

# **TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING?**

- hur fungerar den lagstadgade rehabiliteringsprocessen.

Författare  
Leg. läkare  
Marie Sedvall  
Kyrkogatan 9  
613 30 Oxelösund  
tel 0155-31067  
thegoat@telia.com

Handledare  
Överläkare, docent Lars-Gunnar Gunnarsson, yrkesmedicinska kliniken vid Örebro  
Universitetssjukhus.

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs  
universitet 2004/2005

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord.....	3
Sammanfattning.....	4
Inledning.....	6
Undersökt grupp.....	8
Metod.....	10
Resultat.....	11
Diskussion.....	14
Litteraturreferenser.....	17

## **Förord**

Ett hjärtligt tack till företagssköterska Kristina Dahlberg som givit ris, ros och uppmuntran under projektets gång, till Monica Stenquist för skrivhjälp och all personal i receptionen för administrerandet av enkäten. Även ett stort tack till alla deltagande patienter som nogsamt fyllt i enkäterna och haft många bra och konstruktiva idéer hur en rehabiliteringsprocess vid sjukskrivning bör fungera. Slutligen tack till Medhälsan AB som gav mig möjlighet att slutföra mitt projekt.

Oxelösund 2006-01-05

Marie Sedvall  
Kyrkogatan 9  
613 30 Oxelösund  
tel 0155-31067  
e-mail [thegoat@telia.com](mailto:thegoat@telia.com)  
vid tiden för projektet anställd vid Medhälsan AB, 611 81 Nyköping

## **TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING? – hur fungerar den lagstadgade rehabiliteringsprocessen.**

**Marie Sedvall, Kyrkogatan 9, 613 30 Oxelösund, [thegoat@telia.com](mailto:thegoat@telia.com).**

### **SAMMANFATTNING**

Aktuell studie hade till syfte att undersöka fördröjningarna i rehabiliteringsprocessen vid sjukskrivning samt jämföra dessa med lagstadgade tidsmålen för arbetsgivares och försäkringskassan åtgärder. Samtidigt gjordes en jämförelse gentemot de politiskt beslutade målen för väntetider inom vården i Sörmlands läns landsting. Tidigare studier har visat en avsevärd försening av rehabiliteringsutredningar hos arbetsgivaren och rehabiliteringsplanering från Försäkringskassan.

Studien utfördes vid en företagshälsovård som enkätundersökning till patienter vid besökstillfället varit sjukskrivna mer än 3 månader. Uppgifterna i enkäterna kompletterades sedan med journaluppgifter.

Resultaten påvisade en avsevärd fördröjning av utförda rehabiliteringsåtgärder. Endast för en fjärdedel av patienterna hade rehabiliteringsutredning utförts av arbetsgivaren inom 60 dagar, hos en lika stor andel hade den inte utförts alls. För övriga var utredningarna avsevärt fördröjda och i medeltal utförda efter 223 dagar, mätt från första sjukskrivningsdagen. Detta kan jämföras med lagstadgade 30 dagar för genomförande och 60 dagar till insändande till Försäkringskassan.

Rehabiliteringsplan var gjord för hälften av patienterna men endast i undantagsfall inom 90 dagar. Medeltiden för genomförande av plan var 328 dagar vilket kan jämföras med lagstadgade 90 dagar.

Avstämningmöte var utfört i 60 % av fallen efter i genomsnitt 328 dagar vilket kan jämföras med lagstadgade 75 dagar.

Sjukvårdande åtgärder genomfördes oftast inom önskad tidsrymd. Besök till specialistläkare gjordes inom i medeltal 88 dagar vilket kan jämföras med att vårdgarantins krav om 90 dagar. Väntetid på kontakt med beteendevetare var 22 dagar och på sjukgymnast 38 dagar. Ingen formellt beslutad vårdgaranti finns för dessa åtgärder men kontakt med vårdcentral ska vara etablerad inom en månad.

Väntetiden på övriga utredningar, vanligen röntgenundersökningar dominerade, var 32 dagar, vilket ska jämföras med kravet på att mer avancerade undersökningar skall vara utförda inom tre månader.

Slutsatserna blir att sjukvårdens insatser ej skapade större fördröjning och i stort sett följde de politiskt uppsatta tidsramarna. Däremot uppfylldes ej alls tidskraven för rehabiliteringsutredning, rehabiliteringsplan och avstämningmöte vilket orsakade uttalade förseningar i rehabiliteringsprocessen.

## INLEDNING

Studien genomfördes vid Medhälsan AB i Nyköping, en privat företagshälsovård med 210 kundföretag och vid undersökningstillfället ca 10 200 anslutna anställda. De anslutna kunderna har en stor bredd av verksamheter, allt från enmansföretag till den största kunden, som står för hälften av de anslutna anställda. Verksamheterna har ett brett spektra alltifrån undervisning och forskning på universitetsnivå via tillverkningsindustri till småföretag inom lantbruk, hantverk mm. Hälften av de anslutna anställda finns inom den offentliga sektorn.

Intresset för ämnet i studien kommer från mitt arbete med rehabilitering av sjukskrivna patienter från dessa kunder. Resultaten vid rehabilitering blev mycket olika trots att ingångsförutsättningarna varit relativt likartade. Vissa rehabiliteringsprocesser fördröjdes medan andra förlöpte relativt komplikationsfritt. Ibland var fördröjningen knuten till vissa företag men vid andra tillfällen förekom stora skillnader inom ett och samma företag. Samtidigt upplevde vi oss som ett rehabiliteringsintresserat företag och samarbetet med Försäkringskassan som bra även om det ibland förekom fördröjningar. Den samtidiga debatten i samhället var vid tillfället mycket fokuserad på individfaktorer hos de sjukskrivna men diskussionen om övriga aktörerna i rehabiliteringsprocessen var i det närmaste obefintlig och fördröjningar i den lagstadgade processen diskuterades inte alls. Min erfarenhet var att det ibland förekom systemfel som ej var relaterade till sjukskrivnen personen och att basala delar i processen ej alltid fungerade.

Enligt Lagen om allmän försäkring (22kap 3 §) skall arbetsgivaren ”i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast kartläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.”.

Rehabiliteringsutredning skall utföras efter fyra veckor och vara insänd till Försäkringskassan inom åtta veckor. Försäkringskassan skall enligt samma lag (22kap 3 §) ”om det inte är obehövt, senast två veckor efter att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning har inkommit till Försäkringskassan kalla den försäkrade till avstämningsmöte”, lagändring 2004:1238. En rehabiliteringsplan skall upprättas ”senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommit till Försäkringskassan”. Kan behovet av rehabilitering klarläggas först efter att avstämningsmöte har hållits, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter dagen för möte”, d v s efter 90 dagar (22kap 6 § lagändring 2004:1239) [9]. Tidsmåtten gäller från första sjukskrivningsdag eller den dag den försäkrade begärt att utredning skall genomföras.

Enligt arbetsmiljölagen (3 kap 2 §) ska arbetsgivaren se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörandet av uppgifter som enligt denna lag och 22kap lagen 1962:381 om allmän försäkring vilar på honom”. Samma lag (3 kap 3 §) anger ”Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet”. Enligt samma lag (3 kap 2b §) skall ”arbetsgivaren svara för den företagshälsovård som arbetsmiljöförhållandena kräver. Med företagshälsovård avses en oberoende expert inom området arbetsmiljö och rehabilitering” [8].

Den lokala vårdgarantin i Sörmlands läns landsting under den aktuella undersökningsmånaden innebar att specialistvård inkl mer komplicerade undersökningar (t ex MR) skulle utföras inom 3 månader. Garantin gällande sjukvårdande åtgärder var att kontakt med vårdgivare inom primärvården skulle etableras inom en vecka (inkluderande telefonkontakt) och besök ske inom en månad.

Litteratur och studier om rehabiliteringsprocessen aktörer och deras aktiviteter befanns vara mycket begränsad. En studie visade att arbetsgivarna endast i 29 % av fallen med långtidssjukskrivna utfört någon form av utredning/åtgärd [2]. Samma studie visade att av långtidssjukskrivna hade endast 33 % varit i kontakt med Försäkringskassan för att diskutera återgång till arbete [2]. I en studie på enbart kvinnor med nack- och ryggbesvär [6] hade 38 % ej erhållit någon rehabiliteringsutredning efter ett år. Det ofta framförda argumentet att väntetiderna i den offentliga vården var långa och fördröjde rehabiliteringsprocessen bekräftades inte i någon hållbar studie om.

I SBU-utredningen: Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis (2003) har man inte granskat rehabiliteringsprocessen!

Med anledning av ovanstående beslöt jag att genomföra en studie utgående från faktiska förhållandena för de sjukskrivna och jämföra med uppställda tidsmål för sjukvård och rehabilitering för att få svar på följande frågeställningar:

- När utfördes rehabiliteringsutredning av arbetsgivaren i relation till första sjukskrivningsdagen?
- När utfördes rehabiliteringsplan av Försäkringskassan?
- Hade avstämningsmöte/rehabiliteringsmöte avhållits och i så fall när?
- Hur lång väntetid var det för åtgärder inom den sjukvården?

## UNDERSÖKT GRUPP

Enkäten delades ut till alla som varit sjukskrivna mer än tre månader samt hade ett läkarrelaterat besök (avstämningsmöte alt enskilt läkarbesök) vid Medhälsan under perioden 051001-051031. Totala antalet utlämnade enkäter var 96 st. Ingen av de tillfrågade tackade nej till att delta. Av dessa återlämnades 74 personer komplett ifyllda enkäter. 17 personer återlämnades ej enkät och fem enkäter ströks (tre s t var ofullständigt ifyllda och två s t hade fått kodningen avlägsnad). Det totala bortfallet blev således 22 enkäter vilket medför att svarsfrekvensen blev 77%.

Kvinnorna utgjorde  $\frac{2}{3}$  av den undersökta gruppen och var något yngre än männen, se tabell 1. Två tredjedelar av kvinnorna var offentligt anställda till skillnad från männen där tre fjärdedelar var privat anställda. Medelåldern i den privata sektorn var högre hos både män och kvinnor.

Tabell 1 Undersökt grupp – anställning och ålder

	Kvinnor	Män	Alla
Antal personer	53	21	74
Offentligt anställda	46%	7%	53%
Privat anställda	25%	22%	47%
Ålder, medel (år)	47,0	56,2	49,6
range	32-62	34-64	32-54
Medelålder offentligt anställda (år)	47,2	56,8	48,4
Medelålder privat anställda (år)	46,7	56,0	51,0

Tabell 2 Sjukskrivningstidens längd (medelvärden) mätt från första registrerade sjukskrivningsdagen

	Kvinnor	Män	Alla
Offentlig anställda (dagar)	551	564	553
range	102-2192	239-1261	
Privat anställda (dagar)	454	493	472
range	115-947	142-1986	
Alla anställda	516	510	515
range	102-2192	142-1986	
Deltidsjukskrivning, offentlig sektor	62%	(40%)	59%
Deltidsjukskrivning, privat sektor	79%	44%	63%
Deltidsjukskrivning, alla	68%	43%	61%
Inlett sjukskrivningsperioden med deltidssjukskrivning	11%	10%	11%

Av tabell 2 framgår att sjukskrivningstiderna var påtagligt långa. I medeltal har patienterna varit sjukskrivna 515 dagar, d v s 17 månader. De längsta sjukfallen hade



pågått i över fem år. Kvinnorna hade i större utsträckning vid något tillfälle varit deltidssjukskrivna än männen. Av hela gruppen hade 11 % inlett sin sjukskrivning på deltid. Deltidssjukskrivning innebär här att patienten vid minst ett tillfälle under processen varit deltidssjukskriven.

Tabell 3 Fördelning av diagnoser

	Kvinnor	Män	Alla
Offentligt anställda	34	5	39
Psykiatrisk diagnos	65%	60%	64%
Rörelseapparat	32%	40%	33%
Övriga diagnoser	3%	0	
Mer än en diagnos	9	0	
Privat anställda	19	16	35
Psykiatrisk diagnos	47%	38%	43%
Rörelseapparat	47%	25%	37%
Övriga diagnoser	6%	38%	20%
Mer än en diagnos	7%	29%	

Inom offentlig sektor hade två tredjedelar av de sjukskrivna kvinnorna en psykiatrisk diagnos, se tabell 3. Inom privatsektor var psykiatriska diagnoser lika vanliga som rörelseapparatsdiagnoser. Bland privatanställda män hade en tredjedel fler än en diagnos.

#### Bortfallsgruppen

Av de 22 personer som ej lämnat fullständiga enkätsvar var 20 kvinnor. De hade betydligt längre medelsjukskrivningstid (788 dagar för offentligt anställda och 837 dagar för privat anställda) än den undersökta gruppen och de var också i högre grad deltidssjukskrivna.

## METOD

Samtliga besökslistor till läkare under oktober månad genomgicks och de som uppfyllde kriterierna på minst tre månader sjukskrivning vid besökstillfället markerades i tidboken. De som markerades deltog antingen i enskilda läkarbesök eller i avstämningsmöten där läkare deltog. De fåtal patienter som ev. fick sin sjukskrivning förlängd via en telefontid inkluderades ej. I samband med att personen kom till receptionen tillfrågades de av receptionspersonalen om de ville delta i en undersökning gällande rehabilitering vid sjukskrivning. De hade sedan möjlighet att fylla i enkäten i väntrummet och lämna denna i en för ändamålet utställd brevlåda. Ett kort brev medföljde enkäten med förklaring av syftet och hanteringen av sekretess. Enkäterna kodades med löpnummer och med personuppgifter på separat lista. Om frågor uppstod besvarades de av behandlade läkare. Till personer som önskade fylla i enkäten senare delades på förfrågan ett förfrankerat kuvert ut. Ett tiotal enkäter hemsändes per post med svarskuvert då de ej blivit utdelade vid anmälan i receptionen. Ingen påminnelse utgick till de som ej besvarade enkäten.

Med hjälp av kodningen kunde i efterhand enkätuppgifter kompletteras utifrån patientjournaler gällande exakt datum för inledning av sjukskrivning, diagnos, behandlande läkare, arbetsgivare samt sända remisser. Angivna datum för avstämningsmöten etc kontrollerades och specificerades när uppgifter fanns i journal. När detta var utfört avkodades enkäterna och bearbetades anonymt.

Enkäten bestod av inledande frågor angående ålder, kön, yrke samt utbildning. Därefter följde frågor om sjukskrivningsstart och om deltidssjukskrivning förekommit. Beträffande rehabiliteringsutredning, rehabiliteringsplan samt avstämningsmöte frågades när detta hade skett samt på vems initiativ det skedde. Remitteringar till specialist, kurator, sjukgymnast, röntgen samt övriga efterfrågades om det skett och när. Vidare ställdes frågor om sjukskrivning inletts någon annanstans än FHV och vem som initierat kontakt med FHV. Utförda åtgärder på arbetet för att underlätta arbetsåtergång eftersöktes. Personerna tillfrågades om hur de såg på sin framtida arbetsförmåga. Slutligen fanns möjlighet att själv föreslå underlättande åtgärder/önskemål för arbetstidsökning

Följande approximationer gjordes när exakt datum ej kunde utläsas ur enkät eller journal:

- När endast månad kunde fastställas sattes datum till den 15:e denna månad. Vid tidsintervall registrerades det datum som var mitt i t ex maj-juni registrerades med 1/6. Större intervall än två månader förekom ej.
- Datum för start av sjukskrivning registrerades vid första kontakttillfället med läkare och utfärdande av sjukintyg. Således ingick ej den första veckan med egen sjukskrivning vid beräkningen.
- Vid beräkning av sjukskrivningens längd avräknades samtliga enkäter mot 051015, för att skapa enhetlighet då besöksdatum ej var angivet i enkäten.
- När diagnos registrerades utgicks från första diagnos på det datoriserade läkarintyget som huvuddiagnos.

Samtliga beräkningar genomfördes manuellt. Tidsförlopp avrundades till antal hela dagar.

## RESULTAT

### Rehabiliteringsutredning

För endast en fjärdedel av de anställda utfördes rehabiliteringsutredning inom lagstadgad tidsrymd och för nästan dubbelt så många utfördes utredningarna för sent, se figur 1. För en fjärdedel utfördes ej någon rehabiliteringsutredning alls. Av de gjorda utredningarna kom en något större del kvinnorna till godo, 79% av kvinnorna fick en utredning gjord medan männen erhöll en utredning i 65% av fallen. Rehabiliteringsutredning gjordes oftare hos offentligt anställda (78%) jämfört med 66% hos privat anställda. Inom offentlig sektor gjordes utredningarna i genomsnitt efter 212 dagar ( 286 dagar för kvinnor och 154 dagar för män.). Således fick männen i medeltal sin utredning gjord nästan 4 månader tidigare än kvinnorna. Hos de privata arbetsgivarna utfördes utredningen snabbare (inom 166 dagar) och könsfördelningen var omvänd och ( 112 dagar för kvinnor och 257 dagar för män). Här fick kvinnorna sin utredning mer än 4 månader tidigare än männen.

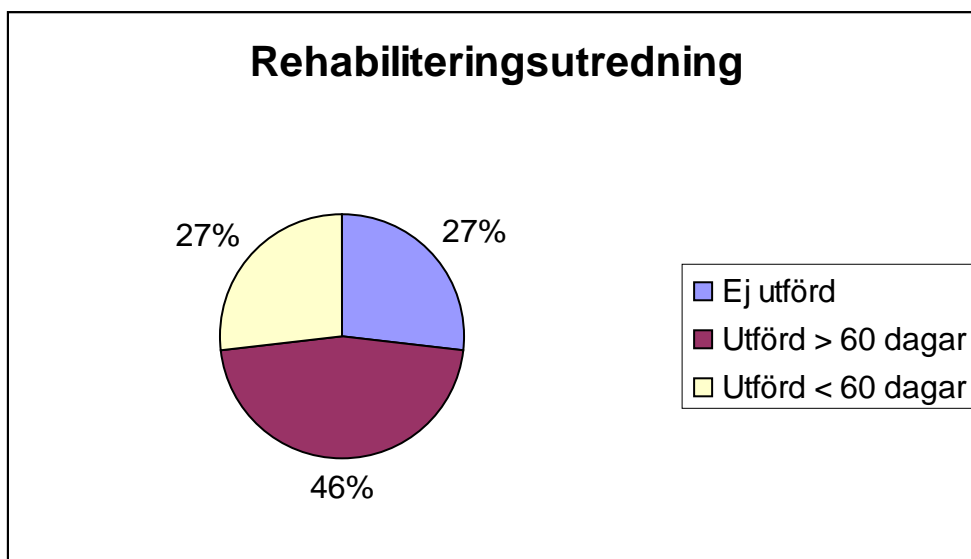


Fig 1: Väntetider på rehabiliteringsutredning.

### Rehabiliteringsplan

Försäkringskassan utförde rehabiliteringsplan i 58 % av fallen. 7 % av dessa utfördes inom den lagenliga tiden 90 dagar. I medeltal utfördes planen 328 dagar (10,5 månader) efter första sjukskrivningsdag. Snabbast utfördes den för privatanställda kvinnor (205 dagar). Därefter följde offentliganställda män (311 dagar), offentliganställda kvinnor (360 dagar) och slutligen privatanställda män (478 dagar). Skillnaden mellan privatanställda kvinnor och privatanställda män var 273 dagar dvs 9,5 månader. En större andel rehabiliteringsplaner utfördes för kvinnor, 64 % jämfört med 44 % för män. I sex av fallen var det oklart om rehabiliteringsplan hade gjorts eller ej.

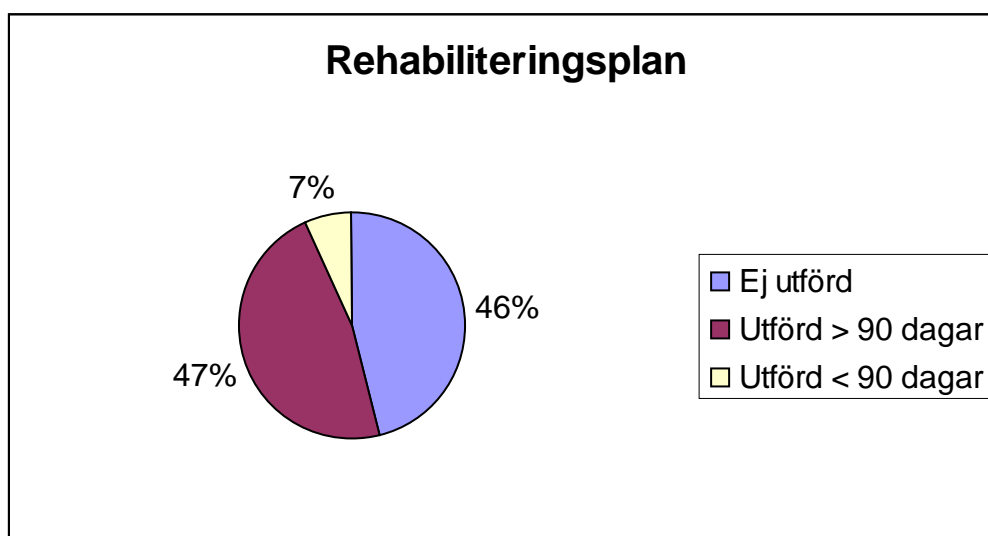


Fig. 2 Väntetider på rehabiliteringsplan

#### Utfört avstämningsmöte

För både kvinnor och män hade avstämningsmöte genomförts i 60% av fallen och dessa genomfördes i medeltal efter 328 dagar (d vs 10,7 månader). Skillnaden här var även störst mellan privatanställda kvinnor och män. Kvinnorna fick möte efter 247 dagar medan männen fick efter 535 dagar. Således fick kvinnorna sitt möte 288 dagar tidigare, d v s 9,4 månader före männen. Mellan offentliganställda kvinnor (388 dagar) och män (317 dagar) var det 71 dagars skillnad. Männen fick sitt möte två månader före kvinnorna.

#### Väntetiden till sjukvården

Tabell 4 Antalet avsända remisser fördelade på yrkeskategori.

	Antal sända remisser	Medelväntetid	Range	Kommentar
Specialistvård	25	88	28-205	Ytterligare 3 pat. remitterades via VC
Beteendevetare	26	22	2-105	9 pat. hade redan pågående behandling
Sjukgymnast	15	38	7-153	7 pat. hade pågående behandling
Övrigt	24	32	19-51	19 remisser avsåg röntgen inkl MR

Som framgår av tabell 4 var väntetiden till specialistvård i medeltal 88 dagar. De längre väntetiderna gällde remisser till ortopedmottagningen. Väntetid till beteendevetare var 22 dagar samtliga remisser sändes internt inom företagshälsovården. Till sjukgymnast externt var väntetiden 38 dagar. Noterbart var antalet patienter som redan innan sjukskrivningsstarten hade inlett behandling hos beteendevetare eller sjukgymnast.

## Utförda åtgärder på arbetsplatsen

Av de tillfrågade uppgav 69% att inga åtgärder vidtagits på arbetsplatsen, 6% visste ej om någon åtgärd utförts medan åtgärder utförts för resterande fjärdedel.

## Syn på arbetsförmåga

I enkäterna frågades också efter de sjukskrivnas egen syn på sin framtida arbetsförmåga. 43 % trodde att deras arbetsförmåga skulle öka i framtiden. 39 % ansåg att den skulle vara oförändrad. 15 % trodde att den skulle minska framledes. 3 % svarade vet ej. Kvinnorna gav en något mer positiv bild av en framtida ökande arbetsförmåga jämfört med männen, 45 % resp.38 %. Bland de som uppgav att arbetsförmågan skulle minska i framtiden fanns ingen könsskillnad.

## DISKUSSION

Enligt lagen om allmän försäkring skall arbetsgivare kartlägga rehabiliteringsbehovet och vidta åtgärder [9]. Utredning skall utföras inom fyra veckor och skall vara insänd till försäkringskassa inom åtta veckor från första sjukskrivningsdagen alternativt från den dag då den försäkrade begärt att utredning skall utföras. En tidigare studie har visat att arbetsgivare endast i 29 % av fallen med långtidssjukskrivna utfört någon utredning/åtgärd [2]. I en annan studie på kvinnor med rygg- och nackbesvär hade 38 % ej erhållit rehabiliteringsutredning efter ett år [6]. I vår studie utfördes och insändes rehabiliteringsutredning i 27 % av fallen inom lagstadgade 60 dagar. I 73 % inkom ej utredningen i tid, 46 % utfördes för sent och 27 % var den inte alls utförd. Således fick enbart fjärdedel av de långtidssjukskrivna en utredning gjord i tid. Väntetiden på den insända rehabiliteringsutredningen var i medeltal 223 dagar i relation till första sjukskrivningsdagen, d v s i medeltal 163 dagar försening, d v s fem månader försenade.

I vår studie utfördes i 31 % av fallen anpassning på arbetsplatsen. Andra undersökningar har visat på att 29 % [2, 4] erhåller åtgärder via arbetsgivaren. I en studie med enbart kvinnor hade dessa efter ett år i 9% av fallen erhållit någon form av rehabiliterande åtgärder från arbetsgivaren [6]. Sex av tio heltidssjukskrivna uppger däremot att de skulle kunna arbeta en del av sin arbetstid om de kunde bestämma över sin arbetssituation [1].

Från arbetsgivarna har det framförts att de saknar kunskap om rehabilitering. Samtidigt så är arbetsgivaren enligt Arbetsmiljölagen skyldig att införskaffa denna kunskap om han själv saknar den [8]. 67% av de långtidssjuka är anslutna till företagshälsovård men endast en tredje del av dessa har varit i kontakt med sin FHV i samband med sin sjukskrivning [2].

Försäkringskassan har enligt lag det samordnade ansvaret och skall inom 75-90 dagar utfärda en rehabiliteringsplan. I denna undersökning erhöll endast 7 % denna plan i tid. 46 % erhöll en plan men försenat. 46 % hade ej erhållit någon plan. Genomsnittlig väntetid för att erhålla en plan var 223 dagar, d v s sju månader efter sjukskrivningsstart. Tidigare undersökningar visar att 34 % har haft kontakt med försäkringskassan för att diskutera arbetsåtergång inom ett år från sjukskrivningsstart [2]. För vidtagna åtgärder var motsvarande siffra efter ett år 27 % [2]. I en undersökning av försäkringskassan akter av långtidssjukskrivna fanns noteringar i 43 % av dessa att rehabiliteringsplan var upprättad, 57 % saknade helt kommentar [3].

Avstämningsmöte skall avhållas inom två veckor efter inkommen rehabiliteringsutredning, dvs ej senare än efter 75 dagar. I vår studie hade rehabiliteringsmöte utförts vid något tillfälle i 58% av fallen och medeltiden för ett mötes avhållande var 328 dagar, d v s 10.5 månader. Motsvarande tidsmätt har ej kunnat återfinnas separat i någon undersökning men finns sannolikt dolt i tidigare undersökningar i form av åtgärder från arbetsgivare eller försäkringskassa.

Beträffande väntetider till sjukvård höll sig stora delar till de lokala politiska besluten om väntetid. Specialistvård erhöles inom 88 dagar i medeltal. Studier som konkret tar

upp fördröjning av rehabiliteringsprocessen som konsekvens av väntetider i vården saknas. Att enbart jämföra mot uppkomna väntetider känns ej relevant, då annan rehabilitering kan pågå parallellt.

Vår studie begränsades till de personer som besökte FHV medan rehabiliteringsfall som sköts via telefon inte ingick. För personer inom den senare gruppen fungerar oftast rehabiliteringsprocessen väl. Inga arbetslösa personer ingick i undersökningen. Vid jämförelse med statistik riket innehöll vår studie fler kvinnor, 71 % jfr med 64 %. Vår studie inkluderade personer som varit sjukskrivna 90 dagar eller mer medan de jämförande siffrorna baserar sig på en sjukskrivning överstigande 30 dagar i riket [www.forsakringskassan.se, dec 2005]. I vår studie var andelen diagnoser från rörelseapparaten samma som i riket medan andelen psykiatriska diagnoser var fördubblade, 54 % resp 26 % (jämförelse med sjukskrivna >60 dagar i riket 2003) [4].

Beträffande medeltal för sjukskrivningstid jämfört med långtidssjukskrivna (>60 dagar) i riket var sjukskrivningstiden i den undersökta gruppen relativt likartad. För kvinnor var det 516 dagar jämfört med riksgenomsnittet 532, för män 510 dagar jämfört 500. Hela gruppen sjukskrivningslängd var i medeltal 512 dagar att jämföra med 521 dagar för riket [7].

Vidare skall också beaktas att undersökningen har gjorts vid en enda företagshälsovård samt samarbetet mot en lokal försäkringskassa, vilket begränsar generaliserbarheten. Dock visar jämförelse med andra undersökningar att tidsfördröjningarna var avsevärda och så pass stora att slumpvariationer ej torde kunna förkorta väntetiderna så att lagstadgade gränser skulle kunna ha uppnåtts [1, 2, 3, 6].

Bortfallsgruppen bestod till större del av kvinnor mest från offentlig sektor och med mycket lång sjukskrivningstid. De hade sannolikt haft ändå längre väntetider varför bortfallet bidrar till att de väntetider som studien visar nog är en underskattning av verkliga förhållanden.

I vår studie samt i de få studier som finns att tillgå påvisas att de basala delarna i rehabiliteringsprocessen ej fungerar inom lagstadgade tidsramarna. Rehabiliteringsutredningar, rehabiliteringsplaner och de nytillkomna avstämningsmötena utförs ofta med kraftiga förseningar eller inte alls. Arbetsplatserna anpassas ej heller speciellt ofta för att underlätta återgång till arbete. Arbetsgivarna har ett lagstadgat ansvar för detta och även för att införskaffa kunskap att utföra dessa åtgärder t ex genom anslutning till företagshälsovård. En tredjedel av långtidssjukskrivna anställda saknar företagshälsovård och av de sjukskrivna anställda som är anslutna till FHV är det endast en tredjedel som har kontakt med denna [2].

Ovanstående väcker frågan om lagstiftarna och mediadebatten fokuserar vi på rätt delar av sjukskrivningsproblematiken? Den aktuella debatten gällande långtidssjukskrivningarna gäller idag de enskilda sjukskrivna, läkares attityder till sjukskrivning och väntetider inom vården medan den tidigare debatten om företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsprocessen har tystnat. Samtidigt förekommer i praktiken en haltande rehabiliteringsprocess med långa väntetider som bryter mot gällande lagstiftning. Det är anmärkningsvärt att detta ej

diskuteras. Noterbart är också att SBU medvetet avstår att granska rehabiliteringsprocessen i sin utredning. Frågan är om en adekvat rehabilitering verkligen sker när basen för processen med rehabiliteringsplan, rehabiliteringsutredning och avstämningsmöte fungerar så bristfälligt..

Få åtgärder har föreslagits för att påskynda rehabiliteringsprocessen och bland dess ingår ej lagstadgade sanktioner mot arbetsgivare som ej följer lagstiftningen eller åtgärder mot myndigheter som ej fullgör sitt uppdrag enligt lag. Åtgärder har föreslagits mot väntetider i sjukvården men då landstingen ej prioriterar rehabilitering torde detta endast få marginella effekter. Om nuvarande ansvarsfördelning ska kvarstå behöver åtgärder vidtas så att grundläggande delar i processen startar i tid och processen fungerar som det är lagstiftat. .

Företagshälsovårdens ansvar och deltagande i processen bör också diskuteras. Med dagens lagstiftning kommer kompetensen endast en tredjedel av de långtidsjukskrivna till godo och med de väntetider som föreligger i rehabiliteringsprocessen riskerar FHV att kopplas in alltför sent för den majoritet av patienter som sjukskrivs av annan vårdgivare.

Positivt är dock den potential att återgå till arbete som finns hos de sjukskrivna. I vår studie tror 43 % att deras arbetsförmåga kan öka. Andra undersökningar visar att ungefär hälften av en grupp sjukskrivna (>15 dagar) tror sig kunna återgå till normal arbetstid inom ett halvt år [1]. Det vore synd om denna potential skulle gå förlorad p g a av en försenad rehabiliteringsprocess och att lagstadgade tider för rehabiliteringsåtgärder ej följs.



### *Litteraturreferenser*

1. Eklund M, Jonasson B, Sunden A. Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. RFV analyserar 2002:16
2. Eklund M, Ossowick M. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. RFV analyserar 2004:8
3. Hansen Falkdahl A. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång till arbete. Viktiga faktorer för tidig bedömning. Avhandling Umeå universitet 2005.
4. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron- sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut 2004:15.
5. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron- problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet 2005.
6. RFV Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser- kvinnors hälsa och återgång till arbete. Rygg och nacke 7. RFV 2000.
7. RFV Årsredovisning budgetåret 2004 – Socialförsäkringen. RFV 2005
8. Svensk författningssamling SFS 1977:1160 Arbetsmiljölagen.
9. Svensk författningssamling SFS 1962:381 Lagen om allmän försäkring, inkl ändringar 2004:781, 2004:1238, 2004:1239