mellan jämförelsegruppen och i första hand grupperna med tillsvidare sjukersättning är proportionerliga (storleksordningen 1 till 3). Den tydligaste skillnaden mellan grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning är att andelen som upplever svåra psykiska besvär är högre bland dem med tidsbegränsad ersättning. Resultaten i tabell 1 visade också att de med tidsbegränsad ersättning i högre utsträckning har beviljats ersättning för en psykisk diagnos jämfört med de med tillsvidare sjukersättning.

De med tidsbegränsad ersättning upplever i högre utsträckning svåra besvär jämfört med de med sjukersättning tillsvidare. I gruppen beviljad fram till 2004 och gruppen beviljad 2005, uppger 54 respektive 57 procent av dem med tidsbegränsad ersättning att de har svårare besvär inom minst två av de fem kategorierna i tabell 2, jämfört med 49 och 44 procent för dem med sjukersättning tillsvidare. Dessutom är andelen som inte upplever några svåra besvär något lägre bland de med tidsbegränsad ersättning.

Varför upplever de med tidsbegränsad ersättning generellt sett mer omfattande medicinska besvär när Försäkringskassan bevisligen gjort bedömningen att deras nedsättning av arbetsförmågan inte är lika stadigvarande som för dem som beviljats en tillsvidare sjukersättning? En förklaring kan vara just det faktum att de med en tidsbegränsad ersättning är hänvisade till Försäkringskassans framtida bedömning för en eventuell

förlängning av sin ersättning. När Försäkringskassan ställer frågor om deras hälsotillstånd kan de vara mer benägna att ange en mer omfattande besvärshälsa än gruppen med en tillsvidare sjukersättning som inte i samma utsträckning behöver fundera över om de får behålla sin ersättning eller inte.

Självskattad hälsa

Respondenterna har skattat sin hälsa genom att svara på dels hur de bedömde sin fysiska hälsa, dels hur de bedömde sin psykiska hälsa vid intervju tillfället. Vidare fick de ta ställning till om de kände sig lugna eller oroliga för den egna fysiska och den egna psykiska hälsan i framtiden. I tabell 3 visas resultaten av de olika gruppernas självbedömda hälsa med villkoret att både den fysiska och psykiska hälsan ska ha bedömts vara ganska eller mycket god samt att de känt sig ganska eller mycket lugna för hur både den fysiska och psykiska hälsan blir i framtiden.

Tabell 3 Självskattad hälsa. Andel respondenter som bedömer sin fysiska och psykiska hälsa som ganska eller mycket god, samt andel som känner sig ganska eller mycket lugn för sin fysiska och psykiska hälsa i framtiden (i procent)

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005		Jmf-grupp (bef.)
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	
a. Hälsan i dag	14	13	11	15	68
b. Hälsan i framtiden	12	16	9	15	52
n=(antal svar)	a=916 b=918	a=1765 b=1762	a=2771 b=2778	a=2197 b=2201	a=3034 b=3014

Gruppen med tidsbegränsad ersättning beviljad 2005 skattar både sin aktuella hälsa och hälsan i framtiden svagare än de övriga. Intressant att notera är att resultatet för de med sjukersättning tillsvidare visar att andelen som känner sig lugn för sin framtida hälsa är lika stor eller större än andelen som bedömer sin hälsa i dag som god. Resultatet i synnerhet för jämförelsegruppen visar att det kan vara ett stort språng mellan att bedöma hälsan i dag och sia om hur hälsan kommer att vara i framtiden, osäkerheten om framtiden återspeglas i svaren. Det gäller även för de med tidsbegränsad ersättning om än i mindre utsträckning. En hypotes är att de med sjukersättning tillsvidare i högre utsträckning hittar en identitet som sjuk med permanent ersättning från försäkringen som innebär en mindre oro för att sjukersättningen omprövas i framtiden. Vad gäller rädslan för att förlora sin sjuk- och aktivitetsersättning i framtiden så ställs en fråga kring det och svaren bekräftar att de med tidsbegränsad ersättning i väsentligt högre utsträckning är oroliga för att Försäkringskassan ska besluta att dra in eller minska ens ersättning.

Olika faktorerers inverkan på självskattad god hälsa

I den första regressionsanalysen är den beroende variabeln att den enskilde individen skattar sin egen hälsa som god. De förklarande variabelerna i analysen är kön, ålder, födelseland, diagnos, utbildning, typ av ersättning, civilstånd, hemmavarande barn och region.

Resultaten av den multivariata regressionsanalysen presenteras i form av oddskvoter. Jämförelsen mellan kategorier inom en faktor eller förklarande variabel görs mot en vald referensgrupp som antar värdet 1. En statistiskt säkerställd oddskvot som är större än 1 innebär en högre chans (eller risk) att bedöma den egna hälsan som god i förhållande till vald referensgrupp. På samma sätt innebär en statistiskt säkerställd oddskvot som är lägre än 1 en lägre chans (eller risk) att bedöma den egna hälsan som god i förhållande till vald referensgrupp.

Tabell 4 Självsfattad god fysisk och psykisk hälsa i dag. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. (Oddskvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)

	Beviljad 1971– 2004	95 % konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % konfidens- intervall	Jmf- grupp (bef.)	95 % konfidens- intervall
SA						
Hel (ref.)	1		1		.	
Partiell	2,34	1,86–2,94	2,99	2,47–3,63	.	
Tillsvidare (ref.)						
Tidsbegränsad	0,82	0,60–1,12	0,81	0,65–1,02	.	
Diagnos						
Muskuloskeletal sjukdomar (ref.)	1		1		.	
Psykiska sjukdomar	2,25	1,55–3,25	1,63	1,3–2,04	.	
Övriga sjukdomar	1,77	1,20–2,60	1,59	1,27–1,98	.	
Uppgift om diagnos saknas	1,94	1,36–2,78				
Kön						
Kvinnor	1,15	0,93–1,44	1,68	1,39–2,03	0,98	0,83–1,15
Män (ref.)	1		1		1	
Ålder						
19–29 år	2,92	1,96–4,35	1,98	1,35–2,92	1,49	1,12–1,97
30–44 år	1,40	1,03–1,92	0,84	0,63–1,12	1,34	1,05–1,70
45–54 år	1,15	0,82–1,62	0,88	0,67–1,16	1,08	0,85–1,38
55–64 år (ref.)	1		1		1	
Födelseland						
Inrikes född (ref.)	1		1		1	
Utrikes född	0,67	0,46–0,97	0,51	0,37–0,70	0,47	0,38–0,59
Utbildning						
Grundskola	1,05	0,81–1,36	1,13	0,91–1,42	0,80	0,64–1,01
Gymnasie (ref.)	1		1		1	
Högskoleutbildning	1,51	1,13–2,01	1,34	1,07–1,67	1,33	1,10–1,61
Civilstånd						
Gift/sambo (ref.)	1		1		1	
Ensamstående	1,18	0,93–1,49	1,01	0,83–1,23	0,49	0,41–0,60

Hemmavarande barn						
Ja	0,59	0,44–0,78	0,78	0,62–0,97	0,74	0,60–0,91
Nej (ref.)	1		1			
Region						
Större städer (ref.)	1		1		1	
Förortskommuner	0,88	0,62–1,25	0,79	0,59–1,05	1,1	0,84–1,43
Storstäder	0,87	0,61–1,25	0,75	0,55–1,01	1,12	0,86–1,45
Pendlingskommuner	0,49	0,29–0,83	0,91	0,63–1,31	0,74	0,53–1,03
Glesbygdskommuner	0,81	0,47–1,40	0,93	0,60–1,44	0,68	0,42–1,10
Varuproducerande kommuner	1,03	0,68–1,57	0,91	0,63–1,31	0,91	0,64–1,30
Övr kommuner > 25 000 inv.	0,97	0,70–1,33	0,92	0,70–1,21	0,90	0,70–1,17
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	0,89	0,59–1,34	1,02	0,72–1,42	1,07	0,76–1,50
Övr kommuner < 12 500 inv.	0,71	0,36–1,40	0,95	0,60–1,50	0,92	0,58–1,47
Antal observationer	2 511		4 790		2 957	

De med en tidsbegränsad ersättning mår inte bättre

Inledningsvis kan konstateras att varaktigheten på ersättningen inte är signifikant associerad med självbedömd god hälsa när modellen kontrollerar för alla förklarande variabler. Sannolikheten att skatta den egna hälsan som god är lika stor eller liten hos de med tidsbegränsad som hos dem med tillsvidare ersättning. Omfattningen på ersättningen har däremot en stor inverkan på huruvida den egna hälsan uppfattas som god. De med partiell sjuk- och aktivitetsersättning har 2,3 respektive 3 gånger högre benägenhet än de med hel sjuk- och aktivitetsersättning att skatta sin hälsa som god när det är justerat för alla andra variabler i modellen. Alla med partiell ersättning har en bedömd kvarvarande arbetsförmåga så resultatet att deras benägenhet att skatta sin hälsa som god är högre än för gruppen som bedömts sakna arbetsförmåga är väntat.

För att belysa hur kombinationen av omfattning och varaktighet på ersättningen påverkar benägenheten att skatta den egna hälsan som god har de båda variablerna slagits ihop till en variabel vars inverkan på god självskattad hälsa har testats separat. Det visade att gruppen med partiell tillsvidare SA har högst benägenhet att skatta hälsan som god, gruppen med partiell tidsbegränsad SA har näst högst benägenhet att skatta hälsan som god och grupperna med hel tidsbegränsad och hel tillsvidare SA lägst benägenhet att skatta hälsan som god. Därmed kan konstateras att bland dem som har en partiell SA skattar gruppen som har sin deltidserättning tillsvidare hälsan högre än de som har sin deltidserättning under en begränsad tid. En förklaring till det kan vara att de upplever större trygghet i och med att deltidserättningen är permanent som i sig påverkar hur de uppfattar sin hälsa.

Jämförelsen mellan de tre olika diagnosgrupperna i analysen visar att individer som beviljats SA med en muskuloskeletal sjukdom har signifikant lägre benägenhet att skatta den egna hälsan som god jämfört med dem som beviljats SA för en psykisk diagnos eller för någon övrig diagnos.

Analysen visar vidare att bland dem med relativt nybeviljad SA är gruppen kvinnor som bedömer den egna hälsan som god nära 1,7 gånger större än gruppen män som skattar hälsan som god. Däremot finns det inga skillnader mellan kvinnor och män bland dem som haft sin SA under längre tid eller inom jämförelsegruppen som representerar befolkningen i stort.

För åldersvariabeln utgör den äldsta åldersgruppen, 55–64 år, referenskategori. Bland de allra yngsta med en tidsbegränsad ersättning, upp till 29 år, är benägenheten att bedöma hälsan som god tre respektive två gånger högre. Däremot skiljer sig inte de mellersta åldersgruppernas odds signifikant från referenskategoriens bland dem med nybeviljad SA. Ålderskillnaderna är tydligare bland dem som haft ersättningen längre tid och för jämförelsegruppen där oddset för upplevd god hälsa ökar med sjunkande ålder.

Variabeln födelse land skiljer på individer födda i Sverige och födda i utlandet. När alla andra förklarande variabler i analysen har beaktats kvarstår en väsentlig skillnad mellan inrikes och utrikes föddas benägenhet att skatta den egna hälsan som god. Både bland de med SA beviljad år 2005 och jämförelsegruppen är de utrikes föddas benägenhet att skatta sin hälsa som god hälften så stor som för de inrikes födda.

Högskoleutbildade bedömer den egna hälsan som god i högre utsträckning än personer med gymnasie- eller grundskoleutbildning, oavsett om de har SA eller inte.

I befolkningen i stort upplever gifta och sambos sin hälsa som god i nästan dubbelt så hög utsträckning som ensamstående. För grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning finns ingen skillnad i upplevd hälsa mellan ensamstående och gifta eller samboende.

Däremot har hemmavarande barn en negativ effekt för upplevelsen av hälsan för alla, oavsett om de har SA eller inte. I tabell 2 och 3 i bilagan redovisas resultaten för regressionsanalyser separat för kvinnor och män. Den negativa effekten av hemmavarande barn finns även hos män med SA beviljad före 2004 men saknas hos jämförelsegruppen och de med relativt nybeviljad SA. Övriga skillnader mellan kvinnor och män är dels att ålderseffekten bland de yngsta är starkare hos männen medan den positiva effekten av att ha en partiell SA jämfört med hel SA är väsentligt starkare bland kvinnor jämfört med bland männen.

I analysen har även en variabel med regionindelning enligt Sveriges kommuners och landstings (SKL:s) kommungruppsindelning prövats. Den visar inga signifikanta skillnader mellan de sju olika regionerna, med ett enda undantag, bland individer med SA beviljad 1971–2004 har boendes i pendlingskommuner sämre självskattad hälsa jämfört med boendes i större städer.

Arbetsmarknadsanknytning

Föregående avsnitt visade bland annat att de med partiell sjuk- och aktivitetsersättning i högre utsträckning skattar den egna hälsan som god jämfört med dem som har en hel ersättning. För personer med sjuk- eller aktivitetsersättning på deltid finns en bedömd kvarvarande arbetsförmåga som innebär att de arbetar, studerar eller står till arbetsmarknadens förfogande på sin arbetsföra del. Därför är resultatet att de upplever sin hälsa bättre väntat. Det här avsnittet visar vad de med en deltidsersättning gör på sin arbetsföra del och hur de bedömer sin ork eller förmåga att arbeta på kort och lite längre sikt. Finns det skillnader mellan de med tidsbegränsad ersättning på deltid och de med en tillsvidare sjukersättning på deltid?

Först ges en beskrivning av hur många med sjuk- och aktivitetsersättning som uppger att de har en anställning (fast eller tillfällig) eller eget företag, oavsett om de arbetar eller inte vid intervjutillfället. Personer med hel ersättning arbetar i regel inte alls då de har en hel varaktig nedsättning av sin arbetsförmåga. Däremot ger frågan om förekomsten av en anställning eller eget företag en indikation på om gruppen med hel ersättning har kvar en anknytning till arbetsmarknaden.

Förekomsten av anställning eller eget företag inom hela gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning

Resultaten i tabell 5 visar hur stor andel av respondenterna i respektive grupp av individer med sjuk- och aktivitetsersättning som antingen svarat att de har en fast anställning, tillfällig anställning eller ett eget företag. Endast en mindre grupp bland dem som haft en hel ersättning länge, sedan 2004 eller tidigare, uppger att de fortfarande har en anställning eller eget företag kvar. Däremot uppger var fjärde individ med hel ersättning beviljad 2005 att de har en fast eller tillfällig anställning alternativt ett eget företag.

Tabell 5 Andel med anställning (fast eller tillfällig) eller ett eget företag (oavsett om individen arbetar eller inte vid intervjutillfället), i procent

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005	
	Hel SA	Partiell SA	Hel SA	Partiell SA
Kön				
Kvinna	7	84	29	87
Man	8	84	21	84
Ålder				
20–29	.	80	10	61
30–44	14	83	33	81
45–54	10	90	37	87
55–64	.	81	20	87
Födelseland				
Inrikes född	7	85	27	86
Utrikes född	7	75	24	81
SA				
Tidsbegränsad	25	83	39	84
Tillsvidare	4	84	12	87
Totalt	7	84	26	86
n=(antal svar)	1388	1320	2560	2464

. = färre än 30 observationer

Bland dem som har sjuk- och aktivitetsersättning på heltid är arbetsmarknadsanknytningen starkare för dem med en tidsbegränsad ersättning jämfört med en ersättning tillsvidare. En förklaring till det är att arbetsgivaren har rätt att säga upp en anställd som får sjukersättning tillsvidare. Vad gäller arbetsmarknadsanknytningen för de med partiell sjuk- och aktivitetsersättning så finns inga nämnvärda skillnader, oavsett om ersättningen är tidsbegränsad, tillsvidare, beviljad nyligen eller tidigare. Förekomsten av anställning eller eget företag för de fyra delgrupperna med partiell sjuk- och aktivitetsersättning är 84 och 87 procent.

De yngsta 20–29 år, med aktivitetsersättning beviljad 2005, har lägre arbetsmarknadsanknytning jämfört med de äldre åldersgrupperna.

Sysselsättning på den arbetsföra delen bland dem med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid

De med partiell sjuk- och aktivitetsersättning kan ha en fjärdedels, halv eller tre fjärdedels ersättning. Svaret på frågan vad de med en partiell ersättning gör på sin arbetsföra del (den del de inte har ersättning på) redovisas i tabell 6. Frågan är ställd som kryssfrågor där ett eller flera av alternativen fast anställning, tillfällig anställning, eget företag, studerar, arbetssökande eller

annat kan väljas. Om respondenten inte har kryssat för något av de föreslagna alternativen tillhör de svarskategorin ”inget av alternativen”⁸.

Resultaten är relativt snarlika för de fyra grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid.

Tabell 6 **Arbetar eller studerar du på den tid du inte har SA – alltså den arbetsföra tiden? (kan ha svarat flera alternativ därför summerar det mer än 100) i procent. Svaren avser endast individer med SA på deltid, så kallad partiell SA**

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005	
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare
Fast anställning	64	58	61	64
Tillfällig anställning	7	5	9	7
Eget företag	5	10	5	7
<i>Ja, anställning/eget företag</i>	<i>76</i>	<i>72</i>	<i>74</i>	<i>78</i>
Studerar	1	1	2	0
Arbetssökande	12	7	10	6
Annat	10 (6)	17 (14)	9 (8)	12 (11)
Inget av alternativen	6	8	7	6
n=(antal svar)	409	813	1198	1121

Mellan 72 och 78 procent uppger att de har en anställning eller ett eget företag. Arbetslösheten varierar från sex till tolv procent för de olika grupperna och är högst bland dem med tidsbegränsad ersättning. Andelen med partiell ersättning som studerar på sin arbetsföra del är liten, som högst två procent inom delgruppen med tidsbegränsad ersättning beviljad 2005.

Fler har valt alternativet ”annat” som svar på frågan om de arbetar eller studerar på sin arbetsföra del, 17 respektive 12 procent bland de med sjukersättning tillsvidare och 10 respektive 9 procent bland de med tidsbegränsad ersättning. Siffran i parentes anger andelen som *endast* har svarat annat på frågan om de studerar eller arbetar på sin arbetsföra del och alltså inte samtidigt angett något av de övriga svarsalternativen fast eller tillfällig anställning, eget företag, studerande eller arbetssökande. Då kvarstår mellan 6 och 14 procent med partiell ersättning som svarat att de gör något annat på sin arbetsföra del. I en separat fråga om individens inkomstkällor framkommer att ungefär 30 procent av dem som svarat att det gör något annat på sin arbetsföra del har sjukpenning och 1 procent av dem uppger att de har försörjningsstöd. Sett i hela gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning beviljad 2005 så har 0,4 procent svarat att de har försörjningsstöd, motsvarande siffra för de som beviljats sjuk- och aktivitetsersättning tidigare är ännu lägre (0,1 procent).

⁸ Frågekonstruktionen saknar möjligheten att svara nekande på respektive alternativ. I stället för att betrakta gruppen som inte angett något av de föreslagna alternativen som saknade (”missing”) så redovisas de som ett eget svarsalternativ.

Bedömning av befintlig arbetsförmåga bland dem med partiell sjuk- och aktivitetsersättning

Finns det någon skillnad i bedömningen av den egna kvarvarande arbetsförmågan mellan de som har en tidsbegränsad ersättning och en sjukersättning tillsvidare? De omkring tre fjärdedelar med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid som uppgett att de arbetar har fått skatta hur ofta de i förväg kan bedöma hur mycket de kommer att orka arbeta. Frågan är ställd dels på kort sikt nästpåföljande dag, dels på lite längre sikt nästa månad.

Cirka 6 av 10 svarar att de oftast kan bedöma i förväg hur mycket de orkar arbeta nästa dag. Skillnaderna mellan de olika grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning är små. Omkring 20 procent kan sällan eller aldrig bedöma sin ork att arbeta nästa dag.

Tabell 7 Kan du i förväg bedöma hur mycket du kommer att orka arbeta nästa dag? (endast de med partiell sjuk- och aktivitetsersättning)

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005	
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare
Oftast	58	58	58	63
Ibland	19	19	24	19
Sällan eller aldrig	23	23	18	18
Totalt	100	100	100	100
n=(antal svar)	307	595	958	941

När frågan i stället avser förmågan att bedöma sin arbetsork nästa månad ökar skillnaderna. Individer med tidsbegränsad ersättning på deltid kan i lägre utsträckning bedöma sin ork att arbeta en månad i förväg jämfört med personer som har en tillsvidare sjukersättning på deltid. I gruppen beviljad 1971–2004 svarar var fjärde individ med en tidsbegränsad partiell ersättning att de oftast kan bedöma i förväg hur mycket de kommer att orka arbeta nästpåföljande månad. Något fler, 31 procent, svarar samma sak bland de med tidsbegränsad ersättning beviljad 2005.

Tabell 8 Kan du i förväg bedöma hur mycket du kommer att orka arbeta nästa månad? (endast de med partiell sjuk- och aktivitetsersättning)

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005	
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare
Oftast	25	36	31	44
Ibland	22	19	19	16
Sällan eller aldrig	54	45	49	40
Totalt	100	100	100	100
n=(antal svar)	302	571	883	796

Resultaten i tabell 7 och 8 visar att bedömningen av kvarvarande arbetsförmåga hos individer med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid kan vara skör och ofta upplevas svår att förutsäga. Därtill har de med tidsbegränsad ersättning svårare att på lite längre sikt bedöma sin ork eller förmåga att arbeta jämfört med dem som har en sjukersättning tillsvidare. Det kan bero på att den senare gruppen i regel har haft sin ersättning under en längre tid under vilken deras restarbetsförmåga förmodligen har stabiliserats, ofta på en låg nivå, men ändå en stabil nivå, som gör att arbetsförmågan upplevs mer förutsägbar.

Behov av insatser

Vilket behov av stöd och hjälp har de olika grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning? Den övergripande frågeställningen i enkäten var: ”Vilken hjälp skulle du vilja ha?”. Respondenterna har tagit ställning till en rad olika hjälpande insatser. En eller flera insatser kunde väljas och rangordnas inte sinsemellan. Den första frågan avser om det finns någon medicinsk behandling som skulle kunna bota eller lindra aktuella besvär (en annan eller mera omfattande behandling än den personen har fått hittills). För att ytterligare precisera vilken eller vilka typer av medicinsk behandling som önskas ges följande fyra alternativ; stressbehandling/psykoterapi, medicinering, behandling av sjukgymnast och operation.

Därutöver ställs en fråga om viljan att arbetsträna och viljan att utbilda sig till ett annat yrke. Slutligen får individen ta ställning till om hon eller han skulle vilja ha en stödperson som kan hjälpa till i kontakterna med olika instanser såsom sjukvården, Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsgivaren.

Hälften av dem med sjuk- och aktivitetsersättning beviljad 2005 och 37 procent av de med ersättning beviljad 1971–2004 har önskat en eller flera av de uppräknade insatserna.

Större behov av insatser hos dem med tidsbegränsad ersättning

Det går en tydlig skiljelinje mellan å ena sidan de med tidsbegränsad ersättning och å andra sidan de med sjukersättning tillsvidare. De med tidsbegränsad ersättning har ett mer omfattande behov av stödjande insatser mätt i antal önskade insatser. I tabell 9 visas resultaten för de fyra olika delgrupperna fördelat på inga, högst två och fler än tre önskade insatser. Ungefär två tredjedelar av de med sjukersättning tillsvidare har svarat att de inte önskar någon av de föreslagna insatserna jämfört med en tredjedel av de med tidsbegränsad ersättning. Det tyder på att gruppen med tidsbegränsad ersättning i högre grad har hoppet kvar att kunna komma tillbaka. En betydande andel av dem, 27 respektive 29 procent önskar minst tre av de föreslagna insatserna.

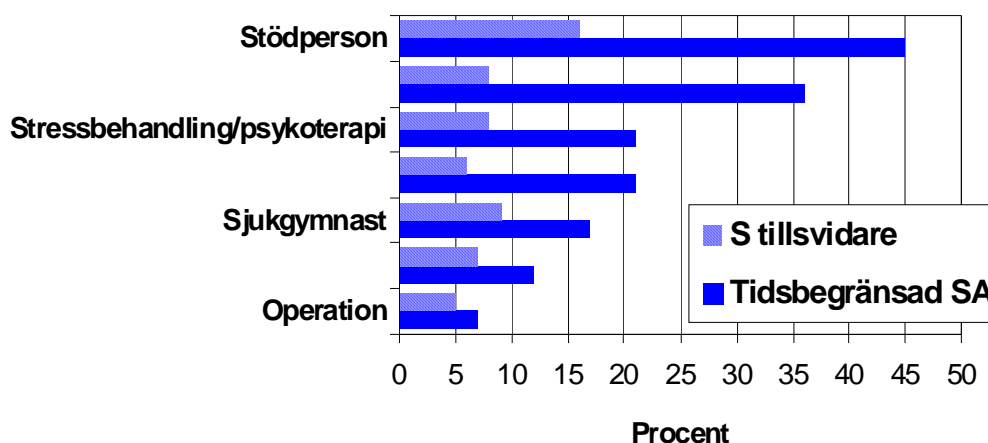
Tabell 9 Önskat antal insatser hos de olika grupperna med sjuk- och aktivitetsersättning, i procent

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005	
	Tidsbegränsad SA	S tillsvicare	Tidsbegränsad SA	S tillsvicare
Ingen insats	32	69	32	66
1–2 insatser	42	24	39	26
3–7 insatser	27	7	29	8
Totalt	100	100	100	100
Antal önskade insatser (medeltal)	1,6	0,6	1,7	0,6
n=(antal svar)	922	1 785	2 800	2 223

Stödperson viktigast för alla med sjuk- och aktivitetsersättning

Diagram 2 visar att stödperson är den insats som både de med tidsbegränsad och tillsvicare ersättning önskar i första hand. I näst störst utsträckning önskar de med tidsbegränsad ersättning utbildning till ett annat yrke och i tredje hand stressbehandling/psykoterapi. Resultaten avser önskade insatser för gruppen som beviljades sin ersättning 2005 men motsvarande redovisning av gruppen med ersättning beviljad före 2004 ser i det närmaste identisk ut (se diagram 1 i bilagan).

Diagram 2 Önskade insatser bland dem som beviljats sjuk- och aktivitetsersättning 2005, fördelat på tidsbegränsad och tillsvicare ersättning (i procent)



Eftersom stödbehovet hos de med tidsbegränsad ersättning är i fokus koncentreras redovisningen i tabell 10 på dem och i vilken utsträckning de vill ha varje specifik insats, fördelat på olika åldersgrupper, diagnosgrupper, inrikes och utrikes födda samt kvinnor och män. Även här bygger redovisningen endast på resultaten för gruppen med tidsbegränsad ersättning beviljad 2005⁹.

⁹ Detta för att undvika två resultatredovisningar när resultaten är lika.

Resultaten visar att stödperson följt av utbildning till annat yrke (med åldersgruppen 55–64 år som enda undantag som i stället önskar stödperson följt av stressbehandling/psykoterapi) är de insatser som alla olika delgrupper sätter främst.

Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män avseende omfattningen på behov av stöd, mätt i antal önskade insatser. Vad gäller olika medicinska behandlingar så önskar kvinnor i något högre utsträckning stressbehandling/psykoterapi och sjukgymnastik jämfört med män. Omvänt önskar män oftare än kvinnor operationer och medicinering som behandling.

Tabell 10 Önskade insatser bland dem som beviljats tidsbegränsad ersättning 2005, fördelat på kön, ålder, diagnos och födelse-land (i procent)

Tidsbegränsad SA, beviljad 2005							
	Stödperson	Utbildning annat yrke	Stressbehandling/ psykoterapi	Arbetsträning	Sjukgymnastik	Medicinering	Operation
Kön							
Kvinnor	43	36	26	22	20	14	6
Män	46	35	21	18	17	18	10
Ålder							
20–29 år	54	52	27	27	17	19	5
30–44 år	54	48	29	25	21	20	9
45–54 år	42	32	23	20	19	13	6
55–64 år	27	15	17	12	15	8	7
Diagnos							
Sjukdomar i rörelse-organen	40	29	14	19	23	14	13
Psykiska sjukdomar	48	40	35	22	17	17	4
Övriga diagnoser	41	34	15	20	17	12	8
Födelse-land							
Inrikes född	45	38	25	21	20	15	8
Utrikes född	38	26	20	19	15	13	5
Samtliga	44	36	24	21	19	15	7
n=(antal svar)	2736	2735	2676	2662	2676	2676	2676

Jämförelsen mellan olika diagnosgrupper visar som väntat att betydligt fler som beviljats en tidsbegränsad ersättning med en psykisk diagnos vill ha stressbehandling/psykoterapi. Deras behov av en stödperson och utbildning till annat yrke är också mer påtagligt än för personer med andra diagnoser.

När det gäller önskat stödbehov i olika åldersgrupper visar resultaten i första hand att det går en skiljelinje mellan de två yngsta och de två äldsta åldersgrupperna. De yngsta, upp till 44 år, har ett mer omfattande stödbehov. Av dem vill 54 procent ha en stödperson och varannan vill ha en utbildning till ett annat yrke.

Gruppen utrikes födda önskar genomgående de uppräknade stödinsatserna i lägre grad än personer födda i Sverige. Den skillnaden kvarstår dock inte när de med tillsviðare sjukersättning inkluderas, då ser stödbehovet mellan inrikes och utrikesfödda inom hela SA-gruppen väldigt lika ut (Försäkringskassan 2008).

Vad kan stödperson stå för?

Oberoende av kön, ålder, diagnos och födelseland är stödperson den insats som önskas i högst utsträckning, men vad menas med stödperson? I enkätfrågan definieras det som följer: *Skulle du vilja ha en stödperson som kunde hjälpa dig i kontakterna med olika instanser (Till exempel sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivaren och arbetsförmedlingen)?*

I faktarutan ges exempel på vad en stöd- eller kontaktperson kan vara. I beskrivningarna framkommer dels att stödpersonen har en oberoende ställning till den instans som beviljar stödet, dels att stödpersonen har rollen som en medmänniska till den som får stödet och som kan bryta dennes sociala isolering och hjälpa till i personliga angelägenheter.

Kontaktperson hos Kommunen

Personer med omfattande funktionshinder kan söka hos kommunen om att få en *kontaktperson*. För att beviljas kontaktperson ska den enskilde ha få eller inga kontakter utanför familjen, känna sig ensam och ha svårt att på egen hand knyta kontakter. Kontaktpersonen ska genom samvaro och hjälp till fritidsaktiviteter medverka till att den enskilde får möjligheter att delta i samhällslivet och bryta den isolering många med omfattande funktionshinder befinner sig i. Kontaktpersonen förväntas ha regelbunden kontakt (veckovis) med den enskilde. *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Via kommunen kan en enskild även få en *kontaktperson* med stöd av socialtjänstlagen. Uppgiften är då att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter. *Socialtjänstlagen (2001:453).*

Stödperson för tvångsintagna inom psykiatrin

Personer som tvångsvårdas inom psykiatrin har rätt till en *stödperson*. Stödpersonen ska vara en från sjukvården fristående person som ska fungera som en medmänniska. Stödpersonen bistår den tvångsintagna personen så länge tvångsvården pågår, därefter kan stödpersonen övergå till att bli kontaktperson enligt socialtjänstlagen, se ovan. *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

På Försäkringskassan finns *personliga handläggare* som har ett samlat ansvar för hela kundengagemanget i ett sjukförsäkringsärende (sjukpenning och tidsbegränsad SA). De utreder, beslutar om rätt till ersättning, samt samordnar insatser för återgång till arbete. De har kontakter med arbetsgivare, läkare och handläggare på andra myndigheter men är inte en oberoende part som stöder den enskilde på ett sätt om är jämförbart med en kontaktperson via kommunen eller för den delen en stödperson för den tvångsintagne.

Ökad arbetsförmåga, givet insatser?

En tidigare studie byggd på registerdata har visat att utflödet från sjuk- och aktivitetsersättning till arbetsmarknaden är litet. Räknat på hela beståndet med sjuk- och aktivitetsersättning är det ungefär en procent som helt lämnar förmånen för att söka sig ut på arbetsmarknaden (Försäkringskassan 2007). Hur många fler skulle kunna lämna sin sjuk- eller aktivitetsersättning för arbete förutsatt att de får riktade insatser? Försäkringskassan publicerade 2008 en rapport som beskrev hela gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning beviljad 2005. Den visade att 12 procent trodde att de kunde öka sin arbetsförmåga inom en 3-årsperiod givet olika stödjande insatser. Siffran bygger på samma enkätdata som används i denna rapport. Motsvarande siffra för alla med sjuk- och aktivitetsersättning beviljad perioden 1971–2004 är sju procent.

Tabell 11 Andel med sjuk- och aktivitetsersättning som tror att de inom en 3-årsperiod kan öka sin befintliga arbetsförmåga givet att de får de stödjande insatser de önskat

	Beviljad 1971–2004	Beviljad 2005
Tidsbegränsad SA	23	22
S tillsvidare	4	4
Totalt	7	12
n=(antal svar)	334	727

Tidpunkten för beviljandet spelar dock ingen roll för i vilken utsträckning personer med tidsbegränsad respektive tillsvidare ersättning tror att de kan öka sin arbetsförmåga. Bland dem med tidsbegränsad SA svarar 22–23 procent att de inom en 3-årsperiod¹⁰ kan återfå eller öka sin arbetsförmåga om de får de insatser de angett att de behöver, jämfört med fyra procent för de med tillsvidare sjukersättning.

Olika faktorerers inverkan på tron på ökad arbetsförmåga

För att studera olika faktorerers inverkan på individens tro på ökad arbetsförmåga används även här metoden logistisk regression. De olika faktorerna eller förklarande variablerna i modellen är kön, ålder, diagnos, födelseland, utbildning, diagnos, typ av ersättning, förekomst av anställning/eget företag samt region. Resultaten från den multivariata regressionsanalysen redovisas i tabell 12.

¹⁰ Uppdelat på (a) –1 år, (b) 1–2 år och (c) 2–3 år blir resultatet (a) 5 %, (b) 10 % och (c) 7 % för de med tidsbegränsad SA.

Vad gäller diagnoser visade Försäkringskassan i den tidigare studien att fler med en psykisk diagnos, beviljad 2005, tror på ökad arbetsförmåga inom en 3-årsperiod jämfört med individer med andra diagnoser (Försäkringskassan 2008). Gruppen med en psykisk diagnos är heterogen och rymmer väldigt olika tillstånd. Det är därför av särskilt intresse att ge en mer mångfacetterad bild av de psykiska diagnoserna. I analysen har diagnoskapitlet psyksiska sjukdomar brutits ned för att visa skillnader inom diagnoskapitlet.

Tabell 12 Tro på ökad arbetsförmåga inom 3 år givet att individerna får de stödjande insatser de önskat. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. (Odds-kvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)

	Beviljad 1971– 2004	95 % konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % konfidens- intervall
SA				
Hel (ref.)	1		1	
Partiell	1,30	0,92–1,84	1,12	0,92–1,38
Tillsvidare (ref.)				
Tidsbegränsad	2,85	2,02–4,02	3,37	2,55–4,46
Kön				
Kvinnor	0,77	0,59–1,00	1,05	0,87–1,27
Män (ref.)	1		1	
Ålder				
19–29 år	3,85	2,17–6,82	4,36	2,95–6,45
30–44 år	4,40	2,69–7,20	3,27	2,40–4,45
45–54 år	2,69	1,60–4,54	2,11	1,54–2,89
55–64 år (ref.)	1		1	
Födelseland				
Inrikes född (ref.)	1		1	
Utrikes född	1,03	0,69–1,54	0,64	0,49–0,84
Diagnos				
Muskuloskeletal sjukdomar (ref.)	1		1	
Sjukdomar i nervsystemet	0,72	0,36–1,42	0,77	0,50–1,20
Cirkulationsorganens sjukdomar	1,43	0,51–3,97	2,15	1,37–3,36
Skador och förgiftningar	0,67	0,32–1,44	1,03	0,69–1,52
<i>Schizofreni och vanföreställningssyndrom</i>	1,06	0,32–3,47	1,53	0,73–3,22
<i>Neurotiska syndrom</i>	2,42	1,52–3,85	2,18	1,68–2,83
<i>Personlighetsstörningar</i>	2,76	1,24–6,16	2,18	1,18–4,00
<i>Psykisk utvecklingsstörning</i>	1,30	0,57–2,96	1,85	0,73–4,71
<i>Förstämningssyndrom</i>	3,17	1,89–5,32	1,94	1,48–2,53
<i>Hyperaktivitetsstörningar</i>	.	.	1,78	0,53–5,99
<i>Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol och droger</i>	.	.	2,13	0,80–5,65
<i>Demens</i>	2,57	1,38–4,76	1,33	0,73–2,43
Övriga sjukdomar	1,15	0,66–1,99	1,40	1,04–1,88
Uppgift om diagnos saknas	1,10	0,73–1,66		

Utbildning				
Grundskola	0,87	0,63–1,21	0,80	0,63–1,01
Gymnasie (ref.)	1		1	
Högskoleutbildning	1,67	1,19–2,34	1,52	1,23–1,88
Civilstånd				
Gift/sambo (ref.)	1		1	
Ensamstående	1,37	1,02–1,84	1,15	0,95–1,40
Hemmavarande barn				
Ja	1,09	0,79–1,50	1,14	0,93–1,40
Nej (ref.)	1		1	
Anställning				
Saknar fast/tillfällig anställning eller eget företag (ref.)	1		1	
Har fast/tillfällig anställning eller eget företag	0,80	0,56–1,14	0,81	0,66–1,00
Region				
Större städer (ref.)	1		1	
Förortskommuner	1,04	0,67–1,62	0,98	0,74–1,31
Storstäder	1,58	1,04–2,38	1,20	0,90–1,58
Pendlingskommuner	1,06	0,62–1,81	0,95	0,65–1,38
Glesbygdskommuner	1,37	0,72–2,61	1,38	0,90–2,12
varuproducerande kommuner	1,01	0,57–1,77	0,89	0,61–1,31
Övr kommuner > 25 000 inv.	1,20	0,80–1,80	1,16	0,89–1,52
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	1,23	0,73–2,06	0,84	0,58–1,23
Övr kommuner < 12 500 inv.	1,26	0,57–2,79	1,51	0,96–2,35
Antal observationer	2 532		4 830	

Varaktighet på ersättningen, ålder, utbildning och diagnos viktiga faktorer

Resultaten visar, precis som tabell 11, att de med tidsbegränsad ersättning i betydligt högre utsträckning uppger att de tror att de kan öka sin arbetsförmåga inom en treårsperiod om de får de insatser de önskat. När regressionsmodellen samtidigt kontrollerar för ålder, kön, diagnos och de andra förklarande variablerna har de med tidsbegränsad SA ungefär tre gånger så stor benägenhet att tro att de kan öka sin arbetsförmåga givet önskat stöd.

Som en kommentar till förhållandet mellan varaktighet och omfattning på ersättningen ska nämnas att de båda variablerna slagits ihop till en och analyserats separat (visas ej i tabell 12). Av det framkommer att omfattningen på ersättningen för dem med tidsbegränsad SA saknar betydelse för benägenheten att tro på ökad arbetsförmåga givet stöd och hjälp. De med hel tidsbegränsad SA och de med partiell tidsbegränsad SA har lika stor benägenhet att tro på ökad arbetsförmåga givet insatser. Därefter rankas individer med tillsvidare sjukersättning på deltid och sist med sämst odds att tro på framtida ökad arbetsförmåga givet insatser, som väntat, individer med tillsvidare sjukersättning på heltid.

Tidigare i rapporten konstaterades att kvinnor med SA beviljad år 2005 i högre utsträckning än män bedömer den egna hälsan som god. Även om kvinnorna upplever sig må bättre så har de inte en större tro på ökad arbetsförmåga än män har. Bland dem med SA beviljad längre tillbaka i tiden har kvinnor signifikant sämre tro på ökad arbetsförmåga. När analysen genomförs för kvinnor och män för sig som grupp framkommer att omfattningen på ersättningen har en betydelse för männen. Män med partiell SA har signifikant högre benägenhet att tro på ökad arbetsförmåga jämfört med män som har hel SA. Bland kvinnor finns det ingen starkare benägenhet att tro på ökad arbetsförmåga hos dem med partiell SA (se tabell 4 och 5 i bilagan).

Ålder har ett stort samband med individens tro på en återgång i arbete alternativt att kunna börja arbeta mer i framtiden med hjälp av insatser. Det tydliga åldersmönstret visar att chansen att tro på ökad arbetsförmåga med hjälp av olika stödjande insatser ökar successivt med sjunkande ålder. Bland de yngsta, upp till 29 år, är gruppen som tror på ökad arbetsförmåga givet stöd ungefär fyra gånger så stor jämfört med motsvarande grupp i åldern 55–64 år.

Tidigare i rapporten visades att bland dem som haft sin SA sedan år 2005 är gruppen utrikes födda som bedömer sin hälsa som god endast hälften så stor som gruppen inrikes födda som bedömer sin hälsa som god. Resultaten i tabell 12 visar att gruppen utrikes födda som tror att arbetsförmågan kan förbättras givet stöd också är mindre än gruppen inrikes födda som tror det samma. Däremot skiljer sig inte resultatet åt mellan inrikes och utrikes födda som har haft sin SA under en längre tid.

I jämförelsen mellan olika diagnoser används muskuloskeletal sjukdomar som referenskategori. De olika psykiska diagnoserna har kursiverats för att underlätta läsbarheten. Bland de psykiska diagnoserna har individer med neurotiska syndrom, förstämningssyndrom och personlighetsstörningar ungefär dubbelt så hög benägenhet att tro på ökad arbetsförmåga i framtiden givet önskat stöd jämfört med dem som har en muskuloskeletal sjukdom. Skillnaderna är något större inom gruppen som beviljades ersättningen någon gång perioden 1971–2004. Eftersom de psykiska diagnoserna står för en stor del av ökningen av gruppen med SA generellt och i gruppen med tidsbegränsad ersättning i synnerhet så är det glädjande att individer med psykiska diagnoser har en större tro på att kunna komma tillbaka med rätt stöd. Sedan år 2006 är psykiska sjukdomar den största diagnosgruppen både bland kvinnor och män som nybeviljas sjuk- och aktivitetsersättning (Försäkringskassan 2007:2). Den omkring procent individer med SA som lämnar ersättningen för att arbeta eller registreras som arbetssökande visar också att kvinnor och män med psykiska diagnoser, i första hand olika former av depressioner och neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom återvänder till arbetsmarknaden i betydligt större utsträckning än övriga diagnosgrupper.

De psykiska diagnoserna står för en stor del av ökningen av gruppen med SA generellt och i gruppen med tidsbegränsad ersättning i synnerhet. Sedan år 2006 är psykiska sjukdomar den största diagnosgruppen både bland kvinnor och män som nybeviljas sjuk- och aktivitetsersättning (Försäkrings-

kassan 2007:2). Det är därför glädjande att individer med psykiska diagnoser har en större tro på att kunna komma tillbaka med rätt stöd. Detta bekräftas av en studie som beskriver det fåtal individer som faktiskt lämnat sin SA för att arbeta eller registreras som arbetsökande. Den visar att kvinnor och män med psykiska diagnoser, i första hand olika former av depressioner och neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom återvänder till arbetsmarknaden i betydligt större utsträckning än övriga diagnosgrupper (Försäkringskassan 2007).

Bland dem som haft sin ersättning sedan 2005 har även individer med cirkulationsorganens sjukdomar och individer med en annan diagnos än de som ryms inom de angivna diagnoskapitlen (övriga diagnoser) högre benägenhet att göra en positiv framtidsprognos avseende den egna arbetsförmågan.

När det gäller utbildning så har högskoleutbildning en stor inverkan på individens tro på sina framtidsutsikter i det här sammanhanget. När hänsyn samtidigt tas till alla andra förklarande faktorer i analysen så har de med högskoleutbildning ungefär 1,5 gånger större benägenhet att göra en positiv prognos av sin arbetsförmåga om de får det stöd de önskat.

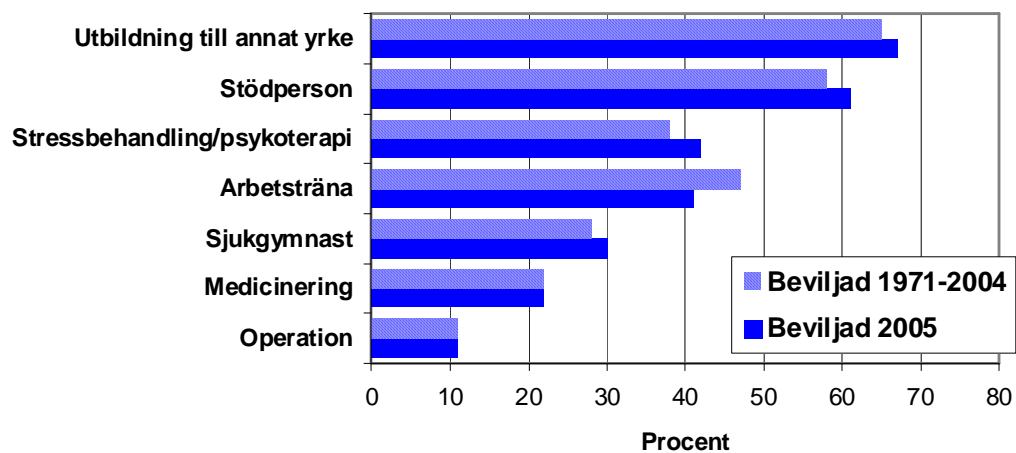
Regionindelningen visar inga signifikanta skillnader mellan de olika regionkategorierna med enda undantaget boende i storstäder med SA beviljad under perioden 1971–2004. Deras benägenhet att tro på ökad arbetsförmåga i framtiden givet stöd är 1,6 gånger större än för de som bor i större städer.

Utbildning till nytt yrke viktigast på vägen tillbaka

Villkoret i den hypotetiskt ställda frågan om individens framtidstro gällande sin arbetsförmåga är att de ska ha fått ta del av de insatser de önskat i enkäten. Vilka insatser önskar de som svarat optimistiskt på den hypotetiska frågan?

Rapportens sista diagram visar att utbildning till nytt yrke är den insats som önskas i högst utsträckning av dem som tror att de kan förbättra sin arbetsförmåga inom en treårsperiod, givet insatserna. Bland de totalt sju procent med SA beviljad perioden 1971–2004 och de tolv procent med SA beviljad 2005 som tror på ökad arbetsförmåga, önskar 65 respektive 67 procent utbildning till ett annat yrke. Efter utbildning är behovet av en stödperson högst. Behovet av insatser för de båda grupperna är snarlikt och rangordningen mellan insatser i det närmaste identisk, med turordningen mellan stressbehandling/psykoterapi och arbetsträning som enda förbehåll.

Diagram 3 Önskade insatser bland dem som tror på ökad arbetsförmåga inom 3 år, givet att de får de stödjande insatser de önskat, fördelat på grupperna beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 1971–2004 och beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 2005 (I procent)



Stödbehovet är omfattande hos dem som tror att de kan komma tillbaka till arbetslivet eller arbeta i högre utsträckning om de får de insatser de önskat. I genomsnitt önskar individerna 2,5 respektive 2,7 av de totalt sju insatserna.

Avslutande kommentarer

Rapporten har beskrivit och analyserat situationen för gruppen som har en tidsbegränsad SA utifrån frågeställningar om självs kattad hälsa, arbetsmarknadsanknytning och behov av stöd samt tro på den egna arbetsförmågan i framtiden. I de flesta fall har jämförelser med gruppen som har sjukersättning tillsvidare gjorts. Förklaringen till rapportens tydliga fokus på gruppen med tidsbegränsad SA är att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades år 2008 vilket innebär att alla med en tidsbegränsad sjukersättning successivt kommer att lämna denna förmån. För att ge den här gruppen hjälp och stöd för återgång i arbete har ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram införts (Prop. 2009/10:45).

Resultaten visar att personer med en tidsbegränsad SA inte upplever sin hälsa som bättre än personer med en tillsvidare sjukersättning. Däremot har personer med sjuk- och aktivitetsersättning på deltid högre självs kattad hälsa än de som har ersättningen på heltid vilket är naturligt i och med att de har bedömts ha en kvarvarande arbetsförmåga, en ”frisk” eller arbetsförmögen del vid sidan om sin sjukdom. Bäst mår de som har sin deltidsersättning på obegränsad tid (tillsvidare).

För dem som har sjuk- och aktivitetsersättning på deltid är andelen som har en anställning eller ett eget företag lika stor oberoende av om de haft sin ersättning sedan 2005 eller har beviljats den tidigare, eller om den är tidsbegränsad eller tillsvidare. Ungefär 75 procent arbetar på sin arbetsföra eller ”friska del”.

Behovet av stöd och hjälp är omfattande hos gruppen med tidsbegränsad SA, nära 70 procent vill ha en eller flera av de insatser som räknas upp i enkäten, jämfört med 30 procent i gruppen med tillsvidare sjukersättning. I första hand önskas en stödperson som kan hjälpa till i kontakterna med olika instanser. Vad den enskilde lägger i begreppet stödperson kan vara olika men en tänkbar parallell är kontaktpersoner hos kommunen. Där har kontaktpersonen rollen att vara en medmänniska med uppgift att bryta den enskildes sociala isolering och hjälpa till i personliga angelägenheter. Efter stödperson är utbildning till annat yrke den insats flest önskar och på tredje plats kommer psykoterapi/stressbehandling. Stödbehovet är som mest omfattande hos de yngre i åldern 20–44 år samt för gruppen som beviljats sin tidsbegränsade SA för en psykisk diagnos.

Skillnaden i uttryckt behov av stöd och hjälp är stor mellan dem med tidsbegränsad SA och tillsvidare sjukersättning. En tolkning är att den senare gruppen, som ju har en permanent ersättning, i någon mening har gett upp och inte ser möjligheten att komma tillbaka i arbetslivet eller arbeta i högre utsträckning än de redan gör som ett realistiskt alternativ. Det omfattande stödbehovet hos de med tidsbegränsad SA kan omvänt tolkas

som att de trots nuvarande situation har en ljusare syn på sina chanser att förbättra sina förutsättningar att delta i arbetslivet på sikt.

Det bekräftas av svaren på den hypotetiska frågan om tron på ökad arbetsförmåga inom en treårsperiod givet de insatser individen önskat. Drygt 20 procent av dem med tidsbegränsad SA svarar positivt på den frågan, jämfört med 4 procent bland dem med en sjukersättning tillsvidare. Åldern har en stor inverkan på tron på ökad arbetsförmåga, likaså utbildningsnivå och diagnos. För den dryga femtedel som tror att de kan arbeta mer i framtiden är utbildning till annat yrke den insats som önskas i högst utsträckning följt av en stödperson.

Det måste understrykas att resultaten i den här rapporten bygger på individens egen bedömning när de tagit ställning till en hypotetisk fråga om sina framtidsutsikter. Är det realistiskt att ta de 20 procenten som intäkt för hur stort ett utflöde från ersättningen till arbetsmarknaden kan tänkas bli framöver? Nej, det är det inte men resultatet visar att det finns en motivation hos omkring var femte person med tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning att inom en närstående framtid arbeta i högre utsträckning om de får stödjande insatser. Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning som faktiskt lämnar ersättningen för att söka sig ut på arbetsmarknaden har hittills varit mycket låg. En studie byggd på registerdata visade att i det totala beståndet av individer med sjuk- och aktivitetsersättning utgjorde den gruppen mindre än en procent. I och för sig hade andelen ökat kraftigt de sista mätåren, 2004–2005, från tidigare drygt en halv procent till knappt en procent (Försäkringskassan 2007).

Försäkringskassans samlade erfarenhet visar på svårigheten att hitta hållbara lösningar i arbetslivet för personer som på grund av sjukdom stått utanför arbetslivet under en lång tid (Försäkringskassan 2009b). Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har under åren 2006–2008 drivit ett projekt, på uppdrag av regeringen, med målet att tillvarata arbetsförmågan hos individer med tidsbegränsad SA och långtidssjukskrivna och underlätta deras återgång till arbetslivet med hjälp av förstärkta insatser riktade till målgrupperna. Resultaten visar att av de totalt cirka 55 000 individer med tidsbegränsad sjukersättning som ingick i projektet var närmare 80 procent kvar med samma ersättningsform ett halvår efter att de två projektåren avslutades (Försäkringskassan 2009a).

Den här frågan kommer att vara högaktuell under hela den tidsperiod under vilken gruppen med tidsbegränsad SA ska fasas ut. Under år 2010 bedömer Försäkringskassan att 31 000 personer med tidsbegränsad sjukersättning kommer att lämna försäkringen som en följd av att deras 18 månader med övergångsbeslut tar slut (Försäkringskassan 2009c). De kommer därefter hänvisas till regeringens nya arbetsmarknadspolitiska introduktionsprogram i Arbetsförmedlingens regi.

Referenser

Ds 2009:45: *Stöd till personer som lämnar sjukförsäkringen*. Edita Sverige AB, Stockholm

Forskningsrådsnämnden 1998: *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning*. Forskningsrådsnämnden Rapport 1998:7

Försäkringskassan 2007: *Vägen tillbaka – en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning*. Analyserar 2007:12. Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan 2007:2: *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos*. Statistik 2007:2. Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan 2008: *Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning*. Analyserar 2008:2. Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan 2009a: *Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå*. Socialförsäkringsrapport 2009:6. Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan 2009b: Yttrande över promemorian "Stöd till personer som lämnar sjukförsäkringen – kompletterande förändringar i lagen om allmän försäkring". 2009-10-05, Dnr 79959-2009-FP, Försäkringskassan

Försäkringskassan 2009c: *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2009–2013*, Dnr 213-2009, Försäkringskassan

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

Prop. 2009/10:45: *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete*

Bilaga

Tabell 1 Detaljerad beskrivning av upplevda svåra besvär. Andel med upplevda svåra besvär fördelat på grupperna beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 1971–2004, beviljad sjuk- och aktivitetsersättning 2005 samt jämförelsegruppen (i procent)

	Beviljad 1971–2004		Beviljad 2005		Jmf-grupp (bef.)
	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	Tidsbegränsad SA	S tillsvidare	
Värk i nacke, axlar eller skuldror	47	48	49	45	12
Ryggsmärter, ryggvärk, höftmärter eller ischias	42	50	44	42	13
Ont i händer, armbågar, ben eller knän	39	45	40	44	11
Smärta som flyttar runt i kroppen	25	27	26	22	5
Kronisk eller återkommande huvudvärk eller migrän	22	19	27	16	5
Yrsel	14	11	15	11	2
Tinnitus	11	11	8	12	3
Tryck över bröstet	12	9	13	9	2
Andfåddhet vid lättare ansträngning	16	18	14	16	3
Kroniska eller återkommande mag- eller tarmbesvär	20	17	20	14	4
Oro, ångslan eller ångest	38	21	39	21	7
Kronisk trötthet	33	27	40	25	7
Sömnbesvär	41	31	42	29	8
Depression eller djup nedstämdhet	28	16	28	14	5
n=(antal svar)	922	1 785	2 800	2 223	3 042

Tabell 2 Självs kattad god fysisk och psykisk hälsa i dag. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. Endast kvinnor. (Oddskvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)

	Beviljad 1971–2004	95 % Konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % Konfidens- intervall	Jmf- grupp (bef.)	95 % Konfidens- intervall
SA						
Hel (ref.)	1		1		.	
Partiell	2,87	2,12–3,88	3,83	3–4,89	.	
Tillsvidare (ref.)						
Tidsbegränsad	0,72	0,49–1,07	0,88	0,67–1,15	.	
Diagnos						
Muskuloskeletalta sjukdomar (ref.)	1		1		.	
Psykiska sjukdomar	2,65	1,66–4,22	1,9	1,44–2,5	.	
Övriga sjukdomar	1,8	1,1–2,96	1,78	1,36–2,34	.	
Uppgift om diagnos saknas	1,97	1,24–3,12				
Ålder						
19–29 år	2,13	1,28–3,56	1,16	0,7–1,91	1,26	0,87–1,84
30–44 år	1,36	0,9–2,07	0,89	0,62–1,27	1,51	1,06–2,14
45–54 år	1,16	0,75–1,81	0,87	0,63–1,22	1,05	0,74–1,48
55–64 år (ref.)	1		1		1	
Födelseland						
Inrikes född (ref.)	1		1		1	
Utrikes född	0,68	0,42–1,12	0,58	0,4–0,85	0,45	0,33–0,61
Utbildning						
Grundskola	1,18	0,84–1,68	1,17	0,88–1,56	0,63	0,46–0,87
Gymnasie (ref.)	1		1		1	
Högskoleutbildning	1,46	1,02–2,07	1,26	0,97–1,63	1,46	1,13–1,89
Civilstånd						
Gift/sambo (ref.)	1		1		1	
Ensamstående	1,25	0,93–1,68	0,92	0,73–1,17	0,52	0,4–0,67
Hemmavarande barn						
Ja	0,56	0,39–0,8	0,69	0,53–0,91	0,68	0,51–0,9
Nej (ref.)	1		1		1	
Region						
Större städer (ref.)	1		1		1	
Förortskommuner	0,8	0,5–1,28	0,73	0,52–1,04	0,92	0,64–1,31
Storstäder	0,98	0,62–1,54	0,7	0,48–1,01	1,03	0,72–1,48
Pendlingskommuner	0,43	0,21–0,88	0,81	0,51–1,27	0,67	0,42–1,07
Glesbygdskommuner	0,89	0,42–1,87	0,86	0,5–1,5	0,8	0,41–1,56
varuproducerande kommuner	1,09	0,64–1,87	0,89	0,57–1,39	0,79	0,49–1,28
Övr kommuner > 25 000 inv.	1,11	0,74–1,68	0,83	0,59–1,16	0,9	0,62–1,31
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	0,78	0,46–1,35	0,84	0,54–1,3	0,91	0,58–1,42
Övr kommuner < 12 500 inv.	0,54	0,22–1,33	0,88	0,49–1,58	0,84	0,46–1,55
Antal observationer	1 461		2 877		1 582	

Tabell 3 Självskattad god fysisk och psykisk hälsa i dag. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. Endast män. (Oddskvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)

	Beviljad 1971–2004	95 % konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % konfidens- intervall	Jmf- grupp (bef.)	95 % konfidens- intervall
SA						
Hel (ref.)	1		1		.	
Partiell	1,8	1,25–2,59	1,96	1,4–2,74	.	
Tillsvidare (ref.)						
Tidsbegränsad	0,94	0,57–155	0,66	0,44–1	.	
Diagnos						
Muskuloskeletala sjukdomar (ref.)	1		1		.	
Psykiska sjukdomar	1,74	0,93–3,26	1,12	0,73–1,71	.	
Övriga sjukdomar	1,7	0,91–3,16	1,18	0,8–1,74	.	
Uppgift om diagnos saknas	1,88	1,05–3,36				
Ålder						
19–29 år	5,31	2,74–10,29	5,73	2,94–11,19	1,82	1,18–2,82
30–44 år	1,68	1,01–2,78	0,67	0,39–1,15	1,19	0,85–1,68
45–54 år	1,22	0,7–2,12	0,82	0,49–1,35	1,1	0,78–1,56
55–64 år (ref.)	1		1		1	
Födelse land						
Inrikes född (ref.)	1		1		1	
Utrikes född	0,65	0,37–1,14	0,34	0,18–0,65	0,5	0,35–0,71
Utbildning						
Grundskola	0,95	0,64–1,42	1,14	0,78–1,66	1,04	0,75–1,43
Gymnasie (ref.)	1		1		1	
Högskoleutbildning	1,57	0,94–2,63	1,63	1,06–2,5	1,17	0,88–1,54
Civilstånd						
Gift/sambo (ref.)	1		1		1	
Ensamstående	1	0,66–1,51	1,17	0,81–1,69	0,47	0,35–0,63
Hemmavarande barn						
Ja	0,6	0,37–0,98	1,1	0,72–1,69	0,79	0,59–1,07
Nej (ref.)	1		1		1	
Region						
Större städer (ref.)	1		1		1	
Förortskommuner	0,99	0,57–1,71	0,89	0,52–1,52	1,38	0,94–2,04
Storstäder	0,77	0,43–1,38	0,81	0,46–1,43	1,26	0,86–1,83
Pendlingskommuner	0,57	0,25–1,29	1,11	0,58–2,11	0,85	0,52–1,38
Glesbygdskommuner	0,79	0,34–1,8	1,03	0,49–2,16	0,59	0,29–1,2
varuproducerande kommuner	0,95	0,48–1,88	0,97	0,51–1,85	1,06	0,63–1,79
Övr kommuner > 25 000 inv.	0,78	0,46–1,33	1,07	0,65–1,76	0,91	0,63–1,31
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	1,13	0,59–2,14	1,32	0,76–2,31	1,32	0,77–2,28
Övr kommuner < 12 500 inv.	1,02	0,35–2,95	0,99	0,46–2,14	1,08	0,51–2,29
Antal observationer	1 050		1 913		1 375	

Tabell 4 **Tro på ökad arbetsförmåga inom 3 givet att individerna får de stödjande insatser de önskat. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. Endast kvinnor. (Oddskvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)**

	Beviljad 1971–2004	95 % konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % konfidens- intervall
SA				
Hel (ref.)	1		1	
Partiell	1,48	0,94–2,35	0,91	0,71–1,17
Tillsvidare (ref.)				
Tidsbegränsad	2,46	1,55–3,89	3,62	2,48–5,28
Ålder				
19–29 år	4,45	1,98–9,97	4,47	2,75–7,27
30–44 år	6,45	3,18–13,09	3,09	2,07–4,61
45–54 år	4	1,9–8,41	1,99	1,33–2,99
55–64 år (ref.)	1		1	
Födelseland				
Inrikes född (ref.)	1		1	
Utrikes född	1,28	0,75–2,2	0,74	0,53–1,03
Diagnos				
Muskuloskeletal sjukdomar (ref.)	1		1	
Sjukdomar i nervsystemet	0,8	0,32–1,96	0,86	0,5–1,47
Cirkulationsorganens sjukdomar	2,59	0,52–12,93	1,78	0,93–3,39
Skador och förgiftningar	0,78	0,30–2,01	0,81	0,49–1,36
Schizofreni och vanföreställningssyndrom	2,25	0,36–14,11	1,35	0,44–4,13
Neurotiska syndrom	2,8	1,56–5,04	2,2	1,61–3
Personlighetsstörningar	3,17	1,18–8,51	2,85	1,37–5,94
Psykisk utvecklingsstörning	1,37	0,46–4,02	1,26	0,33–4,82
Förstämningssyndrom	3,17	1,70–5,92	2,08	1,51–2,88
Hyperaktivitetsstörningar	.	.	1,13	0,20–6,43
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol och droger	.	.	5,05	0,86–29,80
Demens	3,1	1,30–7,37	1,47	0,66–3,25
Övriga sjukdomar	1,2	0,60–2,40	1,25	0,87–1,80
Uppgift om diagnos saknas	0,92	0,52–1,63		
Utbildning				
Grundskola	0,78	0,49–1,25	0,66	0,48–0,90
Gymnasie (ref.)	1		1	
Högskoleutbildning	1,9	1,25–2,9	1,49	1,16–1,92
Civilstånd				
Gift/sambo (ref.)	1		1	
Ensamstående	1,37	0,94–1,99	1,22	0,96–1,54
Hemmavarande barn				
Ja	1,02	0,68–1,53	1,13	0,88–1,45
Nej (ref.)	1		1	

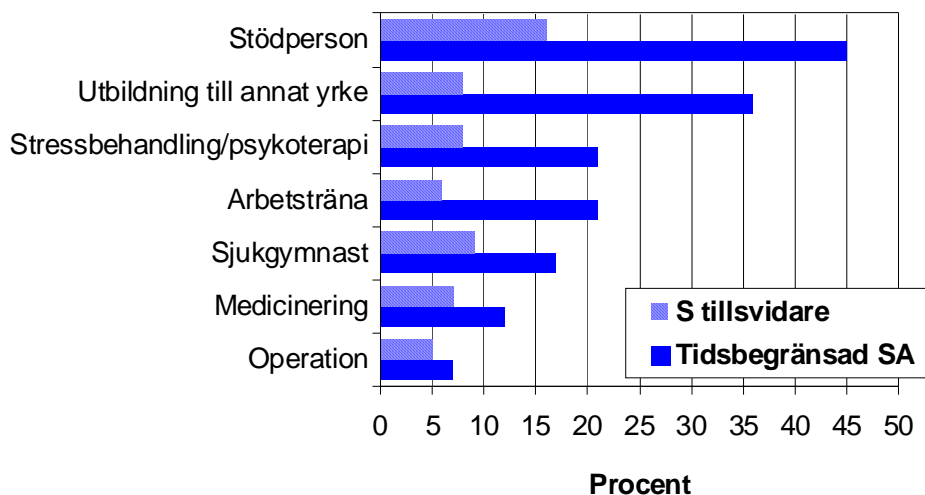
Anställning				
Saknar fast/tillfällig anställning eller eget företag	1		1	
Har fast/tillfällig anställning eller eget företag	0,72	0,46–1,15	0,88	0,68–1,14
Region				
Större städer (ref.)	1		1	
Förortskommuner	1,62	0,89–2,92	0,98	0,69–1,39
Storstäder	2,17	1,24–3,81	1,13	0,8–1,62
Pendlingskommuner	1,73	0,88–3,41	0,72	0,44–1,19
Glesbygdskommuner	2,56	1,13–5,79	1,57	0,92–2,66
varuproducerande kommuner	1,02	0,46–2,29	0,89	0,55–1,44
Övr kommuner > 25 000 inv.	1,8	1,04–3,12	1,2	0,87–1,66
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	1,69	0,85–3,35	0,73	0,45–1,17
Övr kommuner < 12 500 inv.	0,66	0,18–2,38	1,5	0,84–2,66
Antal observationer	1 475		2 904	

Tabell 5 **Tro på ökad arbetsförmåga inom 3 år givet att individerna får de stödjande insatser de önskat. Multivariat analys, resultaten visar oddskvoter. Endast män. (Odds-kvoter med värden som är statistiskt signifikanta på 5 % -nivån har kursiverats)**

	Beviljad 1971–2004	95 % konfidens- intervall	Beviljad 2005	95 % konfidens- intervall
SA				
Hel (ref.)	1		1	
Partiell	1,11	0,64–1,93	1,70	1,19–2,45
Tillsvidare (ref.)				
Tidsbegränsad	3,41	1,97–5,88	3,17	2,07–4,85
Ålder				
19–29 år	3,63	1,54–8,52	4,44	2,21–8,92
30–44 år	3,15	1,56–3,36	3,88	2,34–6,42
45–54 år	1,86	0,86–4,00	2,43	1,45–4,08
55–64 år (ref.)	1		1	
Födelse-land				
Inrikes född (ref.)	1		1	
Utrikes född	0,79	0,43–1,47	0,49	0,31–0,77
Diagnos				
Muskuloskeletal sjukdomar (ref.)	1		1	
Sjukdomar i nervsystemet	0,62	0,21–1,8	0,68	0,31–1,48
Cirkulationsorganens sjukdomar	1,25	0,33–4,79	2,55	1,34–4,85
Skador och förgiftningar	0,53	0,14–1,97	1,41	0,76–2,62
Schizofreni och vanföreställningssyndrom	0,65	0,12–3,40	1,76	0,63–4,97
Neurotiska syndrom	2,01	0,90–4,51	2,20	1,37–3,57
Personlighetsstörningar	2,53	0,60–10,67	1,14	0,34–3,8
Psykisk utvecklingsstörning	1,42	0,38–5,33	3,91	0,96–15,9
Förstämningssyndrom	3,97	1,41–11,13	1,65	1,00–2,73
Hyperaktivitetsstörningar	.	.	2,21	0,41–11,77
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol och droger	.	.	1,92	0,58–6,44

Demens	2,16	0,86–5,45	1,35	0,52–3,50
Övriga sjukdomar	0,92	0,35–2,43	1,75	1,03–2,98
Uppgift om diagnos saknas	1,32	0,7–2,49		
Utbildning				
Grundskola	0,99	0,62–1,60	1,03	0,71–1,50
Gymnasie (ref.)	1		1	
Högskoleutbildning	1,35	0,72–2,53	1,67	1,12–2,47
Civilstånd				
Gift/sambo (ref.)	1		1	
Ensamstående	1,28	0,76–2,14	1,01	0,70–1,46
Hemmavarande barn				
Ja	1,1	0,63–1,95	1,11	0,76–1,63
Nej (ref.)	1		1	
Anställning				
Saknar fast/tillfällig anställning eller eget företag	1		1	
Har fast/tillfällig anställning eller eget företag	0,89	0,51–1,55	0,66	0,46–0,94
Region				
Större städer (ref.)	1		1	
Förortskommuner	0,61	0,31–1,23	1,03	0,61–1,74
Storstäder	1,18	0,62–2,26	1,46	0,91–2,36
Pendlingskommuner	0,5	0,19–1,29	1,38	0,75–2,51
Glesbygdskommuner	0,61	0,20–1,88	1,08	0,50–2,32
varuproducerande kommuner	1,09	0,48–2,47	1	0,52–1,93
Övr kommuner > 25 000 inv.	0,74	0,39–1,39	1,12	0,68–1,86
Övr kommuner 12 500–25 000 inv.	0,86	0,37–1,99	1,07	0,57–2,01
Övr kommuner < 12 500 inv.	2,41	0,83–6,97	1,63	0,79–3,36
Antal observationer	1 057		1 926	

Diagram 1 Önskade insatser bland dem som beviljats SA 1971–2004, fördelat på tidsbegränsad och tillsvidare ersättning (i procent)



I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2010:

- 2010:1 Tidig bedömning – en analys av faktorer som påverkar tidpunkten för överlämnande av ärenden till LFC
- 2010:2 Hälsa, arbetsmarknadsanknytning och behov av stödjande insatser hos personer med sjuk- och aktivitetsersättning