

Rehabilitering med förhinder

En utvärdering av renodlingsbegreppet och de sju stegen

Av

Susanne Ekblad, 1999

Produktion: Ateljé Typsnittet, september 1999 Layout & original: Carina Jonsson

© Försäkringskassan Stockholms län

ISSN 1103-5986

ISBN 91-89198-08-5

Innehåll

Förord

Författarens förord

Sammanfattning

Inledning

Bakgrund

Varför renodling?

Regeringens krav på utvärdering

Tidigare utvärderingar och studier med anknytning till området

Problemformulering

Syfte

Frågeställningar

Metod

Population och urval

Datainsamling

Källgranskning

Enkät

Intervju

Resultat

Källgranskningen

Sammanfattning

Renodlingsbegreppet

Det renodlade arbetsförmågebegreppet

Begreppet helhetssyn

Enkäterna

Sammanfattning

Frågorna

Intervjuerna

Sammanfattning

Sjukdomsbesvären

Tidigare arbete och utbildning

Vad hände då sjukskrivning och anställning upphörde?

Vad hände efter sjukskrivningen?

Uppfattning om gällande lagar och regler samt kassans handläggning

Slutsatser och diskussion

Ett mångsidigt dynamiskt arbetsförmågebegrepp

Har lagens syften uppnåtts?

På vilket sätt bör lagen ändras?

Etik i rehabiliteringsarbetet

Referenser och källförteckning

Bilagor

Bilaga 1

Bilaga 2.

Förord

Vid försäkringskassan i Stockholms län förekommer ett aktivt sökande efter nya kunskaper i syfte att utveckla verksamheten och personalens kompetens.

Under det gångna året har försäkringskassan satsat på kurser i utvärderingsmetodik. Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan har anlåtats för att genomföra kurserna.

Föreliggande rapport är resultatet av ett utvärderingsarbete som utförts av en kassaanställd; Susanne Ekblad. Rapporten ingår som en del i examinationen av utvärderingskursen omfattande 10 poäng. Examinator har varit professor emeritus Hans Berglind.

Susanne Ekblad har i sin rapport tagit upp ett mycket aktuellt och viktigt ämne, nämligen renodlingsbegreppet och de sju stegen. Rapporten kan utgöra underlag för en diskussion om en lagändring där grundkriterierna för rätt till sjukpenning och förtidspension ändrats.

Rapporten är ett exempel på hur Stockholmskassans FoU-enhet vill arbeta, med en nära koppling mellan kassaanställda och vetenskapssamhället. I detta arbete har professorn i juridik vid Handelshögskolan i Göteborg Lotta Westerhäll varit handledare. Lotta Westerhäll ingår dessutom i Centrum för socialförsäkringsforsknings nätverk.

Författaren svarar själv för innehållet i rapporten.

Författarens förord

Under mina år som rehabiliteringshandläggare har jag varit med om många förändringar – men få har gjort mig så upprörd som införandet av det renodlade arbetsförmågebegreppet i lagen om allmän försäkring.

Jag tror att rehabiliteringsverksamheten om ett antal år kommer att ha få likheter med dagens verksamhet. Även om vi tycker att mycket har förändrats så befinner sig rehabiliteringsverksamheten i stort ännu på ett outvecklat stadium. Mycket sker ännu slumpmässigt, det saknas struktur, metodik, teoretisk plattform, yrkesetik, det saknas ett helhetsgrepp och en samordnad planering på samhällsnivå mm. I framtiden när dessa frågor lösts kommer rehabiliteringsverksamheten att se helt annorlunda ut.

Utvecklingen går framåt men det går långsamt. Desto tråkigare är det då när något inträffar som innebär ett steg tillbaka. Jag betraktar införandet av det renodlade arbetsförmågebegreppet som ett sådant tillbakasteg. Att enbart fokusera på den medicinska delen av arbetsförmågan utarmar hela rehabiliteringsarbetet genom att det omöjliggör den helhetssyn som är grundläggande i rehabilitering.

Deltagandet i en kurs i utvärderingsmetodik gav mig möjlighet att fördjupa mig i frågan om det renodlade arbetsförmågebegreppet. Ett stort tack vill jag rikta till mina handledare Kicki Lindholm vid FoU och Lotta Westerhäll vid Handelshögskolan i Göteborg för kritik, uppmuntran och intressanta diskussioner. Jag vill också tacka mina arbetskamrater vars kritiska förhållningssätt och livliga diskussioner bidragit till att den här rapporten kommit till.

Jag hoppas att rapporten ska bidra till fortsatt diskussion. Jag har också en förhoppning om att lagen ska rättas till, så att den blir det verktyg vi handläggare så väl behöver, och den trygga och rättvisa sjukförsäkring de försäkrade har rätt att kräva.

Sammanfattning

Det här är en utvärdering av renodlingsbegreppet och de sju stegen – en lagförändring där grundkriterierna för rätt till sjukpenning och förtidspension förändrats. Den består av en källgranskning av lagtexten och förarbetena, och en empirisk studie av en grupp försäkrade som fått sluta sin anställning på grund av sjukdom.

Källgranskningen visade att det renodlade arbetsförmågebegreppet är svårtolkat, fr a därför att begreppet fått en betydelseförskjutning så att det inte används konsekvent. Genom denna förskjutning har en stor del av försäkringskassans tidigare rehabiliteringsansvar definierats bort. Förändringen innebär en kraftig inskränkning i det tidigare försäkringsskyddet, då den viktiga möjligheten till omskolning fallit bort.

Den empiriska studien visade att den grupp som inte fått någon omskolning genom försäkringskassan i högre grad anlitat både sjukvård och arbetsförmedling än den grupp som fått omskolning genom

försäkringskassan, Den grupp som inte fått omskolning var mer missnöjd med hjälpen både under och efter sjukskrivningen. Man ansåg inte att försäkringskassan behandlat dem rättvist och inte heller följt gällande lagar och regler. Det motsatta gällde den grupp som fått omskolning genom försäkringskassan.

I diskussionsdelen föreslås att ett mångsidigt arbetsförmågebegrepp och en rimlighetsbedömning införs i lagen.

Inledning

Socialförsäkringen är en grundpelare i samhällets välfärdspolitik. En mycket viktig del av socialförsäkringen utgörs av sjukförsäkringen. Denna har som syfte att ge skydd vid inkomstbortfall på grund av sjukdom. Lika viktig är möjligheten att genom rehabilitering få sin försörjningsförmåga återställd, då sjukdom gjort det omöjligt att försörja sig i det gamla yrket.

På senare år har socialförsäkringen genomgått stora förändringar. Det här är en utvärdering ur handläggarperspektiv av en betydelsefull förändring, då grundkriterierna för rätt till sjukpenning och förtidspension förändrats. Det handlar om införandet av renodlingsbegreppet och den sk steg-för-stegbedömningen. Utvärderingen kommer främst att beröra det som rör rätten till sjukpenning och rehabiliteringsersättning, och i mindre grad rätten till förtidspension.

Utvärderingen består av två delar.

Först kommer en källgranskning av renodlingsbegreppet och steg-för-stegbedömningen. Källgranskningen omfattas av lagen, dess förarbeten och tillämpningsråd från Riksförsäkringsverket. Den innehåller en analys av de centrala begreppen kring renodling och arbetsförmåga, samt av tolkningssvårigheter och konsekvenser för det praktiska rehabiliteringsarbetet.

Den andra delen består av en empirisk studie av en grupp försäkrade som fått sluta sin anställning på grund av sjukdom. En grupp på 43 personer har undersökts genom en enkät rörande vad som hänt när deras anställning och sjukskrivning avslutades och hur deras försörjning och attityd till försäkringskassan är idag. En grupp på tio personer har valts ut ur enkätgruppen och en fördjupad intervju har genomförts med dem.

Bakgrund

Grundkriteriet för att en person ska ha rätt till sjukpenning är att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel. (3 kap 7 § lagen om allmän försäkring, nedan förkortad AFL).

Den 1 oktober 1995 ändrades lagen om allmän försäkring (AFL).

Utrymmet för att beakta andra faktorer än rent medicinska vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning minskades.

Den formulering angående sjukdom, arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov som tidigare gällde löd:

"... skall beaktas vad som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till sjukdomen, hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och andra sådana omständigheter" (3 kap 8 § AFL).

Denna lagtext ändrades till:

"Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden." (3 kap 7 § AFL).

Denna sk *renodling* av sjukförsäkringen vidareutvecklades i och med den sk *steg för steg-bedömning* av sjukpenningrätt och rehabiliteringsbehov som infördes i AFL 1 januari 1997. Steg-för stegbedömningen formulerades i förarbetena så här:

Steg 1. Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens?

Steg 2. Kan den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?

Steg 3. Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?

Steg 4. Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?

Steg 5. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?

Steg 6. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser t ex utbildning eller omskolning?

Steg 7. Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?

Själva lagtexten kom att formuleras något annorlunda:

"Vid bedömningen av om arbetsförmågan är fullständigt nedsatt skall, om den försäkrade kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete, särskilt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde... Om den försäkrade inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete eller till annat arbete hos arbetsgivaren, skall vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning särskilt beaktas om den försäkrade kan försörja sig genom sådant arbete efter åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap.

Om det efter prövning enligt fjärde stycket bedöms att den försäkrade inte kan återgå till arbete hos arbetsgivaren eller försörja sig genom annat förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, skall vid bedömning om arbetsförmågans nedsättning särskilt beaktas om den försäkrade efter åtgärd som avses i 7 b eller 22 kap kan försörja sig genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Om det finns särskilda skäl för det får det vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder samt bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter..."(AFL 3 kap 7 §)

Varför renodling?

I Sjuk- och arbetsskadekommitténs delbetänkande (SOU 1995:149) anges skälen till en renodling av sjukförsäkringen utifrån regeringsdirektiven. *"En skärpning av kriterierna för rätt till ersättning jämfört med idag"* (sid 214) ansågs nödvändig pga *"den glidning i tillämpningen (av sjukdomsbegreppet) som skett hos läkare, patienter och inom socialförsäkringsadministrationen"* (sid 215).

Ett annat skäl till renodlingen var att Sveriges statsfinanser hade stora underskott. Tre miljarder skulle sparas inom området förtidspension och sjukförsäkring (sid 226).

I regeringsdirektiven står att *"problem som i grunden inte är medicinskt betingade skall i första hand hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel"* (sid 213) ... *"Härigenom uppnås en större tydlighet och kostnader kommer att bokföras där de uppstår. Regeringens uppfattning är att en sådan ordning underlättar politiska prioriteringar mellan välfärdspolitikens olika områden"* (sid 227).

I utredningen framhåller man också som skäl till renodling att denna bidrar till att göra försäkringen mer begriplig och tydlig vilket ska ge en ökad tilltro till systemet (sid 214).

Regeringens krav på utvärdering

Regeringen skriver i propositionen (Prop 1996/1997:28) att det är viktigt att den pågående renodlingen av de olika trygghetssystemen följs upp. Regeringen anser därför att de centrala myndigheterna – Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen – noggrant bör följa utvecklingen. (sid 26).

Tidigare utvärderingar och studier med anknytning till området

Lotta Westerhäll behandlar de nya reglerna i en artikel i Socialmedicinsk tidskrift (nr 8-9 1997) "*Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga på grund av sjukdom*". Hon påpekar där, att studier av socialförsäkringen de tre senaste decennierna visat, att begreppen i socialförsäkringen fått ett skiftande innehåll alltefter konjunktursvängningarna. Den nu aktuella lagförändringen menar hon innebär att det blivit svårare att tolka lagen, trots att syftet var det motsatta. Detta påverkar rättssäkerheten negativt.

Malmöhuskassan har gjort en studie av indragningar av sjukpenning under 90-talet "*Karriärvägar efter sjukpenningindragning*" (Hetzler, Hjortsberg, Eriksson) Den gäller alla typer av indragningar och studerar inte indragningar enligt steg- för stegmodellen specifikt. De har tittat på vilka faktorer hos individerna som driver fram en sjukpenningindragning och har också studerat kassans arbetsmetodik. Resultaten visar att invandrare och arbetslösa är överrepresenterade i indragningsgruppen. Indragningar tycks enligt studien ske med ett visst mått av godtycklighet, inte sällan för att kompensera tidigare passivitet. Vidare påpekas att arbetsmetodiken är svagt utvecklad och tillämpas mekaniskt. Studien har också påvisat stora brister i handläggningen utifrån de krav som förvaltningslagen ställer.

Försäkringskassan i Stockholm gjorde en uppföljning i augusti 1997 av alla indragningar av sjukpenning som gjordes i Stockholms län under perioden 20 januari tom 31 mars 1997. Det var delvis en kvalitetsuppföljning av om ärendena uppfyllde de formella kraven, bl a enligt förvaltningslagen. Man fann ett i stort sett tillfredsställande resultat. 95 procent av indragningarna (91 st) gjordes enligt 3 kap 7 § AFL, men det framgår inte hur stor del av dessa som dragits in i steg fem. Uppföljningen hade inte som syfte att följa upp steg-för stegbedömningen.

Denna uppföljning har utgjort urvalsram för en grupp försäkrade med indragen sjukpenning som finns med i den här utvärderingen .

Med tanke på regeringens uttalade krav på utvärdering så har **Riksförsäkringsverket** (RFV) hittills varit förvånansvärt improduktivt. De har redovisat en rapport till regeringen (Dnr 5380/97-472.22) som omfattar samtliga avslagsbeslut inom sjukpenning och förtidspension/sjukbidrag under perioden 1 juli t o m 30 september 1997 som rapporterats till RFV. Rapporten omfattar tio sidor. Det konstaterades att det inte fanns någon objektiv metod att fastställa vilka ärenden som avslagits enligt de nya reglerna. RFV har därför låtit kassans tjänstemän göra egna skattningar. I uppdraget ingick också att följa upp vad som skett med försörjningen för dem som fått avslagsbeslut. Vidare skulle man redogöra för på vilket sätt samverkan hade skett mellan olika lokala myndigheter. Då RFV inte ansåg det lämpligt att försäkringskassans egna tjänstemän hade direktkontakt med den enskilde hade verket tänkt ta fram uppgifter från samverkande myndigheter på lokal nivå. Man skrinlade även dessa planer då man befarade problem med sekretessbestämmelser. Resultaten som alltså enbart bygger på kassapersonalens skattningar visar att av samtliga indragningar av sjukpenning (547 st) hade 51 procent (279) dragits in i steg fem.

En månad efter avslaget hade 26% A-kassa eller Kas, 10% socialbidrag, 10% sjukpenning och 6% hade utbildningsbidrag eller studiemedel, cirka 10% bedömdes förvärvsarbeta till någon del. Kassans tjänstemän ansåg i en majoritet av ärendena att det inte fanns något behov av samverkan med andra myndigheter. I endast 10% av fallen hade något samverkansmöte ordnats. Stora skillnader fanns mellan olika kassor.

I **Riksförsäkringsverkets årsredovisning** för 1998 för man en kortfattad diskussion om steg-för stegbedömningen och tänkbara resultat. För det första har antalet sjukskrivna ökat kraftigt under 1998, vilket sannolikt inte har något med steg- för stegmodellen att göra. Man konstaterar ett sammantaget försämrat resultat för rehabiliteringen, mätt i ökad arbetsförmåga efter rehabilitering.

Andelen som fått ökad arbetsförmåga har sjunkit från 69,9% till 60,4%. (sid 63) Det är stora skillnader mellan kassorna. Fler personer har fått del av försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster, men kostnaderna för köpen har minskat. Det är framförallt köp av utbildningar, vilket är förhållandevis dyra köp, som minskat. Här ser RFV en koppling till steg-för stegbedömningen. Denna antas ha fått fullt genomslag först 1998. *”En strikt tillämpning av denna modell medför att färre personer kan anses ha behov av rehabiliteringsåtgärder som betalas av försäkringskassan. Detta*

kan till viss del förklara varför andelen långtidssjukskrivna som blir föremål för samordnad rehabilitering minskat. Det ger dock inte något fullständigt svar på frågan varför de individer som genomgår rehabilitering inte uppnår ökad arbetsförmåga i samma utsträckning som tidigare år.” (sid 57-58)

Försäkringskassan i Skaraborg kom i december 1998 med en rapport kallad "Nekad sjukpenning i Skaraborg" (Andersson, Johnsson). Det är en studie av 58 fall av indragen sjukpenning under perioden januari 1996 — februari 1997. Man har jämfört gruppen med en grupp av andra sjukskrivna som valdes ut för att matcha indragningsgruppen beträffande kön, ålder, sjukfallslängd och avslutningsdag. De skillnader man såg var bl a att indragningsgruppen var yngre, hade sämre ekonomi, belastades mer av svåra livshändelser, hade mindre god hälsa, svårare på arbetsmarknaden och dåliga relationer till försäkringskassan. Vidare anser författarna att metodutveckling och kompetensutveckling inom området är nödvändig, framförallt bättre metoder att förklara orsaken till besluten.

Försäkringskassan i Stockholm gjorde i januari 1999 en uppföljning av köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Den typ rehabiliteringstjänst som hade bäst resultat mätt i ökad arbetsförmåga var utbildning. Män fick utbildning i större utsträckning än kvinnor.

I "*Motstridiga roller i människovårdande arbete*", (Försäkringskassan i Stockholm FOU- rapport nr 30), tar **Anita Kemi** upp psykosociala arbetsmiljöaspekter på renodlingen och steg- för stegmodellen, som hon kallar för "*oktoberevolutionen*" respektive "*den stora skärpningen*". Hon studerade fyra rehabiliteringshandläggare och fyra sjukskrivande läkare inom sjukvården med avseende på känslomässiga krav och olika aspekter av kontroll och socialt stöd. Hon fann att de känslomässiga kraven ökat i båda grupperna bl a på grund av lagändringarna . Hon menar att risken för "*känslomässig strain*" med åtföljande risk för utmattning och på sikt utbrändhet ökat på grund av detta.

Problemformulering

Någon uppföljning eller utvärdering som analyserat lagförändringen och dess konsekvenser utifrån de försäkrades egna uppgifter har hittills inte gjorts. Inte heller har någon genomgång av lagen och dess förarbeten gjorts utifrån tolkningssvårigheter i ett handläggarperspektiv.

Det som främst intresserat mig är konsekvenserna för de personer som på grund av sjukdom fått avsluta sin anställning. Att man måste avsluta sin anställning, antingen säga upp sig eller låta sig bli uppsagd av arbetsgivaren blir nödvändigt då arbetsgivaren inte har några

arbetsuppgifter att erbjuda som man klarar av med sina sjukdomsbesvär. Enligt steg- för stegmodellen avslutas dessa personers sjukskrivning i steg fem eller steg sex. Steg fem innebär att de inte får någon arbetsinriktad rehabilitering från försäkringskassan, och steg sex innebär att försäkringskassan först medverkar till någon form av arbetsinriktad rehabilitering innan sjukskrivningen avslutas.

Syfte

Syftet med denna utvärdering är

- dels att utifrån förarbetena, lagtexten och tillsynsmyndighetens tillämpningsråd analysera olika tolkningar av begreppen renodling, helhetssyn, arbetsförmåga och rehabilitering i AFL och ur ett handläggarperspektiv försöka belysa de konsekvenser och tillämpningssvårigheter som kan bli följden av en strikt lagtillämpning och relatera dessa till syftet med lagändringen
- dels att utifrån en mindre brukarstudie belysa hur effekterna av de nya reglerna kan se ut hos några försäkrade som avslutat sina sjukskrivningar i steg fem och sex.

Frågeställningar

Innehåller de delar av AFL som rör kriterierna för sjukpenning, förtidspension och rehabilitering idag motsättningar och oklarheter som gör det svårt att använda dem och som vid en strikt tillämpning kan leda till negativa konsekvenser för rehabiliteringsverksamheten och för den enskildes sjukförsäkringskydd?

Hur försörjer sig en grupp försäkrade idag som fått sin sjukskrivning avslutad i steg fem respektive steg sex? Har de fått den hjälp de ansett sig behöva under och efter sin sjukskrivningstid? Anser de att försäkringskassans har följt lagar och bestämmelser och att de har blivit rättvist behandlade? I vilka avseenden skiljer sig den grupp som fått sjukskrivningen avslutad i steg fem från dem som avslutat sjukskrivningen i steg sex?

Kan några slutsatser dras om huruvida lagändringens syften har uppnåtts?

Metod

Population och urval

Populationen utgjordes av de försäkrade inom Stockholms län som fått sin sjukskrivning avslutad i steg fem respektive steg sex under 1997.

Det har varit svårt att hitta personer vars sjukskrivning avslutats i steg fem och sex. Försäkringskassan hade inte gjort några dataregistreringar eller systematiska manuella registreringar under den aktuella perioden. En av de få registreringar som gjordes var den tidigare nämnda uppföljningen av indragning av sjukpenning som Stockholmskassan gjorde för första kvartalet 1997. Lagförändringen hade då nyligen trätt i kraft. Urvalsramen var här samtliga (ett visst bortfall kan ha förekommit) indragningar av sjukpenning gjorda i Stockholms län perioden 20 januari t o m 31 mars 1997. Det gjordes 93 indragningar. Lokalkontoren hade uppmanats att spara alla kommunicerings- och beslutsbrev vid indragning under denna period.

De personer, som utifrån besluts- och kommuniceringsbrevens formuleringar fick sin sjukpenning indragen med stöd av steg fem valdes ut. Endast fall där det förekom klara hänvisningar till steg- för stegbedömningen togs med. Det kunde t ex handla om formuleringar som dessa: *"du bör undvika tunga arbetsuppgifter som belastar knäna men bedöms klara andra på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten som inte är knäbelastande"* och *"försäkringskassans bedömning är att det inte föreligger medicinska hinder för att klara ett lättare arbete på den öppna arbetsmarknaden"*. Även personer som uppgavs vara arbetslösa togs bort, eftersom undersökningen gällde dem som blivit av med sin anställning som följd av sjukskrivningen. Av de totalt 93 indragningarna uppfyllde 20 kriterierna. Det kan alltså ha förekommit fler indragningar enligt de nya reglerna, men där man avstått från att hänvisa till dessa i beslutsmotiveringen. En av de 20 var fortsatt sjukskriven utan avbrott efter indragningsbeslutet. Detta hade alltså uppenbarligen inte verkställts och av den anledningen togs personen bort från undersökningsgruppen.

Undersökningsgruppen som bestod av 19 personer som fått sin sjukpenning indragen var den ursprungliga steg femgruppen. Jag kommer att återkomma till varför steg fem-gruppen så småningom blev större.

Det är en nackdel att indragningsfallen endast omfattar första kvartalet 1997. Vi vet egentligen ingenting om utvecklingen resten av året: ökade, minskade eller var antalet indragningar konstant? Även om frekvensen är okänd så är det dock relativt osannolikt att egenskaperna hos indragningsfallen skulle förändras drastiskt under året.

För att hitta personer som kunde ingå i en undersökningsgrupp som fått omskolning och som avslutat sin sjukskrivning i steg sex har jag använt en personnummerförteckning över alla försäkringskassans köp av utredning vid Arbetslivstjänster (ALT) i Stockholm som pågick 1997. (Arbetslivstjänster är en del av arbetsmarknadsverket som gör bl a

utredningsuppdrag åt försäkringskassan och åt olika arbetsgivare). Denna lista utgjorde urvalsramen. Den omfattade 647 personer. Utifrån dataregisteruppgifter har den grupp att plockas ut, som haft en period med rehabiliteringsersättning, utbildningsbidrag eller studielån i samband med utredningen vid ALT. Detta indikerade att den försäkrade hade fått en utbildning. Sjukfallet skulle sedan vara avslutat, och ingen sjukperiod pågå för närvarande. Enstaka dagar kunde dock godtas. Fall som övergått i sjukbidrag eller förtidspension togs bort. Jag fann 138 personer som uppfyllde kriterierna. Av dessa valdes var tredje ut, den första lottades. Steg sex-gruppen bestod nu av 45 personer.

Samtliga 19 i steg-femgruppen och de utvalda 45 i steg sex-gruppen, totalt 64 personer, tillsändes en enkät, se bilaga 1. Efter två påminnelser hade 52 personer svarat (81,25%). 9 personer hade anställningen kvar, och hade således avslutat sin sjukskrivning i andra steg än dem jag valt att undersöka. Kvar fanns 43 personer, 12 av dem från gruppen som fått sjukpenningen indragen. Två av dessa uppgav att de var arbetslösa vid indragningen, dessa lät jag vara kvar, men särredovisas i vissa frågor. På frågan om man fått någon kurs eller omskolning genom försäkringskassan svarade endast 17 ja, vilket var färre än jag förväntat. Det betyder att steg fem-gruppen bestod av 26 personer, varav 12 fått sjukpenningen indragen och 14 avslutat sjukskrivningen av andra skäl.

Steg sex-gruppen bestod av 17 personer, som alltså fått någon form av omskolning. Ingen av dessa hade fått sjukpenningen indragen.

Svarsfrekvensen bland dem som fått sjukpenningen indragen var betydligt lägre än för de andra, (63%). Orsakerna kan vara flera, men av intervjusvaren framkom att flera inte tyckte om att bli påmind om en svår period i livet, där det värsta nu lagt sig två år efteråt.

Ur enkätgruppen valdes fem personer ur "steg fem-gruppen" och fem personer ur "steg sex-gruppen" ut för en intervju. Urvalet var strategiskt för att täcka in ålder, kön, typ av sysselsättning och försörjning efter sjukskrivningstiden. De typer av försörjning/sysselsättning som jag ville ha med var förvärvsarbete, socialbidrag, arbetslöshetskassa, utbildningsbidrag och studiemedel. Då gruppen var liten var det svårt att få en jämn könsfördelning och åldersfördelning och samtidigt täcka in olika typer av försörjning. I steg fem-gruppen var det därför fyra kvinnor och en man, och steg sex-gruppen två kvinnor och tre män. En person i steg fem-gruppen som inte fått sin sjukpenning indragen valdes ut för att belysa just det förhållandet. Några som uppfyllde urvalskriterierna föll bort, då de inte hade telefon och således ej kunde nås för telefonintervju.

Jag har i det följande definierat steg fem som: *sjukskrivning som avslutats i samband med att anställningen upphört och där inte någon rehabilitering i form av omskolning i försäkringskassans regi genomförts*. Definitionen av steg sex blir sålunda: *sjukskrivning som avslutats i samband med att anställningen upphört och där rehabilitering i form av omskolning i försäkringskassans regi genomförts*. Det betyder att jag uteslutit dem som redan var arbetslösa innan sjukskrivningen upphörde, och även dem som fått någon annan form av rehabilitering men inte omskolning. Att jag haft en sådan snäv definition beror på att omskolning är den kritiska rehabiliteringsinsatsen där den stora inskränkningen skett i och med i steg- för stegbedömningen. De som redan var arbetslösa har inte drabbats av så stor förändring, då ansvarsfördelningen redan tidigare var sådan att arbetsmarknadsmyndigheten stod för kostnader för eventuell omskolning.

Jag har också uteslutit personer som fått sjukskrivningen avslutad i steg fem eller sex men som därefter åter blivit sjukskrivna eller fått förtidspension. Jag har endast med personer som är "lyckade" fall i den meningen, att de försvunnit från sjukförsäkringen. Jag återkommer till detta i diskussionsavsnittet.

Datainsamling

Källgranskning

Den första delen av utvärderingen utgörs av en källgranskning. De texter/källor som studerats är "*Försäkringsskydd vid sjukdom*" (SOU 1995: 149), "*Ändrade kriterier för rätt till sjukpenning och förtidspension*" (Socialförsäkringsutskottets betänkande 1996/ 1997: SFU6), "*Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*" (Regeringens proposition 1996/97:28), lagen om allmän försäkring kapitel 3 och kapitel 22 och "*Rätten till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring*" (Riksförsäkringsverkets allmänna råd 1998:2). Källgranskningen består av en genomgång av olika begrepp såsom renodling, helhetssyn, arbetsförmåga, och en granskning av tolkningssvårigheter och oklarheter, samt logiska och erfarenhetsmässiga konsekvenser av olika tolkningar. Dessa har relaterats till lagändringens syften.

Enkät

64 personer tillsändes alltså en enkät. Frågorna gällde bl a hur sjukskrivningen avslutats, vad som hänt efter sjukskrivningen, vilken sorts försörjning som varit aktuell, om de trodde att kassan följt lagar och regler, och om de ansåg att kassan behandlat dem rättvist. Som jag

tidigare nämnt, visade det sig att av dessa 64 personer, hade 43 avslutat sjukskrivningen i steg fem eller sex.

Intervju

Intervjuernas syfte var att närmare belysa hur intervjupersonerna upplevt det som hänt, vilken sjukdom de hade, vad för slags hjälp de fått eller inte fått efter sjukskrivningen samt vad de försörjde sig av i dagsläget.

Intervjuerna genomfördes per telefon efter ett frågeschema, se bilaga 2. Intervjuerna tog omkring en halvtimme. Inget informationsbrev sändes ut i förväg. Jag ringde helt enkelt upp de utvalda personerna och frågade om de ville svara på några uppföljningsfrågor till den enkät de redan svarat på. Alla tillfrågade ställde upp på en intervju. Under intervjuernas gång skrev jag ner svaren i punktform, och direkt efter varje intervju fyllde jag på svaren medan jag hade formuleringarna färska i minnet.

Resultat

Källgranskningen

Sammanfattning

Uppfattningen om innehållet i begreppet "*renodling*" är relativt samstämmig hos de olika källorna. Bl a är man enig om att renodlingen medför att kostnader hamnar på rätt plats. Socialförsäkrings- och Arbetsmarknadsutskottet pekar på bristen på konsekvensanalys.

Det renodlade arbetsförmågebegreppet innebär en skärpning av kriterierna för ersättning. Detta är alla källor ense om. Men det innebär även en inskränkning av försäkringskassans rehabiliteringsansvar och har betydelse i ett rättighetsperspektiv för den enskilde. Det renodlade arbetsförmågebegreppet är svårtolkat inte därför att det fanns olika uppfattningar hos de olika källorna, utan därför att det inte används konsekvent. I steg två-fyra har det en annan innebörd än i steg fem-sju. Svårast är tolkningen av hur steg sex ska användas.

Renodlingsbegreppet är också svåränvänt då det står i motsättning till helhetssyn, som är grundprincipen i rehabilitering. Kapitel 3 och 22 i AFL har kommit att få ett motstridigt innehåll, där renodling är principen i det ena kapitlet, och helhetssyn i det andra. Detta medför svårigheter vid tillämpningen och medger ett spelrum för vitt skilda tolkningar.

Diskussion om helhetssyn saknas hos propositionen, utskottet och RFV:S allmänna råd. Anledningen kan vara att helhetssyn och renodling som

begrepp står i motsatsställning till varandra.

Renodlingsbegreppet

Vad innehåller nu detta renodlingsbegrepp som är så centralt i lagförändringen. Vad är det som ska renodlas och varför? Redan i regeringsdirektiven till utredningen (SOU 1995:149) hade man som jag tidigare nämnt aviserat att det behövdes en skärpning av kriterierna för ersättning från sjukförsäkringen.

Man fastslår först att det sjukdomsbegrepp som tidigare gällde: *"vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom"* (sid 214) skulle gälla även fortsättningsvis. En viss utvidgning hade man sett under 1980-talet, så att praxis hade kommit att omfatta även t ex graviditetsbesvär, vissa operativa ingrepp och sorg- och trötthetstillstånd. Regeringen hade dock inte sett någon domstolspraxis som blivit alltför generös. *"Problemet är istället den glidning i tillämpningen som skett hos läkare, patienter och inom socialförsäkringsadministrationen. Den innebär att såväl sjukpenningförsäkringen som förtidspensioneringen riskerar att vara på väg mot att bli en allmän inkomstbortfallsförsäkring. Det är angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem..."* (sid 215). Denna formulering, som alltså härrör från de direktiv utredningen fick från regeringen, finns inte med i propositionen, och inte heller i socialförsäkringsutskottets betänkande (nedan kallad SfU.) Man antar alltså att för mycket pengar betalats ut på grund av en alltför generös tillämpning hos socialförsäkringsadministrationen, och att således betydande summor fanns att spara om rättstillämpningen rättades till.

Eftersom detta antagande är grundläggande för hela lagförändringen, så är det anmärkningsvärt att man inte underbygger antagandet med några fakta överhuvudtaget. På vilket sätt visar sig denna alltför generösa rättstillämpning? Den syns inte i domstolsutslagen, utan måste således sökas i t ex underlagen för beviljade förtidspensioner respektive underlagen i pågående och avslutade sjukfall. Men någon sådan undersökning har uppenbarligen inte gjorts.

På sidan 238 i utredningen finns ett ytterligare antagande som grund för behovet av renodling, som gäller egenskaper hos de försäkrade: *"Men hur ska annan personlig svaghet, som kan sägas tangera den psykiska eller mentala styrkan, t ex låg motivation, oföretagsamhet och bristande engagemang bedömas?... Sannolikt har diskussionen om behovet av en renodlad bedömning av arbetsförmågan till viss del sitt ursprung i en*

uppfattning att just bristen på engagemang eller delaktighet i arbetslivet är en viktig faktor bakom den ökande förtidspensioneringen". Detta uttalande finns inte heller med i propositionen. Vi vet alltså inte om regeringen delar denna uppfattning om de försäkrade eller om den får stå enbart för författarna till utredningen.

Det som ska renodlas är den medicinska grunden för rätt till ersättning. I regeringsdirektiven står: *"Socialförsäkringen ska ge ersättning för inkomstbortfall som orsakas av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning... Problem som i grunden inte är medicinskt betingade skall i första hand hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel... Rätten till ersättning från den allmänna försäkringen skall baseras på rent medicinska grunder."* (sid 213). I propositionen formuleras det så här: *"En utgångspunkt är att samhällets trygghetssystem bör renodlas efter de olika orsakerna till behovet av insats, varvid sjukpenning och förtidspension mer uttalat än idag skall vara ett skydd vid medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Utrymmet för att vid bedömning av arbetsförmågas nedsättning beakta andra faktorer än rent medicinska skall därför minska"* (sid 1). SfU har en likalydande formulering. Riksförsäkringsverkets allmänna råd tillför inte någon ytterligare precisering när det gäller renodlingsbegreppet, utan citerar i huvudsak lagen och propositionen.

I renodlingsbegreppet ligger också *bortseendet* från andra faktorer än de rent medicinska. Det uttrycks i den lagtext som gällt sedan 1 oktober 1995: *"...skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden"* (AFL 3 kap 7 §).

Eftersom man antar att en alltför generös tillämpning utvecklats där personer som av huvudsakligen sociala eller personliga (bristande engagemang mm) skäl uppbär ersättning från sjukförsäkringen antar man också att sjukförsäkringen fått bära kostnader som egentligen hör hemma hos arbetsförmedling eller socialförvaltning. Det är inte bara *fråga* om att minska eller dra in ersättningen, kostnaderna ska också överföras och bokföras där de uppstår eller hör hemma. Genom detta ska man underlätta politiska prioriteringar (sid 227 i utredningen).

Man tänker sig alltså att en del av skärpningen kommer att resultera i reella besparingar genom att människor kommer att börja arbeta istället för att uppbära ersättning. Men en del av skärpningen kommer att istället innebära ett överförande av kostnader till andra myndigheter.

I propositionen uttrycks detta som att: *"Kostnader till följd av ohälsa kommer då att redovisas inom ramen för socialförsäkringen, medan*

kostnader som uppkommer till följd av arbetslöshet och andra problem för en försäkrad att finna ett arbete kommer att redovisas inom arbetsmarknadspolitiken. Genom att kostnader redovisas inom det område de hör hemma ger de bättre underlag för framtida beslut om åtgärder för att komma tillrätta med problemen och prioriteringar mellan välfärdspolitikens olika områden.” (sid 10). SfU skriver så här: “Socialförsäkringsutskottet delar bedömningen att genom förslaget om en renodling skapas klarare regler som medverkar till att tydliggöra gränserna för vad som bör ersättas från socialförsäkringen respektive från andra trygghetssystem, t ex arbetslöshetsförsäkringen. Enligt utskottets mening är det en fördel om problem som inte i grunden är medicinskt betingade hanteras inom andra sektorer än socialförsäkringen.” (sid 9).

I renodlingsbegreppet ligger alltså att kostnader ska bokföras där de uppstår. Arbetsförmedling och socialförvaltning ska således också renodlas utifrån sina regler. Det sammanlagda resultatet är mycket osäkert. Det är mycket troligt att både socialförvaltningarna och arbetsförmedlingarna har en viss mängd ärenden som egentligen hör hemma hos socialförsäkringen. När dessa förs över minskar de besparingseffekten för socialförsäkringen. På sid 268 diskuterar utredningen vilka konsekvenser de olika renodlingarna kan få: *“Detta medför att det blir än mer betydelsefullt för statsmakterna att göra någon form av helhetsbedömning när det gäller samhällets ansvar för individens försörjning. Kommittén avser i slutbetänkandet lämna förslag som tagits fram i samarbete med Arbetsmarknadspolitiska kommittén beträffande samordnad rehabilitering för utsatta grupper. Detta är emellertid inte tillräckligt. Ytterligare övergripande ställningstaganden behövs. Kommittén har övervägt att i sitt slutbetänkande försöka göra en mera ingående analys av vad föreliggande förslag får för konsekvenser. På grund av den mångfald av utredningar som för närvarande pågår inom angränsande områden har kommittén dock funnit att en sådan analys inte är möjlig för kommittén att utföra inom den tid som står till buds eftersom förutsättningarna inom andra system inte kommer att vara oförändrade.”* Osäkerheten om konsekvenserna gäller alltså även den enskildes försörjning.

I propositionen finns inte denna osäkerhet om konsekvenserna för det sammanlagda resultatet av renodlingen med. I stället finns kostnadsberäkningar för de besparingar man räknar med: för sjukpenning och rehabilitering beräknas besparingen 1997 till 360 miljoner och 1998 till 690 miljoner. Indirekt kan man säga att det finns en osäkerhet om konsekvenserna i det att man betonar vikten av att den pågående renodlingen av de olika trygghetssystemen följs upp (sid 26).

I SfU:s betänkande kommer Arbetsmarknadsutskottet till tals bl a i denna

fråga. Man framhåller att *"...en reform som innebär en besparing i ett trygghetssystem inte får medföra en markant fördyring i ett annat. Enligt arbetsmarknadsutskottet innebär ett genomförande av förslaget att arbetsmarknaden tillförs en kategori arbetslösa inom vilket det finns ett stort antal personer för vilka det kommer att vara mycket svårt att ordna arbeten..."* (sid 16). Vidare säger man: *"Som framgår av propositionen beräknas de redan genomförda förändringarna tillsammans med de föreslagna förändringarna till en sammanlagd besparing av 3 miljarder netto. I förslaget finns ingen analys av hur förändringarna påverkar andra trygghetssystem"* (sid 31). SfU påpekar att: *"Regeringen har inte gjort någon beräkning av antalet individer som kan komma att beröras av ändringarna eller någon analys av vilka personer eller grupper av personer som kan komma att påverkas härav"* (sid 17). AMS påpekar i sitt yttrande att man befärdar ökade krav med anledning av förändringen, i ett läge då man varit tvungen att skära ned 100 miljoner på den yrkesinriktade rehabiliteringen (sid 35).

Vi kan alltså konstatera att uppfattningen om innebörden i begreppet renodling inte skiljer sig nämnvärt mellan utredningen, propositionen och socialförsäkringsutskottets betänkande. RFV.s allmänna råd tillför inga ytterligare synpunkter i denna fråga. Däremot saknas i propositionen och SfU hänvisning till den antagna alltför generösa rättstillämpning som i utredningen är huvudskälet till renodlingen, vid sidan av besparingsskälet. Man är också samstämmig i uppfattningen att renodlingen medför att kostnader hamnar på rätt plats. SfU framför dock tvivel genom Arbetsmarknadsutskottet som ser en risk att lagändringen medför ökade kostnader för dem utan att fler människor kommer i arbete. Beträffande bristen på konsekvensanalys så finns i utredningen en "ursäkt" att någon sådan inte gjorts, men i propositionen tas frågan överhuvudtaget inte upp. Både Socialförsäkringsutskottet och Arbetsmarknadsutskottet kritiserar avsaknaden av konsekvensanalys.

Det renodlade arbetsförmågebegreppet

Sjukdomsbegreppet ska alltså inte förändras i och med de nya reglerna. Det som tidigare ansågs som sjukdom, skall även nu anses som sjukdom. Här vill man endast göra ett förtydligande, med anledning av den antagna alltför generösa rättstillämpningen. När utredningen därefter kommer in på begreppet arbetsförmåga, så gör man plötsligt en kursändring, som innebär en kraftigt förändrad innebörd av begreppet. Nu är det inte längre fråga om ett förtydligande för att rätta till en felaktig rättstillämpning. Nu handlar det om en skärpning av kriterierna för rätt till ersättning, och en inskränkning av försäkringskassans rehabiliteringsansvar. Det innebär en kraftig inskränkning i det tidigare gällande sjukförsäkringsskyddet. En

alltför generös rättstillämpning kan inte motivera en skärpning av reglerna. Om rättstillämpningen är för generös så räcker det med att återställa denna till det lagstiftaren ursprungligen menat, och göra ett förtydligande.

Det betyder att det måste vara andra skäl som ligger bakom behovet av en skärpning. Kan skälet vara att man vill att rätt instans ska ta hand om problemen? Eftersom vi har sett att man tänkt sig att renodlingen ska innebära att kostnader i huvudsak ska överföras *från* socialförsäkringen *till* arbetsförmedling och socialförvaltning, så måste det innebära att man anser att tidigare lagstiftning varit felaktig i avgränsningen mellan fr a vad försäkringskassan respektive arbetsförmedlingen skulle stå för. Det räcker inte med att avgränsningen var otydlig, för då skulle det räcka med ett förtydligande. Man måste mena att den var felaktig. Men någon sådan diskussion med sakliga argument för en förändrad ansvarsfördelning finns varken i utredningen, propositionen, socialförsäkringsutskottets betänkande eller riksförsäkringsverkets allmänna råd. Man bygger istället hela resonemanget på principen om renodling.

Det som återstår är besparingsskälet. Kan besparingsskäl motivera att man ändrar i grundkriterierna för en av de viktigaste trygghetsförsäkringarna? I så fall borde väl kriterierna återställas till de tidigare såsom man gjort med nivån i ersättningen? Om besparingsskälet är huvudskälet så vore det mer logiskt att nöja sig med en sänkning av ersättningsnivåerna.

Om vi nu lämnar skälen, och återgår till begreppet "*renodlad arbetsförmåga*". Vad innebär det? Utredningen skriver: "*Inom socialförsäkringen anses sedan länge en försäkrad ha arbetsförmåga när han, trots sjukdom, har förmåga försörja sig själv genom förvärvsarbete*". (sid 233) Samma formulering finns i propositionen (sid 10). Denna definition menar man ska finnas kvar.

Men därefter kommer förändringen. Utredningen skriver "*T ex kommer kostnader som uppkommer till följd av ohälsa att redovisas inom ramen för socialförsäkringen, medan kostnader som uppkommer till följd av arbetslöshet eller på grund av andra problem för en försäkrad att finna ett arbete att hanteras inom arbetsmarknadspolitiken. Om en försäkrad har svårigheter att ta till vara den arbetsförmåga han eller hon har kvar, sin sjukdom till trots, är detta i först hand ett arbetsmarknadsproblem. Rätt till ersättning från den allmänna försäkringen kommer alltså inte att föreligga i ett sådant fall. Ett annat synsätt skulle, enligt kommitténs uppfattning, leda till att man låter arbetsmarknadsproblem medikaliseras på individnivå.*" (sid 231).

I propositionen står: *"Om en försäkrad har svårigheter att ta till vara den arbetsförmåga han eller hon har kvar; sin sjukdom till trots, är detta i första hand ett arbetsmarknadsproblem"* (sid 10). Man nämner här att detta förmodas stärka arbetslinjen. Utskottet uttrycker det så här: *"Den väsentliga skärpningen och renodlingen av försäkringen ligger enligt utskottets mening i förslaget till bedömning av rätten till ersättning enligt det sk steg 5... Utskottet vill i detta sammanhang påpeka att det är särskilt viktigt att ärenden som rör enskilda försäkrade hanteras med varsamhet och respekt.... bör enligt utskottets mening i praktiken samtidigt leda till att arbetsmarknadsmyndigheterna tar ett större och tidigare ansvar för personer som har en arbetsförmåga"...* (sid 9-10).

På sidan 10 skriver utskottet också: *"Enligt utskottets synsätt kommer det i första hand vara personer, som helt klart har en arbetsförmåga som kan utnyttjas på den öppna arbetsmarknaden som i fortsättningen inte skall få ersättning från sjukförsäkringen eller förtidspensioneringen."* Denna formulering finns också med i RFV:s allmänna råd. Vidare rekommenderar RFV att försäkringskassan samråder med arbetsmarknadsmyndigheten vad gäller bedömningen av vad som skall anses vara på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten (sid 37).

Enligt den tidigare lagstiftningen tog försäkringskassan hänsyn till om den försäkrade hade någon annan utbildning eller erfarenhet som kunde utnyttjas på arbetsmarknaden i de fall då han eller hon inte kunde arbeta kvar hos den gamla arbetsgivaren på grund av sjukdom. Om så inte var fallet fick den försäkrade omskolning ofta efter en utredning av anlag, intressen mm, med en begränsning av att omskolningen skulle vara högst ett år. Försäkringskassan bekostade kursen och beviljade rehabiliteringsersättning under kurstiden. Arbetsgivaren var också ofta med och bekostade omskolningen, eller gav ett avgångsvederlag som starthjälp. Detta är en väsentlig del av innehållet i det som kallas för "arbetsinriktad rehabilitering".

Detta blir problematiskt med de nya reglerna. Det som förut var en del av försäkringskassans rehabiliteringsansvar, nämligen att se till att de som behövde fick omskolning då de inte kunde arbeta kvar hos arbetsgivaren på grund av sjukdom, hör plötsligt inte hemma längre inom sjukförsäkringen. Det kallas nu för att *"arbetsmarknadsproblem medikaliseras på individnivå"* (sid 231 i utredningen). Det är svårt att säga att problemen inte har sin grund i sjukdom. Men i just det här sammanhanget saknar det betydelse eftersom utredningen anser att *"...kan det finnas behov av någon form av åtgärder eller kompetenshöjande insatser för att denne ska bli mer konkurrenskraftig på arbetsmarknaden. Kommittén förutsätter att dessa personer får den hjälp*

de behöver av ansvariga myndigheter på respektive område. Dessa myndigheters ansvar för att visa den enskilde vilka möjligheter som står till buds när det gäller försörjning, utbildning eller studiestöd måste vara detsamma oavsett om den enskilde går in i arbetslöshet från ett tidigare arbete eller från en sjukskrivning.” (sid 267). Man säger också på sidan 252: “Det har inte varit och skall heller inte vara en uppgift för socialförsäkringen att bidra till en kompetenshöjning för enskilda individer.”

Här har renodlingsbegreppets innebörd förskjutits. Från att ha haft problemets *orsak*, i det här fallet sjukdom, som grund för bedömningen av vilken myndighet som ska ta hand om det, har man nu istället problemets *följd*, dvs arbetslöshet, som grund. På detta sätt lyckas man visa, att kostnader bör föras över från socialförsäkringen till arbetsmarknadsmyndigheten i enlighet med renodlingstanken.

Ett renodlat arbetsförmågebegrepp har skalats av alla andra relevanta faktorer utom den medicinska. Det innebär att om en försäkrad endast har en rent medicinsk arbetsförmåga och inget mer så anses han arbetsför och färdigrehabiliterad. Men i steg- för steg bedömningen finns ändå ett steg sex med, som innebär att försäkringskassan i viss fall först ska ge en rehabiliteringsåtgärd. Inte i någon av källorna finns någon klar definition av vilka personer som hör hemma i steg sex. Det sägs endast att syftet är att *”göra den försäkrade rustad att klara ett lämpligt arbete på arbetsmarknaden”* (Utredningen sid 250). Samma formulering finns i propositionen (sid 20). RFV:s allmänna råd citerar lagens formulering, SfU tillför inte något mer i denna fråga.

Detta är den största tolkningssvårigheten i lagförändringen. Menar man att en person ur medicinsk synpunkt kan sakna eller ha otillräcklig arbetsförmåga, men efter arbetsinriktad rehabilitering återfå medicinsk arbetsförmåga? Avsaknad av medicinsk arbetsförmåga kan väl knappast åtgärdas på annat sätt än genom medicinska åtgärder? Är inte någon form av medicinsk arbetsförmåga en förutsättning för att arbetsinriktad rehabilitering överhuvudtaget ska vara meningsfull? Eller menar man, att man i vissa fall får frånga den medicinska renodlingen och ta hänsyn till andra faktorer? När i så fall? Jag återkommer till dessa frågor i diskussionsavsnittet. Jag anser att det inte går att analysera och reda ut dessa frågor om man inte ställer det medicinska renodlade arbetsförmågebegreppet mot ett mångsidigt arbetsförmågebegrepp, vilket jag kommer att göra där.

När det gäller steg två till fyra frångår utredningen det renodlade arbetsförmågebegreppet. *”Kommittén har diskuterat bedömningen av*

arbetsförmågan hos en försäkrad som, på grund av sjukdom, inte kan återgå till sitt vanliga arbete. Skall dennes arbetsförmåga i första hand strikt bedömas i förhållande till förmågan att utföra annat arbetet på arbetsmarknaden, utan särskilt beaktande av den egna arbetsplatsens eller arbetsgivarens möjligheter?" (sid 241). Man konstaterar att ett sådant synsätt skulle stämma överens med principen om renodling och kravet på skärpning. Till sist kommer man ändå fram till att: *"Därmed skulle arbetsgivarens rehabiliteringsansvar för dem som kan utföra annat arbete hos sig avsevärt minska. Reglerna skulle heller inte stå i överensstämmelse med en arbetsgivares omfattande omplaceringsskyldighet enligt lagen om anställningsskydd"*. (sid 242).

Det är ytterst förvånande, att utredningen inte fullföljer tankegången om renodling och dess konsekvenser för rehabiliteringsansvaret. Nästa naturliga fråga blir: innebär renodlingen på motsvarande sätt att försäkringskassans rehabiliteringsansvar minskar i steg fem? Svaret måste rent logiskt bli ja. Vad innebär detta i ett rättighetsperspektiv för den enskilde? Varken frågan om försäkringskassans minskade rehabiliteringsansvar eller rättighetsperspektivet för den enskilde tas upp i någon av de undersökta källorna.

Även här ser vi alltså en förskjutning i innebörden av begreppet *"renodlad arbetsförmåga"*. Det används inte konsekvent genom alla de sju stegen. I steg två till fyra frångår man helt renodlingstanken och tar hänsyn till faktorer som arbetsgivarens omplaceringsmöjligheter och liknande. I steg fem skall renodlingen tillämpas fullt ut och i steg sex ges ingen ledning alls i hur den ska tillämpas.

Direkt efter presentationen av det renodlade arbetsförmågebegreppet tar utredningen upp en del tvivel kring en strikt genomförd renodling. *"En regel som bokstavligen följer vad som anges i kommitténs direktiv skulle utmytna i att en försäkrads arbetsförmåga uteslutande skulle bedömas till hur sjukdomen sätter ned förmågan att arbeta. En sådan strikt avgränsning av lagtexten skulle enligt kommitténs uppfattning kunna leda till resultat som blir direkt stötande. Reglerna i den allmänna försäkringen får inte leda till en tillämpning som inte finner stöd hos den försäkrade allmänheten eller i det allmänna rättsmedvetandet."* (sid 231).

Det man här har i åtanke är vad en strikt tillämpning skulle kunna leda till när det gäller personer där förtidspension övervägs. Resonemanget utmytnar i det som i lagen kallas för *"särskilda skäl."* Man ska alltså kunna göra en rimlighetsbedömning där andra faktorer som ålder, bosättningsförhållanden och tidigare yrkeserfarenhet och utbildning vägs in. Man betonar att åldersfaktorn ska väga tyngst. I utredningen säger

man angående brister i utbildning: *"Brister i detta avseende skall inte beaktas vid bedömningen om rätt till ersättning. Om förmågan att försörja sig beror på en avsaknad av utbildning skall detta åtgärdas genom arbetsmarknadspolitiska åtgärder"* (sid 238). I propositionen står däremot: *"Det torde också vara svårt att bortse från faktorer som utbildning och tidigare yrkeserfarenhet. En försäkrad med en viss sjukdom/nedsättning av arbetsförmågan och begränsad yrkeserfarenhet samt låg utbildning kan anses ha sämre förmåga att ta ett arbete än en försäkrad med samma sjukdom och högre utbildning. En sammanvägning av nämnda faktorer, där åldersfaktorn bör väga tyngst, bör i det enskilda fallet i begränsad omfattning kunna påverka bedömningen av den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom arbete"* (sid 12). Eftersom man inte någonstans tydligt uttrycker att särskilda skäl även gäller rätten till rehabilitering ligger det nära till hands att tolka det så att särskilda skäl endast gäller rätten till förtidspension. Här finns återigen en otydlighet som leder till tolkningssvårigheter.

Det renodlade arbetsförmågebegreppet är alltså svårtolkat bl a eftersom det inte används konsekvent. Svårast att tolka är förutsättningarna för när steg sex skall användas. Här finns inte någon ledning i någon av de undersökta källorna. Att konsekvensen av en strikt tillämpning av det renodlade arbetsförmågebegreppet blir ett kraftigt minskat rehabiliteringsansvar för försäkringskassan har inte uppmärksamats i någon av källorna.

Tolkningssvårigheterna medför betydande svårigheter vid tillämpningen, och medger ett stort spelrum för vitt skilda tolkningar. Hur det kan bli ska vi se exempel på i redovisningen av enkäterna och intervjuerna.

Begreppet helhetssyn

I utredningen finns på sidan 34 en definition av begreppet helhetssyn, som man anser ska vara en vägledande princip i såväl den tidigare som den nya ohälsöförsäkringen. *"Helhetssyn omfattar en förmåga till överblick och att förstå sammanhang, samband och samspel såväl mellan samhällets strukturer som mellan människan och samhället. Att tillämpa helhetssyn är att beakta människans både starka och svaga sidor. Att tillämpa helhetssynen är att beakta och väga samman olika relevanta faktorer. Inom verksamhetens ram och knutet till en given uppgift kan detta bidra till ett problems optimala lösning utifrån ett brett och långsiktigt perspektiv"*.

I kapitel 22 2 § i AFL står: *"Rehabilitering enligt detta kapitel syftar till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och*

förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov. I 5 § står: "Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra organisationer som kan vara berörda. Försäkringskassan ska därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade". Dessa formuleringar är uttryck för en helhetssyn när det gäller rehabilitering. Det är också en tydlig markering av försäkringskassans rehabiliteringsansvar.

I själva begreppet rehabilitering ingår en helhetssyn som går ut på att alla aspekter på människans funktionsförmåga beaktas. På rehabiliteringsklinikerna t ex tar sig detta uttryck i den betydelse man tillmäter paramedicinska yrkesgrupper som psykologer, arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Det teamarbete som man har på en rehabiliteringsklinik skiljer sig i hög grad från vanlig medicinsk verksamhet t ex på en vårdcentral.

I de avsnitt i utredningen som rör renodlingen och steg för stegbedömningen sägs inte mycket om helhetssyn. Detsamma gäller SfU, propositionen och RFV:s allmänna råd. Anledningen till detta kan vara att renodling som begrepp står i motsatsställning till helhetssyn. I det ena fallet skall man bortse från alla kringfaktorer och koncentrera sig på en enda, nämligen den rent medicinska. När helhetssyn används vägs alla relevanta faktorer in i bedömningen. Vad denna motsättning innebär för praktisk rehabiliteringsverksamhet ska jag återkomma till i diskussionsavsnittet.

Vi kan här konstatera en samstämmighet mellan utredning, proposition, SfU och RFV:s allmänna råd när det gäller avsaknaden av diskussion om helhetssyn. Utredningen nämner dock helhetssyn i en tidigare passus. Det finns däremot motsättningar inom AFL:s 3 kap 7 § å ena sidan och 22 kap 2 och 5 § å den andra. I 3 kap 7 § är renodling den gällande principen, och i 22 kap 2 och 5 §§ är helhetssyn den rådande principen.

Enkäterna

Sammanfattning

Steg fem- och steg sex-gruppen jämfördes i alla enkätfrågorna. Betydligt fler i steg femgruppen hade haft kontakt med arbetsförmedling/AMI efter sjukskrivningen. Även sjukvården uppgav man i steg-femgruppen oftare att man haft kontakt med. I steg fem gruppen ansåg de flesta att de inte alls eller endast delvis fått hjälp under sjukskrivningstiden. Av steg sex-gruppen ansåg de flesta att de fått hjälp under sjukskrivningstiden, några ansåg att de delvis fått hjälp. Efter sjukskrivningstiden ansåg ändå fler i steg fem-gruppen att de inte fått den hjälp de behövt, medan de flesta i steg sex-gruppen tyckte sig ha fått hjälp även efter sjukskrivningstiden. Svaren som gäller försörjning efter sjukskrivningen och i dagsläget är inte helt tillförlitliga på grund av frågans utformning. Enligt enkätsvaren arbetar lika stor del av steg fem- och steg sex-gruppen, omkring 25 procent. Förmodligen är det betydligt fler som arbetar i dagsläget.

När det gäller attityder till lagar och regler och om försäkringskassan behandlat dem rättvist framkommer mycket stora skillnader mellan grupperna. Överlag är steg sex-gruppen mycket mer positivt inställd än steg fem-gruppen, som är klart negativt inställd.

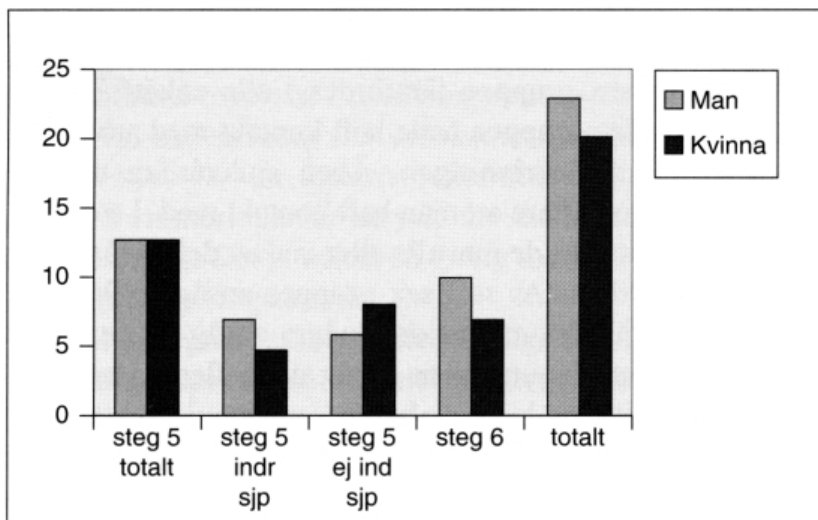
De som fått omskolning (steg sex) är övervägande i åldern 31-40 år, medan både den yngsta och äldsta gruppen domineras av steg fem. Männen är överrepresenterade totalt samt i steg fem, indragningsgruppen och steg sex.

Frågorna

Enkätfrågorna redovisas uppdelade på steg fem och steg sex. I några av frågorna redovisas dessutom de undergrupper av steg-femgruppen som fått sjukpenningen indragen respektive **inte** fått sjukpenningen indragen för sig. Inga indragningar förekom i steg sex-gruppen.

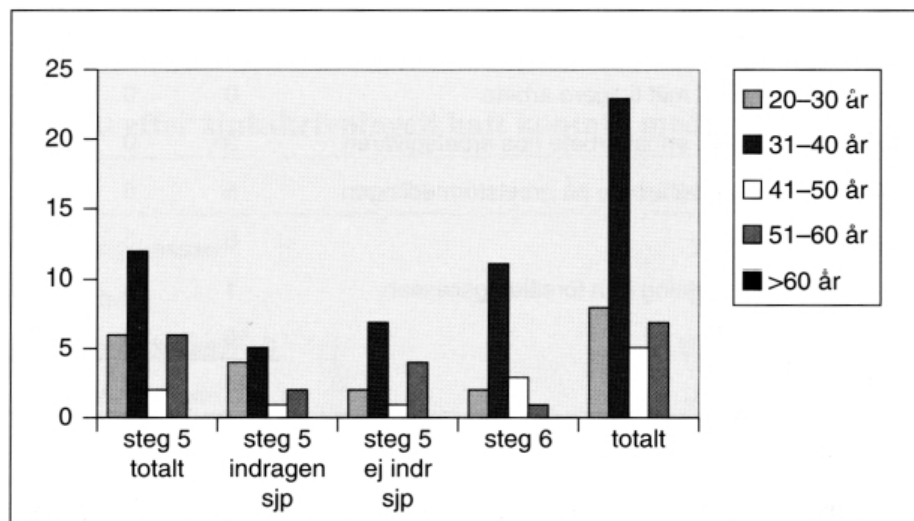
Siffrorna gäller antal.

Fördelning män/kvinnor



Kvinnorna är underrepresenterade i undersökningsgruppen, trots att urvalet gjorts på ett könsneutralt sätt. Kvinnor står för 60–65% av alla sjukfall. I både indragningsgruppen och steg sex-gruppen är männen fler. Flera andra undersökningar, bl a den tidigare refererade uppföljningen av köp av tjänst visar samma sak: det är fler män som får omskolningar.

Åldersfördelning



I den yngsta och äldsta gruppen dominerar steg 5. De flesta i steg sex är mellan 31–40 år. Avspeglar det en medveten prioritering hos handläggarna?

Hur avslutades din sjukskrivningsperiod?

Min läkare ville inte längre sjukskriva mig	3
Försäkringskassan drog in min sjuk penning	9
Sjukpenning övergick i annan ersättning från försäkringskassan, t ex rehabpenning, föräldrapenning etc	20
Annat	6
	43

Tre personer som uppfattade att det var läkaren som inte längre ville sjukskriva hade fått sin sjukpenning indragen.

Varför avslutades din sjukskrivnings/rehabiliteringsperiod?

	steg 5	steg 6	totalt
Jag kunde återgå till mitt tidigare arbete	0	0	0
Jag kunde återgå till annat arbete hos arbetsgivaren	3	0	3
Jag kunde söka annat arbete på arbetsförmedlingen	5	6	11
Jag kunde studera	8	5	13
Jag fick annan ersättning från försäkringskassan	1	1	2
Annat	10	4	14
Summa	24	16	43

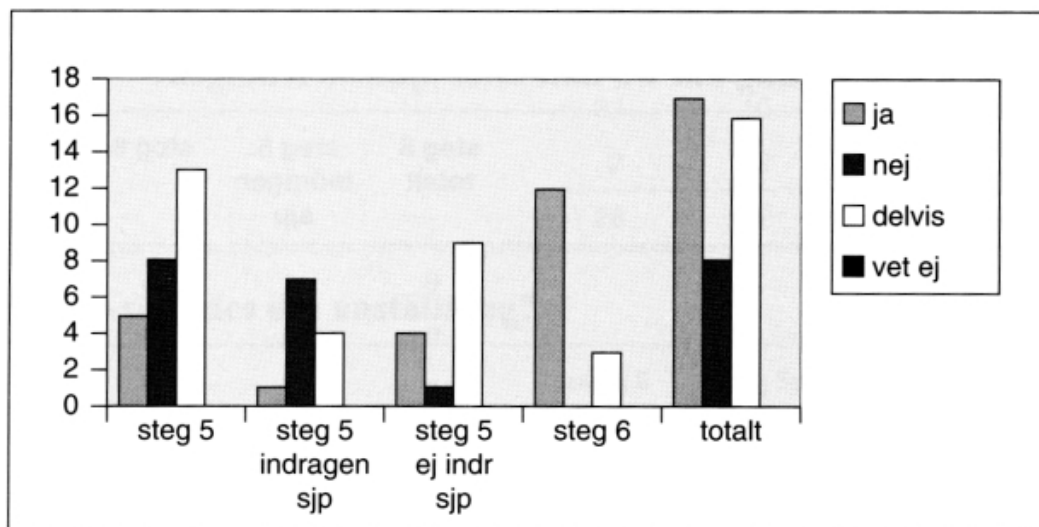
Var du och försäkringskassan överens om denna bedömning?

	steg 5	steg 6	totalt
Ja	14	17	31
Nej	12	0	12
Summa	24	16	43

Har du efter sjukskrivningen haft kontakt med:

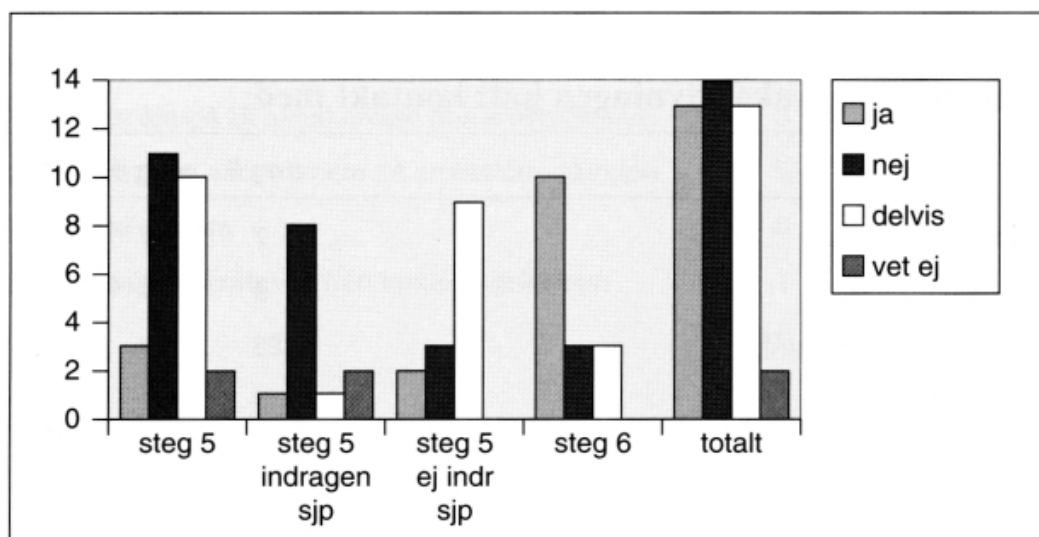
	steg 5	steg 6	totalt
Försäkringskassan	7	7	14
Sjukvården	9	4	13
Arbetsförmedlingen/AM I	25	6	29
Socialförvaltningen	3	1	4
Summa	44	18	60

Har du fått den hjälp och det stöd du har behövt under din sjukskrivningstid?



Steg sex-gruppen är i mycket större utsträckning nöjd med hjälpen under sjukskrivningen än steg fem-gruppen i sin helhet, alltså även jämfört med dem som inte fått sin sjukpenning indragen.

Har du fått det stöd och den hjälp du har behövt efter din sjukskrivningstid?



Det är anmärkningsvärt, att så många i steg fem-gruppen inte heller tycker att de fått hjälp efter sjukskrivningen. Tydligast är tendensen hos dem som fått sjukpenningen indragen.

Vilken försörjning har du haft efter sjukskrivningen?

	steg 5 totalt	steg 5: indragen sjp	steg 6	totalt
Förvärvsarbete	6	1	5	11
Eget företag	0	0	0	0
A-kass/KAS	15	5	7	22
Socialbidrag	3	2	1	4
Sjukpenning/rehabpenning	7	2	7	14
Föräldrapenning	3	2	0	3
Annat	8	5	5	13
Utbildningsbidrag	4	2	2	6
Studielån/särskilt utbildningsbidrag	6	3	2	8

Den här frågan har tyvärr inte fungerat så bra. Jag bad respondenterna kryssa för vilka former av försörjning de haft efter sjukskrivningen, och numrera ordningsföljden. Den period frågan gällde kunde uppgå till två år. Många har avstått från numreringen, vilket gör att vi inte vet vilken försörjning som är aktuell idag. Jag har kompletterat svaren med registeruppgifter beträffande kontant arbetsmarknadsstöd (KAS), utbildningsbidrag och studielån/särskilt utbildningsbidrag. Inga tydliga skillnader kan utläsas mellan steg fem och steg sex förutom att fler i steg fem fått arbetslöshetskassa/KAS. Det är något fler i steg fem som fått socialbidrag, utbildningsbidrag och studielån/särskilt utbildningsbidrag. Det är troligt att försörjningssituationen är betydligt positivare för båda grupperna än vad som framkommer av enkäten. Intervjuszvaren talar för att fler har förvärvsarbete men av någon anledning inte angett det i enkätsvaren.

Avslutade du din anställning under eller strax efter din sjukskrivningsperiod?

	steg 5 totalt	steg 5: indragen sjp	steg 6	totalt
Ja	24	10	17	41
Nej	2	2	0	2
Summa	26	12	17	43

Hur avslutades din anställning?

	steg 5 totalt	steg 5: indragen sjp	steg 6	totalt
Jag sa upp mig själv	6	1	6	12
Jag blev uppsagd	8	4	4	12
Jag fick avgångsvederlag,	4	2	2	6
Annat	6	4	3	9
Summa	42	11	15	39

Fyra personer har inte svarat.

Vilken högsta utbildning hade du före din sjukskrivning 1997?

	steg 5 totalt	steg 5: indragen	steg 6	totalt
Grundskola/folkskola	9	4	6	15
Gymnasieskola (2—4 år)	9	5	7	16
Yrkesutbildning	11	5	7	18
Högskola/universitet	3	0	2	5
Annat	3	0	0	3

I nom vilket område arbetade du?

	steg 5 totalt	steg 5: indragen sjp	steg 6	totalt
Industri	3	1	2	5
Vård och omsorg	9	4	2	11
Kontor	1	1	1	2
Övrig service	8	5	7	15
Annat	9	4	8	17

Hur var din huvudsakliga arbetssituation?

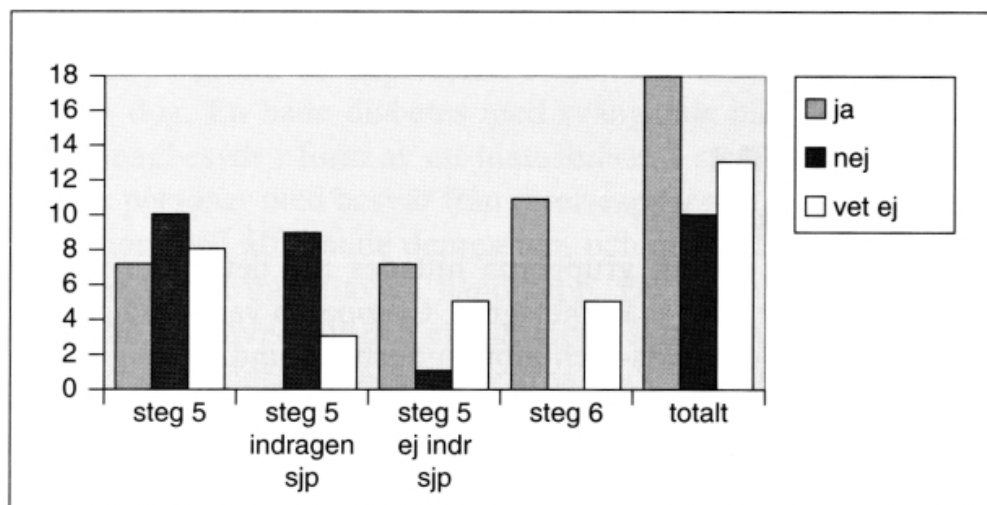
	steg 5 totalt	steg 5: indragen sjp	steg 6	totalt
Anställd	24	11	14	38
Egen företagare	1	1	2	3
Arbetslös	2	2	0	2

En person har inte svarat. En person var både anställd och egen företagare.

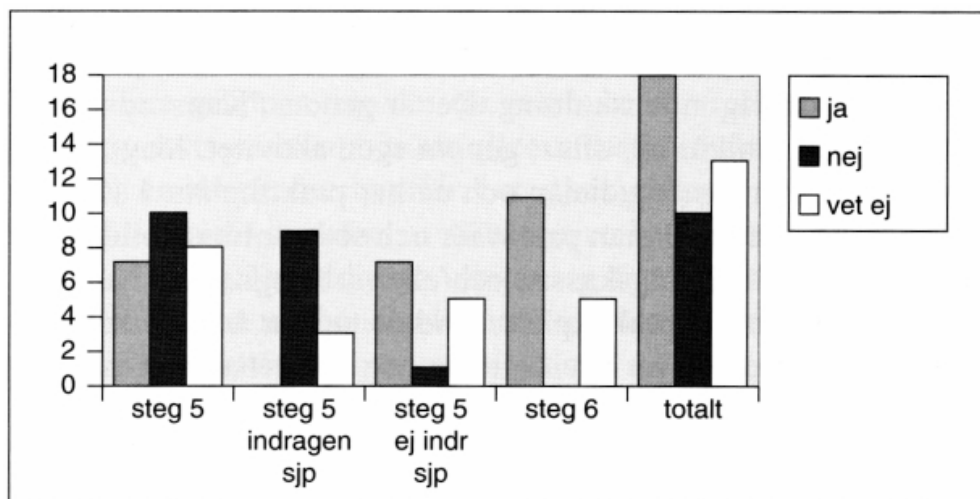
Har du fått någon omskolning/kurs/utbildning genom försäkringskassan?

Ja	17
Nej	24
Ej aktuellt	1
Ej svar	1

Anser du att försäkringskassan har följt gällande lagar och regler i ditt ärende?



Anser du att försäkringskassan behandlat dig rättvist?



Efter denna fråga finns en del kommentarer. *"Jag tycker att f-kassan på något sätt skulle ha hjälpt mig med arbetsprövning + att få rehabilitering", "FK:s handläggare missuppfattar vad man säger", "det var otur att jag blev sjuk när bestämmelserna ändrades, därför kom jag i kläm, arbetsgivaren ville inte hjälpa till och f-kassan tyckte att de hade gjort sitt", "försäkringskassan har alltid ställt upp till hundra procent", "jag trodde att de på försäkringskassan skulle hjälpa de som är sjukskrivna, istället verkar de 'trampa' ner dem", "försäkringskassan har verkligen stöttat och hjälpt mig", "min handläggare var suverän".*

Intervjuerna

Sammanfattning

Inga skillnader mellan grupperna hittades när det gäller typ av sjukdomsbesvär eller svårighetsgrad. Grupperna var också ganska lika när det gäller arbets- och utbildningsbakgrund. Möjligen kan man säga att steg sex-gruppen var något mer välutbildad. Däremot skiljer sig berättelserna om vad som hände när sjukskrivning och anställning upphörde i hög grad mellan steg fem och steg sex. I steg fem har man upplevt dessa händelser som mycket svåra, man har känt sig plötsligt ställd utan all hjälp. På olika sätt har man ändå tagit sig fram, och alla fem har idag genomgått omskolning. Värt att notera är dock att arbetsförmedlingen inte kostat på någon av personerna någon omskolning. Det är genom "Kunskapslyftet" som man fått utbildning, oftast genom egen aktivitet. Idag arbetar två, två studerar med studielån och en har praktikplats. I steg sex har man fått utrett vad man passat för och sedan olika utbildningar bekostade av försäkringskassan och/eller arbetsgivaren. Nu arbetar fyra och en har praktikplats. Endast en har behövt söka A-kassa. Man anser sig ha blivit rättvist och väl behandlad,

och fått den hjälp man anser sig ha rätt till. I steg femgruppen är man däremot mycket missnöjd med den behandling man fått, och anser att försäkringskassan inte följt lagar och regler.

Intervjuerna redovisas fråga för fråga. Det innebär att inga sammanhållna fallbeskrivningar finns där enskilda individer kan kännas igen. Det har alltså varit möjligt att ange sjukdomsbesvär och yrkesbakgrund relativt detaljerat utan att sekretessen går förlorad.

Sjukdomsbesvären

Jag bad intervjupersonerna beskriva de sjukdomsbesvär som gjort att de inte kunnat arbeta kvar i det gamla yrket. I steg femgruppen var det två personer med besvär i rörelseapparaten, en person hade ådragit sig skador efter ett fall från en stege. En person var sjukskriven på grund av depression i samband med sjukt barn som senare dog. En hade diabetes med svängande blodsocker och en hade magbesvär i form av ett hiatusbråck. I steg sex-gruppen var det tre personer med besvär från rörelseapparaten, en hade en svår infektion med åtföljande depression, och en hade en depression i samband med barns svåra handikapp. Det har från intervjuerna inte gått att påvisa att den ena gruppen skulle ha svårare sjukdomar än den andra. I båda grupperna hade sjukdomen lett till att man inte kunde arbeta kvar i sitt gamla arbete. Anledningen till att man inte kunde vara kvar i sitt gamla yrke var stress och annan psykisk påfrestning samt tung fysisk belastning. Dessa orsaker gällde i ungefär lika stor omfattning i båda grupperna.

Tidigare arbete och utbildning

I steg fem-gruppen var det tre personer som arbetat i vård och omsorg, antingen som biträde eller undersköterska, en tandsköterska och en långtradarchaufför. I steg sex-gruppen fanns en mediabevakare, en artdirector, en snickare, en barnskötare och ett vårdbiträde. Vad gäller tidigare utbildning fanns i steg fem-gruppen fanns en person med undersköterskeutbildning, en hade vårdbiträdeskurs och ettårig kontorsutbildning, en hade en treterminers tandsköterskeutbildning, en hade tvåårigt gymnasium och ettårig vårdutbildning, en hade el- och teleteknisk linje från gymnasiet. (som uppgavs vara förlegad i dagsläget). I steg sex-gruppen hade en högre reklamskola, en universitetsexamen från informationslinje, en yrkesutbildning som snickare, en barnskötareutbildning, en treårigt gymnasium och åtta veckors vårdbiträdeskurs. Man kan inte säga att den grupp som fick omskolning genom försäkringskassan hade lägre utbildningsbakgrund än de som inte fick. Snarare har de något bättre utbildningsbakgrund, vilket också går

igen i enkätmaterialen. Tendensen är dock så otydlig att materialet är för litet för att man skall fästa någon större vikt vid det.

Vad hände då sjukskrivning och anställning upphörde?

Steg fem gruppen

Jag bad intervjupersonerna att beskriva med egna ord vad som hänt. Det är utan tvekan så, att personerna i steg fem upplevt situationen då sjukskrivning och anställning upphörde som mycket påfrestande. Man använder ord som *"det var fruktansvärt", "jag skulle kunna skriva en hel bok om det som hänt", "att jag klarat mig beror på min psykiska styrka"*. Flera beskriver hur de blev helt överrumplade, man hade haft kontakter med arbetsgivaren och i vissa fall Arbetslivstjänster, men plötsligt drogs all hjälp in. Det gäller även den person, vars sjukpenning ej drogs in. Tre personer hade uppfattat det som att de var lovade omskolning genom försäkringskassan, men att löftet plötsligt bröts. Inte i något av fallen förekommer något överlämnande eller samverkan med annan myndighet.

Plötsligheten i skeendet gjorde, att man inte visste hur man skulle gå vidare eller vilka rättigheter man hade. Eftersom man hade anställningen kvar, blev man nekad A-kassa. En intervjuperson beskriver hur hon först gått till arbetsförmedlingen och därefter till socialkontoret men fick inte hjälp med hänvisning till att hon hade ett arbete. Innan det blev klart med uppsägning och ny ersättning förflöt 3-4 månader, då hon levde på lån från släkt och vänner. I ett par fall fick man avgångsvederlag från arbetsgivaren under några månader. En annan person fick socialbidrag en tid då hon inte var berättigad till arbetslöshetskassa, enligt uppgift därför att hon varit föräldraledig för länge. Här frångick socialkontoret sina egna regler och lät henne studera en termin med socialbidrag *"därför att fallet var så speciellt"*. Alla i steg fem-gruppen sa upp sig själva.

I ett annat fall tog det 3–4 månader efter det att personen sagt upp sig innan A-kassan betalades ut. Han levde på egna besparingar.

Steg sex-gruppen

I olika versioner beskriver intervjupersonerna hur de inte klarat av sitt gamla arbete, och att de därefter blivit utredda av Arbetslivstjänster beträffande vad de skulle kunna göra istället. Därefter har en gått programmerarkurs, en utbildning till desktopproducent, en PC nätverkssamfund och systemteknik, en floristutbildning en läkaresekreterarutbildning. I ett fall har arbetsgivaren betalat kursen. I samtliga fall har man fått rehabiliteringsersättning under hela kurstiden. En intervjuperson blev uppsagd, en hade eget företag som han avvecklade, och tre sa upp sig själva när utbildningen var klar. En person

har uppburit A-kassa efter utbildningen.

Vad hände efter sjukskrivningen?

Steg fem-gruppen

Alla i steg fem-gruppen har haft kontakt med arbetsförmedlingen eller AMI. Av svaren framkommer att det inte funnits någon beredskap hos arbetsförmedlingen att ta emot dessa fall. *"De tyckte på arbetsförmedlingen att det var konstigt, det här borde försäkringskassan sköta"*. Ingen har dock blivit nekad hjälp förutom att man inte fått A-kassa när de formella kraven inte var uppfyllda. Någon aktiv hjälp tycker dock inte någon i steg femgruppen att de fått. *"Man har fått ordna allt själv"*. Ingen har fått någon av arbetsmarknadsmyndigheten uppköpt utbildning. Fyra har fått utbildningar genom det sk Kunskapslyftet, en tidsbegränsad satsning på vuxenutbildning, där kommunen med särskilda medel bekostar utbildningar. Det utgår ett särskilt utbildningsbidrag från Centrala studiestödsnämnden (CSN). En ordnade studielån från början och en läste först i Kunskapslyftet men har nu gått vidare till högskola med studielån.

Alla fem har genomgått någon form av omskolning. En har först kompletterat gymnasiebetyg och därefter gått en ettårig turist- och servicelinje, en har utbildat sig till PC-samordnare genom Komvux, en annan kompletterade också sina gymnasiebetyg och läser nu historia på högskola, en person läser media och kommunikation på Folkuniversitetet, och en väntade först på en datakurs genom AMI, men när det inte blev något av ordnade hon själv en kurs genom Kunskapslyftet *"butikskunskap med data"*. De har alla uppfattat studier som nödvändiga för att ha en chans att få ett nytt arbete. Utifrån denna lilla urvalsgrupp finns inget som tyder på att arbetsförmedlingen satsar på den här gruppen med sina egna anslag. Man har troligen helt andra prioriteringar. Personerna har fått omskolningar tack vare Kunskapslyftet.

I dagsläget har två heltidsarbeten, två studerar och en har praktikplats i butik med bidrag från arbetsförmedlingen. En av dem som studerar är, som hon tror, tillfälligt sjukskriven pga krisreaktion i samband med skilsmässa. En upplever situationen som instabil, sjukdomsbesvären ger sig till känna och även i det nya arbetet/praktikplatsen.

Steg sex-gruppen

Efter omskolningen har idag fyra nytt heltidsarbete, alla inom det område de utbildat sig till. En fick arbete på praktikplatsen som ingick i utbildningen. En har en praktikplats betald av arbetsförmedlingen. Hon uttrycker oro för om hon ska få ett fast arbete, och dessutom om hon ska

klara sig med sina sjukdomsbesvär. Endast en av de fem har behövt gå till arbetsförmedlingen och uppbära a-kassa. I ett fall erbjöd arbetsgivaren tillfälligt lättare arbetsuppgifter medan personen sökte nytt arbete.

Uppfattning om gällande lagar och regler samt kassans handläggning

Steg fem-gruppen

Alla fem är entydigt negativa till den behandling man fått. Några känner till en del om reglerna, och är anger att en förändring skett som förklaring till det skedda. Flera har dock uppfattat en godtycklighet hos reglerna, och lägger ett stort ansvar på den enskilda handläggaren. *"Det verkar finnas stort utrymme att tolka fritt, man ska hamna hos rätt person"*. Flera klagar också över byten av handläggare, vilket fördröjt handläggningen. Flera har uppfattat kontakten med handläggaren som dålig. *"Hon var så kylig, vi fick ingen kontakt", "handläggarna ska vara mer mänskliga"*. I ett fall fick intervjupersonen kontakt med en annan handläggare i samband med en ny sjukperiod, och fick som hon tyckte upprättelse genom ett helt annat bemötande. Beträffande hur reglerna fungerar finns kommentarer som *"samhällets skyddsnät fungerar inte", "man måste ordna allt själv", "försäkringskassan skulle ha gjort mer för att hjälpa mig i min situation", "man hamnar mellan olika system"*.

Steg sex-gruppen

Alla är nöjda med försäkringskassan och den hjälp man fått. I ett fall där en trafikolycka orsakade arbetsförmågan är intervjupersonen dessutom mycket nöjd med sitt försäkringsbolag. Man tycker att lagar och regler är bra och att man har fått den hjälp som man anser sig ha rätt till.

Två personer berättar dock att de innan rehabiliteringen satte igång, haft problem med sina dåvarande handläggare. I båda fallen var det tal om indragning av sjukpenningen. Man hade inte hänvisat till några nya regler, men sagt att de skulle återgå i arbete. I ett fall hade intervjupersonen kontaktat advokat och begärt en ny handläggare, i det andra fallet skulle ett indragningsbeslut ha omprövats. Båda personerna fick nya handläggare, fick hjälp med omskolning och är nu helt nöjda.

Slutsatser och diskussion

Källgranskningen visade, att det renodlade arbetsförmågebegreppet var svårtolkat, inte därför att det fanns olika uppfattningar hos de olika källorna, utan fr a därför att begreppet tillåtit en förskjutning så att det inte används konsekvent. Genom denna förskjutning har en stor del av försäkringskassans tidigare rehabiliteringsansvar definierats bort. Någon

saklig grund för en ändrad ansvarsfördelning mellan socialförsäkringen och arbetsmarknadsmyndigheten framförs inte. Inte heller uppmärksammas rättighetsperspektivet för den enskilde. Förändringen innebär en kraftig inskränkning i det tidigare försäkringsskyddet då den så viktiga möjligheten till omskolning fallit bort.

En svårighet är också motsättningen mellan helhetssyn och renodling. Kapitel 3 i AFL har nu renodling som princip, medan kapitel 22 har helhetssynen som princip.

Källgranskningen visade också, att viktiga antaganden som låg till grund för kravet på en skärpning, nämligen utvecklingen mot en alltför generös tillämpning, saknade redovisat faktaunderlag. Skälen för en skärpning var oklara. Förslagen om lagförändring saknade också konsekvensanalys. Trots att regeringen betonade vikten av utvärdering, har hittills endast en tiosidig rapport baserad på skattningar kommit från RFV. Med tanke på att lagförändringen är ett ingrepp i en av de viktigaste grundpelarna i samhällets trygghetspolitik så är detta mycket anmärkningsvärt.

Enkät- och intervjustudien visade, att de personer som fått sin sjukpenning indragen i steg fem, var mycket missnöjda med den hjälp de fått både under och efter sjukskrivningen. Missnöjet gäller även delvis om än mindre grad hos dem vars sjukskrivning avslutats i steg fem utan indragning. I steg sex-gruppen var man övervägande nöjd både under och efter sjukskrivningstiden. Steg fem-gruppen hade större utsträckning anlitat både Af/AMI och sjukvård efter sjukskrivningen. Materialet är litet, men skillnaderna ändå så markerade att det finns anledning att ta på allvar det svaren tyder på, nämligen att överförandet från socialförsäkringen till arbetsförmedling/AMI inte fungerat bra. I intervjusvaren framkommer, att inte någon av de intervjuade ansåg sig ha fått någon aktiv hjälp från arbetsförmedlingen. Ingen hade fått någon av AMS uppköpt utbildning. Det man fått var utbildningar från Kunskapslyftet som står öppet för alla som saknar treårigt gymnasium. En naturlig förklaring är att arbetsförmedlingen har andra prioriteringar än socialförsäkringen haft i rehabiliteringen. Något avtal eller liknande mellan arbetsmarknadsmyndighet och försäkringskassa för att på central nivå hantera de nya reglerna finns inte i dag, åtminstone inte i Stockholms län.

I intervjusvaren framträder en bild, där det plötsliga tillbakadragandet av all hjälp går igen i alla svaren. Framträdande är också en upplevelse av att ha blivit illa bemött av handläggaren. Man har tagit sig fram ändå på olika sätt, men utsatts för svåra påfrestningar. Flera har haft en övergångsperiod då inte någon ersättning från samhället varit tillgänglig, och man har fått leva på lån från bekanta eller egna besparingar. Något

som är mycket tydligt i både enkät- och intervjusvar, är att man inte tror att försäkringskassan följt gällande lagar och regler, och att man inte heller tycker sig ha blivit rättvist behandlad. Det är intressant ur den aspekten, att människor upplever det som både lagenligt och rättvist, att få omskolning genom försäkringskassan då man inte kan arbeta kvar hos arbetsgivaren.

Detta går igen även i svaren från steg sex. Här ser man sig som rättvist och lagenligt behandlad. Av intervjusvaren framgår, att man tycker sig ha fått det man har rätt till, varken mer eller mindre.

När det gäller frågan om försörjning idag, har tyvärr enkätstudien stora brister. Den fråga som rörde detta fungerade inte. Vi kan därför inte säga om det finns någon skillnad mellan dem som fått omskolning genom försäkringskassan och dem som inte fått. Man måste också hålla i minnet, att jag genom mitt ämnesval endast studerat "lyckade" fall i den meningen att de idag är borta från socialförsäkringen. Fall som avslutats i steg fem eller sex men som åter blivit sjukskrivna eller fått förtidspension finns inte med. Det är naturligtvis angeläget att en undersökning av sådana fall också genomförs.

Några skillnader när det gäller typ av sjukdomsbesvär eller svårighetsgrad mellan steg fem och steg sex-gruppen hittades inte. Grupperna var också ganska lika när det gäller arbets- och utbildningsbakgrund. Möjligen var steg sexgruppen något mer välutbildad. Man kan med stor sannolikhet fastslå att det avgörande för om en person skulle hamna i steg fem eller steg sex-gruppen var hur den enskilda handläggaren tolkade lagen.

Ett mångsidigt dynamiskt arbetsförmågebegrepp

I den tidigare texten har jag flera gånger snuddat vid frågan om hur det renodlade arbetsförmågebegreppet fungerar i praktiskt rehabiliteringsarbete. Jag har sagt att man måste ställa detta i relation till ett mångsidigt arbetsförmågebegrepp, för att kunna illustrera hur absurd renodling blir i praktiken. Anledningen till att det blir absurt är naturligtvis, som jag tidigare påpekat, att rehabilitering i teori och praktik utgår från ett helhetsperspektiv.

Om vi tänker oss att ett arbetsförmågebegrepp enligt en helhetssyn skulle kunna se ut så här:

1. medicinsk arbetsförmåga
2. personliga förutsättningar, begåvning, lämplighet
3. erfarenhet och utbildning som efterfrågas

4. intresse och engagemang

Den rent medicinska arbetsförmågan är en nödvändig men långtifrån tillräcklig förutsättning för att en "verklig" arbetsförmåga, dvs en som kan tänkas efterfrågas av olika arbetsgivare. Begreppet skall ses dynamiskt såtillvida att olika delar har olika vikt för olika slags arbeten, och för olika individer. För de allra flesta normalt förekommande arbeten torde dock en miniminivå krävas i alla fyra delarna. Man skulle kunna tänka sig att det är så, att en låg nivå i en del kan *kompenseras* genom att höja nivåerna i de andra. Att ta tillvara och stärka de ickemedicinska delarna av arbetsförmågan är innehållet i arbetsinriktad rehabilitering. Jag är övertygad om att det finns mycket att göra när det gäller metodutveckling inom just det här området.

Om vi nu tittar på rehabiliteringsprocessen så som den beskrivs i "steg-för-stegmodellen" så finner vi att steg ett, återgång i tidigare arbete efter nödvändig behandling och konvalescens, har en särställning. Här fungerar renodlingsprincipen, det är den medicinska nedsättningen av arbetsförmågan som avgör om personen hör hemma i sjukförsäkringen. Andra faktorer kan finnas, även sådant som ligger utanför arbetssituationen, men får inte vara den huvudsakliga orsaken till arbetsoförmågan. Likaså måste sjukdom vara huvudorsaken till ett eventuellt behov av att förändra arbetssituationen.

Men sedan, dvs redan i steg två, måste andra aspekter läggas in. Om nu arbetet ska förändras, så kan vi inte enbart ta hänsyn till om det är medicinskt lämpligt och möjligt. Arbetet måste också vara möjligt för den försäkrade att utföra, han/hon måste vara lämplig för det och ha eller få lämplig utbildning. Han/hon måste i så fall klara en sådan utbildning. Dessutom måste han/hon ha ett visst intresse och engagemang, han/hon måste åtminstone stå ut med de nya arbetsuppgifterna. Här finns också en viktig etisk aspekt: har handläggaren rätt att kränka en människas värdighet i rehabiliteringssyfte och i så fall i vilken utsträckning? Alla dessa aspekter är ickemedicinska, men likväl absolut nödvändiga att beakta för att genomföra en rehabilitering i verkligheten. I annat fall skulle man t ex kunna föreslå, att den sjukskrivne får en omplacering från städare till ingenjör, eftersom han/hon ju rent medicinskt kan sitta vid ritbordet och hålla i pennan. Eller att företagsledaren med sviter av stroke kan placeras i skyddad verkstad med enklare monteringsarbete, eftersom det är vad han rent medicinskt klarar av.

Överväganden av det här slaget hör till en rehabiliteringshandläggares vardag. De exempel jag gett förkastas, eftersom resultatet blir absurt eller

oetiskt. Men de överväganden som faktiskt görs dokumenteras inte någonstans, eftersom de inte passar in i nuvarande lagstiftning. Det är allvarligt för rehabiliteringsverksamhetens framtid och utveckling.

Om man i steg fem endast tar hänsyn till medicinska faktorer blir resultatet också absurt. En rent medicinsk arbetsförmåga innebär i praktiken att man har vissa primära fysiska och psykiska funktioner i behåll. Om personen har någon utbildning eller erfarenhet som kan efterfrågas av någon arbetsgivare är ointressant. Ett sätt att tolka steg sex i enlighet med renodlingstanken skulle kunna vara att det är personer med stor medicinsk funktionsnedsättning som skulle kunna vara berättigade till omskolning genom försäkringskassan. Men om man inte gör en helhetsbedömning kan resultatet bli, att en person med **stor** funktionsnedsättning men bred utbildningsbakgrund ska få ytterligare utbildning fast det inte behövs. På samma sätt skulle en person med **liten** funktionsnedsättning, men som haft samma arbete hela sitt liv, inte kan utföra det längre och inte har någon utbildning som ger honom en chans i arbetslivet inte ska ha någon omskolning. Detta visar, att alla relevanta faktorer måste vägas in för att besluten ska bli realistiska.

Jag har försökt visa, att man inte kan ha samma bedömningsgrund i steg ett som i de andra stegen. Det är fullt möjligt att ha en relativt strikt bedömning av om sjukdom är huvudorsak i steg ett, men sedan i de följande stegen låta ett realistiskt mångsidigt arbetsförmågebegrepp gälla.

Har lagens syften uppnåtts?

En skärpning har genomförts, vilket var ett av syftena med lagförändringen. Om man har uppnått några besparingar för samhället totalt eller för socialförsäkringen ligger utanför den här utvärderingen att kunna bedöma. Någon större klarhet i frågan vilka myndigheter som ska handha vilka problem har definitivt inte uppnåtts, därtill är tolkningssvårigheterna som vi sett alltför stora. Vi har sett att människor kan uppfatta en strikt tillämpning som stridande mot vad de uppfattar som rättvist och riktigt. En sådan socialförsäkring uppfattas varken som begriplig eller tydlig, och vinner inte tilltro hos allmänheten.

I Riksförsäkringsverkets årsrapport för 1998 står, som jag nämnde tidigare, att rehabiliteringsresultatet försämrats för år 1998. Fler får del av försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster, men pengarna går mer till utredning av arbetsförmågan och mindre till utbildningar.

Riksförsäkringsverket ser ingen koppling mellan tillämpningen av steg för stegmodellen och det försämrade resultatet, som visar sig i att färre återfår arbetsförmåga. Jag tycker att det ligger mycket nära till hands att

dra slutsatsen, att det faktum att färre får omskolningar gör att färre återfår arbetsförmågan. Att färre får omskolningar är med stor sannolikhet ett resultat av en strikt tillämpning av steg för stegmodellen.

På vilket sätt bör lagen ändras?

Lagstiftningen som rör rehabilitering bör vara utformad så, att den fungerar som ett verktyg för handläggarna att kunna genomföra en effektiv rehabilitering. Idag är den tvärtom ett stort hinder för rehabiliteringsverksamheten, och ett hinder för metodutveckling. Den står inte i överensstämmelse med gängse uppfattning om rehabilitering vare sig i teori eller i praktik.

Det är önskvärt, att ett mer realistiskt och mångsidigt arbetsförmågebegrepp införs i lagtexten. Det bör vara möjligt att samtidigt markera att det är sjukdom som ska vara huvudsaklig orsak till arbetsoförmåga i förhållande till nuvarande arbete. Renodling som begrepp är tveksamt i rehabiliteringssammanhang. Att återinföra någon form av rimlighetsbedömning står mer i samklang med de överväganden som måste gälla i praktiskt rehabiliteringsarbete. Steg för stegmodellen kan ge en tydlighet i hur rehabiliteringsprocessen går till, men man måste tydligt klargöra att försäkringskassans rehabiliteringsansvar ska gälla som tidigare.

Etik i rehabiliteringsarbetet

Frågan om etik i tillämpningen av socialförsäkringen får aktualitet i ljuset av vad som kommit fram i den här utvärderingen. Det är olyckligt att rehabiliteringshandläggarna inte har en gemensam etisk plattform. En sådan föreslogs för övrigt av sjuk och arbetsskadekommitténs betänkande (SOU 1996: 113 del 2, bilagor) i form av en sk portalparagraf med etiskt innehåll men antogs inte av regeringen.

I *"Etik i förhandlingsstaten"* skriver Conny Johannesson (1994): *"Det är; som bekant, på det sättet att de ökade kostnaderna kring bl a sjukfrånvaron bedömts som ett av de stora välfärdspolitiska problemen i Sverige under de senaste åren. Försäkringskassan skall när det gäller rehabilitering inte bara vara 'den försäkrades ombud' utan här också klara 'samordningen' mot intressenter som företag, professionella vårdaktörer, sociala myndigheter och arbetsmarknadsorgan m fl.*

Försäkringskassan blir i detta perspektiv en viktig samhällsaktör i den nya förhandlingsstaten. Det kan finnas risk att den traditionella försäkringsbyråkratin inte klarar denna nya uppgift utan betydande

omställningssvårigheter Problemet skall ses i belysningen av att rehabilitering för en individ kan betyda ett livsavgörande, både i arbete och på fritid. Försäkringskassan blir här en 'samordningsexpert', och symbol, för välfärdspolitikens yttersta tillämpning- mot både dessa individer och alla övriga försäkringsaktörer.

Sett ur medborgarens och den berörda försäkrades synvinkel kan rehabiliteringsbeslut bli en avspeglning av demokratins sätt att fungera: Om medborgaren inte känner att hänsyn tas till hans eller hennes argument, så kan en bristande legitimitet uppstå – både för beslutets innehåll och för demokratins sätt att fungera överhuvudtaget i den moderna välfärdsstaten."

Jag tycker att detta citat lyfter frågan om etik i rehabiliteringsarbetet och även i lagstiftningens innehåll till sin rätta dignitet – ytterst handlar det om innehållet och värdena i vår politiska demokrati.

Referenser och källförteckning

Andersson, Jonsson (1998) *Nekad sjukpenning i Skaraborg*, Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa

Eliasson, Levin, Meeuwisse, Sunesson (1990) Den värderande blicken, Studentlitteratur

Hetzler, Hjortsberg, Eriksson, *Karriärvägar efter sjukpenningsindragning*, Malmöhus läns allmänna försäkringskassa

Holme, Solvang (1997) Forskningsmetodik, Studentlitteratur

Jeppson-Grassman Eva (1992) *Arbetslivets krav och människors lidande*, Stockholms universitet, Socialhögskolan

Johannesson Conny (1994) *Etik i förhandlingsstaten*, högskolan i Växiö serie 2 Ekonomi och Politik nr 5:1994

Kemi Anita (1999) *Motstridiga roller i människovårdande arbete*, Försäkringskassan i Stockholm FoU-rapport nr 30

Westerhäll Lotta, *Rättsliga aspekter på arbetsoförmåga pga sjukdom*, Socialmedicinsk tidskrift nr 8–9 1997

Socialförsäkringsguiden 1998, Försäkringskassaförbundet

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, AGRA-utredningen, SOU 1998:104

En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering SOU 1996:113 del 3

En sammanhållen ohälsöförsäkring, SOU 1997:166

Försäkringsskydd vid sjukdom, SOU 1995:149

Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, Proposition 1996/1997:28

Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp effekterna av nya kriterier för rätt till sjukpenning och förtidspension, mm, (1998) Riksförsäkringsverket Dnr 5380/97-472.22

Rätten till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring, Riksförsäkringsverkets Allmänna råd 1998:2

Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, mm, Proposition 1996/1997:63

Socialförsäkringen, årsredovisning budgetåret 1998, Riksförsäkringsverket

Socialförsäkringsguiden 1998, Försäkringskasseförbundet

Uppföljning av indragning/nedsättning av sjukpenning och rehabiliteringsersättning, (1997 Försäkringskassan i Stockholms län

Uppföljning av indragning/ersättning av sjukpenning och rehabiliteringsersättning, (1997 Försäkringskassan i Stockholms län)

Ändrade kriterier för rätt till sjukpenning och förtidspension, Socialförsäkringsutskottets betänkande 1996/97: Sfu6

Bilagor

Bilaga 1

FRÅGEFORMULÄR

1. Hur avslutades din sjukskrivningsperiod?

min läkare slutade sjukskriva mig i samförstånd med mig

- min läkare ville inte längre sjukskriva mig
- försäkringskassan drog in min sjukpenning
- sjukpenning övergick i annan ersättning från försäkringskassan t ex rehabiliteringspenning, föräldrapenning, förtidspension
- annat

2. Varför avslutades din sjukskrivnings/rehabiliteringsperiod?

- jag kunde återgå till mitt tidigare arbete
- jag kunde återgå till annat arbete hos arbetsgivaren
- jag kunde söka annat arbete på arbetsförmedlingen
- jag kunde studera
- jag fick annan ersättning från försäkringskassan
- annat

3a. Var du och försäkringskassan överens om denna bedömning?

- ja
- nej

3b. Om du svarat nej, på vilket sätt skilde sig din uppfattning från försäkringskassans?

.....
.....

4. Har du efter sjukskrivningen 1997 haft kontakt med

- försäkringskassan
- sjukvården
- arbetsförmedlingen/arbetsmarknadsinstitutet
- socialförvaltningen

5a. Har du fått det stöd och den hjälp som du har behövt under din

sjukskrivningstid ?

- ja
- nej
- delvis
- vet ej

5b. Har du fått det stöd och den hjälp du har behövt efter din sjukskrivningstid?

- ja
- nej
- delvis
- vet ej

6. Vilken försörjning har du haft efter sjukskrivningen?

- förvärvsarbete
- eget företag
- arbetslöshetskassa/KAS
- socialbidrag
- sjukpenning/rehabiliteringspenning
- sjukbidrag/förtidspension
- föräldrapenning
- annat

Om du haft flera försörjningssätt, ange i vilken ordning du haft dem genom att sätta en siffra framför respektive försörjningssätt, 1:a för första 2:a för andra och så vidare.

7. Avslutade du din anställning under eller strax efter din sjukskrivningsperiod?

- ja
- nej

Om du svarat nej, gå vidare till fråga 9.

8. Hur avslutades din anställning?

- Jag sa upp mig själv
- Jag blev uppsagd
- Jag fick avgångsvederlag, mot att jag sa upp mig
- annat

9. Vilken högsta utbildning hade du före din sjukskrivning 1997?

- grundskola/folkskola
- gymnasieskola (2—4 år)
- yrkesutbildning
- högskola/universitet
- annat

10. Inom vilket område arbetade du?

- industri
- vård och omsorg
- kontor
- övrig service
- annat

11. Hur var din huvudsakliga arbetssituation?

- anställd
- egen företagare
- arbetslös
- studerande
- övrigt

12. Har du fått någon omskolning/kurs/utbildning genom försäkringskassan?

- ja
- nej

ej aktuellt

13. Anser du att försäkringskassan har följt gällande lagar och regler i ditt ärende?

- ja
- nej
- vet ej

14. Anser du att försäkringskassan har behandlat dig rättvist?

- ja
- nej
- vet ej

Övriga kommentarer:

.....
.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!

Bilaga 2.

INTERVJUMALL

Sjukdom funktionsnedsättning

1. Vilka sjukdomsbesvär har du varit sjukskriven för? Diagnos? På vilket sätt försvårar dina besvär arbete?

Arbete-utbildning

2. Vad har du arbetat med innan du blev sjukskriven 1997? Vilken utbildning hade du?

Hur sjukfallet upphörde

3. Kan du beskriva vad som hände när din sjukpenning blev indragen/ sjukskrivningen upphörde?
4. Förstod du skälen till indragningen/ till att sjukskrivningen upphörde? Kan du ange skälen så som du uppfattade dem?

Hur anställningen upphörde

5. Kan du beskriva vad som hände när din anställning upphörde?

Vad hände efter sjukskrivningen?

6. Vilken hjälp tycker du att du behövt efter sjukskrivningen, för att kunna försörja dig? Har du fått den hjälpen? Hur viktig anser du att omskolning är för att kunna försörja dig trots dina sjukdomsbesvär. Vem anser du ska bekosta omskolning i så fall?

Försörjning idag

7. Hur försörjer du dig idag?

Uppfattning om gällande lagar och regler samt kassans handläggning

8. Du har uppgett att du tror/inte tror att försäkringskassan har följt gällande lagar och regler. Du har också uppgett att du tycker att försäkringskassan har behandlat dig rättvist/orättvist. Kan du utveckla dessa synpunkter?

=====

Forskning och utveckling

Målsättningen med det forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) som bedrivs vid försäkringskassan i Stockholms län är att bygga broar mellan teori och praktik. Det innebär att arbetet utgår från kassapersonalens vardagskunskap och sker i nära samverkan med universitet och högskolor.

Rapporter som presenteras i kassans FoU-serie har granskats vetenskapligt. Författarna ansvarar själva för innehållet i rapporterna.

Rapporter i denna serie kan beställas från:

Försäkringskassan Stockholms län

Biblioteket

105 11 Stockholm

Telefon: 08-676 20 50

Fax: 08-676 20 45

ISSN 1103-5986

ISBN 91-89198-08-5