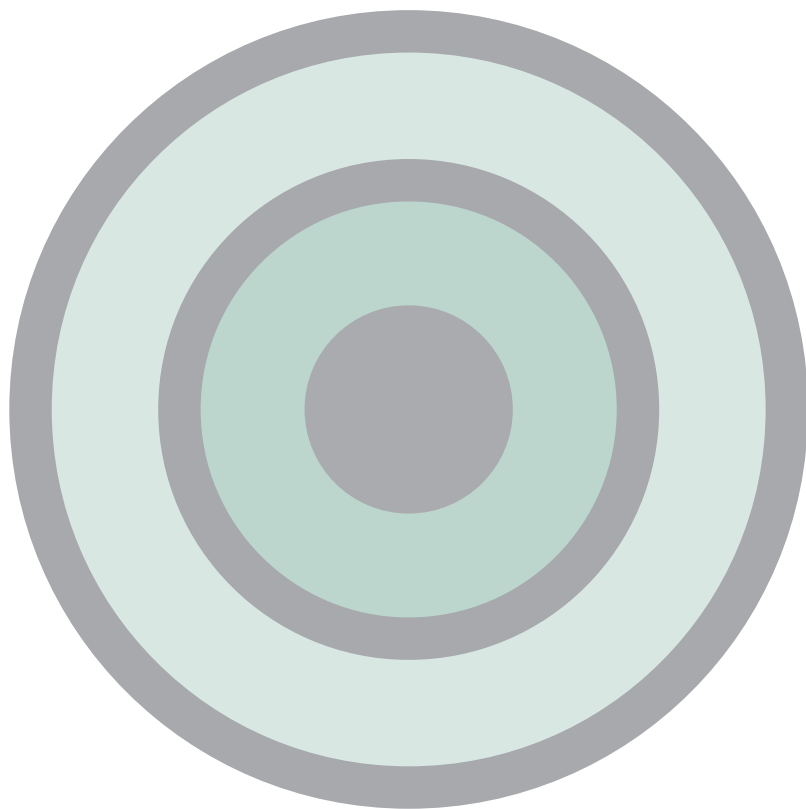


ANALYSERAR

2007:1



Nej till sjukpenning
Vad hände sen?

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för utvärdering
Upplysningar	Christina Olsson Bohlin 08-786 95 83 christina.olsson.bohlin@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: forlag@forsakringskassan.se Internet: www.forsakringskassan.se
Tryck	Edita, 2007

Förord

Utvecklingen av sjukfrånvaron har varit i fokus under ett flertal år. Under de senaste åren har även de fall där Försäkringskassan beslutar att inte betala ut sjukpenning fått stor uppmärksamhet. Det är dock fortfarande i förhållandevis få fall som Försäkringskassan beslutar att inte betala ut sjukpenning: under 2006 avtog Försäkringskassan begäran om sjukpenning i 1,5 procent av de nya sjukfallen och 0,9 procent av de pågående sjukfallen avslutades genom att sjukpenningen drogs in. Denna studie undersöker hur det gick sedan för de individer som fick nej till sjukpenning under sista kvartalet 2005. Fokus har varit på individernas sysselsättning och försörjning före och efter sjukfallet. Även andelen som valt att begära att beslutet ska omprövas hos Försäkringskassan och överklagas till Länsrätten har studerats. Ett delsyfte har varit att få en bild av och en djupare förståelse för hur individerna uppfattat Försäkringskassans information och bemötande i samband med beslutet. Projektet har haft ett särskilt fokus på etnicitet då tidigare rapporter visat att det finns stora variationer i avslagsfrekvens mellan personer med olika födelseland.

Hela uppdraget publiceras i tre rapporter, där föreliggande rapport är huvudrapporten. Här presenteras resultaten från den individenkät som genomförts och som fokuserade på individernas situation före och efter Försäkringskassans beslut. I *Analyserar 2007:2* presenteras resultaten från de individ- och fokusgruppsintervjuer som genomförts där fokus varit på individernas upplevelse av Försäkringskassans bemötande och information. I en kommande rapport publiceras resultaten av en aktstudie med särskilt fokus på etnicitet.

Christina Olsson Bohlin är huvudförfattare till rapporten. Följande personer har deltagit i projektet: Tommy Edlund, Hanna Larheden, Britt-Marie Lönnborg, Nelli Kopola, Joakim Niklasson, Katriina Severin, Staffan Söderberg samt Cecilia Udin.

Annika Sundén
Chef för enheten för utvärdering

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	10
1 Inledning	14
1.1 Syfte	15
1.2 Metod och data.....	15
2 Vilka får avslag eller indrag?	17
2.1 Bakgrund	17
2.2 Tidigare sjukskrivningar och arbetslöshet.....	22
2.3 Regional fördelning	22
3 Konsekvenser av indrag och avslag	24
3.1 Tidigare resultat.....	24
3.2 Sysselsättning	24
3.3 Tillbaka till arbete	28
3.4 Tillbaka med nytt sjukfall	29
3.5 Kontakterna med Försäkringskassan.....	30
3.6 En komplex livssituation	31
3.7 Att försöka påverka beslutet.....	32
4 Omprövningar och överklaganden	32
4.1 Begäran om omprövning	33
4.2 Överklagan till Länsrätten	34
5 Individernas upplevelse av beslut, bemötande och information	35
6 Etnicitet i sjukpenningakter	37
6.1 Misstro mot den försäkrade.....	38
6.2 Språksvårigheter	39
6.3 Fel kön i journalen	39
6.4 Transkulturella utredningar	39
7 Avslutande diskussion och slutsatser	40
Referenser	43
Bilaga 1 Omprövning	44

Sammanfattning

Den höga sjukfrånvaron har under ett flertal år debatterats intensivt. Under det senaste året har en del av diskussionerna rört Försäkringskassans tillämpning av regelverket inom sjukförsäkringen och de sjukfall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning. Trots att ämnet fått relativt stort utrymme i media är andelen sjukfall där Försäkringskassan beslutar att inte betala ut sjukpenning fortfarande liten. Under 2006 avslogs begäran om sjukpenning i 1,5 procent av fallen och 0,9 procent av de pågående sjukfallen avslutades genom att sjukpenning inte längre betalades ut.

Det som kallas ”nej till sjukpenning” inrymmer två helt skilda beslut och arbets sätt för Försäkringskassans handläggare. I det ena fallet, där begäran om sjukpenning avslås bedöms den försäkrade inte ha rätt till sjukpenning och sjukpenning kommer inte att börja betalas ut. I det andra fallet där sjukpenningen dras in under ett pågående sjukfall har individerna i ett initialt skede bedömts ha rätt till sjukpenning men under pågående sjukskrivningsperiod gör Försäkringskassan bedömningen att individen nu återfått sin arbetsförmåga och rätten till sjukpenning upphör därmed.

Rätten till sjukpenning bygger på att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. För dem som har en anställning då sjukfallet startar prövas arbetsförmågan först mot det egna arbetet. Om individen inte har möjlighet att gå tillbaka till det egna arbetet och arbetsgivaren inte kan erbjuda ett annat arbete kommer arbetsförmågan att prövas mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. För arbetslösa sker prövningen av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden redan i ett första skede.

Huvudsyftet med denna rapport är att studera vad som händer med individerna efter Försäkringskassans beslut att inte betala ut sjukpenning. Fokus har varit på individernas försörjning och sysselsättning före och efter sjukfallet. Ett delsyfte har även varit att få en bild av och en djupare förståelse för hur individerna uppfattat beslutet samt Försäkringskassans bemötande och information i samband med beslutet. Även andelen som begärt att beslutet ska omprövas hos Försäkringskassan och överklagas till Länsrätten har studerats. Försäkringskassans årsredovisning för 2005 visade stora variationer i avslagsfrekvens mellan personer med olika födelseland och projektet har därför särskilt fokus på etnicitet.

För att kunna belysa frågeställningarna har data samlats in från en rad olika källor. En individenkät har använts för att studera individernas försörjning och

sysselsättning före och efter sjukfallet. Uppgifterna från enkäten har kompletterats med uppgifter från Försäkringskassans akter och register. Intervjuer, i form av fokusgrupper och enskilda intervjuer har genomförts för att få en bild av individernas upplevelser av Försäkringskassans beslut, bemötande och information. Ytterligare en bild av individernas upplevelser har framkommit efter att individernas fria kommentarer från enkäten analyserats. Särskilda aktstudier har genomförts för att se hur uppgifter om etnicitet och födelseland benämns i Försäkringskassans akter.

Urvalet utgörs av dem som under sista kvartalet 2005 fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fick sin sjukpenning indragen under pågående sjukfall. I gruppen fick 52 procent avslag på sin begäran om sjukpenning medan 48 procent fick sin sjukpenning indragen. Det är fler kvinnor än män som får både avslag och indrag. I den grupp som får indrag är dock män är överrepresenterade jämfört med andelen män i pågående sjukfall. De viktigaste slutsatserna från projektet presenteras nedan tillsammans med de åtgärder som Försäkringskassan arbetar med och planerar att vidareutveckla.

Arbetslösa är överrepresenterade både i gruppen som får avslag och gruppen som får indrag. Under perioden var 47 procent av dem som fick avslag arbetslösa medan motsvarande andel bland de startade sjukfallen var 14 procent. Bland dem som fick sjukpenningen indragen så var 36 procent arbetslösa jämfört med 16 procent i gruppen pågående sjukfall. Enligt gällande lagstiftning bedöms de arbetslösas arbetsförmåga direkt mot hela arbetsmarknaden. Att arbetslösa får avslag/indrag i större utsträckning är därmed en följd av den gällande lagstiftningen som ligger som grund för bedömningen av rätten till sjukpenning. En förklaring till att vissa grupper av utrikesfödda i större utsträckning än andra får avslag/indrag är att de i större utsträckning saknar anställning vid sjukfallets start.

Samarbetet mellan Försäkringskassan och AMS är centralt för att underlätta återgången till arbete och det är viktigt att Försäkringskassan gör AMS uppmärksamma på att de som vid sjukfallets start är arbetslösa kan behöva särskilt stöd för att komma tillbaka till ett arbete. Sedan halvårsskiftet 2006 finns en ny rutin för samarbete mellan myndigheterna för att säkerställa att de individer som inte bedöms ha rätt till sjukpenning får stöd på vägen tillbaka till arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska även samarbeta för att nå enighet kring begreppet arbetsförmåga och vad som är ett ”normalt förekommande arbete”.

Det vanligaste bland dem som vid tidpunkten för sjukfallets start hade ett arbete var att gå tillbaka till arbetet efter Försäkringskassans beslut. För den grupp som före sjukfallet var arbetslösa var det vanligaste alternativet att åter vara arbetslös efter beslutet. Att anpassa sin arbetssituation genom att byta arbetsgivare, arbetsuppgifter eller arbeta mindre kan vara en lösning för dem som före sjukfallet hade en anställning men där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjuk-

penning. Knappt en tredjedel av dem som uppgett att de arbetat både före och efter sjukfallet uppger att de gått ner i arbetstid på grund av sjukdomen jämfört med före sjukfallet. Att arbeta deltid kan antingen vara ett eget val eller en följd av att arbetsgivaren inte kan erbjuda individen anpassade arbetsuppgifter. Av dem som uppgett att de arbetar efter sjukfallet har en tredjedel bytt arbetsgivare under tiden efter sjukfallet. Knappt sex procent av dem som besvarat enkäten uppger att de har eller har haft försörjningsstöd under en period efter beslutet om avslag eller indrag. Åtta procent av dem som besvarat enkäten uppger att de saknar inkomst vid tidpunkten för enkäten eller att de under en period efter beslutet saknat inkomst.

De som inte kan återgå till sin tidigare anställning och de som vid sjukfallets start var arbetslösa och som fått avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fått sin sjukpenning indragen är i många fall i behov av särskilt stöd för att kunna komma tillbaka till arbete. Försäkringskassan bör därför försäkra sig om att ett ordentligt överlämnande sker till AMS. I de fall de försäkrade som inte bedöms ha rätt till sjukpenning även saknar rätt till arbetslöshetsersättning bör en representant från kommunen finnas med vid överlämnandet. I vissa fall kan det handla om behov av social rehabilitering. Rutiner och riktlinjer för att ingen ska ”falla mellan stolarna” finns och Försäkringskassan behöver säkra att dessa riktlinjer följs.

För att ett beslut om avslag/indrag inte ska komma som en överraskning för individerna ska Försäkringskassan alltid kontakta de försäkrade innan förslaget till beslut skickas ut. Knappt en tredjedel av dem som besvarat enkäten uppger att de blivit kontaktade av Försäkringskassan per telefon innan de fick ett skriftligt besked om beslutet. Sammanlagt tre fjärdedelar av respondenterna uppger att de har diskuterat det slutliga beslutet med en handläggare. Det är dock bara elva procent av dem som diskuterat beslutet med en handläggare som även uppger att diskussionen gjorde att de förstod beslutet bättre. Resterande 89 procent av respondenterna uppger att diskussionen inte påverkade deras förståelse för beslutet. Av de intervjuer som genomförts framkommer att individerna reagerat mycket negativt på Försäkringskassans beslut att inte tillmötesgå deras ersättningsanspråk. Många anger att de känt sig kränkta av beslutet. Några anser också att bemötandet i anslutning till beslutet varit kränkande. Generellt har intervju-personerna dels upprörts över att inte ha beviljats ersättning och dels att de inte fått någon hjälp med rehabilitering.

För att förbättra bemötandet så bör Försäkringskassan ge utbildning och stöd till de handläggare som arbetar med avslag/indrag. Dels är det viktigt att handläggarna som arbetar med dessa frågor har stöd i organisationen för de fattade besluten, här är sakkunniggranskningen av beslutsunderlagen en viktig beståndsdel. Dels är det viktigt att handläggare som arbetar med avslag/indrag har möjlighet till samtalsstöd då kontakterna med de försäkrade ofta är påfrestande för båda parter. Det kommer alltid att vara mycket svårt att skapa en samtals-

miljö där de försäkrade helt accepterar Försäkringskassans beslut, det är dock viktigt att myndighetens bemötande och information är professionellt och saklig. Detta är delvis en fråga om kompetens bland de handläggare som arbetar med frågan men det är även viktigt att skapa organisatoriska förutsättningar för att detta ska kunna ske.

I intervjuerna har personerna gett uttryck för uppfattningen att sjukförsäkringen är eller bör vara en rättighet, där sjukpenning ska beviljas den som själv anser sig sjuk och arbetsoförmögen och detta framstår som en avgörande förklaring till de starka reaktionerna och varför de har haft svårt att förstå och acceptera beslutet om avslag eller indragning. Mot bakgrund av uppfattningen om sjukpenning som en rättighet för den som upplever sig vara sjuk har många svårt att över huvud taget förstå Försäkringskassans uppdrag i sjukskrivningsprocessen.

En annan viktig aspekt, för att förstå deltagarnas reaktioner, är den tilltro som finns för sjukskrivande läkarens bedömning av de medicinska besvärens inverkan på arbetsförmågan samt till dennes rekommendation om sjukskrivning som bästa till buds stående alternativ. Deltagarna har mycket svårt att förstå försäkringsläkarens roll och man tycker att det är fel att denne kan yttra sig utan att träffa den försäkrade. Att inte få träffa försäkringsläkaren är något som också försvårar förståelsen både av dennes yttrande samt Försäkringskassans beslut att inte bevilja sjukpenning. Deltagarna i undersökningen anser att det är sjukskrivande läkares bedömning som är den mest adekvata. Dels ger själva mötet med den sjukskrivande läkaren legitimitet åt bedömningen på läkarintyget dels framstår läkaren som mer medicinskt kompetent än både handläggare och försäkringsläkare.

Försäkringskassan kan förbättra kunskaperna om försäkringen genom att informera om försäkringen och de villkor som styr rätten till sjukpenning. En del av detta informationsarbete är den kampanj som pågått under hösten 2006 där budskapet varit att bedömning av rätten till sjukpenning utgår ifrån arbetsförmågan, denna kampanj borde ha bidrag till en delvis ny syn på försäkringen. Det krävs dock ytterligare information. De nya försäkringsmedicinska riktlinjer som arbetats fram kan bidra till att förståelsen för försäkringen ökar, de kan även fungera som ett stöd för beslutsfattandet och i dialog med de försäkrade.

Av de 3 515 personer som fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fick sin sjukpenning indragen under sista kvartalet 2005 har 926 personer formellt begärt att beslutet ska omprövas. I 153 fall där de försäkrade begärt omprövning ändrade Försäkringskassan det ursprungliga beslutet.

Beslut som fattats av Försäkringskassan kan överklagas till Länsrätten. Av de drygt 700 personer som begärt omprövning hos Försäkringskassan men som inte fått sitt beslut ändrat hade, i oktober 2006, 270 personer överklagat Försäkringskassans beslut till Länsrätten. I 90 fall har dom avkunnats. Länsrätten har

dömt till den försäkrades fördel i sammanlagt 36 fall (28 avslag och 8 indragningar).

För att i framtiden fatta rätt beslut från början och för att undvika onödiga domstolsprocesser bör Försäkringskassan begära in ytterligare handlingar och komplettera underlagen i större utsträckning än vad som nu sker samt att sakkunniggranskning sker i större utsträckning än vad som görs i dagsläget. En kvalitets-säkrad handläggningsprocess är en viktig del i detta arbete. Utbildning och kompetensutveckling avseende förvaltningsrätt för den personal som arbetar med utredning av rätten till ersättning bör prioriteras. Nya förutsättningar finns för förbättrad ledning och styrning genom Försäkringskassans nya organisation.

Summary

The high rate of absence due to sickness, and its causes has been on top of the political agenda during the last ten years. Lately, discussions have zoomed in on how the Swedish Social Insurance Agency (SSIA) interprets the legal framework when deciding not to grant benefits in individual cases. Despite ample media coverage that suggests otherwise, the share of sick cases that are denied benefits is small. During 2006, 1.5 per cent of applications for sickness cash benefit were rejected, and 0.9 per cent of ongoing benefit cases were revoked.

This study, *Nej till sjukpenning*, includes two different decisions and work processes for the case workers: i) A person's application for sickness cash benefit is rejected and benefit will not be paid out; and ii) A person has initially been granted benefit, but has during the ongoing sick case been deemed to have regained work capacity by the SSIA and the benefit is consequently revoked.

In the event of loss of income due to medical reasons, a person may receive income-related sickness cash benefit, depending on the degree to which the person's work capacity is impaired. For a person who is employed at the start of the sick case, work capacity is evaluated in relation to the current job. If, due to the illness, it is impossible to return or the employer cannot offer other suitable work, the work capacity will be determined in relation to any normally available work on the labour market. The latter also applies for unemployed persons.

The purpose of this report is to examine the consequences of the negative decision for the individuals. Focus is on their income sources and employment before and after the sick case. The report also aims to broaden the understanding of how individuals receive and perceive the decision itself, as well as the information given and treatment shown by the SSIA in connection herewith. The number of appeals has also been examined. The SSIA Annual Report 2005 showed great variations in terms of rejection frequencies for different ethnic groups, and the report therefore puts additional focus on ethnicity.

Data was collected from a number of sources. A survey was conducted to collect information on the individuals' income sources and employment before and after the sick case. The findings were complemented with internal data from dossiers and registers. Focus groups and depth/individual interviews were used as a means to better understand how individuals experience their contacts with the SSIA in terms of treatment and information in connection with the decision. Further, input was found in an analysis of the open comments given in the ques-

tionnaire. Particular efforts were put into study of dossiers to examine how details of ethnicity and country of birth are termed.

The sample was made up by persons who were denied benefits in the last quarter of 2005. Of the group, 52 percent had their application rejected, and 48 percent had their benefit revoked. More women than men were denied benefit. The most important conclusions and measures suggested for further development by the SSIA are described below.

Unemployed persons are overrepresented in both groups. 47 per cent of those whose applications were rejected were unemployed, while the corresponding share of the total number of new sick cases was 14 per cent. Of the sample of ongoing cases, 36 per cent of those who had their benefit revoked were unemployed, while the corresponding share of the total number of ongoing cases was 16 per cent. In accordance with current legislation, an unemployed person's work capacity is evaluated in relation to the whole labour market. The fact that unemployed persons are denied benefits to a higher extent is thus a function of the legal framework. An explanation for the fact that individuals born abroad are denied benefit more often than other groups may be that they to a higher extent are unemployed at the onset of the sick case.

In order to ease the return to work, the labour market authorities should be made aware that unemployed and sick-listed individuals need special support in their efforts to rejoin the labour market. The labour market authorities and the SSIA should jointly and continuously assess and define the requisite "normally available work on the labour market".

Usually, a person maintains the same employment after the SSIA's decision to deny benefit. To adapt one's work situation by changing employer, tasks or reducing work hours may be a solution for those who were employed when the sick case started. Close to one third of respondents working before and after the sick case, state that they have reduced work hours. Working part time may be one's own choice or a consequence of the employer's inability to offer tailored tasks. Of those who returned to work, one third have switched employer.

Almost six per cent of the respondents stated having or having had subsistence allowance for a period following being denied sickness cash benefit. Eight per cent reported having no source of income at the time of the questionnaire or for a period after the decision.

Individuals who cannot return to their former employment or those who were unemployed are in many cases in need of special support to return to the labour market. The SSIA therefore needs to ensure a proper transferral of responsibilities to the labour market authorities. When an individual who is not eligible for sickness cash benefit furthermore is not entitled to unemployment benefit, a

representative of the municipality should be part of the transferral process. In some cases there is need for “social rehabilitation”. Routines and guidelines to help counteract anybody falling between the cracks are in place and the SSIA must make sure that the guiding principles are abided by.

A negative decision should not to come as a surprise to the individual. The SSIA should always contact the insured person before the proposed decision is put in the mail. Only one third of the respondents claimed having been contacted by telephone before receiving the written decision. Three fourths had discussed the decision with a case worker. However, only 11 per cent found the discussion helped them understand the decision better. The remaining 89 per cent said the dialogue did not in any way further their understanding.

The reaction among a majority of the interviewees to the Swedish Social Insurance Agency’s decision to not grant them sickness cash benefit has been very negative. Many describe how they felt violated by the SSIA’s decision, and some also by the treatment they received in connection with the decision. They generally expressed feelings of indignation linked both to not having been granted economic compensation for income losses and to not having been assisted with vocational rehabilitation measures.

The respondents have expressed the opinion that sickness insurance is, or should be, an unconditional right, and that sickness cash benefit should be granted to individuals who consider themselves unable to work due to illness. This appears to be a crucial explanation for the strong negative reactions to the decisions, and to why respondents have difficulties understanding and accepting the assessments behind the decision. By regarding sickness cash benefit as an absolute right, many of the participants find it difficult to understand the SSIA’s mission in the decision-making process.

The Swedish Social Insurance Agency can work to improve the public’s knowledge of the principles of sickness insurance and the stipulations that control the right to sickness cash benefit. As part of this effort, a campaign during autumn 2006 focused on the message that the right to sickness cash benefit is determined by work capacity. The campaign has hopefully raised awareness and a change in attitude towards the insurance and the legal framework surrounding it. However, more information is needed. New medical guidelines are being developed; hopefully they can promote understanding for the mechanisms of sickness insurance, as well as support the decision-making process and dialogue with the insured persons.

Out of the 3,515 people that were denied benefits during the last quarter of 2005, 926 individuals requested a reappraisal of the decision. In 153 of these cases, the SSIA changed its decision.

Decisions made by the SSIA can be appealed to the County Administrative Court. Of the 700 persons who had their cases reappraised with no change in outcome, 270 had appealed in October 2006. In 90 cases judgement has been passed, and 36 of them in the applicant's favour (28 rejected and 8 revoked cases).

It is important to make the correct decision first time around. In future, the Swedish Social Insurance Agency should, in order to avoid lengthy, costly and unnecessary legal procedure, request further documentation and complete the case to a greater extent than is the case today. Furthermore, cases should more often be scrutinized by expertise, and a standardised handling process is an important factor for success. Proper education and training regarding administrative law for staff should be a priority. The new SSIA organisation ought to provide basis for improved management and governance.

1 Inledning

Den höga sjukfrånvaron har under ett flertal år debatterats intensivt. Under det senaste året har en del av diskussionerna rört Försäkringskassans tillämpning av regelverket inom sjukförsäkringen och de sjukfall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning. Trots att ämnet fått relativt stort utrymme i media är andelen sjukfall där Försäkringskassan beslutar att inte betala ut sjukpenning fortfarande liten. Under 2006 avslogs begäran om sjukpenning i 1,5 procent av fallen och 0,9 procent av de pågående sjukfallen avslutades genom att sjukpenning inte längre betalades ut.¹

Grundläggande för rätten till sjukpenning är att den försäkrade lider av sjukdom och att denna sjukdom sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Ned sättningen av arbetsförmågan ska i sin tur påverka den försäkrades möjligheter att försörja sig genom ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Inför en ändring av lagstiftningen 1995 uttalade regeringen att sjukförsäkringen på grund av alltför generös tillämpning av läkare, patienter och socialförsäkringsadministrationen höll på att bli en allmän inkomstbortfallsförsäkring. För att motverka detta fick 3 kap 7§ Lagen om allmän försäkring (AFL) en ny formulering:

”Vid bedömning av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.”

Även om lagen uttrycker att arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska och sociala förhållanden i sig inte ska utgöra en grund för sjukpenning så ger sjukdomar som utlösts av dessa faktorer rätt till sjukpenning. Det centrala är dock att det är arbetsförmågan och inte sjukdomen i sig som utgör grunden för bedömningen av rätten till sjukpenning.

Enligt den modell som Försäkringskassan arbetar efter vid bedömning av rätten till sjukpenning (Försäkringskassan 2004) så ska bedömningen av arbetsförmågan ske stegvis. Innan bedömningen sker måste det vara klarlagt att den försäkrade lider av en sjukdom. För den som har ett arbete ska bedömningen, i ett första skede, ske i förhållandet till det egna arbetet. Om det inte bedöms vara möjligt för den försäkrade att gå tillbaka till sin tidigare arbetsgivare trots insatser såsom anpassning av arbetsplatsen, omplacering och utbildning prövas den för-

¹ Uppgifter om avslag och indrag finns endast sedan 2005 i Försäkringskassans register. Under helåret 2005 avslog Försäkringskassan begäran om sjukpenning i 0,95 procent av de nya fallen medan ersättningen drogs in i 1,1 procent av de pågående sjukfallen.

säkrades arbetsförmåga mot hela arbetsmarknaden. Frågan blir då om den försäkrade trots sin sjukdom kan ta ett på arbetsmarknaden ”normalt förekommande arbete”. För den som är arbetslös sker bedömningen mot hela arbetsmarknaden redan i ett första skede. Vad gäller arbetslösa (samt de anställda som inte har möjlighet att gå tillbaka till tidigare arbetsgivare) ska Försäkringskassans bedömning följaktligen inte begränsas till att avse arbetsförmågan i förhållande till en viss utbildning eller tidigare yrkeserfarenhet utan prövningen ska göras mot ett på arbetsmarknaden ”normalt förekommande arbete” (Prop. 1996/97:28).

Det har ofta framförts att det finns en grupp individer som av Försäkringskassan bedöms kunna ta ett ”normalt förekommande arbete” men som när de kommer till Arbetsförmedlingen inte bedöms ha tillräckligt stor arbetsförmåga för att stå till arbetsmarknadens förfogande. Sedan halvårsskiftet 2006 finns en ny rutin för samarbete mellan Försäkringskassan och AMS för att säkerställa att de individer som inte bedöms ha rätt till sjukpenning ska få stöd på vägen tillbaka till arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska även samarbeta för att nå enighet kring begreppet arbetsförmåga och vad som är ett ”normalt förekommande arbete”.

1.1 Syfte

Syftet med projektet är att undersöka konsekvenserna för individerna i de fall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning. Projektet syftar även till att studera hur individerna uppfattat informationen kring beslutet och bemötandet från Försäkringskassan i samband med beslutet. Försäkringskassans årsredovisning för 2005 (Försäkringskassan 2006) visade stora variationer i avslagsfrekvens mellan personer med olika födelseland och projektet har därför ett särskilt fokus på födelseland.

1.2 Metod och data

Resultaten i rapporten baseras på flera olika undersökningar utförda under perioden april till och med december 2006. Urvalet till undersökningarna utgörs av dem som under sista kvartalet 2005 inte längre bedömdes ha rätt till sjukpenning under pågående sjukfall eller som fick avslag på sin begäran om sjukpenning.² I rapporten används beteckningarna indrag samt avslag för att beskriva dessa grupper. Urvalet omfattar endast de ärenden där Försäkringskassan beslutat om en indragning av sjukpenningen med 100 procent och där Försäkrings-

² Det finns flera orsaker till att Försäkringskassan beslutar att inte betala ut ersättning. I denna studie ingår följande kategorier:

1. Sjukpenning har aldrig börjat betalas ut på grund av att arbetsförmågan inte är nedsatt med minst en fjärdedel enligt 3 kap. 7 § AFL. Detta gäller nya sjukfall. (Här: avslag)
2. Sjukpenning kommer inte att utbetalas på grund av att arbetsförmågan inte är nedsatt med minst en fjärdedel enligt 3 kap. 7 § AFL. Detta gäller pågående fall. (Här: indrag)

kassan bedömt att individerna varken har rätt till hel eller partiell ersättning från sjukförsäkringen.

1.2.1 Individenkät

För att samla in uppgifter om vad som hänt dem som fått nej till sjukpenning efter Försäkringskassans beslut skickades en postenkät ut i april 2006. Svaren på frågorna i enkäten beskriver individernas situation mellan fyra och sex månader efter att Försäkringskassan fattat beslut om att inte betala ut sjukpenning. Enkäten formulerades i samarbete mellan Försäkringskassan och SCB. SCB distribuerade enkäten till 3 334 individer, enkäten följdes av två brevpåminnelser, de som fortfarande inte svarat efter två påminnelser blev uppringda och erbjöds att lämna sina svar muntligt. Insamlingen av uppgifter pågick från april till början på juni 2006. Svarsfrekvensen var 75 procent.³ Enkäten omfattade 19 frågor och fokuserade på sysselsättning och försörjning före och efter det sjukfall där individerna fick avslag/indrag. Resultaten av enkäten har bearbetats och resultaten redovisas i kapitel 3 i föreliggande rapport. Utifrån svaren på enkäten gjordes en delredovisning inom ramen för projektet i juni 2006.

1.2.2 Akt- och registeruppgifter

För att komplettera de uppgifter som samlades in via enkäten samlades även uppgifter in från akter på Försäkringskassan samt från Försäkringskassans register. Diagnos och sysselsättning har hämtats från akterna. Uppgift om födelse-land, tidigare sjukfall, avslag och indrag samt län har hämtats från Försäkringskassans register och resultat av eventuell omprövning och utfallet för dem vars ärenden gått vidare till Länsrätterna har sammanställts genom uppgifter från enskilda län samt granskning av uppgifter i diariesystemet Diabas⁴.

Utöver den enkätundersökning och de akt- och registerstudier som genomförts har projektet kompletterats med två delprojekt för att få en djupare förståelse för de frågor som studien syftar till att besvara.

1.2.3 Delprojekt 1 – Individernas upplevelse av beslut, bemötande och information

Syftet med delprojektet har varit att fördjupa förståelsen för hur personer uppfattat beslutet om avslag/indrag samt information och bemötande i samband med detta beslut. Syftet har också varit att belysa deltagarnas erfarenheter från

³ 59 procent av respondenterna svarade via brevenkäten och ytterligare 16 procentenheter svarade vid telefonuppföljningen.

⁴ Diabas är ett elektroniskt diariesystem som används av alla Försäkringskassans länsorganisationer utom Skåne, Västra Götaland samt Örebro.

tiden efter beslutet, både bland dem som kommit åter i arbete och dem som vid tiden för intervjuerna var arbetslösa. Informationen har samlats in genom fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer (fyra fokusgruppsintervjuer och åtta enskilda intervjuer). För att inkludera erfarenheter hos personer som är utrikes födda har enskilda intervjuer genomförts med personer som är födda i länder i Mellanöstern. Resultaten av fokusgruppsintervjuerna och individintervjuerna redovisas i en fristående delrapport till projektet och sammanfattas i kapitel 5.

1.2.4 Delprojekt 2 – Etnicitet i sjukpenningakter

För att studera hur härkomst och/eller etnicitet benämns i journalanteckningar i samband med ärendehandläggningen har en särskild aktstudie genomförts. 180 akter har granskats för ett urval av personer som är födda i MENA⁵, ”övriga Europa”⁶ samt Sverige. Valet av ländergrupper utgår från de uppgifter som publicerades i Försäkringskassans årsredovisning 2005 (Försäkringskassan 2006) där det framkom att personer födda i MENA och ”övriga Europa” var överrepresenterade bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning vid jämförelse med ländergruppernas andel av pågående sjukfall. Informationen i Försäkringskassans akter har jämförts mellan de olika ländergrupperna. Aktstudien redovisas i en fristående delrapport till projektet. Resultaten av sammanfattas i kapitel 6.

2 Vilka får avslag eller indrag?

2.1 Bakgrund

Det som kallas ”Nej till sjukpenning” inrymmer två helt skilda beslut och arbetssätt för Försäkringskassans handläggare. I det ena fallet, där begäran om sjukpenning avslås bedöms den försäkrade inte ha rätt till sjukpenning och sjukpenning kommer inte att börja betalas ut. I det andra fallet där sjukpenningen dras in under ett pågående sjukfall har individerna i ett initialt skede bedömts

⁵ MENA inkl Turkiet omfattar länderna Algeriet, Bahrain, Egypten, Förenade Arabemiraten, Gaza, Iran, Irak, Israel, Jordanien, Kuwait, Libanon, Libyen, Marocko, Oman, Qatar, Saudiarabien, Syrien, Tunisien, Turkiet, Västbanken samt Yemen.

⁶ Gruppen övriga Europa innehåller följande länder: Ryssland, Schweiz, Kroatien, Liechtenstein, Andorra, Albanien, Bosnien o Hercegovina, Bulgarien, Vitryssland, Rumänien, San Marino, Ukraina, Vatikanstaten, Jugoslavien, Gibraltar, Monaco, Moldavien, Makedonien, Serbien o Montenegro, fd Sovjetunionen samt f.d. Tjeckoslovakien. Observera att denna indelning skiljer sig från den som tidigare använts.

ha rätt till sjukpenning men under pågående sjukskrivningsperiod gör Försäkringskassan bedömningen att individen nu återfått sin arbetsförmåga och rätten till sjukpenning upphör därmed.

Redovisningen av uppgifter från akter, register och enkäter sker separat för dem som fått avslag och indrag. Då konsekvenserna av och reaktionerna på beslutet hos dem som fått avslag och indrag inte med säkerhet skiljer sig åt kommer redovisningarna att följa samma mönster och samma variabler kommer att studeras för de båda grupperna.

Under sista kvartalet 2005 avslogs begäran om sjukpenning och drogs sjukpenningen in under pågående sjukfall i sammanlagt 3 839 fall (Försäkringskassans datalager STORE). Detta motsvarar drygt 1 procent av startade och avslutade sjukfall under perioden. Avslag var något mer vanligt förekommande än indrag under perioden.

Urvalet omfattar de 3 515 individer som någon gång under sista kvartalet 2005 fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fick sin sjukpenning indragen under pågående sjukfall.⁷ I denna grupp fick 52 procent avslag på sin begäran om sjukpenning medan 48 procent fick sin sjukpenning indragen under pågående sjukfall. En närmare beskrivning av gruppen med avseende på kön, ålder, födelseland, diagnos samt sysselsättning finns i tabell 1.

För att kunna göra relevanta jämförelser med hela gruppen sjukskrivna kommer de som fått avslag att jämföras med de sjukfall som startats under perioden och för dem som fått sjukpenningen indragen görs jämförelser med uppgifter om de pågående sjukfallen under perioden.

⁷ I de officiella siffrorna kan varje person förekomma flera gånger under ett kvartal. I materialet som ligger till grund för denna studie förekommer varje individ endast en gång under det aktuella kvartalet. Det totala antalet individer blir därmed något lägre än de officiella siffrorna. Enkäten skickades till dem i urvalet där en giltig adress hittats, denna grupp utgjordes slutligen av 3 334 individer.

Tabell 1 Beskrivning av individer som fått avslag på begäran om sjukpenning eller fått sin sjukpenning indragen jämfört med nya och pågående sjukfall. Procent

	Avslag	Nya sjukfall	Indrag	Pågående sjukfall
Kön				
Kvinna	65	62	56	63
Man	35	38	44	37
Ålder⁸				
–29 år	17	13	10	8
30–39 år	30	25	25	21
40–49 år	25	25	27	27
50–59 år	21	26	28	31
60 år och äldre	7	11	8	14
Födelseland⁹				
Sverige	72	86	74	84
Övriga Norden	5	4	5	4
Övriga Europa	7	3	8	3
MENA	11	3	9	4
Övriga världen	5	4	4	5
De största diagnosgrupperna				
Psykiska sjukdomar	26	18	24	30
Sjukdomar i rörelseorganen	39	22	45	30
Diagnoser med koppling till graviditet	7	4	2	2
Symptom etc ¹⁰	6	3	5	4
Skador och förgiftningar	5	8	10	7
Övriga diagnoser/uppgift saknas	17	45	14	17
Sysselsättning				
Anställd	41	68	34	75
Arbetslös	47	14	36	16
Egen företagare	3	7	5	5
Övriga/ Uppgift saknas	8	11	25	4
Totalt antal	1 824		1 691	

Källa: Försäkringskassans datalager STORE

I gruppen som får avslag är könsfördelningen ungefär densamma som i de nya sjukfallen, 65 procent kvinnor och 35 procent män. Könsfördelningen är något

⁸ Åldern avser uppnådd ålder under 2005.

⁹ Här särredovisas de största ländergrupperna, övriga ländergrupper har slagits samman till kategorin ”övriga världen”.

¹⁰ Diagnosgruppen symptom etc omfattar sjukdomstecken och onormala kliniska fynd som inte kunnat klassificeras i annan diagnos.

jämnare bland dem som får indrag, här är 56 procent kvinnor och 44 procent män, i denna grupp är följaktligen männen överrepresenterade jämfört med andelen män i pågående sjukfall.

Jämfört med andelen i nya och pågående sjukfall är de yngre åldersgrupperna överrepresenterade både bland dem som får avslag och indrag.

I Försäkringskassans årsredovisning för år 2005 (Försäkringskassan 2006) redovisades antal personer som fått avslag på sin begäran om sjukpenning tillsammans med uppgifter om födelseland. I redovisningen framkom att personer med ursprung i MENA var överrepresenterade bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning. Gruppen stod för elva procent av de fall där sjukpenning inte betalats ut och tre procent av de pågående sjukfallen. Samma mönster framträder även i denna rapport. Av de indrag som gjorts under sista kvartalet 2005 så har nio procent gjorts för personer med ursprung i MENA, motsvarande andel bland de pågående sjukfallen under motsvarande period är fyra procent. Vad gäller könsfördelningen är gruppen med ursprung i MENA den enda grupp där männen är fler än kvinnorna. Medelåldern skiljer sig dock inte från medelåldern för dem med ursprung i övriga länder.

Arbetslösa är överrepresenterade både i gruppen som får avslag och gruppen som får indrag. Under perioden var 47 procent av dem som fick avslag arbetslösa medan motsvarande andel bland de startade sjukfallen var 14 procent. Bland dem som fick sjukpenningen indragen så var 36 procent arbetslösa jämfört med 16 procent i gruppen pågående sjukfall. Enligt steg-för-steg-modellen bedöms de arbetslösas arbetsförmåga redan i första steget mot hela arbetsmarknaden. Att arbetslösa får avslag/indrag i större utsträckning är därmed en följd av den gällande lagstiftning som ligger som grund för bedömningen av rätten till sjukpenning.¹¹

En förklaring till att gruppen med ursprung i MENA är överrepresenterade bland dem som får avslag/indrag är att de i större utsträckning än andra grupper saknar anställning: 38 procent av de försäkrade med ursprung i Sverige var arbetslösa medan motsvarande siffra för gruppen med ursprung i MENA var 52 procent.¹²

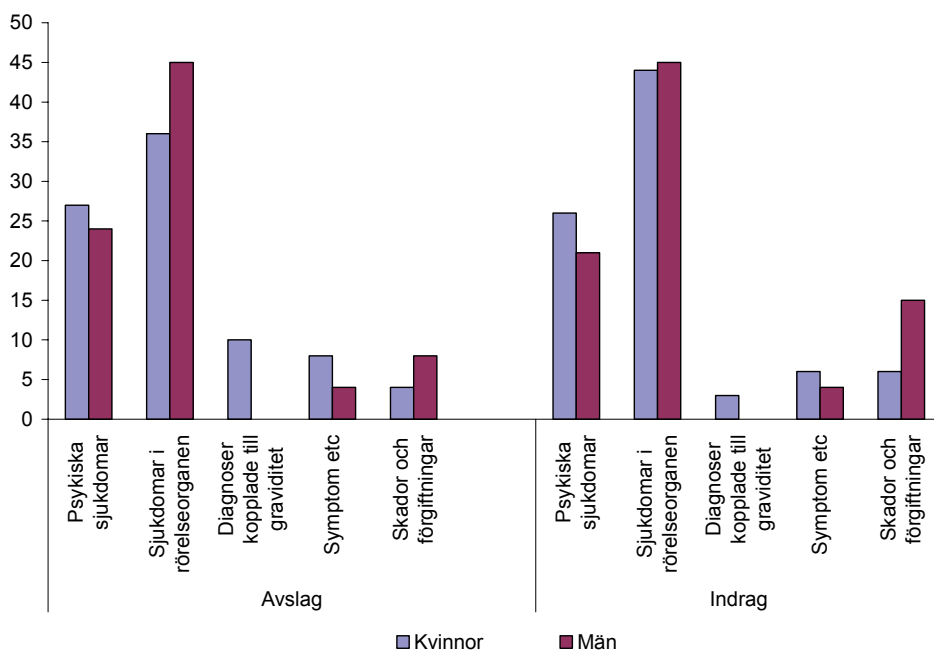
¹¹ Steg-för-steg modellen beskrivs i förarbetena i prop 1996/97:28.

¹² I Socialförsäkringsboken 2005 diskuterades ställningen på arbetsmarknaden och rätten till sjukpenning för personer med olika ursprung. Där var fokus på de grupper som inte var berättigade till sjukpenning därför att de på grund av dålig förankring på arbetsmarknaden saknar sjukpenninggrundande inkomst. De individer som ingår i denna studie uppfyller de formella kraven för att få sjukpenning (det vill säga de har en sjukpenninggrundande inkomst), Försäkringskassan gör dock bedömningen att arbetsförmågan inte är nedsatt i tillräckligt stor omfattning för att sjukpenning ska beviljas.

I tabell 1 och diagram 1 redovisas de fem största diagnosgrupperna. Sjukdomar i rörelseorganen är den största diagnosgruppen både bland dem som fått avslag och dem som fått indrag. Denna diagnosgrupp är även vanligast bland de startade och pågående sjukfallen. Andelen med sjukdomar i rörelseorganen är dock större i gruppen avslag/indrag än bland de sjukskrivna i stort. Diagnoser kopplade till graviditet är mer vanligt förekommande vid avslag än vid indrag och för sjukdomar i rörelseorganen samt skador och förgiftningar gäller det omvända.

Diagram 1 nedan visar diagnosfördelningen för kvinnor och män som fått avslag och indrag.

Diagram 1 Diagnosfördelning för kvinnor och män samt avslag och indrag. Procent (totalt antal 3 054)



Diagrammet visar att de psykiska sjukdomarna är mer vanligt förekommande bland kvinnor än bland män både vad gäller avslag och indrag. Det omvända förhållandet gäller för sjukdomar i rörelseorganen. Cirka 45 procent av kvinnorna och männen som fått indrag har denna diagnos, vad gäller avslag ser bilden annorlunda ut, 36 procent av kvinnorna som fått avslag har en diagnos inom denna grupp medan motsvarande andel för männen är 45 procent.

2.2 Tidigare sjukskrivningar och arbetslöshet

Drygt hälften av dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning har varit sjukskrivna mer än 14 dagar under 2005.¹³ Tabell 2 visar att den grupp som fått avslag i genomsnitt varit sjukskrivna 36 dagar under året före avslagsbeslutet. Den grupp där sjukpenningen dragits in hade i genomsnitt varit sjukskrivna 195 dagar.

Tabell 2 Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar under året före beslutet¹⁴

Tidigare sjukdagar	Avslag	Indrag
Genomsnittligt antal (netto)dagar med sjukpenning under det senaste året	36	195
Genomsnittligt antal (netto)dagar med sjukpenning de senaste 3 åren	155	436
	1 824	1 691

Under 2005 var befolkningen i genomsnitt sjukskriven knappt 12 dagar, (här är sjuklöneperioden inte medräknad).¹⁵ Både de som fått avslag på sin begäran om sjukpenning och de som fått sjukpenningen indragen hade alltså under året närmast före avslagsbeslutet fler sjukpenningdagar än genomsnittet.

Andelen som var arbetslösa vid sjukfallets start är större i gruppen som fått avslag/indrag än den är i gruppen startade och pågående sjukfall (se även tabell 1). Uppgifter från Försäkringskassans datalager STORE visar att knappt hälften av dem som fått avslag/indrag har varit arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitiska åtgärder under minst en månad de senaste tre åren (på hel- eller deltid). Två femtedelar har varit arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd, på hel- eller deltid, mer än sex månader under de senaste tre åren.

2.3 Regional fördelning

Avslag/indrag har förekommit i samtliga län under perioden. Det faktum att fördelningen mellan avslag och indrag visar på stora regionala variationer antyder hur olika länen arbetar med sjukpenningärenden. De olika arbetsätten kan dels bero på faktorer så som organisation, kompetens samt ledning och styrning, dels på hur man arbetar med bedömningen av rätten till sjukpenning. I Jön-

¹³ Nettodagarna beräknas utifrån den del av sjukskrivningen som överstiger arbetsgivarperioden. För arbetslösa innebär detta att deras sjukskrivning från dag 2 ingår, för anställda ingår sjukskrivningsdagar från dag 15. Detsamma gäller dock för den kategori med vilken vi jämför antalet nettodagar, sjukpenningdelen av ohälsotalet.

¹⁴ Här redovisas antalet nettodagar (där alla dagar med partiell ersättning räknats om för att motsvara hela ersättningsdagar).

¹⁵ Uppgiften bygger på sjukpenningdelen av det så kallade ohälsotalet som beskriver utbetalningarna från socialförsäkringen till följd av ohälsa till befolkningen i åldrarna 16–64 år.

köpings län görs t.ex. fler avslag än indrag medan förhållandet är det omvända Västmanland. Totalt 11 län gör fler indrag än avslag medan förhållandet är det omvända i 10 län, Se även tabell 3.

Tabell 3 Avslag i procent av nya sjukfall samt indrag i procent av avslutade sjukfall per län. Procent och totalt antal¹⁶

	Andel avslag	Antal avslag	Andel indrag	Antal indrag
Blekinges län	0,6	17	0,8	22
Dalarnas län	0,5	25	0,2	12
Gotlands län	0,8	8	1,1	12
Gävleborgs län	1,2	66	0,8	45
Hallands län	0,4	21	0,6	29
Jämtlands län	0,7	16	0,3	7
Jönköpings län	3,0	142	0,2	10
Kalmar län	1,4	54	0,6	24
Kronobergs län	1,0	30	1,0	31
Norrbottnens län	2,5	108	1,6	76
Skåne län	0,6	100	0,7	114
Stockholms län	2,3	717	2,1	674
Södermanlands län	0,3	13	0,4	18
Uppsala län	0,7	34	0,7	36
Värmlands län	1,6	74	0,7	31
Västerbottens län	3,5	139	1,8	73
Västernorrlands län	1,3	55	1,6	64
Västmanlands län	0,5	27	0,8	40
Västra Götaland	1,2	312	0,9	248
Örebro län	1,2	63	1,6	87
Östergötlands län	1,5	94	1,1	71
Totalt	1,4	2 115	1,1	1 724

¹⁶ Uppgifterna i tabellen bygger på Försäkringskassans officiella statistik. Här kan samma individ förekomma flera gånger under perioden det totala antalet avslag och indrag överstiger därmed antalet i urvalet till denna studie där varje individ endast förekommer en gång.

3 Konsekvenser av indrag och avslag

Enkäten som ligger som grund för analyserna av konsekvenserna skickades ut i mitten av april 2006. Svarsfrekvensen för enkäten var knappt 75 procent, data-materialet omfattar därmed 2 493 individer.¹⁷

Kvinnorna har i större utsträckning än männen svarat på enkäten. Andelen kvinnor i materialet är därmed något högre än andelen kvinnor i urvalet (63 procent jämfört med 61 procent). Gruppen som fått avslag har svarat i större utsträckning än de som fått sjukpenningen indragen (76 respektive 73 procent).

3.1 Tidigare resultat

Under försommaren 2006 presenterades svaren på ett urval av frågor från enkäten. Fokus låg då på individernas försörjning före och efter det sjukfall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning. I enkäten fanns möjlighet för respondenterna att ange samtliga försörjningskällor både före och efter sjukfallet. De huvudsakliga resultaten var sammanfattningsvis:

- Av dem som hade inkomster från lön före sjukfallet hade 40 procent det även efter sjukfallet.
- Av dem som hade inkomst i form av arbetslöshetsersättning/aktivitetsstöd före sjukfallet så hade 44 procent det även efter sjukfallet.
- Knappt sex procent av dem som besvarat enkäten uppger att de har eller har haft försörjningsstöd under en period efter beslutet om avslag eller indrag.
- Åtta procent av dem som besvarat enkäten uppger att de saknar inkomst vid tidpunkten för enkäten eller att de under en period efter beslutet saknat inkomst.

I den följande redovisningen presenteras ytterligare resultat från enkätundersökningen, här ligger fokus på individernas sysselsättning före och efter sjukfallet samt på kontakterna med Försäkringskassan.

3.2 Sysselsättning

Till skillnad från de frågor i enkäten som rör försörjning där flera försörjningskällor kan anges ombads individerna i de frågor som rör sysselsättning att uppge

¹⁷ Alla i det ursprungliga urvalet på 3 515 personer kunde inte adressättas och enkäten skickades slutligen ut till 3 334 individer.

sin *huvudsakliga* sysselsättning före och efter sjukfallet. Resultaten från de olika redovisningarna skiljer sig därmed åt något. Resultaten för frågorna om den huvudsakliga sysselsättningen redovisas i Tabell 4.

Tabell 4 Huvudsaklig sysselsättning före och efter sjukfallet. Procent

	Huvudsaklig sysselsättning före sjukfallet	Huvudsaklig sysselsättning efter sjukfallet
Arbetade som anställd	64	33
Egen företagare	8	5
Studerande	2	3
Arbetssökande/arbetsmarknadspolitisk åtgärd	17	24
Föräldraledig	3	10
Sjukskriven utan ersättning från FK*	–	8
Sjukskriven med ersättning från FK*	–	8
Annat	6	9
Antal svar på frågan	2 209	2 294

* Dessa alternativ var inte möjliga före sjukfallet.

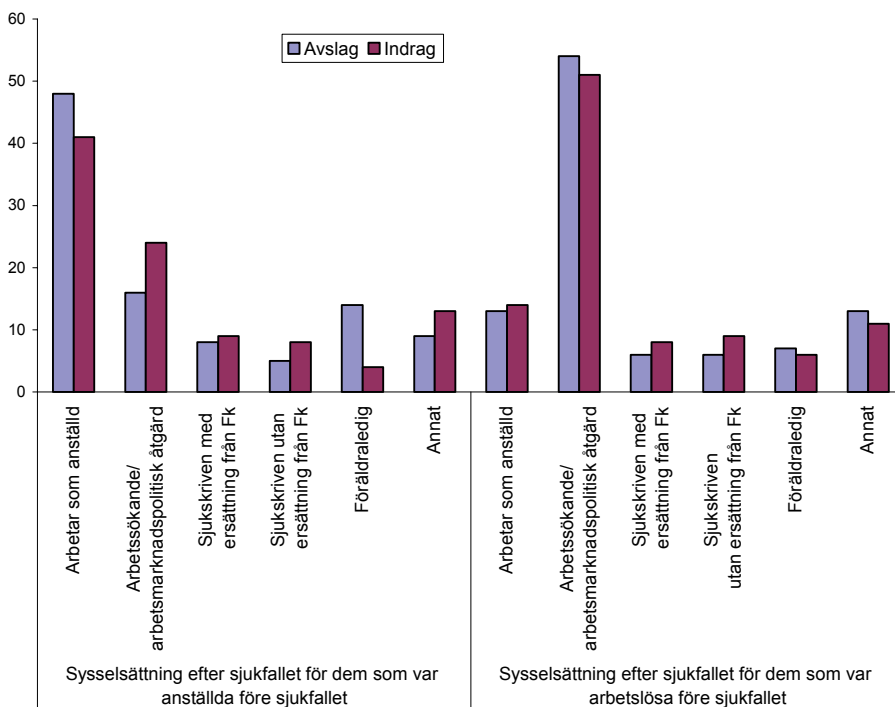
Respondenternas egna uppgifter om den huvudsakliga sysselsättningen skiljer sig en hel del från informationen om sysselsättning i Försäkringskassans akter som redovisades i tabell 1. Enligt Försäkringskassans akter var andelen arbetslösa i gruppen som fått avslag/indrag i genomsnitt 42 procent, enligt individernas egna uppgifter var 17 procent arbetslösa. Det finns flera tänkbara förklaringar till den förhållandevis stora skillnaden. Dels finns en grupp som arbetar som timanställda och inte har någon fast anställning och som av Försäkringskassan bedöms vara arbetslösa. Dels finns det en grupp som har deltidsanställningar och är delvis arbetslösa, där informationen i Försäkringskassans akter och individens bedömning av sysselsättningen skiljer sig åt. Dels är det möjligt att frågan i enkäten tolkats som den huvudsakliga sysselsättningen under hela arbetslivet före sjukfallet medan Försäkringskassans uppgifter avser situationen vid sjukfallets start.

Andelen som uppger att den huvudsakliga sysselsättningen var arbete som anställd före sjukfallet har i det närmaste halverats efter sjukfallet. Andelen som uppger att de huvudsakligen var arbetslösa är högre efter sjukfallet än före, det samma gäller andelen föräldralediga.

En femtedel av dem som fått avslag uppgav att de var arbetssökande medan motsvarande andel för dem som fått indrag var 13 procent. Andelen anställda är minst i gruppen som är födda i MENA (51 procent), i denna grupp är andelen Egenföretagare störst (18 procent), även andelen arbetslösa är högre här än för genomsnittet (23 procent).

Genom att särskilt studera den huvudsakliga sysselsättningen efter sjukfallet för dem som uppgett att den huvudsakliga sysselsättningen före sjukfallet var anställd eller arbetslös (diagram 2) fås en bild av hur den huvudsakliga sysselsättningen förändrats för de två grupperna.

Diagram 2 Sysselsättning före och efter sjukfallet för dem som fått nej till sjukpenning (totalt antal före sjukfallet 2 209, totalt antal efter sjukfallet 2 294)



Omkring hälften av respondenterna uppger att de har samma sysselsättning (anställd eller arbetslös) efter sjukfallet som de hade före. Av dem som före sjukfallet uppgett att deras huvudsakliga sysselsättning var att vara arbetssökande så uppger 14 procent vid tidpunkten för enkäten uppger att de arbetar. Det är mer vanligt förekommande för män att gå från att vara anställda före sjukfallet till att vara arbetslösa efter sjukfallet än vad det är för kvinnor (29 respektive 14 procent).¹⁸ För den grupp med ursprung i MENA som före sjukfallet var anställda var en mindre andel anställda efter sjukfallet jämfört med genomsnittet. I

¹⁸ Generellt är flödet mellan sjukskrivning och arbetslöshet är litet, sannolikheten att gå från att vara sjukskriven till att vara arbetslös varierar något med sjukfallets längd men ligger runt 0,5 procent varje månad (SOU 2006:86). Efter 36 månaders sjukskrivning har drygt tre procent av sjukfallen avslutats med att de försäkrade blivit arbetslösa.

denna grupp var även andelen arbetssökande efter sjukfallet högre än för genomsnittet.

Det är vanligare bland dem som fått avslag att återgå till en anställning än vad det är för dem som fick sjukpenningen indragen. Här saknas uppgifter om de som fått indrag blivit uppsagda under sin sjukskrivning eller om denna skillnad beror på andra faktorer.

De som fått sin sjukpenning indragen har även i större utsträckning än de som fått avslag på sin begäran om sjukpenning återkommit till Försäkringskassan och är vid tidpunkten för enkäten återigen sjukskrivna. Frågan om nya sjukfall kommer att behandlas vidare i avsnitt 3.4.

De som uppgett att de arbetade före sjukfallet har även angett vilken bransch de *huvudsakligen* var verksamma inom. De största branscherna var "Hälso- och sjukvård", "Pedagogiskt arbete", "Hotell, restaurang, storhushåll" samt "Transport". Andelen avslag och indrag i respektive bransch redovisas i tabell 5.

Tabell 5 De vanligast förekommande branscherna för dem som fått avslag respektive indrag. Procent

	Avslag	Indrag	Totalt
Hotell, restaurang, storhushåll	8	7	8
Hälso- och sjukvård	20	15	18
Pedagogiskt arbete	11	10	10
Transport	7	9	8
Övriga branscher	54	58	56
Antal svar på frågan	1 024	945	1 969

Vad gäller den bransch respondenterna uppgett att de huvudsakligen var verksamma i före sjukfallet så finns stora skillnader mellan könen. Tio procent av männen som fått avslag eller indrag var verksamma inom Transportbranschen. För kvinnorna var de största branscherna Hälso- och sjukvård (26 procent) samt Pedagogiskt arbete (15 procent).¹⁹

¹⁹ Motsvarande statistik för pågående och avslutade sjukfall finns inte tillgänglig. En uppskattning visar att samtliga dessa branscher är något överrepresenterade i gruppen som fått avslag/indrag jämfört med andelarna i hela befolkningen, skillnaderna är dock förhållandevis små.

3.3 Tillbaka till arbete

3.3.1 Arbetsgivare

De som uppgett att de arbetar efter sjukfallet är i två tredjedelar av fallen kvar hos sin tidigare arbetsgivare. 28 procent av dem som arbetar har bytt arbetsgivare under tiden efter sjukfallet. Det är mer vanligt förekommande att personer som fått sin sjukpenning indragen bytt arbetsgivare än vad det är bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning. 16 procent av männen och 12 procent av kvinnorna uppger att de bytt arbetsgivare på grund av sjukdomen.

Tabell 6 Arbetsförhållanden efter sjukfallet för dem som fått avslag respektive indrag, procent.

	Avslag	Indrag	Samtliga
Arbetar hos samma arbetsgivare som före sjukfallet (n=1 189)			
Ja	67	65	66
Nej, har bytt pga sjukdomen	10	18	14
Nej, har bytt av annan anledning	14	13	14
Arbetade inte tidigare	8	5	6
Arbetar med samma arbetsuppgifter som före sjukfallet (n=1 193)			
Ja	63	56	60
Nej, har bytt pga sjukdomen	16	31	22
Nej, har bytt av annan anledning	13	9	11
Arbetade inte tidigare	8	4	6
Arbetar i samma omfattning som tidigare (n=1 191)			
Ja	58	44	52
Nej, har gått ner i arbetstid pga sjukdomen	21	42	30
Nej, har gått ner i arbetstid av annan anledning	7	4	6
Nej, arbetar mer nu än tidigare	6	6	6
Arbetade inte tidigare	8	4	7

3.3.2 Arbetsuppgifter

Att byta arbetsuppgifter är mer vanligt förekommande bland dem som fått sin sjukpenning indragen än bland dem som fått avslag. Av dem som bytt arbetsuppgifter arbetade 20 procent före sjukfallet inom Hälso- och sjukvården och tio procent arbetade inom Transportbranschen. Av dem som bytt arbetsgivare på grund av sjukdomen så har även den största delen bytt arbetsuppgifter (69 procent), medan 17 procent uppger att de bytt arbetsgivare men fortfarande har kvar samma arbetsuppgifter.

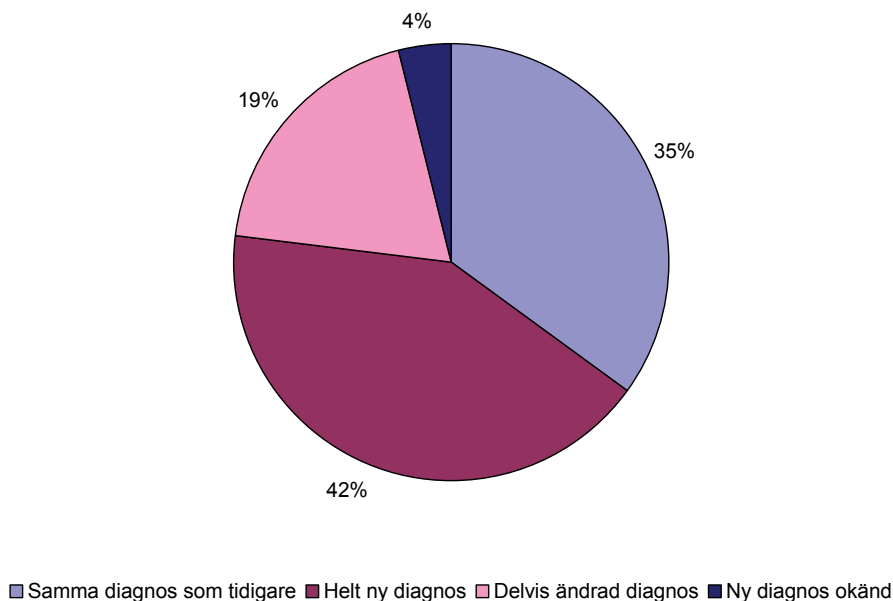
3.3.3 Arbetstid

Knappt en tredjedel av dem som uppgett att de arbetat både före och efter sjukfallet uppger att de gått ner i arbetstid på grund av sjukdomen jämfört med före sjukfallet, här är skillnaderna mellan dem som fått avslag och indrag stora. Det är vanligare bland kvinnorna att gå ner i arbetstid än vad det är bland männen, 32 procent av kvinnorna och 28 procent av männen uppger att de arbetar i mindre utsträckning än före sjukfallet. En tolkning av ovanstående resultat är att individerna väljer att själva minska den arbetade tiden på grund av att sjukdomen hindrar dem från att arbeta heltid. Minskningen i arbetstid kan dock även vara en följd av att arbetsgivaren inte kan erbjuda individen anpassade arbetsuppgifter.

3.4 Tillbaka med nytt sjukfall

Enligt tabell 4 ovan så var åtta procent av dem som fått nej till sjukpenning sjukskrivna med ersättning från Försäkringskassan då enkäten genomfördes. Enligt Försäkringskassans register så har tio procent av dem som fick nej till sjukpenning varit sjukskrivna med ersättning från Försäkringskassan någon gång efter det att de fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller fick sin sjukpenning indragen under sista kvartalet 2005.

Diagram 3 Diagnos för dem som återkommit med nytt sjukfall (totalt antal 243). Procent



Drygt 40 procent av dem som återkommit i ett nytt sjukfall har gjort det med en helt ny diagnos (en diagnos inom en annan sjukdomsgrupp) medan drygt en tredjedel har precis samma diagnos som tidigare. I resterande fall har det skett en ändring av diagnosen inom samma sjukdomsgrupp som tidigare.

3.5 Kontakterna med Försäkringskassan

Enligt Metodstöd för handläggning när sjukpenning inte ska betalas ut (Försäkringskassan 2005b) ska ett beslut om avslag på begäran om sjukpenning eller indrag av sjukpenning under pågående sjukfall aldrig komma som en överraskning för den försäkrade. Försäkringskassan ska därför antingen ta kontakt med den försäkrade under ärendets handläggning eller så ska kontakt tas för att informera den försäkrade innan underlaget för beslutet skickas ut.

Knappt en tredjedel av dem som besvarat enkäten uppger att de blivit kontaktade av Försäkringskassan per telefon innan de fick ett skriftligt besked om beslutet. Det framkommer inga stora skillnader mellan könen i detta avseende, däremot är det skillnader mellan dem som fått avslag respektive indrag. 25 procent av dem som fått avslag uppger att de kontaktas av Försäkringskassan medan motsvarande andel bland dem som fått indrag är 41 procent. Sju procent av dem som besvarat enkäten uppger att de inte kommer ihåg om Försäkringskassan kontaktade dem per telefon eller ej.

Tabell 7 Kontakter med Försäkringskassan. Procent

	Avslag	Indrag	Totalt
Kontaktade Fk dig per telefon innan du fick skriftlig information om beskedet (n=2 461)			
Ja	25	41	32
Nej	69	51	61
Kommer ej ihåg/vet ej	6	8	7
Har du diskuterat beslutet med en handläggare på Fk? (n=2 441)			
Ja och det gjorde att jag förstod beslutet bättre	7	10	8
Ja, men det påverkade inte min förståelse för beslutet	69	68	68
Nej	24	22	23
Har du försökt kontakta FK efter beslutet? (n=2 451)			
Nej, jag har inte försökt ta kontakt	23	26	24
Ja, jag har fått kontakt	70	67	69
Ja, jag har inte fått kontakt	7	7	7

Enkäten innehöll även en fråga om respondenterna diskuterat beslutet med en handläggare på Försäkringskassan. 76 procent av respondenterna uppger att de

har diskuterat beslutet med en handläggare. Andelen som diskuterat beslutet med en handläggare på Försäkringskassan är lägre bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning än bland dem som fått sin sjukpenning indragen. Det är dock bara elva procent (202 personer) av dem som diskuterat beslutet med en handläggare som även uppger att diskussionen gjorde att de förstod beslutet bättre. Resterande 89 procent av respondenterna uppger att diskussionen inte påverkade deras förståelse för beslutet.

Att förstå beslutet bättre efter en diskussion med Försäkringskassan är vanligare bland dem som fått sin sjukpenning indragen än bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning. Respondenterna från MENA har i högre utsträckning än andra uppgett att diskussionen med Försäkringskassan gjorde att de förstod beslutet bättre (17 procent jämfört med 11 procent i genomsnitt).

Inte alla av dem som ville ha kontakt med Försäkringskassan har lyckats. Sju procent av dem som uppger att de försökt kontakta Försäkringskassan efter beslutet uppger att de inte lyckats få kontakt. Den vanligaste orsaken till att de inte fått kontakt är att de inte kom fram på telefon (39 procent), att inte fått svar på mail, fax eller brev är lika vanligt förekommande som ”annat” (32 procent). Det är lika många kvinnor som män som uppgett att de försökt men inte fått kontakt med Försäkringskassan.

3.6 En komplex livssituation

Enkätundersökningen som legat till grund för analysen avslutades med en öppen fråga där respondenten gavs möjlighet att ge sin egen syn på upplevelsen av att få nej till sjukpenning utöver det som efterfrågats i enkäten. Svaren på den öppna frågan har analyserats genom att läsa, tolka och systematisera individernas kommentarer.²⁰

Analysen av kommentarerna visar att många av dem som blivit nekade sjukpenning har en livssituation där sjukdom ingår som en del av en komplex helhet. Sjukskrivning, arbetslöshet och AMS-kurser finns med i den bakgrundsbeskrivning som lämnas. Även skilsmässor, förlust av egna företag och sjuka anhöriga är beskrivningar som förekommer. Dessa individer behöver inte vara representativa för hela den grupp som fått avslag/indrag men de utgör en grupp som känner starkt för frågan och som vill ta tillfället i akt och berätta om sin situation.

²⁰ Undersökningspopulationen utgörs av de 3 334 personer som fått enkäten, totalt har 473 kommentarer lämnats. 59 respondenter har lämnat fria kommentarer i brevenkäten och 414 kommentarer har inkommit via de telefonintervjuer som genomfördes bland dem som inte besvarat brevenkäten. Analyser har genomförts separat för dem som svarat via brevenkät och dem som svarat då det blivit uppringda av SCB.

Att få sin sjukpenning indragen under pågående sjukfall eller få avslag på sin begäran om sjukpenning innebär att individerna mister sin försörjning, en försörjning som man anser sig ha rätt till. Det finns ingen eller mycket liten förståelse för Försäkringskassans beslut och många uppger att de mår dåligt efter att de fått beskedet. Socialförsäringen ses som en försörjningskälla som man har rätt till och respondenterna har svårt att förstå hur läkarintyg och sjukdom inte automatiskt ger denna rätt.

De som lämnat kommentarer påpekar att kommunikationen mellan de försäkrade och Försäkringskassan inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Informationen beskrivs som bristfällig både vad gäller innehåll och form.

Den bild som kommer fram av Försäkringskassan visar att myndigheten upplevs som en orubblig myndighet som behandlar de försäkrade på ett kränkande sätt. Beslutet om avslag/indrag upplevs som en del av myndighetens besparingskrav.

3.7 Att försöka påverka beslutet

Den sista frågan i enkäten löd: ”Har du försökt få ditt beslut ändrat (omprövat)?” 62 procent av respondenterna (1 513 personer) uppger att de försökt få beslutet ändrat. Att respondenterna svarat ja på denna fråga behöver inte betyda att de ansökt om formell omprövning hos Försäkringskassan. Här räcker det med att man diskuterat frågan om att ändra beslutet med en handläggare på Försäkringskassan. De är en högre andel bland dem som fått avslag som uppger att de försökt ändra beslutet jämfört med andelen som fått sin sjukpenning indragen under pågående sjukfall (67 procent jämfört med 57 procent). Över 70 procent (56 personer) av de försäkrade med ursprung Övriga Europa uppger att de försökt ändra beslutet.

Nästan hälften (48 procent) av dem som säger att de försökt få sitt beslut ändrat uppger att de fått hjälp av någon för att kunna göra detta. Det vanligaste är att få hjälp av läkare (35 procent), fackförening (21 procent) samt en vän eller anhörig (tio procent).

4 Omprövningar och överklaganden

Formellt ska beslut som fattats av tjänstemän vid Försäkringskassan i ett första steg omprövas på Försäkringskassan om den försäkrade eller ett ombud begär det. Inom två månader efter ett fattat beslut ska begäran om omprövning ha inkommit till Försäkringskassan, här finns även möjlighet för den försäkrade att bifoga nya underlag för beslutet. Försäkringskassan har sedan sex veckor på sig att ta ställning till om det ursprungliga beslutet ska ändras eller ej. Enligt Metod-

stöd – Handläggning när sjukpenning inte ska betalas ut (Försäkringskassan 2005b) så bör omprövningen göras av en annan tjänsteman än den som fattade det ursprungliga beslutet. Beslut som fattats av Försäkringskassan kan överklagas till Länsrätten, överklagan ska lämnas in senast två månader efter att den försäkrade fått sitt beslut.

Som en intern kvalitetssäkring har Försäkringskassan fastslagit att innan den försäkrade får besked om att Försäkringskassan överväger att inte betala ut sjukpenning ska beslutsunderlaget granskas av en sakkunnig för att fastställa att det är korrekt enligt förvaltningslagen och att det håller hög kvalitet.

Uppgifter om överklaganden till Länsrätten finns hos Domstolsverket som samlar in uppgifter från samtliga Länsrätter, det finns dock ingen möjlighet att koppla dessa uppgifter till specifika individer.²¹ För att kunna undersöka i vilken utsträckning de som fått avslag/indrag under sista kvartalet 2005 begärt att ärendet ska omprövas hos Försäkringskassan och/eller överklagat sitt beslut till Länsrätten så har därför Försäkringskassans diariesystem Diabas använts i kombination med att uppgifter hämtats in från de olika Länsrätterna.²²

4.1 Begäran om omprövning

Av de 3 515 personer som fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fick sin sjukpenning indragen under sista kvartalet 2005 har 26 procent (926 personer) formellt begärt att beslutet ska omprövas.²³ En utförlig beskrivning av gruppen som begärt omprövning samt resultaten av omprövningen för olika grupper finns i bilaga 1.

Andelen som begär omprövning är större bland dem som fått avslag än indrag, 31 procent jämfört med 21 procent. Äldre har en större benägenhet att begära omprövning än vad yngre har. Om man ser till födelseland är de med ursprung i Övriga Europa den grupp som begärt omprövning i störst utsträckning. Vad gäller diagnoser är de som har sjukdomar i rörelseorganen den grupp som i störst utsträckning begärt omprövning.

²¹ Domstolsverkets uppgifter innehåller förutom domar i ärenden om avslag och indrag även andra typer av ärenden inom sjukpenningområdet samt ärenden som rör havandeskapspenning och sjukpenninggrundande inkomst. De uppgifter om avslag och indrag som finns hos Domstolsverket omfattar även partiella avslag och indrag, i denna rapport studeras endast de som fått sin sjukpenning indragen helt eller som fått helt avslag på sin begäran om sjukpenning.

²² Skåne, Västra Götaland och Örebro använder inte Diabas. Från dessa länsorganisationer har uppgifter hämtats in separat. Diabas är förknippat med vissa kvalitetsproblem och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

²³ En utförlig beskrivning av dem som begärt omprövning samt resultatet från omprövningen för olika grupper finns i bilaga 1.

Vid tidpunkten för granskningarna, i juni 2006, hade Försäkringskassan behandlat 98 procent av de ärenden där de försäkrade begärt omprövning. Totalt 25 ärenden hade avskrivits, kvarstår 881 ärenden där Försäkringskassan fattat beslut. I drygt 17 procent (153 fall) av dessa ärenden beslutade Försäkringskassan att ändra det ursprungliga beslutet. Att en så stor andel får rätt vid omprövning kan tyda på att det finns brister i beslutsunderlagen som ligger till grund för Försäkringskassans beslut om att inte betala ut sjukpenning.

Andelen som fått sitt beslut ändrat är högre för dem som fått sjukpenningen indragen än vad det är för dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning, 21 procent jämfört med 15 procent. Den allra äldsta åldersgruppen fick sina beslut ändrade i större utsträckning än genomsnittet, här ändrades 27 procent av besluten jämfört med 17 procent i genomsnitt.

Gruppen med ursprung i MENA fick sina beslut ändrade i 23 procent av fallen. Här var ändringsprocenten särskilt hög för dem som fått sjukpenningen indragen.

Diagnoser med koppling till graviditet är den diagnosgrupp som fått beslutet ändrat i störst utsträckning, 22 procent medan gruppen med psykisk diagnos fått ändrat beslut i 12 procent av fallen. Egna företagare har fått besluten ändrade i 21 procent av fallen.

4.2 Överklagan till Länsrätten

Av de drygt 700 personer som begärt omprövning hos Försäkringskassan men som inte fått sitt beslut ändrat hade, i oktober 2006, 270 personer överklagat Försäkringskassans beslut till Länsrätten, detta motsvarar åtta procent av dem som fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fick sin sjukpenning indragen under sista kvartalet 2005.²⁴ De som fått avslag och indrag överklagar i lika stor utsträckning. Det är vanligare att kvinnor överklagar avslagsbeslut än beslut om indrag, det omvända förhållandet gäller för män.

Av de 270 ärenden som överklagats till Länsrätten hade rätten tagit ställning i sammanlagt 101 ärenden i oktober 2006. I 90 fall hade dom avkunnats.²⁵ Länsrätten har dömt till den försäkrades fördel i sammanlagt 36 fall (28 avslag och 8 indragningar). Uppskattningsvis innebär detta att av dem som fick avslag på sin begäran om sjukpenning eller fick sin sjukpenning indragen under sista kvartal-

²⁴ Uppgifterna om överklagan till Länsrätterna bygger på de ärenden som, enligt Diabas, inkommit till Länsrätten i juni 2006. De beslut som fattats i dessa ärenden fram till och med oktober 2006 finns med i materialet. Det är därmed inte säkert att materialet omfattar samtliga överklaganden till Länsrätten för de individer som ingår i urvalet.

²⁵ Mellanskillnaden utgörs bland annat av ärenden där föreläggande utfärdats och ärenden som avskrivits.

et 2005 så har Länsrätten ändrat Försäkringskassans beslut i tre procent av fallen.²⁶

Av de ärenden som överklagats till Länsrätten (här: 270 av 3 515) så har Länsrätten ändrat Försäkringskassans beslut i 40 procent av fallen (36 ändringar i 90 domar). Enligt Försäkringskassans årsredovisning 2005 (Försäkringskassan 2006) ändrar Länsrätten i genomsnitt 22 procent av Försäkringskassans beslut. Vid en granskning av Länsrättens domar för dem som fick avslag/indrag under sista kvartalet 2005 framkom att i 18 procent av fallen (7 domar) hade de försäkrade inkommit med nya medicinska underlag som haft avgörande betydelse för rättens beslut. I ytterligare 24 procent av fallen kan nya medicinska underlag ha varit avgörande för rättens beslut men det går inte att fastställa om så är fallet eller ej. I resterande 58 procent (22 domar) av fallen är det inte möjligt, att utifrån domen, se vad som påverkat Länsrättens beslut. En tidigare granskning visar att i flera av de fall där Länsrätten ändrat Försäkringskassans beslut har den försäkrade i samband med sitt överklagande lämnat in kompletterande underlag varefter FK medgivit bifall till överklagandet. En slutsats av detta är att Försäkringskassan i större utsträckning än i dag, i ett tidigt skede, behöver begära in kompletterande handlingar för att undvika att ärenden kommer till Länsrätten.

5 Individernas upplevelse av beslut, bemötande och information

Inom ramen för projektet har intervjuer genomförts, i form av fokusgrupper och enskilda intervjuer, med personer som fått avslag på sin begäran om sjukpenning alternativt inte längre fått sjukpenning beviljad under sista av kvartalet 2005.²⁷ Syftet med intervjuerna har varit att fördjupa förståelsen för hur dessa personer uppfattat Försäkringskassans beslut samt att öka förståelsen för hur Försäkringskassans information och bemötande kan uppfattas i detta sammanhang.

Av intervjuerna har framkommit att personerna reagerat mycket negativt på Försäkringskassans beslut att inte bevilja sjukpenning. Många anger att de känt sig kränkta av beslutet och några anser också att de blivit kränkta av bemötandet

²⁶ Samtliga ärenden är inte avgjorda i Länsrätten vid tidpunkten för denna rapport. Om Länsrätten ändrar Försäkringskassans beslut i samma omfattning i de kvarstående fallen som i de redan avgjorda så blir ändringsprocenten tre procent.

²⁷ Totalt har 28 personer intervjuats. 20 intervjuer har skett i form av fokusgruppsintervjuer och åtta har skett i form av enskilda intervjuer.

i anslutning till beslutet. Intervjupersonerna har dels upprörts över att inte ha beviljats ersättning för förlorade inkomster och dels över att inte ha fått någon hjälp med rehabilitering. I intervjuerna har personerna gett uttryck för uppfattningen att sjukförsäkringen är eller bör vara en rättighet, där sjukpenning ska beviljas den som själv anser sig sjuk och arbetsoförmögen och detta framstår som en avgörande förklaring till de starka reaktioner som beslutet föranlett och varför deltagarna i undersökningen har haft svårt att förstå och acceptera Försäkringskassans bedömning. Mot bakgrund av uppfattningen om sjukpenning som en rättighet har många svårt att över huvud taget förstå myndighetens uppdrag i sjukskrivningsprocessen.

En annan viktig aspekt, för att förstå deltagarnas reaktioner, är den tilltro som finns för sjukskrivande läkarens bedömning av de medicinska besvärens inverkan på arbetsförmågan samt till dennes rekommendation om sjukskrivning som bästa till buds stående alternativ. Deltagarna har mycket svårt att förstå försäkringsläkarens roll och man tycker att det är fel att denne kan yttra sig utan att träffa den försäkrade. Att inte få träffa försäkringsläkaren är något som också försvårar förståelsen både av dennes yttrande och av Försäkringskassans beslut att inte bevilja sjukpenning. Deltagarna i intervjuundersökningen anser att det är sjukskrivande läkarens bedömning som är den mest adekvata. Dels ger själva mötet med den sjukskrivande läkaren legitimitet åt bedömningen på läkarintyget, dels framstår läkaren som mer medicinskt kompetent än både handläggare och försäkringsläkare.

Information och bemötande från Försäkringskassan har varit bristfällig enligt de intervjuade personerna. De tycker inte att handläggarna i beslutsbrev och efterföljande samtal på ett begripligt sätt kunnat motivera och rättfärdiga de bedömningar som gjorts i ärendet. Många av deltagarna tycker också att handläggarna värt sig för kontakter i samband med beslutet vilket yttrat sig i ett avvisande förhållningssätt och en ovilja att träffa den försäkrade. Av deltagarna är det bara några få som uppger att de blivit kontaktade av en handläggare innan beslutet. Många av deltagarna framhåller också de känt sig extra utsatta eftersom Försäkringskassan inte delat deras bedömning av svårigheterna för dem att utföra ett arbete. Utöver de medicinska besvär respondenterna anser sig lida av beskrivs den upplevda misstron från Försäkringskassan som en extra börda. I detta sammanhang har det funnits en önskan om att handläggarna ska se på situationen från den försäkrades perspektiv.

Flertalet av deltagarna uppger att de har efterfrågat ett personligt möte med någon från Försäkringskassan men nekats denna möjlighet. Intervjupersonerna har velat träffa någon för att på ett tydligt sätt få förklarat bevekelsegrunderna för beslutet samtidigt som de önskat ge sin syn på beslutet och på sin situation. Respondenterna menar att ett sådant möte väsentligt skulle förbättra möjligheten för dem att förstå och acceptera beslutet. I stället för att förstå beslutet som en konsekvens av att en handläggare, med stöd av försäkringsläkarens yttrande,

tillämpat befintligt regelverk i det enskilda fallet så har deltagarna i intervjuerna sökt andra motiv bakom beslutet, som att Försäkringskassan endast strävar efter att sänka antalet sjukskrivningar, eller att det är en konsekvens av arbetet med att stävja fusket inom socialförsäkringssystemet. Många uppfattar också beslutet om avslag eller indragning som ett misstroende mot sjukdomstillståndet som sådant och de medicinska besvär som respondenterna själva anser sig lida av. De utrikes födda personerna i undersökningen anser inte att deras härkomst haft någon betydelse för hur de har blivit bemötta av Försäkringskassans handläggare.

De individer som begärt omprövning och i nästa led överklagat Försäkringskassans beslut till Länsrätten uppger att detta, utöver den ekonomiska aspekten, handlar om att få upprättelse och få bevisat att man inte försökt utnyttja systemet utan att man vid tiden för Försäkringskassans beslut faktiskt var sjuk och arbetsoförmögen och att myndigheten haft fel i denna sak. Av intervjuerna framkommer vidare att de som har haft en arbetsplats att komma tillbaka till, med något undantag, klarat av att utföra arbete även om man fortfarande anser sig ha medicinska besvär. Ett par av personerna har dock som en följd av sina besvär tvingats gå ned i tid för att klara av att arbeta. De som kommit åter i arbete tycker att arbetsgivaren agerat stödjande i samband med detta. De arbetslösa har däremot i intervjuerna gett uttryck för en uppgivenhet vad gäller att komma åter i arbete med egen försörjning. De uppfattar sig, vid tiden för intervjuerna, fortfarande som arbetsoförmögna och tror sig ha små möjligheter, dels att erhålla och dels att kunna utföra ett eventuellt arbete. De arbetslösa tycker inte att de har fått någon hjälp med omställning och att de "lämnats i sticket". Både bland dem som återgått till arbete och dem som vid tiden för intervjuerna stod till arbetsmarknadens förfogande finns också en påtaglig oro för att för alltid ha förverkat möjligheten att beviljas sjukpenning och få hjälp med rehabilitering.

6 Etnicitet i sjukpenningakter

Den särskilda aktstudien har analyserat när uppfattningar om etnicitet eller härkomst berörs i akterna, hur denna information presenteras eller nämns och om den antyder att etnicitet påverkar en försäkrad i dennes möten med Försäkringskassan. Studien har genom analys av sjukfallsakter sökt både mönster och avvikelser i hur ärenden beskrivs. I analysen har också studerats hur information om etnicitet eller härkomst beskrivs i medicinska underlag.

Valet av ländergrupper utgår från de uppgifter som publicerades i Försäkringskassans årsredovisning 2005 (Försäkringskassan 2006) där det framkom att personer födda i MENA och "övriga Europa" var överrepresenterade bland dem som fått avslag på sin begäran om sjukpenning vid jämförelse med ländergrupp-

ernas andel av pågående sjukfall. Informationen i Försäkringskassans akter har jämförts för personer födda i MENA, övriga Europa samt Sverige.

Aktstudien syftar inte till att granska kvaliteten på de försäkringsmässiga bedömningarna i akterna. Aktstudien är inte en diskrimineringsstudie i meningen att undersöka om utfallet av bedömningen varit felaktig. Studien undersöker dock ytterst om etnicitet eller information om härkomst förekommer på ett diskriminerande sätt i akterna, t.ex. i samband med bemötande.

Handläggare har ett metodstöd i hur journalanteckningar ska föras. I den anges att Försäkringskassans metodstöd går längre än förvaltningslagen, som anger en miniminivå för journalanteckningar, eftersom själva handläggningen ska ingå i dokumentationen (Försäkringskassan 2005a). Aktstudien visar att det i det stora förs journalanteckningar som långt uppfyller villkoren för god sed. Flertalet av journalerna skrivs sakligt i relation till det normerande metodstödet.²⁸

Analysen visar att etnicitet eller härkomst generellt sett inte berörs alls i journalanteckningarna. När härkomst eller migrationshistorik får stå tillbaka till fördel för att behandla ärendet så ”neutralt” som möjligt får det som resultat att handläggningen blir ”etniskt blind” vilket kan få negativa konsekvenser för den enskilde. Granskningen visar dock att det förekommer undantag ifrån detta; misstro mot de försäkrade, språksvårigheter, fel kön i journalen och tillvaratagandet av resultaten från transkulturella utredningar är de undantag som nämns här.

6.1 Misstro mot den försäkrade

I vissa akter kan en misstro mot den försäkrade utläsas. En kritisk hållning ingår i någon mening i handläggningsprocessen. Om handläggaren får en impuls om oegentligheter (t.ex. felaktiga löneuppgifter) ska handläggaren agera efter dessa uppgifter. Att vara aktsam för motsägelsefulla uppgifter ingår med andra ord i handläggarens roll. Ibland kan denna aktsamhet dock övergå i ren misstro. Här hamnar handläggaren i en gråzon avseende sin roll. Handläggaren ska vara den korrekta myndighetstutövaren utan värderingar eller moraliska pålagor. När en handläggare understryker sin text med känslomässiga uttryck skapas en ”röd flagga” som signalerar för alla som läser journalen att här finns något att undra

²⁸ Ärendehandläggningens kronologi ska vara återgiven i journalen. Anteckningarna påverkas av den enskilda handläggarens språkbruk och skrivstil. En analys av journalanteckningar kan därmed inte till fullo återge det som faktiskt har hänt. Det som går att utläsa ur dokumentationen i akten är framför allt kopplat till den enskilde handläggarens val av ord och de värderingar som kan utläsas ur språket. Det krävs både stor noggrannhet och viss självdistans för att återge ett möte på ett balanserat och ärligt sätt. Även när handläggaren vinnlägger sig om att återge mötet så korrekt som möjligt saknas information. Det som nedtecknas i journalerna är en reflektion av ett möte.

över. Mönstren i akterna visar att sådana flaggor i högre utsträckning återfinns i de fall den försäkrade har ursprung i MENA än för andra grupper.

6.2 Språksvårigheter

De utrikesfödda har ungefär samma hinder för förståelsen av regelverket som de inrikes födda men för denna grupp kan det finnas ytterligare svårigheter i själva samtalet med handläggaren.

Flera akter för försäkrade som är utrikesfödda illustrerar svårigheterna i handläggningen när språkförmågan hos den ena parten inte är tillräcklig. Vad som framträder är dock att uttalade språksvårigheter inte i tillräcklig utsträckning leder till åtgärd från handläggarens sida. I några fall har den försäkrade haft med sig en släkting för att agera tolk. Enligt förvaltningslagen är detta inte en acceptabel metod. En professionell tolk har en yrkeskodex som innebär fullständig sekretess och korrekta översättningar. En släkting som dessutom har en relation till den försäkrade har inte denna kompetens eller roll i ärendet.

6.3 Fel kön i journalen

Det förekommer att handläggaren inte gjort sig klar över den försäkrades kön. Ibland har kvinnor från Mellanöstern blivit omskrivna som ”han” genomgående i journalen och i vissa fall har män blivit omskrivna som ”hon” i akten. Det är svårt att utan att ha genomfört intervjuer med handläggare fullt ut förstå vad detta handlar om. Troligt är att det är okunskap om de försäkrade som har sitt ursprung i denna region.

De fall där handläggaren inte har den försäkrades kön klar för sig kan röra sig om rena misstag som inte har någon betydelse för handläggningen av ärendet. Det kan dock innebära konsekvenser i förståelsen av diagnoser och behovet av konvalescens för den försäkrade.

6.4 Transkulturella utredningar

För försäkrade med ursprung i andra länder kan Försäkringskassan beställa utredningar hos externa aktörer som har särskild expertis i transkulturell utredningsmetodik. Utredningsmetodiken utgår från en total förståelse av individen, det sociala, det medicinska och det psykologiska beskrivet i en kronologi över individens migration och därpå följande bosättning.

Denna typ av utredningar används regelbundet av Försäkringskassan. Vad som framkommer i studien är att utredningarnas fullständiga slutsatser sällan får den påverkan de skulle kunna ha. Det finns svårbedömda diagnoser – såsom t.ex. stress, långvarig huvudvärk, sömnlöshet etc – som kan försvåras i kombination med individens bakgrund.

Studien är dock begränsad genom att enbart ta del av det som finns i akterna varför vidare studier på detta område skulle behövas för att fullt ut kunna analysera när mer information om de försäkrade krävs i ärendehandläggningen.

7 Avslutande diskussion och slutsatser

Hur gick det för dem som fick nej till sjukpenning? För att besvara frågan och för att bättre förstå de försäkrades situation efter Försäkringskassans beslut har redovisningen i rapporten fokuserat dels på sysselsättning och försörjning före och efter det sjukfall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning, dels på Försäkringskassans bemötande och information i samband med beslutet. Trots den uppmärksamhet som ”nej till sjukpenning” fått i media under det senaste året så är det endast drygt en procent av dem som ansöker om sjukpenning som får avslag på sin begäran eller där sjukfallen avslutas genom att Försäkringskassan drar in sjukpenningen under pågående sjukfall. De viktigaste slutsatserna från projektet tillsammans med de åtgärder som Försäkringskassan arbetar med och planerar att vidareutveckla är:

De arbetslösa är överrepresenterade i den grupp som får avslag/indrag. Förklaringen är att för de försäkrade som vid sjukfallets start är arbetslösa sker prövningen av arbetsförmågan redan ifrån början mot hela arbetsmarknaden.

Arbetslöshet är även en förklaring till varför gruppen med ursprung i MENA i större utsträckning än andra grupper får avslag/indrag. Andelen arbetslösa i denna grupp är drygt 50 procent jämfört med 38 procent för dem födda i Sverige. Det finns dock många faktorer, utöver arbetslöshet, som kan ha betydelse och frågan är mycket komplex. Det speciella fokus som projektet haft på frågan om etnicitet har dock resulterat i nya kunskaper inom området: Intervjuerna med personer födda i MENA visar att de *inte* anser att deras härkomst haft någon betydelse för hur de blivit bemötta av Försäkringskassans handläggare, samtidigt som aktstudien visar att uppfattningar om etnicitet eller härkomst generellt sett inte berörs alls i journalanteckningarna vilket *kan* innebära en blindhet för etnicitet som kan ha konsekvenser för den enskilde.

Samarbetet mellan Försäkringskassan och AMS är centralt för att underlätta återgången till arbete och det är viktigt att Försäkringskassan gör AMS uppmärksamma på att de som vid sjukfallets start är arbetslösa kan behöva särskilt stöd för att komma tillbaka till ett arbete. Sedan halvårsskiftet 2006 finns en ny rutin för samarbete mellan myndigheterna för att säkerställa att de individer som inte bedöms ha rätt till sjukpenning får stöd på vägen tillbaka till arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska även samarbeta för att nå enighet kring begreppet arbetsförmåga och vad som är ett ”normalt förekommande arbete”.

Det vanligaste bland dem som vid tidpunkten för sjukfallets start hade ett arbete var att gå tillbaka till arbetet efter Försäkringskassans beslut. För den grupp som före sjukfallet var arbetslösa var det vanligaste alternativet att åter vara arbetslös efter beslutet. En av de frågor som uppmärksammats i samband med ”nej till sjukpenning” handlar om de individer som efter Försäkringskassans besked varit tvungna att vända sig till kommunen och begära försörjningsstöd för att få försörjning. I denna studie visar det sig att den grupp som fått försörjningsstöd efter Försäkringskassans beslut är liten.

De som inte kan återgå till sin tidigare anställning och de arbetslösa som fått avslag på sin begäran om sjukpenning eller som fått sin sjukpenning indragen är i många fall i behov av särskilt stöd för att kunna komma tillbaka till arbete. Försäkringskassan bör därför försäkra sig om att ett ordentligt överlämnande sker till AMS. I de fall de försäkrade som inte bedöms ha rätt till sjukpenning även saknar rätt till arbetslöshetsersättning bör en representant från kommunen finnas med vid överlämnandet. I vissa fall kan det handla om behov av social rehabilitering. Rutiner och riktlinjer för att ingen ska ”falla mellan stolarna” finns och Försäkringskassan behöver säkra att dessa riktlinjer följs.

En viktig slutsats är att individerna i studien ser sjukförsäkringen som en rättighet för den som har ett läkarintyg, de har därmed svårt att både förstå och acceptera Försäkringskassans beslut. Individerna kommer till Försäkringskassan med en förvisning om att ett läkarintyg är en garanti för att få sjukpenning, att prövningen av rätten till sjukpenning sker utifrån arbetsförmågan och att Försäkringskassan i sin bedömning inte tar hänsyn till sociala, ekonomiska och arbetsmarknadsmässiga faktorer är svårt att acceptera. På liknande sätt uppfattas sjukförsäkringen som en yrkesförsäkring. Att prövningen av arbetsförmågan sker mot ett på arbetsmarknaden ”normalt förekommande arbete” är svårt att acceptera. Identifikationen i det nuvarande yrket är stark och att arbetsförmågan är nedsatt ses inte som en orsak till att inte fortsätta inom detta yrke. Bilden förstärks ytterligare av det faktum att individerna sällan får hjälp att gå vidare från sitt nuvarande yrke.

Försäkringskassan kan förbättra kunskaperna om försäkringen genom att informera om försäkringen och de villkor som styr rätten till sjukpenning. En del av detta informationsarbete är den kampanj som pågått under hösten 2006 där budskapet varit att bedömning av rätten till sjukpenning utgår ifrån arbetsförmågan, denna kampanj borde ha bidragit till en delvis ny syn på försäkringen. Det krävs dock ytterligare information. De nya försäkringsmedicinska riktlinjer som arbetats fram kan bidra till att förståelsen för försäkringen ökar, de kan även fungera som ett stöd för beslutsfattandet och i dialog med de försäkrade.

I de fall de försäkrade haft kontakt med Försäkringskassan har upplevelsen ofta varit att de fått ett dåligt bemötande av handläggaren; känslan av att bli missnödd är vanlig.

För att förbättra bemötandet så bör Försäkringskassan ge utbildning och stöd till de handläggare som arbetar med avslag/indrag. Dels är det viktigt att handläggarna som arbetar med dessa frågor har stöd i organisationen för de fattade besluten, här är sakkunniggranskningen av beslutsunderlagen en viktig beståndsdel. Dels är det viktigt att handläggare som arbetar med avslag/indrag har möjlighet till samtalsstöd då kontakterna med de försäkrade ofta är påfrestande för båda parter. Det kommer alltid att vara mycket svårt att skapa en samtalsmiljö där de försäkrade helt accepterar Försäkringskassans beslut, det är dock viktigt att myndighetens bemötande och information är professionellt och saklig. Detta är delvis en fråga om kompetens bland de handläggare som arbetar med frågan men det är även viktigt att skapa organisatoriska förutsättningar för att detta ska kunna ske.

Andelen som väljer att begära omprövning av beslutet är hög (26 procent). Även andelen ärenden där Försäkringskassan ändrar det ursprungliga beslutet är hög (17 procent). För dem som inte får sitt beslut ändrat vid omprövning finns möjlighet att gå vidare och överklaga beslutet till Länsrätten. I oktober 2006 hade 270 personer av dem som fick nej till sjukpenning under sista kvartalet 2005 överklagat Försäkringskassans beslut till Länsrätten. I 36 av dessa fall har Länsrätten beslutat att ändra Försäkringskassans beslut.

För att i framtiden fatta rätt beslut från början och för att undvika onödiga domstolsprocesser bör Försäkringskassan begära in ytterligare handlingar och komplettera underlagen i större utsträckning än vad som nu sker samt att sakkunniggranskning sker i större utsträckning än vad som görs i dagsläget. En kvalitetssäkrad handläggningsprocess är en viktig del i detta arbete. Utbildning och kompetensutveckling avseende förvaltningsrätt för den personal som arbetar med utredning av rätten till ersättning bör prioriteras. Nya förutsättningar finns för förbättrad ledning och styrning genom Försäkringskassans nya organisation.

Referenser

Försäkringskassan (2004) *Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Vägledning 2004:2*

Försäkringskassan (2005a). *Metodstöd – Dokumentation i sjukförsäkringsärenden, Rätt förmån – Rätt ersättning*. Försäkringskassan. Stockholm

Försäkringskassan (2005b). *Metodstöd – Handläggning när sjukpenning inte ska betalas ut*. Försäkringskassan. Stockholm

Försäkringskassan (2006). *Årsredovisning 2005*. Försäkringskassan Stockholm

Proposition 1996/97:28. *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*

Bilaga 1 Omprövning

Tabell 1 Andel av studiepopulationen som begärt att beslutet ska omprövas. Procent

	Avslag	Indrag
Kön		
Kvinnor	30,5	20,8
Män	37,7	21,3
Ålder		
–29 år	20,7	15,3
30–39 år	25,4	15,5
40–49 år	35	25,4
50–59 år	39,9	24,3
60 år och äldre	37,6	22,6
Födelseland		
Sverige	29,9	20,5
Övriga Norden	28,1	22,6
Övriga Europa	50	25,3
MENA	30	23,4
Övriga världen	31,2	24,4
De största diagnosgrupperna		
Psykiska sjukdomar	28,8	22,3
Sjukdomar i rörelseorganen	35,8	28,5
Diagnoser kopplade till graviditeter	17,2	13
Symptom etc	32,1	27,4
Skador och förgiftningar	24,7	27,4
Övriga diagnoser	35,6	23,3
Sysselsättning		
Anställd	34,4	21,5
Arbetslös	33,1	26,4
Egen företagare	33,3	30,2
Övriga/uppgift saknas	26,4	26,6
Antal individer	565	361

Tabell 2 Andel som begärt omprövning där beslutet har ändrats. Procent

	Avslag	Indrag
Kön		
Kvinnor	15,3	20,8
Män	14,9	21,3
Ålder		
–29 år	15	17,4
30–39 år	15,4	7,5
40–49 år	13,5	24,8
50–59 år	12	25,9
60 år och äldre	32	23,4
Födelseland		
Sverige	17,7	18,6
Övriga Norden	7,4	21
Övriga Europa	7	21
MENA	14,3	40
Övriga världen	6,9	12,8
De största diagnosgrupperna		
Psykiska sjukdomar	12,2	12,5
Sjukdomar i rörelseorganen	17,3	23,8
Diagnoser kopplade till graviditeter	25	0
Symptom etc	8,5	17,6
Skador och förgiftningar	9	29,4
Övriga diagnoser	19,2	20,5
Sysselsättning		
Anställd	16,7	20,7
Arbetslös	16	15
Egen företagare	17,4	23,3
Övriga/uppgift saknas	9	30
Antal individer	84	70

Anm: Andelarna är beräknade utifrån det antal ärenden där beslut fattats.

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2007:

2007:1 Nej till sjukpenning. Vad händer sen?

Nej till sjukpenning Vad hände sen?

Hur gick det för dem som fick nej till sjukpenning? För att besvara frågan och för att bättre förstå de försäkrades situation efter Försäkringskassans beslut har redovisningen i rapporten fokuserat dels på sysselsättning och försörjning före och efter det sjukfall där Försäkringskassan beslutat att inte betala ut sjukpenning, dels på Försäkringskassans bemötande och information i samband med beslutet. I det avslutande avsnittet i rapporten redogörs även för de åtgärder som Försäkringskassan arbetar med och planerar att vidareutveckla inom detta område.