



**EKONOMI
HÖGSKOLAN**
Lunds universitet

Institutionen för handelsrätt
HARK13 Kandidatuppsats i arbetsrätt

HT 2008

Nya regler i sjukförsäkringen
– fler personer i utanförskap?

Handledare: Lea Hatzidaki-Dahlström

Författare: Petra Nilsson

Sammanfattning

Syftet med uppsatsen är att studera reglerna i proposition 2007/08:136 ”En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete” som har anknytning till rehabiliteringskedjan. Vid tolkning av materialet har jag använt mig av praktisk juridisk metod och en mindre empirisk undersökning har genomförts för att ta reda på hur Region Skåne och UMAS anpassar sin verksamhet efter de nya regelverken.

Regeringen strävar efter att minska sjukfrånvaron och den 19 mars 2008 lämnade de över den ovan nämnda propositionen till riksdagen. Propositionen är en del av regeringens åtgärds paket och innehåller förslag till en förändrad sjukskrivningsprocess med en stramare tidsplan, bland annat genom att en rehabiliteringskedja införs för prövningen av arbetsförmågan.

Arbetsgivaren har fortfarande efter de nya reglernas införande en central roll i sjukskrivningsprocessen och ska genom tidig och kontinuerlig kontakt med den sjuke arbetstagaren starta rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringskedjans tidsramar kommer att innebära skillnader för den sjukskrivne som kommer att behöva ta ett större ansvar och själv vara delaktig i sin rehabiliteringsprocess. Försäkringskassan måste nu snabba upp hanteringen av de olika rehabiliteringsärendena och samarbeta tidigare med Arbetsförmedlingen.

Rehabiliteringskedjans tidsgränser gör att sjukskrivna personer fortare måste komma till vården för en bedömning. För att få snabb tillträde till vård i Sverige har vi den nationella vårdgarantin till hjälp. Jag har kommit fram till att de långa köerna som finns i väntan på vård kan skapa problem för den enskilde patienten i rehabiliteringskedjan. Att vi i Sverige har problem med långa sjukskrivningar är bland annat en konsekvens av att vi inte haft någon borte gräns för hur länge en person kan erhålla sjukpenning.

Nyckelord: rehabiliteringskedjan, vårdgarantin, sjukförsäkring, sjukskrivning, Försäkringskassan.

Abstract

The purpose of this paper is to study the rules of the bill 2007/08: 136 "A reformed sick-leave process of increased return to work" as related to the rehabilitation chain. In the interpretation of the material I have used the "practical legal method" and a minor empirical study has been conducted to find out how *Region Skåne* and *UMAS* adjust their activities to the new regulations.

The government aims to reduce sick leave and on March 19, 2008, the above mentioned bill was presented to the *Riksdag*. The bill is a part of the government's package of measures and contains proposals for a revised sick-leave process. The rehabilitation chain is a part of the package and includes actions with a tighter schedule.

The employer is still after the new rules playing a central role in the sick-leave process and must through early and continuous contact with the workers start the rehabilitation process. The deadlines of the rehabilitation chain will mean differences for the individual who will need to take greater responsibility in his or hers rehabilitation process earlier. *Försäkringskassan* must now speed up the handling of the various rehabilitation cases and cooperate with *Arbetsförmedlingen* earlier.

The deadlines of the Rehabilitation chain means that sick people must come to care for an assessment earlier. In order to get quick access to health care in Sweden we have the national health care guarantee for help. I have concluded that the long queues that are awaiting care can create problems for individual patients in the rehabilitation chain. In Sweden we have problems with long-term sick leave, maybe it's a consequence of that we have not had any ulterior limit to how long a person can receive cash benefits?

Mina tack går till

Stort TACK till mina intervjupersoner:

Anja Nyberg, Region Skåne

Marianne Grönvall, Universitetssjukhuset MAS

Marie Nilsson, Universitetssjukhuset MAS

För stöd och bidrag till redigering:

Ingrid Håkansson

Och sist men inte minst! Tack till min handledare Lea Hatzidaki-Dahlström.

Innehållsförteckning

Förkortningslista	7
<u>1 Inledning</u>	<u>8</u>
1.1 Syfte och frågeställning	9
1.2 Metod	9
1.3 Avgränsning	9
1.4 Disposition	10
1.5 Begrepp	10
<u>2 Ohälsotalets utveckling över tid</u>	<u>13</u>
2.1 Faktorer som påverkar	14
2.2 Budgetpropositionen 2008	14
2.3 Regeringens åtgärds paket	15
2.3.1 Rehabiliteringsgarantin	15
2.3.2 Vidarutvecklad företagshälsovård	16
<u>3 Ansvar i rehabiliteringsprocessen</u>	<u>17</u>
3.1 Kort bakgrund	17
3.2 Nuvarande regler	17
3.2.1 Arbetsgivarens ansvar	17
3.2.2 Arbetstagarens ansvar	18
3.2.3 Försäkringskassans ansvar	18
3.2.4 Arbetsförmedlingens ansvar	18
3.3 De nya reglerna	19
3.3.1 Regler i propositionen med anknytning till rehabiliteringskedjan	19
3.3.2 Ikraftträdande	22

4 Jämförelser	23
4.1 Arbetsgivarens ansvar	23
4.2 Arbetstagarens ansvar	23
4.3 Försäkringskassans ansvar	24
4.4 Arbetsförmedlingens ansvar	24
5 Intervjuer	26
5.1 Metod för den empiriska undersökningen	26
5.2 Allmänna uppfattningar om de nya reglerna i sjukförsäkringen	27
5.3 Implementeringen av de nya reglerna i Region Skåne och UMAS	28
5.4 Problemen med långa väntetider och köer i vården	30
6 Diskussion	32
6.1 Hur påverkar eller påverkas den nationella vårdgarantin av de nya tidsgränserna i rehabiliteringskedjan?	32
6.2 Vilka konsekvenser kan långa väntetider få för den enskildes rätt till sjukpenning?	33
6.3 Konsekvenser av de nye reglerna i sjukförsäkringen	34
Käll- och litteraturförteckning	37
Bilaga	39

Förkortningslista

AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
AML	Arbetsmiljölölag (1977:1160)
Ds	Departementsserien
ICF	International Classification of Functioning
IFAU	Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
Prop.	Regeringens proposition
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SOU	Statens offentliga utredningar
UMAS	Universitetssjukhuset MAS

AN	Anja Nyberg
BLB	Britt Lago Bruze
MG	Marianne Grönvall
MN	Marie Nilsson

1 Inledning

Denna uppsats behandlar proposition 2007/08:136 ”En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete”. Det blir den största förändringen i Sveriges sjukförsäkring på 15 år.¹ Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige påfallande långa sjukskrivningsperioder. I budgetpropositionen för 2008, proposition 2007/08:1, aviserade därför regeringen ett flertal förslag för minskad sjukfrånvaro och för att öka återkomsten till arbete. Det fastslås i propositionen att så många som möjligt ska kunna försörja sig genom eget arbete. Regeringen strävar efter att minska antalet människor i utanförskap och att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser. Sjukskrivning medför negativa konsekvenser för många parter. Den sjukskrivne får lägre inkomst och många förlorar den sociala kontakt som arbetet medför. Ju längre tid den sjukskrivne är borta från arbetsplatsen desto större är risken att det tar längre tid för honom eller henne att komma tillbaka. En arbetsgivare går genom sjukskrivning miste om bland annat kompetens och för staten kostar sjukskrivningar mycket pengar.

Under praktik på Universitetssjukhuset MAS (UMAS) sommaren 2008 väcktes mitt intresse för de nya reglerna i sjukförsäkringen och den nya rehabiliteringskedjan som nu successivt införs i landet. Jag hade här möjlighet att följa arbetet på personalavdelningen och få vara med vid diskussioner som bland annat handlade om de nya reglerna i sjukförsäkringen, rehabiliteringsgarantin, vårdköer och den nationella vårdgarantin. Region Skåne är en stor arbetsplats med 33 500 anställda (27 000 kvinnor och 6 500 män), vilket naturligtvis också innebär att det finns en hel del personer som är och kommer att vara sjukskrivna. Det största antalet anställda finns inom hälso- och sjukvårdssektorn, UMAS har flest anställda av de skånska sjukhusen.

Uppsatsen är skriven utifrån hur de nya reglerna i sjukförsäkringen påverkar de olika aktörerna i rehabiliteringskedjan men eftersom Region Skåne är

¹ Informationsmöte av försäkringskassan på UMAS den 24 september 2008.

en stor producent av hälso- och sjukvård blir det naturligt att även detta perspektiv finns med i resonemangen.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att studera de regler i proposition 2007/08:136 som har anknytning till rehabiliteringskedjan. Att undersöka på hur rehabiliteringskedjans tidsgränser gör att sjukskrivna personer nu tidigare måste komma till vården för en bedömning. Region Skåne och UMAS är både vårdgivare och arbetsgivare vilket gör att hälso- och sjukvårdsperspektivet och vårdgarantin finns med i uppsatsens tankegång. Frågor som vuxit fram under arbetets gång är:

- Hur påverkar eller påverkas den nationella vårdgarantin av de nya tidsgränserna i rehabiliteringskedjan?
- Vilka konsekvenser kan långa väntetider få för den enskildes rätt till sjukpenning?
- Vilka konsekvenser kan de nya reglerna i sjukförsäkringen få framöver?

1.2 Metod

Uppsatsen baseras huvudsakligen på förarbeten men även på doktrin på området. Vad gäller doktrin finns det begränsad tillgång till information som behandlar rehabilitering enligt AML och AFL. Vid tolkning av materialet har jag använt mig av praktisk juridisk metod.² Eftersom de regler i sjukförsäkringen som behandlas i denna uppsats är nya ansågs inte praxis relevant utan i stället genomfördes en mindre empirisk undersökning. Metoden för den empiriska undersökningen beskrivs i avsnitt 5.1.

1.3 Avgränsning

Vad gäller rehabilitering fokuserar uppsatsen på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Fokus ligger på arbetsgivarens, arbetstagarans, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens ansvar enligt arbetsmiljölagen och

² Lehrberg 2006, s. 18.

lagen om allmän försäkring. När det gäller regeringens åtgärds paket har jag koncentrerat mig på rehabiliteringsgarantin, utvecklad företagshälsovård och rehabiliteringskedjan. Angående proposition 2007/08:136 har jag endast undersökt de regler som har anknytning till rehabiliteringskedjan. I min empiriska undersökning har avgränsning gjorts till Region Skåne och UMAS. Enskilda sjukskrivna har inte fått komma till tals utan det empiriska arbetet utgår utifrån hur de nya reglerna påverkar de olika aktörerna i rehabiliteringskedjan. Att titta på hur enskilda sjukskrivna påverkas hade krävt en mer djupgående studie.

1.4 Disposition

I kapitel 2 behandlas ohälsotalets utveckling över tid och regeringens åtgärds paket i budgetpropositionen för 2008. Kapitel 3 behandlar ansvaret i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Avsikten är att redogöra för arbetsgivarens, arbetstagarrens, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens ansvar enligt de regler som finns i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. I kapitel 3 belyses även reglerna som har anknytning till rehabiliteringskedjan i propositionen 2007/08:136. Avsnitt 3.3.1 bygger huvudsakligen på ovan nämnda proposition. I kapitel 4 belyses de skillnader som de nya reglerna medför. Kapitel 5 används för att redogöra för den empiriska undersökningen utifrån tre teman. Uppsatsen avslutas med en diskussion i kapitel 6.

1.5 Begrepp

För att göra det tydligt för läsaren vill jag innan kommande fördjupning av ämnet förklara innebörden av ett antal begrepp som förekommer i uppsatsen.

Rehabilitering – den vardagliga betydelsen är återanpassning.³ I begreppet rehabilitering ingår alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som finns till hands för att hjälpa människor att återfå sin funktionsförmåga.

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar enligt 22 kap 2 § lag (1962:381) om allmän försäkring (hädanefter kallad AFL) på att återge

³ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 19.

arbetsförmåga och förutsättningar för att försörja sig själv genom förvärvsarbete till den som har drabbats av sjukdom.

Sjukförsäkring är en försäkring som täcker kostnader för sjukdom och ger ersättning vid inkomstbortfall på grund av sjukdom.⁴ Denna försäkring regleras i AFL.

Sjuklön utbetalas av arbetsgivaren under de första 14 dagarna som en arbetstagare är sjuk och regleras av bestämmelserna i lag (1991:1047) om sjuklön.⁵

Karensdag – den första dagen i sjukperioden, ersättning utbetalas inte för denna dag

Sjukpenning heter den ersättning som erhålls från Försäkringskassan när någon vid sjukdom inte kan utföra sitt arbete efter sjuklöneperiodens slut. Reglerna om sjukpenning finns i AFL.⁶

Sjukersättning får en person vars arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt och som inte kommer att kunna återfå sin arbetsförmåga.⁷ Sjukersättning kallades tidigare för förtidspension. Sjukersättningen regleras i AFL och betalas ut av Försäkringskassan.

Ohälsotal – ett mått som Försäkringskassan använder sig av för att visa antalet utbetalda dagar från socialförsäkringen.⁸ Ohälsotalet räknas på personer mellan 16 –64 år. Ohälsotalet innehåller inte de dagar som en individ får sjuklön från sin arbetsgivare.

Rehabiliteringskedja – hjälpmedel till att bedöma rätten till sjukpenning. Rehabiliteringskedjan beskrivs tydligare i avsnitt 3.3.1.

Vårdgarantin – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den nationella vårdgarantin innebär förklaras av bilden på nästa sida.

⁴ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 29.

⁵ Glavå, 2001, s. 457.

⁶ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 109.

⁷ 7 kap 1 § AFL.

⁸ Internet, hämtat 2008-09-26: <http://www.fkf.se/upload/6413/ohtal%20totalt%20ny.xls>.

Figur 1: Den nationella vårdgarantin⁹

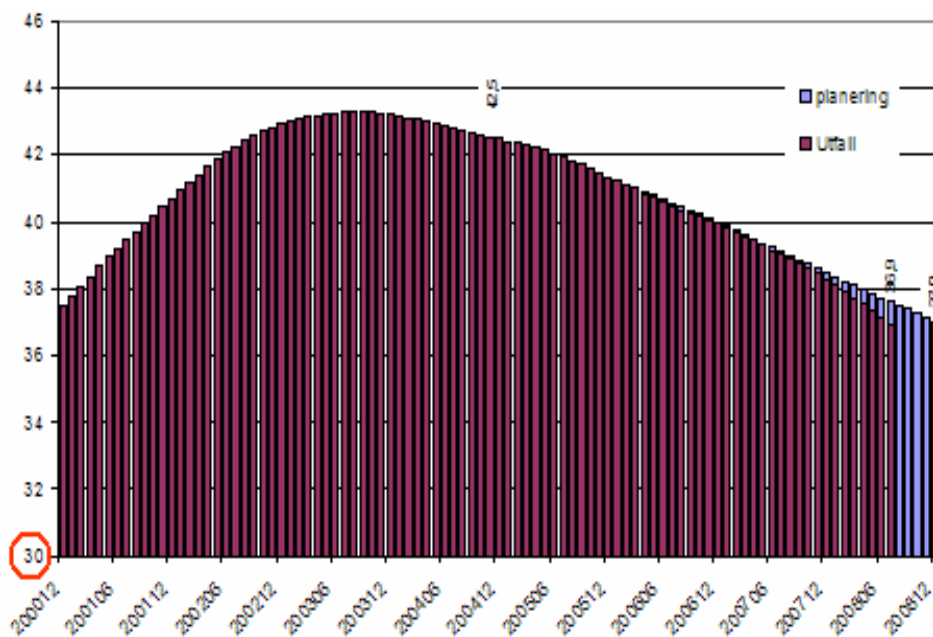
- 0 Primärvården ska erbjuda kontakt eller besök samma dag.
 - 7 Läkarbesök inom primärvården inom sju dagar. Bedömer primärvården att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar.
 - 90 Från det att beslut om remiss fattats får det gå högst 90 dagar till det första besöket.
 - 90 Från det att beslut om behandling fattats ska behandling påbörjas inom 90 dagar.
-

⁹ Internet, hämtad 2008-10-08, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=104196>.

2 Ohälsotalets utveckling över tid

Under andra hälften av 1990-talet och i början av 2000-talet ökade ohälsotalet i Sverige. I juli 2008 nådde ohälsotalet 36,9 vilket är det lägsta under hela 2000-talet.¹⁰ Bilden nedan visar ohälsotalets utveckling under 2000-talet för Sverige.

Figur 2: Ohälsotalets utveckling¹¹



Att ohälsotalet stadigt minskar är generellt sätt positivt. Det är viktigt att så många som möjligt kan försörja sig genom eget arbete, både för individens och för samhället i stort. Dock kvarstår problemet att de som blir sjukskrivna förblir det under lång tid. Att vara sjukskriven under lång tid resulterar ofta i att individen hamnar i ett permanent utanförskap. Att Sverige har problem med långa sjukskrivningsperioder är bland annat en konsekvens av att vi inte haft någon borte gräns för hur länge en person kan erhålla sjukpenning. En lösning på ovanstående problem kan vara att bidra med stöd till den sjukskrivne för att få han eller hon att återgå till arbetet så snart som möjligt genom tidiga

¹⁰ Internet, hämtat 2008-09-17: http://www.fk.se/press/pressmed/pm2008/pm26_08/.

¹¹ Internet, hämtad 2008-09-16:

http://www.fk.se/press/pressmed/pm2008/pm26_08/dokument/pm08_26_bil_2.pdf.

insatser.¹² Reglerna i propositionen 2007/08:136 ses som den största förändringen i sjukförsäkringen på 15 år. Förändringen har vuxit fram under en längre tid. I SOU 2006:86 ”Mera försäkring och mera arbete” framgår att Sveriges sjukförsäkring är i behov av en reform. Sjukförsäkringen fungerar inte som den ska. Att fler lämnar arbetslivet till följd av ohälsa är en konsekvens av en mjuk sjukförsäkring.¹³ Utredningen visar hur sjukförsäkringen har blivit en parkeringsplats för problem den inte är avsedd för. En bra försäkring ska ge ett skydd när olyckan är framme och skyddet ska gå till rätt person och under rätt tid.¹⁴

2.1 Faktorer som påverkar

Att ohälsotalet varierar beror på en rad olika faktorer. Det kan vara förändringar i hälsa, konjunktur och arbetslöshet.¹⁵ Undersökningar visar att när konjunkturen blir sämre och arbetslösheten ökar så sjunker ohälsotalet. En förklaring kan vara att när det råder hög arbetslöshet så förlorar personer med sämre hälsa arbetet först och räknas då inte med i ohälsostatestiken vilket gör att ohälsotalet sjunker.¹⁶ En annan viktig faktor som påverkar är givmildheten i ersättningsystemet.¹⁷ Fler personer är sjukskrivna när ersättningen i sjukförsäkringen är hög.

2.2 Budgetpropositionen 2008

Tidiga rehabiliteringsinsatser, förbättrat stöd och den sjukskrivnes motivation är avgörande för en effektivare sjukskrivningsprocess. I budgetpropositionen för 2008 presenterade regeringen sammanlagt 18 förslag som syftar till att bidra till ökad återgång i arbete vid sjukskrivning. Regeringen avsätter 3,4 miljarder kronor i ett åtgärds paket under åren 2008-2010.¹⁸

¹² Tidiga insatser kan t.ex. vara samtal med den anställda, hålla kontakten med den sjukskrivne genom t.ex. att uppdatera henne eller honom om vad som händer på arbetsplatsen och att motivera den sjukskrivne till att komma tillbaka till arbetet.

¹³ SOU 2006:86 s. 52.

¹⁴ SOU 2006:86 s. 61.

¹⁵ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 30.

¹⁶ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 31.

¹⁷ Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 32.

¹⁸ Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 10, s. 23.

2.3 Regeringens åtgärds paket

Regeringen strävar efter en befolkning i full sysselsättning och minskat utanförskap som på lång sikt ska öka arbetskraftutbudet, minska arbetslösheten samt minska sjukfrånvaron.¹⁹ Sjukförsäkringen ska motivera den sjukskrivne till återgång i arbete. Regeringens åtgärds paket innebär bland annat att en rehabiliteringsgaranti ska införas, vidareutveckling av företagshälsovården ska främjas samt att en väl fungerande rehabiliteringskedja ska införas.²⁰ Nedan beskrivs rehabiliteringsgarantin och utveckling av företagshälsovården. Rehabiliteringskedjan tas upp i avsnitt 3.3.1.

2.3.1 Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin ska genomföras successivt med början den 1 juli 2008 och innebär att patienter som har smärta i rygg, nacke och axlar eller lättare/medelsvåra depressioner eller olika typer av ångest och stress, har rätt till medicinsk behandling och rehabilitering efter att hälso- och sjukvården gjort en medicinsk bedömning och utredning.²¹ De diagnoser som nämns ovan är utvalda eftersom de utgör hälften av alla sjukskrivningar. Ett problem i Sverige är att det inte finns behandling och rehabilitering i den utsträckning som det finns behov. Avsikten med rehabiliteringsgarantin är att dessa åtgärder successivt byggs ut så att behandling och rehabilitering finns tillgänglig för alla. Regeringen vill genom införandet av rehabiliteringsgarantin stärka den sjukskrivnes ställning i sjukskrivningsprocessen så att han eller hon får rätt till medicinsk rehabilitering i större utsträckning än vad som sker i dag. Till rehabiliteringsgarantin har det i budgetpropositionen för 2008 avsatts resurser för åren 2008-2010.²²

¹⁹ Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 10, s. 12.

²⁰ Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 10, s. 12.

²¹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti, Dnr SKL 2268/08.

²² Prop. 2007/08:136 s. 54.

2.3.2 Vidarutvecklad företagshälsovård

Företagshälsovården ska vara ett stöd till arbetsgivare och anställda i sjukskrivningsprocessen. De ska bland annat ta en mer aktiv roll i att identifiera fall där tidiga insatser behövs och hjälpa både arbetsgivare och anställda.²³ Regeringen vill utveckla företagshälsovården i linje med att underlätta arbetet för tidiga insatser genom att de ska få en fullvärdig första linjens kontakt med sjukvården.²⁴ Företagshälsovården ska vara ett stöd för Försäkringskassan i bedömningen av arbetsförmågan.

²³ Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 10, s. 24.

²⁴ Prop. 2007/08:1 Utgiftsområde 10, s. 37.

3 Ansvar i rehabiliteringsprocessen

Detta kapitel syftar till att redogöra för arbetsgivarens, arbetstagarens, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens ansvar i rehabiliteringsprocessen enligt nuvarande regler i arbetsmiljölagen (1977:1160) (hädanefter kallad AML) och AFL. Vidare redogör kapitlet för de regler i proposition 2007/08:136 som har anknytning till rehabiliteringskedjan.

3.1 Kort bakgrund

Bestämmelser som har reglerat sjuklön och rehabilitering har funnits i mer än 15 år. Syftet med reglernas införande var att minska antalet sjuka arbetstagare och de kostnader som detta medfört. Med reglerna ville man underlätta Försäkringskassans administration och kontrollen av att arbetstagare verkligen var sjuka skulle utföras mer effektivt. I början av 1990-talet genomfördes lagändringar som förstärkte arbetsgivaransvaret. Lagändringarna innebar att arbetsgivaren fick ett ökat socialt ansvar, men även ett ökat ekonomiskt ansvar för sina sjuka arbetstagare.²⁵

3.2 Nuvarande regler

3.2.1 Arbetsgivarens ansvar

Reglerna om arbetsgivarens ansvar i rehabiliteringsprocessen finns på organisationsnivå i 3 kapitlet AML och på individnivå i 22 kapitlet AFL. Enligt 3 kap 2a § AML ska arbetsgivaren se till att det i verksamheten finns, en på lämpligt sätt organiserad, arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt 22 kap AFL åligger honom. Arbetsgivaren ska anpassa arbetsförhållanden till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende enligt 2 kap 1 § AML. Vidare ska arbetsgivaren enligt 3 kap 3 § AML anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd för att ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättning för arbetet. I 22 kap AFL står det att arbetsgivaren i samråd med den försäkrade har ansvaret för att dennes behov av

²⁵ Westregård, 2008, s. 47.

arbetslivsinriktad rehabilitering kartläggs och att åtgärder vidtas. En arbetsgivare har ansvar i rehabiliteringsprocessen oberoende om orsaken till att den försäkrades rehabiliteringsbehov har samband med arbetet eller inte.²⁶

3.2.2 Arbetstagarens ansvar

Arbetstagaren har ansvar att lämna de upplysningar som behövs för att kartlägga hans eller hennes behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.²⁷ En arbetstagare kan vägras ersättning enligt bestämmelserna i 20 kap 3 §. Försäkringskassan måste dock ha gjort arbetstagaren uppmärksam om denna påföljd.

3.2.3 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan ska enligt 5 § AFL samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt AFL. Det ligger även i Försäkringskassans ansvar, att i samråd med den försäkrade, se till att hans eller hennes behov av rehabilitering kartläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Vidare har Försäkringskassan ett ansvar efter medgivande från den försäkrade att samverka med hans eller hennes arbetsgivare, arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna. Försäkringskassan ska vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och se till att rehabiliteringsinsatserna påbörjas så snart det är möjligt.²⁸

3.2.4 Arbetsförmedlingens ansvar

Arbetsförmedlingen har inte ett lagstadgat ansvar i rehabiliteringsprocessen. Deras huvuduppgift är att bidra och hjälpa dem som står allra längst bort från arbetsmarknaden att få ett arbete.²⁹

²⁶ SOU 1996:113 s. 112.

²⁷ 22 kap 4 § AFL.

²⁸ 22 kap 5 § AFL.

²⁹ Prop. 2007/08:136 s. 44.

3.3 De nya reglerna

Den 1 juli 2008 infördes nya regler i Sveriges sjukförsäkring. Reglerna har vuxit fram för att Sverige har varit i behov av en stabil sjukförsäkring. Diskussioner angående sjukförsäkringens behov av reformering har pågått i många år. Konsekvenser av en mjuk sjukförsäkring är otrygghet, höga kostnader och utslagning. En stabil sjukförsäkring ska ge motsatsen.³⁰ I SOU 2006:86 resoneras det kring att Sverige skulle kunna vinna mycket om sjukförsäkringen behandlades mera som en försäkring och mindre som ett bidragssystem.³¹

Påverkande faktorer i avsnitt 2.1 visar ett samband mellan sjukfrånvaron och ersättningssystemets generositet. När ersättningen och regelverken är generösa är färre personer sjukskrivna. Regeringen strävar efter att minska sjukfrånvaron ytterligare och den 19 mars 2008 lämnade regeringen över propositionen ”En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete” till riksdagen.³² Propositionen är en del av regeringens åtgärds paket och innehåller förslag till en förändrad sjukskrivningsprocess med en stramare tidsplan för prövning av arbetsförmågan. Reglerna i propositionen ska ge en tydligare utgångspunkt i individens förmåga och behov, han eller hon ska veta vid vilken tidpunkt en viss prövning ska ske. Med propositionen vill regeringen: ”effektivisera sjukskrivningsprocessen och öka möjligheterna för sjukskrivna att återgå i arbete”.³³

3.3.1 Regler i propositionen med anknytning till rehabiliteringskedjan

I detta avsnitt belyses de regler i proposition 2007/08:136 som har anknytning till rehabiliteringskedjan.

Tidsbegränsning av sjukpenning görs till 364 dagar under en period på 450 dagar. 450 dagar utgör en ramtid och är till för att förhindra att man får sjukpenning längre än 364 dagar genom att tillfälligt friskskriva sig och sedan

³⁰ SOU 2006:86 s.61.

³¹ SOU 2006:86 s.66.

³² Prop. 2007/08:136 s. 1.

³³ Prop. 2007/08:136 s. 1.

begära sjukpenning igen. Sjukpenningen motsvarar 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten.³⁴

Förlängd sjukpenning får en anställd skriftligen ansöka om han eller hon fortfarande inte kan arbeta efter 364 dagar. Den förlängda sjukpenningen kan man få i maximalt 550 dagar och ersättningen under denna period är 75 % av den sjukpenninggrundade inkomsten.³⁵

Den som lider av en mycket allvarlig sjukdom kan efter 364 dagar ansöka om *fortsatt sjukpenning*. Då är ersättningen densamma som under de första 364 dagarna, dvs. 80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten.³⁶ En mycket allvarlig sjukdom är t.ex. vissa tumörsjukdomar och neurologiska sjukdomar. Det finns ingen tidsgräns för hur länge fortsatt sjukpenning kan betalas ut.

En rehabiliteringskedja införs som stöd för bedömning av rätten till sjukpenning vilket innebär att under den period som någon är sjukskriven kommer han eller hon att få sin förmåga att börja arbeta prövad regelbundet. Rehabiliteringskedjan gäller endast de personer som har en anställning.³⁷ Rehabiliteringskedjan innebär att en anställd har rätt till sjukpenning under de första 90 dagarna som han eller hon inte kan utföra sitt vanliga arbete eller något annat lämpligt arbete som arbetsgivaren kan erbjuda. Från dag 91 till och med dag 180 har en anställd rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.³⁸ Skillnaden mellan dag 1-90 och 91-180 är att under den senare perioden vidgas prövningen av arbetsförmågan till att även omfatta om den anställde efter medicinsk rehabilitering, omplacering eller annan arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd kan utföra annat arbete hos arbetsgivaren.³⁹ Finns det risk att den sjukskrivne inte kommer att kunna gå tillbaka till något arbete hos sin arbetsgivare före dag 181 kan Försäkringskassan erbjuda hjälp med en kontakt hos Arbetsförmedlingen. Den sjukskrivne kan då söka nytt arbete samtidigt som han eller hon får ha kvar sin anställning och får

³⁴ Prop. 2007/08:136 s. 78.

³⁵ Prop. 2007/08:136, s. 82.

³⁶ Prop. 2007/08:136, s. 83.

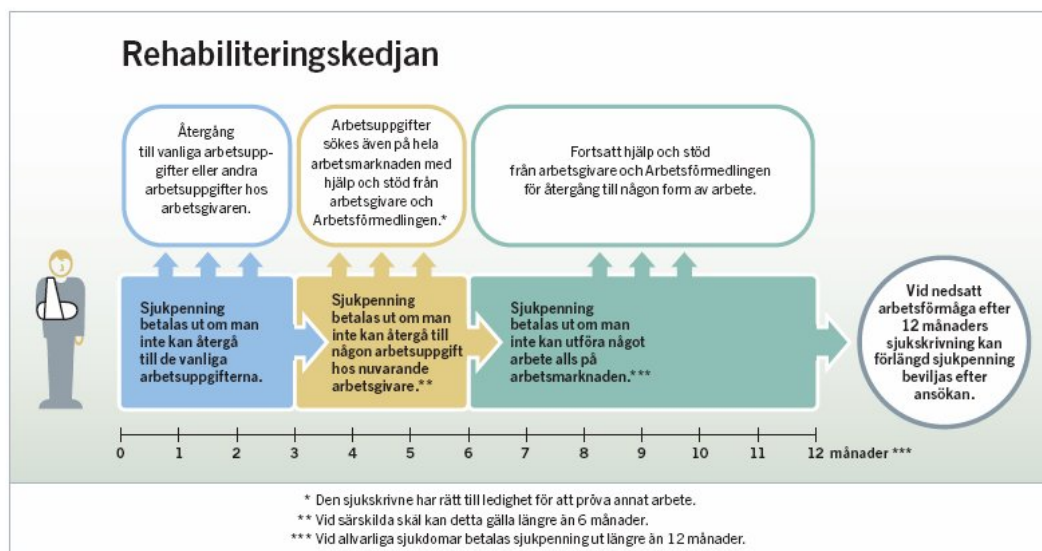
³⁷ Prop. 2007/08:136 s. 59.

³⁸ Prop. 2007/08:136 s. 58.

³⁹ Prop. 2007/08:136 s. 61.

sjukpenning.⁴⁰ Efter dag 180 tar Försäkringskassan ställning till om den anställde kan utföra något annat arbete på arbetsmarknaden.⁴¹ Kan den anställde utföra annat arbete har han eller hon inte rätt till sjukpenning. Försäkringskassan kan under särskilda skäl skjuta upp prövningen mot hela arbetsmarknaden om den anställde anses med stor sannolikhet kunna återgå till sitt arbete hos arbetsgivaren inom kort.⁴² Denna möjlighet finns bara om den sjukskrivne med stor sannolikhet kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 365. Från och med dag 366 ska arbetsförmågan utan undantag bedömas i förhållande till arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Vi bedömningen av arbetsförmågan tar Försäkringskassan inte hänsyn till särskilda skäl som ålder, bosättningsförhållanden, utbildning eller tidigare verksamhet.⁴³

Figur 3: Rehabiliteringskedjan⁴⁴



En sammanläggning av sjukperioder ska göras för att beräkna hur lång tid den anställde har haft nedsatt arbetsförmåga. Har den anställde arbetat

⁴⁰ Reglerna införs den 1 oktober 2008 i en ny ledighetslag som är knuten till rehabiliteringskedjan i syfte att underlätta för sjukskrivna att återgå i arbete.

⁴¹ Prop. 2007/08:136 s. 58.

⁴² Prop. 2007/08:136 s. 68.

⁴³ Prop. 2007/08:136 s. 67.

⁴⁴ Internet, hämtad 2008-10-05: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/01/87/09/a9d1cdd5.pdf>.

mellan två perioder där han eller hon varit sjuk kortare tid än 90 dagar läggs perioderna ihop. En följd av denna reglering kan bli att en anställd av en relativt bagatellartad sjukdom eller olika sjukdomar kan komma upp i 180 dagar redan från början av en sjukskrivning och prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden ska ske. Bestämmelsen avser endast sammanläggningen av sjukperioder.⁴⁵

Det som tidigare kallades *Tidsbegränsad sjukersättning* finns inte längre. Den som redan har tidsbegränsad sjukersättning behåller sin ersättning för den period som redan är beviljad. Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt vid periodens slut finns övergångsbestämmelser som gäller längst till och med december 2012.⁴⁶

Reglerna för *sjuk- och aktivitetsersättning* skärps.⁴⁷ Alla möjligheter att börja jobba igen måste vara prövade och arbetsförmågan ska vara nedsatt för all överskådlig framtid.

3.3.2 *Ikraftträdande*

De flesta förslagen i propositionen trädde i kraft den 1 juli 2008. Orsaken till att datumen för ikraftträdande var förlagd så tidigt efter propositionens inlämning var för att regeringen ansåg att det var viktigt för att en effektivisering av sjukskrivningsprocessen skulle kunna åstadkommas. Den som blev sjuk före 1 juli 2008 börjar rehabiliteringskedjans regler att gälla den 1 januari 2009, men för en person som blev sjuk efter 1 juli 2008, börjar de nya reglerna för rehabiliteringskedjan gälla med en gång.⁴⁸

⁴⁵ 3 kap 4 § andra stycket AFL att en tillfällig nedsättning av arbetsförmågan som endast medför ersättning i form av sjuklön från arbetsgivaren inte utgör en sjukperiod.

⁴⁶ Prop. 2007/08:136 s. 90.

⁴⁷ Sjukersättning gäller för personer mellan 30-64 år som aldrig kommer att kunna arbeta på grund av skada eller sjukdom. Aktivitetsersättning gäller i samma syfte som sjukersättning men för personer mellan 19-29 år.

⁴⁸ Prop. 2007/08:136 s. 91.

4 Jämförelser

De nya reglerna i sjukförsäkringen fokuserar på att Sverige ska få en mer effektiv sjukskrivningsprocess. Vi ska fokusera mer på tidiga insatser så att fler sjukskrivna personers arbetsförmåga kan tas tillvara på bättre än tidigare. De nya reglerna i sjukförsäkringen ska underlätta omställningen till nytt arbete när det är möjligt.⁴⁹ I detta kapitel belyses de skillnader som de nya reglerna har medfört. Jag har valt att göra jämförelserna utifrån de olika parterna men en förändring kan naturligtvis påverka mer än en part.

4.1 Arbetsgivarens ansvar

Regeringen menar att några förändringar avseende arbetsgivarens rehabiliteringsansvar inte är avsedda.⁵⁰ De har fortfarande en central roll i sjukskrivningsprocessen och ska genom tidig och kontinuerlig kontakt med arbetstagarna starta rehabiliteringsprocessen. Det som regeringen vill påverka med införandet av de nya regelverken är arbetsgivarens inställning och agerande för att få den sjukskrivne att återgå i arbetet. Rehabiliteringskedjan ska hjälpa arbetsgivaren att agera i ett tidigare skede än vad de har gjort tidigare.

4.2 Arbetstagarens ansvar

De nya reglerna i sjukförsäkringen är betydligt strängare när det gäller arbetstagarens rättigheter än tidigare. Rehabiliteringskedjans tidsramar kommer att innebära stora skillnader för den sjukskrivne. Den sjukskrivne kommer att behöva ta ett större ansvar och själv vara delaktig i sin rehabiliteringsprocess för att öka möjligheten att återgå i arbetet. Ökade krav kommer att ställas på den sjukskrivne att förse Försäkringskassan med det underlag som behövs för bedömningarna. De nya reglerna kommer att innebära ett större ansvar än tidigare på den sjukskrivne att själv ta tillvara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete. Tidigare har den sjukskrivne inte på förhand kunnat veta vad som kommer

⁴⁹ Prop. 2007/08:136 s. 57.

⁵⁰ Prop. 2007/08:136 s. 97.

att hända i hans eller hennes sjukfall men med de nya reglerna kommer den sjukskrivne veta vilka tidpunkter han eller hon kan förvänta sig att en viss prövning ska ske.

4.3 Försäkringskassans ansvar

Enligt Britt Lago Bruze (BLB) på Försäkringskassan kommer det inte att bli någon egentlig förändring i deras arbete.⁵¹ Beskrivningen i avsnitt 3.2.3 stämmer väl överens med hur Försäkringskassan kommer att arbeta även efter lagändringarna.⁵² BLB tillägger dock att de nya tidsgränserna kommer att innebära att Försäkringskassan måste snabba upp hanteringen av de olika ärendena.⁵³ Försäkringskassan kommer genom rehabiliteringskedjans skärpta regler av bedömningen mot hela arbetsmarknaden få en ökad belastning. Tidigare innebar prövningen mot arbetsmarknaden att Försäkringskassan skulle bedöma om individen kunde utföra ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Problemet med dåvarande reglering var bland annat att det inte fanns en definition på vilka arbeten som är normalt förekommande. Bedömningen mot hela arbetsmarknaden gjordes tidigare först efter att det inte längre kunde antas att individen kunde återgå i arbete hos arbetsgivaren.⁵⁴ Bedömningen ska nu göras i förhållande till varje typ av arbete och det ska räcka med att den försäkrade ska kunna utföra något arbete på den reguljära arbetsmarknaden.⁵⁵

4.4 Arbetsförmedlingens ansvar

Den övergång från sjukskrivning till aktivt arbetssökande som rehabiliteringskedjan medför kommer att ställa högre krav på samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. För den som inte kan fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare måste Arbetsförmedlingen bistå med nödvändig service för hjälp till annat arbete. Detta samarbete finns redan idag men nu kommer

⁵¹ Informationsmöte av försäkringskassan på UMAS den 24 september 2008.

⁵² Per mail 2008-09-25.

⁵³ Per mail 2008-09-25.

⁵⁴ Prop. 2007/08:136 s. 68.

⁵⁵ Prop. 2007/08:136 s. 67.

övergången att behöva ske betydligt tidigare.⁵⁶ Arbetsförmedlingens tjänster var tidigare oftast inte aktuella förrän efter ett års sjukskrivning, nu kommer de att behövas redan efter 3 månader. Detta kommer att medföra en ökad belastning på Arbetsförmedlingen vilket gör att de kommer att behöva arbeta på ett annat sätt nu än tidigare.

⁵⁶ Ds 2008:3 s. 100.

5 Intervjuer

Som stöd för undersökningen har tre intervjuer och ett deltagande på Försäkringskassans informationsmöte angående förändringen i sjukförsäkringen genomförts.⁵⁷ Respondenterna valdes utifrån frågeställningarna och efter möjligheten att göra muntliga intervjuer. Förfrågningar skickades till tre personer via tips från personer under min praktik. Intervjuer har genomförts med Anja Nyberg (AN) som är med i projektgruppen för en förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne. Intervjun ämnar ge en helhetsbild av arbetet med sjukskrivningsprocessen i Region Skåne. Den andra respondenten är Marianne Grönvall (MG) som arbetar som personalspecialist på UMAS. MG är arbetsgivarrepresentant och stöd i personalrelaterade ärenden för ledningen på olika nivåer på UMAS. Den tredje respondenten är Marie Nilsson (MN), ansvarig för Region Skånes tillgänglighetskoordinatorer. Organisationen för tillgänglighetskoordinator har skapats för att hjälpa de verksamheter som inte klarar av att uppfylla vårdgarantin och behöver hjälp att hitta en annan vårdgivare. MN arbetar även i Avdelningen för God Vård och läkemedel i koncernledningen i Region Skåne.

5.1 Metod för den empiriska undersökningen

Vid intervjuerna användes den riktat öppna intervjuformen; intervjuaren bestämmer vad intervjun ska handla om medan respondenten definierar fenomenet.⁵⁸ Innan varje intervju bestäms vilka områden som respondenten ska tala om. Frågorna skrivs ner i en intervjumall för att användas som stöd under intervjuerna. I alla intervjuerna ändras dock ordningen på frågorna utefter att respondenten svarade på flera frågor i ett svar samt att följdfrågor ställdes. Denna möjlighet finns i den riktat öppna intervjun för att öka förståelsen för respondentens svar.⁵⁹

⁵⁷ Informationsmöte av försäkringskassan på UMAS den 24 september 2008.

⁵⁸ Lantz, 2007, s. 53.

⁵⁹ Lantz, 2007, s. 59.

Intervjumaterialet presenteras i form av citat och bearbetade uttalanden som jag sedan resonerar kring. Jag har delat in kapitlet i tre delar; allmänna uppfattningar om de nya reglerna i sjukförsäkringen, arbetet med implementering av de nya reglerna i Region Skåne och UMAS och problemen med långa väntetider och köer i vården.

5.2 Allmänna uppfattningar om de nya reglerna i sjukförsäkringen

I detta avsnitt redovisas respondenternas allmänna uppfattningar om de nya reglerna utifrån diskussionerna som uppstod under intervjuerna.

AN ser reglerna som ett led i riktning med deras projekt ”Förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne”.⁶⁰ Projektet startade 2006 och dess syfte i korthet är att skapa strategier som leder till att sjukskrivningsärenden prioriteras för ledningen och den sjukskrivande läkaren. Vidare är syftet att skapa förutsättningar för en förbättrad samverkan inom hälso- och sjukvården, med andra externa aktörer och med den patienten för att undvika väntetider, parallellt arbete och ojämlig behandling. Projektets uppgift är att öka kunskapen och medvetenheten i hälso- och sjukvården om sjukskrivningens orsaker och konsekvenser.⁶¹ AN påpekar att en strukturerad rehabiliteringsprocess är bra för att få tillbaka en sjukskriven i arbete så fort som möjligt. AN tror att den största utmaningen med de nya reglerna kommer att bli samarbetet mellan de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen och de långa väntetider som finns i vården. AN påpekar att även om sjukskrivningsprocessen nu ska ske mer effektivt, får vi inte glömma värdegrunderna i rehabiliteringsprocessen: ”Vi vill dig väl” och ”Jag kan vara sjuk utan skuld.”⁶²

MG berättar att UMAS har en handlingsplan över hur de som arbetsgivare ska hantera och arbeta med de sjukskrivningsfall som påbörjats före den 1 januari 2008 och ska anpassas till rehabiliteringskedjan från den 1 januari 2009. ”Vi ska med vår handlingsplan arbeta strukturerat och systematiskt utefter

⁶⁰ Intervju den 29 september 2008, Lund.

⁶¹ Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne – direktiv (2006-12-13), s. 2.

⁶² Intervju den 29 september 2008, Lund.

de nya reglerna”.⁶³ Så som MG tolkar texten kommer flera individer som haft en lång sjukskrivning eller tidsbegränsad sjukskrivning falla in på dag 181 i rehabiliteringskedjan den 1 januari 2009 och de ska arbetsprövas på den reguljära arbetsmarknaden. För en arbetsgivare med många anställda i ovanstående situation innebär hösten intensivt arbete och förberedelser för att göra anpassningen till de nya reglerna så bra som möjligt för den sjukskrivne. MG berättar att UMAS som arbetsgivare är förberedd för detta arbete genom sin handlingsplan men hon känner en personlig oro över att det kan finnas individer som i övergången kan komma i kläm. MG tar som exempel att personer som lider av utmattningsdepression och som inte bedöms vara tillräckligt allvarligt sjuka, kan komma att få svårt att klara sig på arbetsmarknaden. MG understryker dock att reglerna är nya och vi har ännu inte sett konsekvenserna av dem.⁶⁴

MN ser förändringen i sjukskrivningsprocessen som ett steg i rätt riktning, men är rädd för att enskilda individer kan komma i kläm t.ex. kan risken för utförsäkring öka pga. långa väntetider inom hälso- och sjukvården. Vårdgarantin trädde i kraft 1 november 2005 och den nya rehabiliteringsgarantin och tidsgränserna i rehabiliteringskedjan kommer att sätta fokus även på tillgänglighetsarbetet.⁶⁵

5.3 Implementeringen av de nya reglerna i Region Skåne och UMAS

I detta avsnitt redovisar jag hur Region Skåne och UMAS arbetar med förberedelserna av de nya reglerna och hur planeringen ser ut framöver.

AN berättar att projektet ”Förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne” innefattar många områden: de vill öka kunskapen om sjukskrivningar och ge stöd åt läkare i sjukskrivningssituationer. ”Utrednings- och behandlingsprocesser i sjukskrivningsprocessen bör ske parallellt”.⁶⁶ AN berättar vidare att de arbetar i linje med de tre ”slagorden” för en bra sjukskrivning som fastställdes i riktlinjerna för förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne

⁶³ Intervju den 24 september 2008, Malmö.

⁶⁴ Intervju den 24 september 2008, Malmö.

⁶⁵ Intervju den 2 oktober 2008, Malmö.

⁶⁶ Intervju den 29 september 2008, Lund.

2006: en bra sjukskrivning är rätt, lagom och säker.⁶⁷ Detta innebär att en bra sjukskrivning är en medveten del av behandlingen, på rätt indikationer, enligt lokala och nationella riktlinjer/beslutsstöd, individuellt anpassad och att plan för återgång till arbete finns.⁶⁸ Exempel på mindre områden som Region Skåne arbetar med i linje med de nya sjukförsäkringsreglerna är ”Sjukskrivning på rätt indikationer”. De vill utbilda läkare i försäkringsmedicin och i sjukskrivningens praktik för att alla läkare ska bedöma så rätt och så lika som möjligt i sjukskrivningsprocessen. Viktiga faktorer för en effektiv sjukskrivningsprocess är samverkan mellan olika vårdgivare och aktörer, ingen eller kort väntetid till vård och god dokumentation av den sjukskrivande läkaren som säkerhetsställer ett bra underlag till Försäkringskassan.⁶⁹ De nya reglerna i sjukförsäkringen medför stramare tidsramar, vilket gör att sjukskrivningsprocessen måste effektiviseras. AN betonar att varje sjukskrivningsfall är unikt och inte likt det andra men det måste ändå finnas tydliga riktlinjer för hur bedömningen och arbetet med sjukskrivningsprocessen ska gå till och att den ska bli så effektiv som möjligt. Projektet arbetar också med kompetensutveckling inom rehabilitering för de olika aktörerna som är inblandade. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen som ska vara med i bedömningen av en patient har så hög kompetens inom sjukskrivningsområdet som möjligt. Ett annat viktigt område är att alla aktörer i sjukskrivningsprocessen ska använda sig av samma termologi vilket kan bidra till att sjukskrivningsprocessen effektiviseras. Detta område kallas ICF. AN tror att framgångsfaktorerna är att det finns tydliga mål och arbetsanvisningar för en strukturerad rehabiliteringsprocess i verksamhetsplaner och i den regionala rehabiliteringspolicyn.⁷⁰

UMAS kliniker är uppdelade i olika divisioner och personalspecialisterna är arbetsgivarstöd gentemot de olika divisionerna. MG berättar att hon som personalspecialist för sin division på UMAS sedan tidigare träffat sina chefer en gång i månaden där de diskuterar de aktuella

⁶⁷ Intervju den 29 september 2008, Lund.

⁶⁸ Riktlinjer 2007-04-11: Sjukskrivning en medveten del av behandling.

⁶⁹ Riktlinjer 2007-04-11: Sjukskrivning en medveten del av behandling.

⁷⁰ Intervju den 29 september 2008, Lund.

rehabiliteringsfallen.⁷¹ De nya reglerna innebär hårdare tidsramar på rehabiliteringsutredningen och därmed även på större krav på cheferna att agera fortare i sina utredningar, ett systematiskt arbete måste bli vardag. MG ser till att cheferna ligger i rätt tid i rehabiliteringsutredningen. Det är viktigt att hålla kontakt och ställa frågor, berättar MG. Företagshälsovården Previa som UMAS sedan tidigare har ett samarbete med måste blandas in tidigt i processen för att stödja insatser och åtgärder. MG finns som ett arbetsgivarstöd men det största ansvaret ligger på den enskilde chefen att agera. MG berättar att UMAS sedan en tid tillbaka har tillsatt ett rehabiliteringsråd. Detta råd är ett stöd för cheferna att klara av tidsramarna i de nya reglerna. Som stöd för cheferna i rehabiliteringsutredningen använder sig UMAS även av ett webbaserat datasystem som används som redskap för aktiv rehabiliteringsprocess och ett sätt för cheferna att arbeta systematiskt. MG berättar att UMAS har ett antal handläggare på Försäkringskassan som arbetar speciellt mot dem eftersom de är en så stor arbetsgivare. Hon tror att det i framtiden kommer att utvecklas ett närmare samarbete med dessa handläggare, att de kommer vara mer delaktiga i enskilda möten med den sjukskrivne och chefer som ett stöd. MG betonar att de nya reglerna kräver att alla aktörer tar sitt ansvar och strävar mot samma mål för ett tätare och bättre samarbete i sjukskrivningsprocessen. Detta är även viktigt för att uppnå en så effektiv rehabiliteringsprocess som möjligt och skapa tillit till systemet.⁷²

5.4 Problemen med långa väntetider och köer i vården

Vårdgarantin omfattar all planerad vård inom alla specialiteter.⁷³ Den gäller alla landsting, regioner och privata vårdgivare som har vårdavtal med något landsting/region. Om vårdenheten inte själv kan erbjuda individen vård inom garantitiden ska de hjälpa patienten till vård hos en annan vårdgivare. MN berättar att det är långa väntetider inom vissa områden i den specialiserade vården i Region Skåne, t.ex. inom ortopedi. Regionens tillgänglighetskoordinatorer arbetar

⁷¹ Intervju den 24 september 2008, Malmö.

⁷² Intervju den 24 september 2008, Malmö.

⁷³ Intervju den 2 oktober 2008, Malmö.

aktivt för att patienter ska erbjudas tid för besök eller behandling inom vårdgarantins tidsgränser.

Det övergripande målet för tillgänglighetsarbetet i Region Skåne är att nå en hållbar tillgänglighet, att man som patient ska få rätt vård i rätt tid. MN menar att för att man ska kunna uppnå målet krävs inte bara ett förändrat arbetssätt utan även större samverkan, attitydförändringar och en helhetssyn. MN tror att rehabiliteringsgarantin och tidsgränserna i rehabiliteringskedjan kommer att påverka vården. Hon understryker att hon tycker att de nya sjukskrivningsreglernas syfte är bra. ”Det är positivt att Sverige arbetar för att få en så effektiv sjukskrivningsprocess som möjligt och att vi satsar på att fler människor ska kunna återgå i arbete.” Dock anser MN att det är viktigt de i tillgänglighetsarbetet skapar förutsättningar för att patienten får vård i rätt tid.⁷⁴

⁷⁴ Intervju den 2 oktober 2008, Malmö.

6 Diskussion

Reglernas färskhet gör att det inte finns någon praxis att utgå ifrån. Under intervjuerna framkom det tydligt att respondenternas svar baserade sig på antaganden och spekulationer. Troligtvis är det först efter den 1 januari 2009 som man börjar se konsekvenserna av det nya regelverket. Nedan följer en diskussion utifrån frågeställningarna i uppsatsen och även en del funderingar på vilka konsekvenser det nya regelverket kan få i framtiden.

6.1 Hur påverkar eller påverkas den nationella vårdgarantin av de nya tidsgränserna i rehabiliteringskedjan?

Sverige har en nationell vårdgaranti som för Region Skånes del innebär att man först ska erbjuda vård i regionen, därefter i södra sjukvårdsregionen och till slut i landet i övrigt. Rehabiliteringskedjans tidsgränser gör att sjukskrivna personer vid behov måste få en snabb bedömning. Region Skåne har långa väntetider speciellt inom ortopedi, psykiatri och handkirurgi. Inom angivna områden har finns det ett stort antal patienter som väntat länge på besök eller behandling, inom t ex ortopedin har ca 900 patienter ofrivilligt väntat längre än ett år för att få tid till ett första besök hos specialistläkare i Region Skåne. Erfarenheten visar att många patienter väljer att vänta på vård på sitt ”hemsjukhus” och därmed inte antar den hjälp man erbjuds om vård på annan ort.

Har särskild hänsyn tagits till vårdgarantins tidsgränser när man inför rehabiliteringskedjan? Exempel; Sjukskrivning görs av läkare i primärvården som samtidigt bedömer att patienten måste träffa en specialist för en bedömning och en eventuell behandling. Primärvårdsläkaren skriver en remiss till specialisten som tar emot patienten inom 90 dagar (tidsgränsen för vårdgarantin). Samtidigt inträffar den tidpunkt i rehabiliteringskedjan som utlöser ansvaret för den sjukskrivne att söka arbetsuppgifter på den reguljära arbetsmarknaden med stöd från arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. Det är inte per automatik så att en bedömning av en framtida arbetsförmåga kan göras vid första besöket hos specialisten utan patienten kanske måste genomgå ett antal undersökningar innan ett eventuellt beslut om behandling tas. Vårdgarantin reglerar inte tidsgränsen från

beslut om undersökning till dess att undersökningen påbörjas och även inom t ex röntgen kan det förekomma väntetider vilket gör att beslut om eventuell behandling kan dröja. Det kan också vara så att patienten behöver bedömning av ytterligare vårdgivare inom annan specialitet och därför remitteras vidare inom hälso- och sjukvården. Vården enligt vårdgarantin har då ytterligare 90 dagar på sig att ordna ett besök för patienten hos den nya specialisten. Den sjukskrivne är nu långt inne i rehabiliteringskedjan men fortfarande finns det egentligen inte något underlag för bedömning av framtida arbetsförmåga.

Alla måste få den vård de behöver när de behöver den för att kunna klara av rehabiliteringskedjans tidsgränser. Vårdgarantin ger inte något stöd för den sjukskrivne i rehabiliteringskedjan – vem har ansvaret för att patienten får den bedömning som han eller hon enligt de nya rehabiliteringsreglerna har rätt till? Även om hälso- och sjukvården uppfyller vårdgarantins tidsgränser kan detta leda till att den sjukskrivne inte får vård i tid enligt de nya rehabiliteringsreglerna. Här finns det risk för konflikt mellan å ena sidan hälso- och sjukvården som uppfyller vårdgarantins tidsgränser och den sjukskrivne som inte får möjlighet till den bedömning som han eller hon har rätt till.

6.2 Vilka konsekvenser kan långa väntetider få för den enskildes rätt till sjukpenning?

Det tidigare försäkringssystemet har gjort att man som sjukskriven utan vidare kunnat vänta på vård, åtminstone sett ur ett ersättningsperspektiv. Det nya regelverket kan innebära att den enskilde patienten får mindre valmöjligheter eftersom tidsgränserna i rehabiliteringskedjan inte är anpassade till tidsgränserna i vårdgarantin. Eftersom vårdgarantin är nationell kan patienten erbjudas vård var som helst i Sverige om det egna landstinget inte kan uppfylla vårdgarantins tidsgränser. Tidsgränserna i rehabiliteringskedjan kommer förmodligen att innebära att patienten måste anta erbjudandet om vård på annat sjukhus i Skåne, i södra sjukvårdsregionen alternativt i övriga landet. Om patienten inte antar detta erbjudande riskerar han eller hon att stå utan försäkringsskydd. I förlängningen kan man också ställa sig frågan om vad som händer med den person som slås ut i

försäkringssystemet – är det då socialtjänstens ansvar att ställa upp med resurser? Vad innebär detta för den enskilde personens självkänsla och möjlighet att återgå i arbete?

Patienten har enligt rehabiliteringskedjan rätt till sjukpenning om det är troligt att han eller hon kan återgå till sitt arbete innan dag 366. Om väntetiden till ett första bedömningsbesök inom den planerade specialiserade vården är lång innebär detta att en kvalificerad bedömning av arbetsförmågan inte kan göras inom ramen för tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Kommer patienten att tvingas leta vårdgivare på egen hand, kanske rent av utanför Sveriges gränser.

Som jag tolkar reglerna bygger den sjuke individens rätt till sjukförsäkring på individuell bedömning av arbetsförmågan och att denna bedömning ska göras av Försäkringskassan. För att Försäkringskassan ska kunna göra denna bedömning krävs det en professionell bedömning av aktörer i hälso- och sjukvården. Det finns en uppenbar risk att den sjukskrivne hamnar mellan stolarna då väntetiderna är långa. Det finns förmodligen också en risk att det i hälso- och sjukvården kommer att bildas olika köer; en för sjukskrivning och en för icke sjukskrivna – detta skulle innebära ett stort etiskt dilemma och är en uppenbar risk för att det kan leda till undanträngningseffekter i vården.

6.3 Konsekvenser av de nya reglerna i sjukförsäkringen

Reglerna i sjukförsäkringen är nya och vi har ännu sett få konsekvenser av dessa. Det finns inte heller någon riskanalys gjord vilket skulle kunna underlätta införandet av det nya regelverket. En annan fråga som jag ställer mig är hur tolkningen av de nya regelverken kommer att gå till. Ska varje handläggare på Försäkringskassan enbart själv bedöma från fall till fall eller kommer det att finnas någon form av tillämpningsanvisningar för att säkra en rättvis och lika bedömning? Att intervjun med handläggaren på Försäkringskassan pekar på att man inte ser någon större skillnad i arbetet jämfört med idag känns lite oroväckande,

Rehabiliteringskedjans strama tidsgränser innebär att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen måste ha betydligt bättre samarbete

vid övergången från sjukskrivning till aktivt arbetssökande. Arbetsförmedlingen måste bistå med nödvändig service för hjälp till annat arbete tidigare nu än vad som behövdes före införandet av rehabiliteringskedjan. Tidigare har Sverige internationellt sett haft långa sjukskrivningar men haft ett försäkringssystem som skyddat den sjukskrivne. Systemet har kostat staten mycket pengar och nu vill staten göra en förändring. Men vem ska ta kostnaderna för dessa individer nu? Förmodligen behöver en del långtidssjukskrivna hjälp med att komma tillbaka till arbetsmarknaden. De har hamnat i ett permanent utanförskap och rehabiliteringskedjan kan vara deras väg tillbaka. Dock är alla individer olika och jag är rädd att de individer som enligt reglerna inte bedöms som tillräckligt allvarligt sjuka för att få fortsatt sjukpenning, men som enligt deras egen mening inte kan arbeta, kommer i kläm.

Kommer det nya regelverket innebära att problemet flyttas från Försäkringskassan till andra försäkringsgivare? Kommer vi i Sverige få fler människor som inte kan få hjälp någonstans utan lever på arbetslösersättning i stället för på sjukersättning? Det nya regelverket kräver att den sjukskrivne tar ett större ansvar. Samtidigt ökar inte möjligheterna för den enskilde att påverka t ex de långa väntetiderna i vården. Vilket stöd kommer den sjukskrivne att få om det skulle visa sig att arbetsgivaren inte tar sitt ansvar i sjukskrivningsprocessen? Är ansvaret i det nya regelverket tillräckligt tydligt beskrivet – jag tror inte att så är fallet.

Syftet med reglerna från regeringens sida är att minska antalet personer som hamnar i utanförskap pga. att de är sjukskrivna en längre tid. Frågan är om inte de nya reglerna istället kommer att bidra till att fler personer faktiskt hamnar i utanförskap pga. att de inte klarar av det stora ansvar som regeringen lägger i deras händer. Det nya regelverket kan för många säkert uppfattas som ytterligare en börda ovanpå den sjukdom man tvingas leva med under kortare eller längre tid och som också för många innebär en negativ påverkan på den egna ekonomin.

Jag tror att framgångsfaktorerna för en välfungerandes sjukskrivningsprocess är att alla aktörer samverkar med den sjukskrivne i fokus. Att tolkning av regelverket blir lika för alla aktörer och att det finns bra rutiner i hela kedjan. En annan viktig faktor är att arbetsgivaren, som i många fall också är hälso- och sjukvårdsproducent, prioriterar frågan och ser till att ledningarna på olika nivåer har kunskap om och får det stöd som de behöver för att på ett tillfredsställande sätt ska kunna ta sin del av ansvaret i rehabiliteringskedjan.

De nya reglerna i sjukförsäkringen, med rehabiliteringskedjan i fokus, bygger på tidiga insatser. Det är oerhört viktigt att man som arbetsgivare sätter sig in i det nya regelverket och också skapar förutsättningar för arbetet med att effektivisera processen i rehabiliteringskedjan och säkerställa att den blir en naturlig del i verksamheten.

Med rehabiliteringsgarantin vill regeringen stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen så att han eller hon får rätt till medicinsk rehabilitering i större utsträckning än vad som sker i dag. Men vad kommer garantin att få för effekt i praktiken? Regeringen skapar lagar som ska följas och ger förslag på åtgärder som ska användas för att underlätta införandet. Men vad händer med systemet om man inte vill använda sig av garantin? Får lagarna då avsedd effekt? Under min empiriska undersökning kunde jag höra att alla respondenterna tolkade de nya reglerna olika. Vem har tolkningsföreträde? Jag tror att det är mycket viktigt för den enskilde individen att reglerna tolkas på samma sätt av alla aktörer, t ex att den sjukskrivne får samma information hos sin läkare som han eller hon får av Försäkringskassan.

I riksdagens debatt (den 4 juni 2007) angående de nya reglerna, döper en av talarna om rehabiliteringskedjan till utsorteringskedjan.⁷⁵ Framtiden får utvisa om det nya regelverket gett den avsedda effekten eller om det i stället bidragit till fler personer i utanförskap.

⁷⁵ Internet, hämtad 2008-10-13:
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=101&bet=2007/08:122>.

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Betänkanden

SOU 1996:113 En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering

SOU 2006:86 Mera försäkring och mera arbete

Propositioner

Proposition 2007/08:1 Budgetpropositionen för 2008

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

Departementsserien

Ds 2008:3 Införande av en rehabiliteringskedja

Litteratur

Glavå, Mats. *Arbetsrätt*. 2001, Studentlitteratur

Lantz, Annika. *Intervjumetodik*. 2:a upplagan. 2007. Studentlitteratur.

Lehrberg, Bert. *Praktisk juridisk metod*. 5 uppl. 2006. Iustus förlag.

Westerhäll Vahlne, Lotta - Bergroth Alf - Ekholm Jan. *Rehabiliteringsvetenskap: Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. 2006. Studentlitteratur.

Westregård Annamaria J. *Arbetsgivarens ökade ansvar för sjuklön och rehabilitering kontra arbetstagarnas integritet – Går det att förena?* 2008, IFAU-rapport nr 2008:18.

Annan litteratur

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti, Dnr SKL 2268/08.

Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne – direktiv, 2006-12-13.

Sjukskrivning en medveten del av behandling – riktlinjer, 2007-04-11.

Elektroniska källor

Internet

<http://www.fkf.se/upload/6413/ohtal%20totalt%20ny.xls>.

Datum: 2008-09-26 Klockan: 11:26.

http://www.fk.se/press/pressmed/pm2008/pm26_08/.

Datum: 2008-09-17 Klockan: 14:45.

http://www.fk.se/press/pressmed/pm2008/pm26_08/dokument/pm08_26_bil_2.pdf.

Datum: 2008-09-16 Klockan: 11:55.

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/01/87/09/a9d1cdd5.pdf>.

Datum: 2008-10-05 Klockan: 17:55.

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=104196>.

Datum: 2008-10-08 Klockan: 15:17

<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=101&bet=2007/08:122>.

Datum: 2008-10-13 Klockan: 14:04

Muntliga källor

Intervju med Marianne Grönvall, personalspecialist, Universitetssjukhuset MAS, Malmö den 24 september 2008.

Intervju med Anja Nyberg, medlem i projektgruppen ”Förbättrad sjukskrivningsprocess i Region Skåne”, Region Skåne, Lund den 29 september 2008.

Intervju med Marie Nilsson, samordnare för tillgänglighetskoordinatorerna i Region Skåne, Malmö den 2 oktober 2008.

Deltagande vid informationsmöte för Universitetssjukhusets MAS chefer angående de nya reglerna i sjukförsäkringen, av Försäkringskassans representant Britt Lago Bruze, Malmö den 24 september 2008.

Bilaga

Följande intervjumall användes vid alla tre intervjutillfällena. Frågorna var min utgångspunkt men vid varje intervjutillfälle diskuterades frågor som uppstod under diskussion.

1. Vad är dina arbetsuppgifter?
2. Känner du till de nya reglerna i sjukförsäkringen?
3. Hur påverkas du/ni av de nya reglerna i ditt/ert arbete?
4. Hur arbetar du/ni med implementeringen av de nya reglerna?
5. Vilken bestämmelse tror du att du/ni kommer att ha svårast att följa?
6. Vad tror du reglerna kommer att få för konsekvenser i framtiden?

