

Kartläggning av sjukskrivna personer utan sjukpenning, aktuella på ekonomiskt bistånd i kommunerna Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna

Bakgrund

Projektet SAMRE-samordnad rehabilitering för sjukskrivna utan sjukpenning, drivs inom ramen för Samordningsförbundet Sollentuna - Upplands Väsby - Sigtuna. Projektets huvudmål är att bygga en samverkansstruktur kring målgruppen mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget och kommunerna Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. På så sätt ska sjukskrivna utan sjukpenning lättare få tillgång till arbetslivsriktad rehabilitering. Innan projektet tar slut i december 2019, ska arbetssättet vara implementerat. Syftet med kartläggningen var att ta reda på hur gruppen sjukskrivna utan sjukpenning är sammansatt.

Urval

De som ingick i kartläggningen var alla aktuella på kommunernas enheter för ekonomiskt bistånd under oktober månad 2017. Det spelade ingen roll om de fått bifall eller avslag på ansökan om ekonomiskt bistånd. De skulle vara sjukskrivna på hel- eller deltid och sakna sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Personer som varit sjukskrivna före oktober, men där läkarintyget gått ut, ingick i kartläggningen om de kom in med ett aktuellt läkarintyg innan stoppdatum 14 december 2017.

Nyanlända som var aktuella i Etableringen (Arbetsförmedlingens insatser under två år) ingick inte i kartläggningen och ska inte fångas upp av projektet. Personer som hade läkarintyg som saknade tydlig diagnos (ofullständigt läkarintyg) och där diagnosen inte enkelt kunde hittas i t.ex. journalen eller förra läkarintyget, uteslöts från kartläggningen. Bara ett fåtal individer hade ett ofullständigt läkarintyg, men tidsåtgången för att kontakta sjukvården för att komplettera läkarintyget och invänta detta, skulle fördröjt kartläggningen.

Metod

Socialsekreterarna tog fram listor på de klienter som var sjukskrivna utan sjukpenning med aktuellt läkarintyg. De fick sedan besvara frågor kring varje person i ett digitalt formulär. Varje person gavs en unik ID-kod och inga personuppgifter registrerades. Resultaten från formulären sammanställdes sedan kommunvis i dataprogrammet ProofX. Från den sammanställningen gjordes nya beräkningar så att alla tre kommuners resultat kunde jämföras i ett och samma diagram.

Frågeformuläret bestod av åtta frågor:

1. Kön
2. Ålder
3. Om personen var född utrikes
4. Behov av tolk för att kommunicera på svenska
5. Hur länge personen haft försörjningsstöd
6. Om aktuell sjukskrivning fanns
7. Huvuddiagnos samt vilken av fyra diagnosgrupper den hör till: psykiatrisk diagnos, neuropsykiatrisk diagnos, smärtproblematik eller övriga somatiska diagnoser.

- Om personer hade fler diagnoser än huvuddiagnosen samt vilken/vilka diagnosgrupper dessa hör till: psykiatrisk diagnos, neuropsykiatrisk diagnos, smärtproblematik eller övriga somatiska diagnoser.

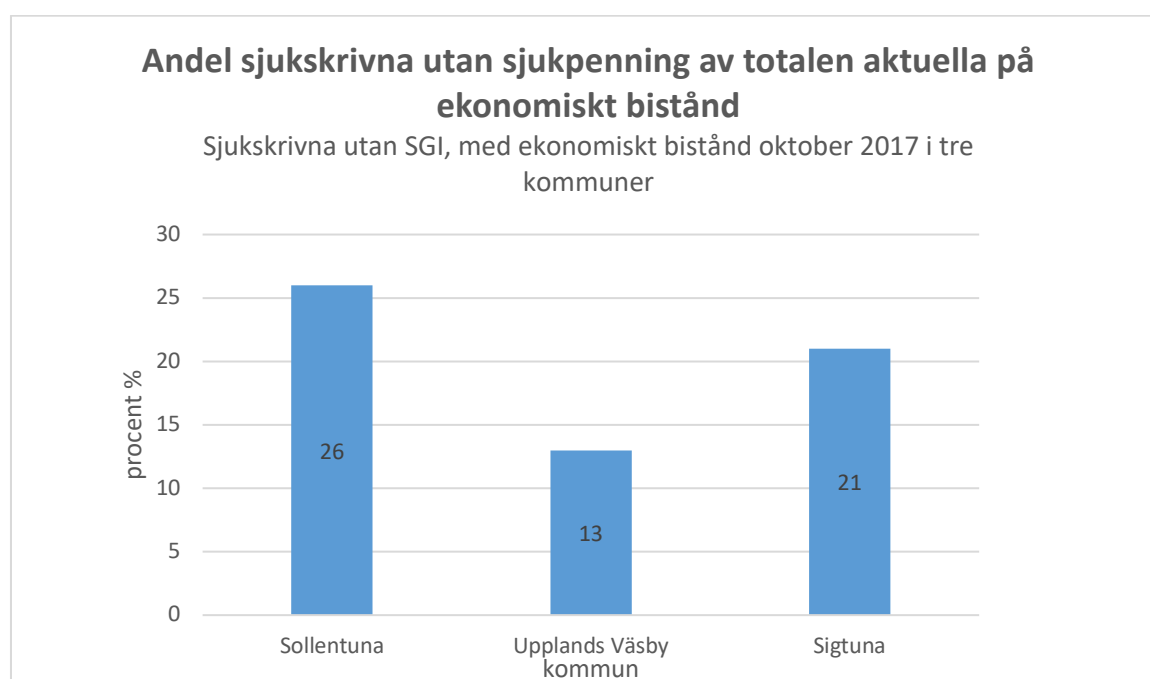
Om det fanns en period när personen tillfälligt inte haft ekonomiskt bistånd och den perioden var kortare än 3 månader, räknades perioden före uppehållet ihop med den efter. Om glappet var över 3 månader räknades endast den senaste perioden med ekonomiskt bistånd.

Som stöd för att hitta rätt diagnoskoder vid behov och sortera diagnosen till rätt diagnosgrupp, användes webbsidorna www.internetmedicin.se och www.socialstyrelsen.se. Diagnosgruppen ”smärtproblematik” användes bara om ingen somatisk orsak angavs och värk eller smärta utgjorde själva diagnosen. Till exempel diagnosen ”ledvärk uns i knäled” blev diagnosgrupp ”smärtproblematik” medan ”artros knäled” blev ”somatisk diagnosgrupp”, trots att det kunde finnas värk i knäled beskrivet i löpande text i läkarintyget.

Resultat

Syftet med kartläggningen var att få en översiktlig bild av hur målgruppen sjukskrivna utan sjukpenning ser ut i de tre kommunerna. Resultaten används sedan för att fortsätta utvecklingen av projektet SAMRE. Kommunerna har dock full frihet att använda resultaten för att gå vidare och fördjupa sig i de delar som är intressanta.

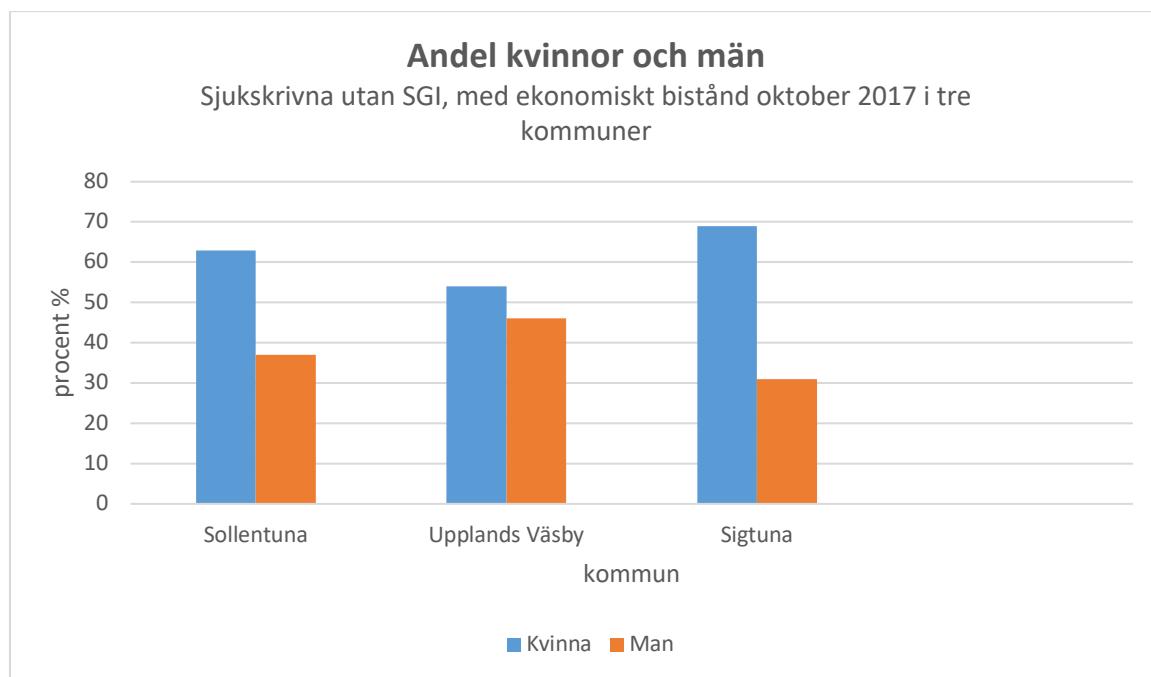
Resultaten presenteras i form av diagram där alla tre kommuners resultat ingår, med skrivna kommentarer under varje diagram. Totalt bestod målgruppen av 216 personer. 102 från Sollentuna, 37 från Upplands Väsby och 77 personer från Sigtuna.



Kommentar:

I Upplands Väsby saknade 15 personer, det vill säga 29 % av de som kodats som sjuka, ett aktuellt läkarintyg och kunde därför inte ingå i kartläggningen. Hade dessa klienter varit med hade andelen kartlagda ökat från 13 till 18 %.

I Sigtuna var det 3 personer som kodats som sjuka men som saknade aktuellt läkarintyg och därför inte kom med i kartläggningen. På ekonomiskt bistånd i Sollentuna kodas personer inte till gruppen sjuka om de inte har ett aktuellt läkarintyg. Därför finns inget sådant bortfall där.

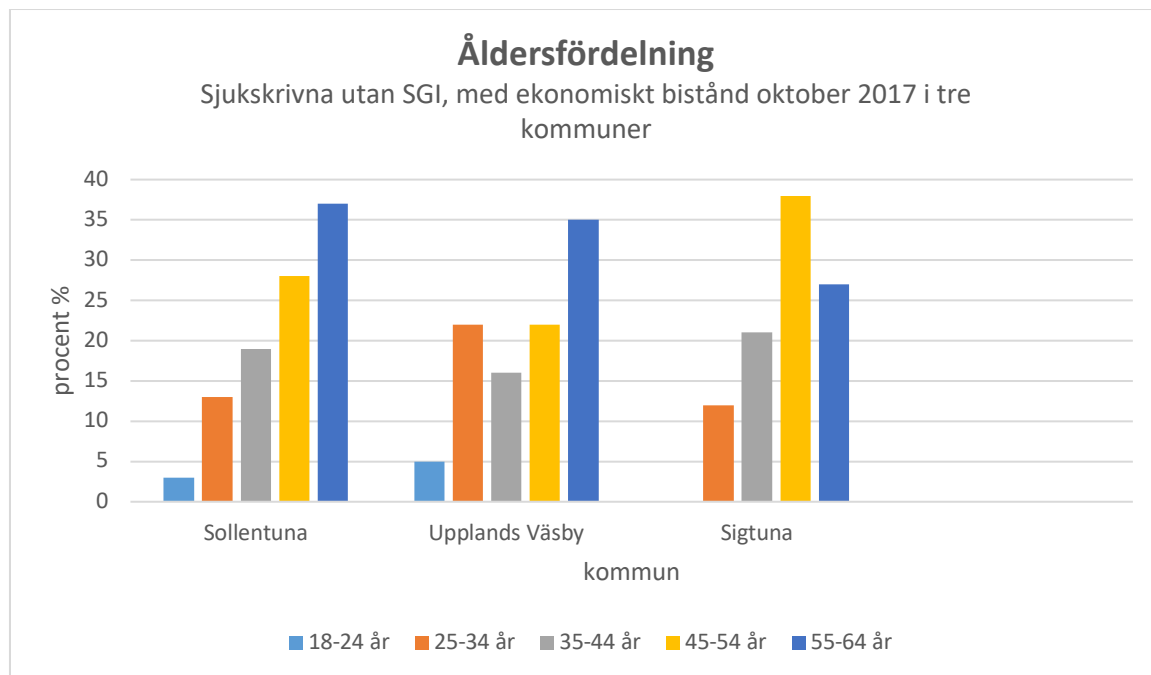


Kommentar:

Eftersom de tre kommunerna inte registrerar andra alternativ än kvinna respektive man, kunde något tredje alternativ inte anges eller mätas i kartläggningen.

I Sverige som helhet är könsfördelningen bland alla de som uppbär ekonomiskt bistånd, oavsett sjukskrivning, nästan jämn. Samma sak gäller i dessa tre kommuner, då fördelningen 2016 var 51 % kvinnor i Sollentuna och Upplands Väsby och 52 % kvinnor i Sigtuna (<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-16>).

Kartläggningen visar att i gruppen sjukskrivna utan sjukpenning är könsfördelningen ojämn i två av kommunerna. Andelen kvinnor är betydligt större här. I Sollentuna är 63% kvinnor och i Sigtuna hela 69 %. I Upplands Väsby var könsfördelningen relativt jämn med 54 % kvinnor. Samtidigt är underlaget från Upplands Väsby litet med sina totalt 37 personer kartlagda.

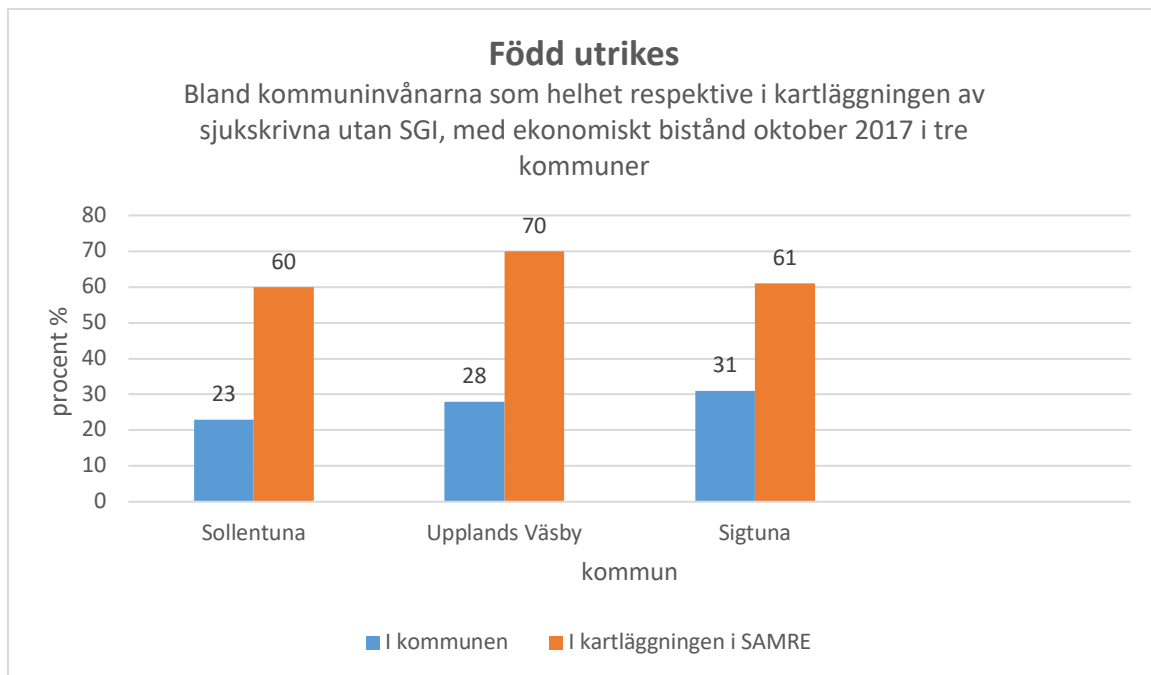


Notis: Uppgifter om ålder på två personer saknas från kartläggningen i Sigtuna.

Kommentar:

I Sigtuna fanns inga personer under 25 år bland de sjukskrivna utan sjukpenning som var aktuella på ekonomiskt bistånd. I övriga kommuner fanns bara ett fåtal.

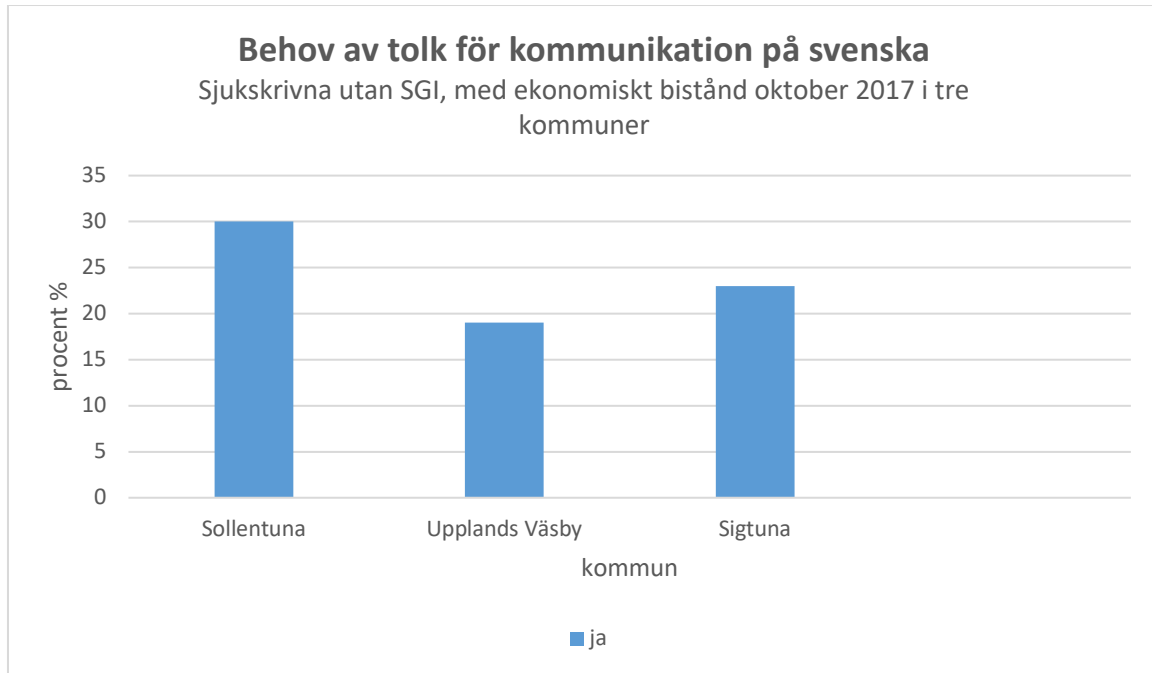
Andelen personer 25-34 år, var betydligt högre i Upplands Väsby jämfört med övriga kommuner. Men det statistiska underlaget var litet med 37 personer kartlagda totalt. I åldersgruppen 45-55 år sticker Sigtuna ut med en högre andel personer i denna grupp, jämfört med övriga kommuner. Sigtuna har däremot en lägre andel personer 55+ än övriga kommuner.



Kommentar:

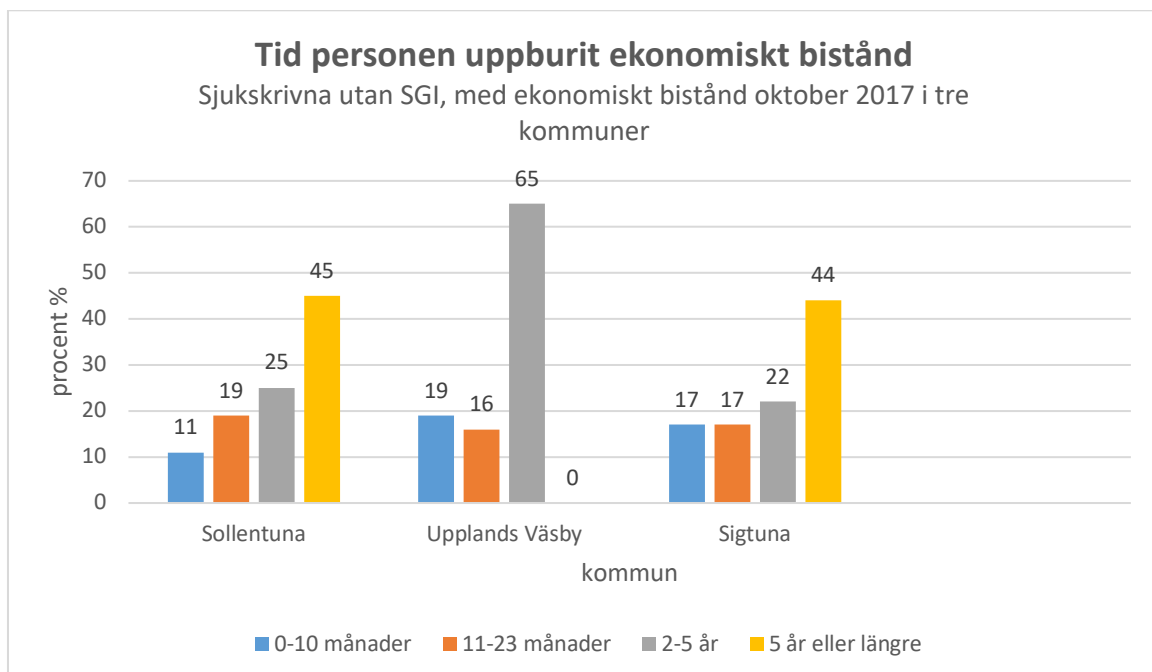
Andelen utrikesfödda i målgruppen var 60-70% vilket är en betydligt större andel utrikesfödda än bland kommuninvånarna som helhet (23-31%) (www.socialstyrelsen.se).

Gruppen utrikesfödda är dock överrepresenterade i gruppen med ekonomiskt bistånd generellt, oavsett sjukskrivning eller inte, enligt socialstyrelsens statistik från 2016.



Kommentar:

Andelen som hade behov av tolk för att kunna kommunicera med handläggaren på svenska var 19-30 %. Störst var andelen i Sollentuna kommun (30%).



Kommentar:

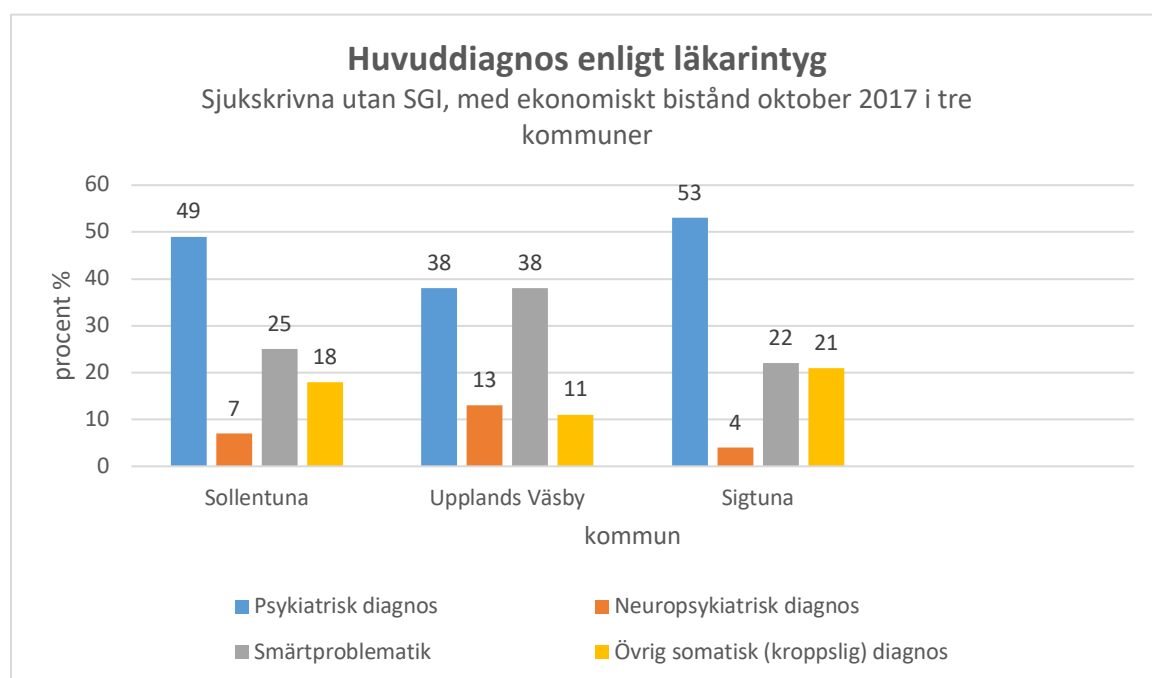
Om det fanns en period när personen tillfälligt inte haft ekonomiskt bistånd och den perioden var kortare än 3 månader, räknades perioden före uppehållet ihop med den efter. Om glappet var över 3 månader räknades endast den senaste perioden med ekonomiskt bistånd.

Andelen personer med **mycket långvarigt ekonomiskt bistånd**, det vill säga 2 år eller längre, var relativt lika i de tre kommunerna: Upplands Väsby 65 %, Sigtuna 66 %, Sollentuna 70 %.

I Upplands Väsby är mycket av historiken i personernas ärenden svåråtkomlig för perioden före 2014. Det beror på att datasystemet för journaler och annan dokumentation byttes ut 2014. Det förklarar sannolikt varför Upplands Väsby kommun inte har någon person kartlagd som haft ekonomiskt bistånd i 5 år eller längre. Enhetschefen på ekonomiskt bistånd i Upplands Väsby, bekräftar den bilden.

Upplands Väsby kommun gjorde även en genomlysning 2012-2013 av ärenden som varit aktuella lång tid på ekonomiskt bistånd. Det kan möjligen också ha haft en viss påverkan på antalet sjukskrivna med mycket långvarigt ekonomiskt bistånd.

Andelen personer med **kortvarigt ekonomiskt bistånd**, det vill säga 10 månader eller kortare, är högst i Upplands Väsby (19 %), följt av Sigtuna (17 %) och Sollentuna (11 %). Återigen är det svårt att dra slutsatser av Upplands Väsby statistik då det är så få personer som kartlagts.



Kommentar:

Summan av de olika diagnosgrupperna kan vara något mer än 100 % på grund av värdesiffror/avrundning.

Diagnosgruppen *smärtproblematik* användes bara om ingen somatisk orsak angavs och värk eller smärta utgjorde själva diagnosen. Till exempel diagnosen "ledvärk uns i knäled" blev diagnosgrupp

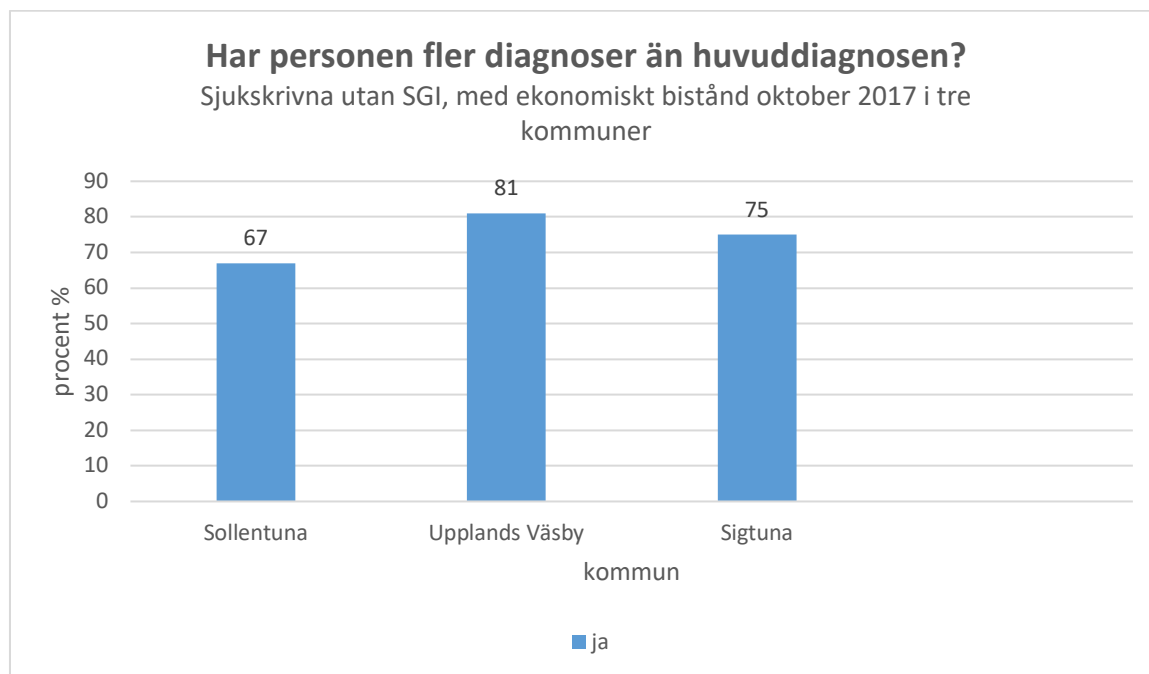
smärtproblematik medan ”artros knäled” blev *somatisk* diagnosgrupp, trots att det kunde finnas värk i knäled beskrivet i löpande text i läkarintyget.

En psykiatrisk huvuddiagnos var vanligast i alla tre kommunerna (38-53 %).

Näst vanligast var smärtproblematik (22-38 %), förutom i Upplands Väsby där andelen med psykiatrisk huvuddiagnos var lika stor.

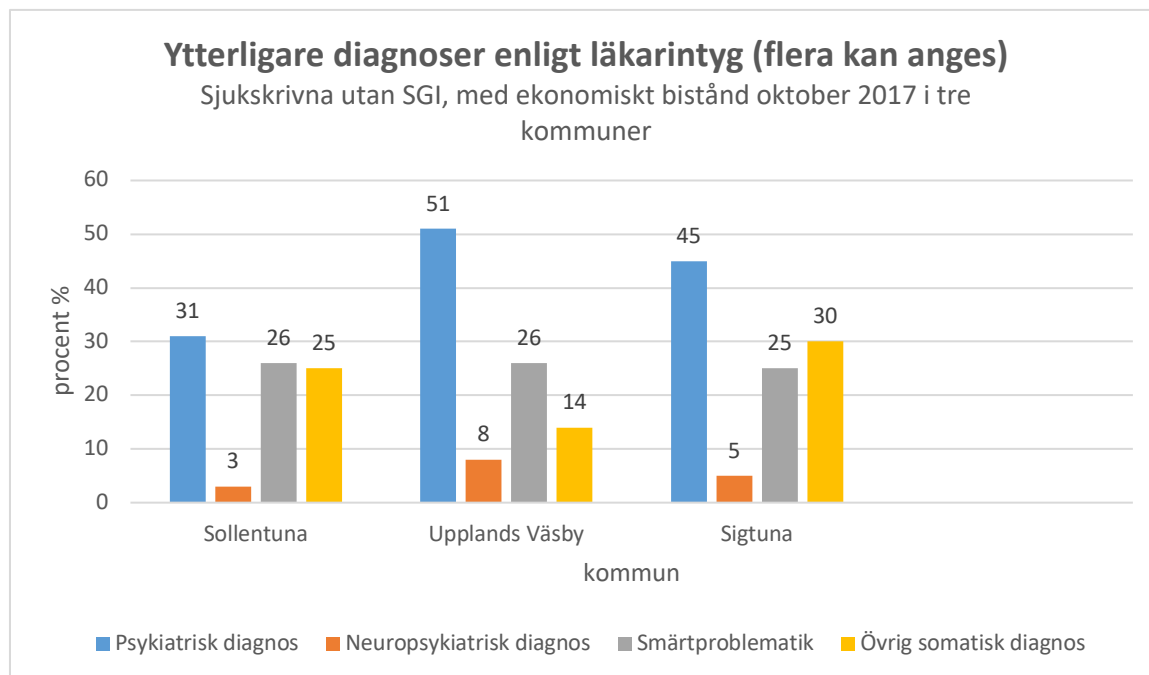
En somatisk huvuddiagnos var vanligare i Sigtuna och Sollentuna (18-21%) jämfört med i Upplands Väsby (11%).

Upplands Väsby kommun hade betydligt högre andel med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som huvuddiagnos (13 %) än övriga kommuner (4-7 %). Men med få personer kartlagda totalt är statistiken från Upplands Väsby kommun osäker.



Kommentar:

I alla tre kommuner har majoriteten (67-81 %) fler diagnoser än huvuddiagnosen.



Kommentar:

Bland diagnoser utöver huvuddiagnos är psykiatrisk diagnos vanligast i alla tre kommuner. Smärtproblematik och somatisk diagnos ligger relativt lika i Sollentuna och Sigtuna. I Upplands Väsby är det större skillnad och somatisk diagnos (14%) är betydligt mindre vanligt än i övriga kommuner (25-30%). Men med få personer kartlagda totalt är statistiken från Upplands Väsby kommun osäker.

Neuropsykiatrisk diagnos var, precis som när det gällde huvuddiagnosen, betydligt vanligare i Upplands Väsby (8%) än övriga kommuner (3-5 %).

Reflektioner: att fundera vidare på efter kartläggningen

Olika arbetssätt på ekonomiskt bistånd

Kommunernas enheter för ekonomiskt bistånd arbetar på olika sätt med målgruppen. Ekonomiskt bistånd i Sollentuna har sedan en tid specialiserade rehab-handläggare. Sigtuna hade det en period under 2017, men har frångått det arbetssättet. I Upplands Väsby fördelas de sjukskrivna ut över de flesta handläggarna. Sollentuna och Sigtuna har tillgång till konsulterande/rådgivande läkare, vilket Upplands Väsby inte har.

Arbetsmarknadsenheterna behöver erbjuda anpassade insatser

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kan inte erbjuda klienter en insats respektive samordnad rehabilitering om man inte *först* kan visa att personen har viss förmåga till aktivitet eller en viss arbetsförmåga. Individuell bedömning görs men viss påvisad aktivitets- respektive arbetsförmåga behöver finnas. Därför behöver kommunerna kunna erbjuda anpassade insatser som fungerar för personer som är sjukskrivna för att alls kunna visa, ”testa”, om det finns någon aktivitetsförmåga/arbetsförmåga att arbeta vidare på.

Vilka insatser som finns att erbjuda och i vilken omfattning, varierar stort mellan kommunerna i dagsläget. En insats kan bestå av en gruppverksamhet för sjukskrivna några timmar, några dagar i veckan som syftar till ökad hälsa eller en praktik där det finns handledare som kan anpassa verksamheten efter individen och som förstår målgruppens behov. SAMRE kommer kunna erbjuda begränsat med förrehabiliterande insatser för deltagare i projektet, men kan inte och ska inte ersätta befintlig verksamhet.

Ekonomiskt bistånds samverkan med kommunens arbetsmarknadsenhet

Hur handläggarna på ekonomiskt bistånd och coacherna på arbetsmarknadsenheterna fördelar olika arbetsuppgifter mellan sig, varierar också mellan kommunerna. Hur nära socialsekreterarna och arbetsmarknadscoacherna samverkar och hur tätt samarbetet sker, ser olika ut. En viktig del att titta på är hur uppföljningen av arbetsmarknadsenheternas insatser ser ut. Det är önskvärt att resultaten beskrivs tydligt och på ett sådant sätt att de kan användas i klientens vidare planeringen, till exempel i kontakt med Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Sollentuna kommun kommer snart introducera en ny metod på sin arbetsmarknadsenhet kring arbetsförmågebedömningar.

Samverkan med Arbetsförmedlingen kring sjukskrivna

Hur man samverkar med Arbetsförmedlingen kring sjukskrivna som visat viss arbetsförmåga, är en annan viktig del att titta närmare på. Någon kommun har uppbyggda rutiner med ärendedragningar hos arbetsmarknadsenheten, en annan har ärendedragningar där både socialsekreterare, coacher och andra deltar.

Inget aktuellt läkarintyg

Under kartläggningen upptäckte man att 29 % av de som kodats som ”sjuka” på ekonomiskt bistånd i Upplands Väsby saknade ett aktuellt läkarintyg. Hade alla haft ett aktuellt läkarintyg hade det varit 52 personer istället för 37 som kom med i kartläggningen. Orsaken till varför personerna saknade ett läkarintyg kan vara intressant att titta vidare på, liksom vilka följder detta kan få för de personer det gäller. Skulle det kunna påverka möjligheten till rehabiliterande insatser?

Psykisk ohälsa dominerar - behov av samverkan

Resultaten visar att 38-53 % hade en psykiatrisk huvuddiagnos. Utöver det hade många av de med en annan huvuddiagnos, en psykiatrisk tilläggsdiagnos. Det synliggör vikten av en uppbyggd samverkan med psykiatrin, men också med övriga vården då husläkarmottagningarna står för en stor del av sjukskrivningarna för psykiatriska diagnoser. Vet läkarna om att kommunerna kan erbjuda förrehabiliterande insatser och har ett delansvar kring sjukskrivnas rehabilitering? Får socialsekreterarna enkelt kontakt med läkarna när de behöver få frågor besvarade kring en klients förmåga att delta i en förrehabiliterande aktivitet?

Huvuddiagnosen somatisk diagnos

Varför antalet sjukskrivna med en somatisk huvuddiagnos skiljer sig åt mellan kommunerna kan ha flera förklaringar. Kan en orsak vara olika andel personer inflyttade till kommunen från utlandet med konstaterad kroppslig (somatisk) sjukdom innan ankomst till Sverige (d.v.s. ingen rätt till sjukersättning i Sverige)? Eller att gruppen med somatisk huvuddiagnos av någon anledning lättare fångas upp i vissa kommuner och slussas vidare i systemet, från ekonomiskt bistånd till egen försörjning.

Var är de unga?

Bara ett fåtal personer i kartläggningen var under 25 år. Orsaken till att så få unga personer finns med i kartläggningen, beror sannolikt på att den åldersgruppen generellt sett är liten på ekonomiskt bistånd (www.socialstyrelsen.se).

Det kan vara intressant att fundera mer på varför Sigtuna hade större andel personer i åldersgruppen 45-54 år och lägre andel över 55 år, jämfört med övriga kommuner.

Könsfördelning

Kvinnorna var överrepresenterade i två av kommunerna (63 % respektive 69 %). Varför ser det ut så? Ska kvinnor särskilt prioriteras när det gäller insatser och får kvinnor idag tillgång till rehabiliterande insatser i lika hög grad som män? Vilka slags insatser erbjuds kvinnor respektive män? Finns det skäl att titta på likabehandling och jämställdhet vid bemötande och då fundera kring vilka frågor socialsekreterare och coacher ställer till män respektive kvinnor?

Elsa Lundqvist

Projektledare SAMRE

20180312

Rapporten finns tillgänglig på www.finsamsuvs.se

