

Fokus på åtgärder

– En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet

Betänkande av Rehabiliteringsutredningen

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:107

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2006

ISBN 978-91-38-22665-0
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Christina Husmark-Pehrsson

Regeringen beslutade den 21 april 2005 att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (dir. 2005:48). Genom tilläggsdirektiv den 1 december 2005 (dir. 2005:127) utökades uppdraget. Genom tilläggsdirektiv den 20 april 2006 (dir. 2006:51) och den 31 augusti 2006 (dir. 2006:92) förlängdes utredningstiden till den 1 oktober 2006 respektive till den 1 december 2006.

Chefsjuristen vid Medlingsinstitutet Kurt Eriksson förordnades som särskild utredare fr.o.m. den 21 april 2005. Som sekreterare i utredningen anställdes hovrättsassessorn Marianne Lishajko och avdelningsdirektören Bodil Ljunghall fr.o.m. den 1 juni 2005. Utredningens assistent har varit Ann-Charlotte McCarthy.

Till sakkunniga i utredningen förordnades fr.o.m. den 13 juni 2005 kanslirådet Henrik Jansson, Socialdepartementet, samt departementssekreterarna Tommy Larsson, Näringsdepartementet, Hugo Lindgren, Socialdepartementet, Mona Stål, Näringsdepartementet och Marie Åkhagen, Näringsdepartementet. Samtidigt förordnades följande experter att ingå i utredningen: enhetscheferna Kerstin Ahlberg, Arbetslivsinstitutet, Ywonne Strempl, Arbetsmiljöverket och Ingrid Wangerud, Försäkringskassans huvudkontor. Den 22 november 2005 förordnades ämnesrådet Magdalena Brasch, Finansdepartementet som sakkunnig och utredaren Lisbeth Lidbom, AMS som expert. Den 10 januari 2006 ersattes Hugo Lindgren av ämnessakkunnige Leif Westerlind, Socialdepartementet. Den 1 februari 2006 ersattes Henrik Jansson av kammarrättsassessorn Göran Wickström, Socialdepartementet.

Följande representanter för arbetsmarknadens parter har också knutits till utredningen genom en referensgrupp: Alf Eckerhall, Svenskt Näringsliv, Kerstin Hildingsson, SACO, Christina Järnstedt, LO, Jens Karlsson, Företagarna, Karin Lien Olofsson, Arbetsgivarverket, Alicia Lycke, TCO och Johanna Read Hilmarsdottir,

Sveriges Kommuner och Landsting. Den 20 oktober 2005 ersattes Johanna Read Hilmarsdottir av Eva Thulin Skantze och Hedda Mann. Den 15 augusti 2006 avsåg sig Alicia Lycke sitt uppdrag. Den 6 oktober 2006 ersattes Jens Karlsson av Maria Hagberg Forss.

Samråd har skett med Utredningen om arbetsmiljölagen (dir. 2004:91). På grund av tidsbrist har inget samråd ägt rum med Näringslivets regelnämnd (NNR).

Utredningen, som antagit namnet Rehabiliteringsutredningen, får härmed överlämna betänkandet *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet* (SOU 2006:107). Utredningen har härmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm den 6 december 2006.

Kurt Eriksson

/Marianne Lishajko, Bodil Ljunghall

Innehåll

Förkortningar	19
Sammanfattning	21
Författningsförslag	31
1 Uppdraget och dess redovisning	41
1.1 Direktiven.....	41
1.2 Betänkandets disposition.....	42
1.3 Utredningsarbetet.....	42
2 Några av de utredningar som ägt rum sedan rehabiliteringsreformen trädde i kraft och de förslag som lämnats	43
2.1 Inledning.....	43
2.2 Bakgrund	43
2.2.1 Anpassningsgrupper infördes och försvann	44
2.2.2 Rehabiliteringsberedningens betänkande SOU 1988:41	45
2.2.3 Prop. 1990/91:141.....	46
2.2.4 Prop. 2002/03:89.....	47
2.3 Betänkanden efter rehabiliteringsreformen.....	47
2.3.1 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar – Betänkande av AGRA-utredningen (SOU 1998:104)	48

2.3.2	Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum – Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen (SOU 2000:78).....	52
2.3.3	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5).....	55
2.3.4	Utveckling av god företagshälsovård, ny lagstiftning och andra åtgärder – Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning (SOU 2004:13)	59
2.4	Övriga utredningar.....	61
2.4.1	Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter (RFV ANSER 1999:8).....	61
2.4.2	Ett effektivt rehabiliteringsarbete? Om försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster (Statskontoret, 2001).....	63
2.4.3	RFV och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering (Uppdrag enligt regeringsbeslut 2003-01-23).....	64
2.4.4	Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering (RiR 2004:21)	66
2.5	Sammanfattning.....	68
3	Sjukfrånvaron och dess orsaker	71
3.1	Utveckling av sjukfrånvaron.....	71
3.1.1	Allt fler har sjuk- eller aktivitetsersättning men tillflödet minskar.....	74
3.1.2	Regionala skillnader i sjukfrånvaron.....	76
3.1.3	Deltidssjukskrivningarna ökar	77
3.1.4	Allt färre har rehabiliteringsersättning	77
3.1.5	Kostnaderna för sjukskrivningar och sjukersättning minskar.....	77
3.2	Diagnoser i pågående sjukfall	78
3.3	Skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor.....	80
3.4	Sjukskriven och anställd.....	81

3.5	Sjukfrånvaron i små företag.....	81
3.6	Sjukskriven i stället för arbetslös	83
3.7	Varför ökade sjukfrånvaron i slutet av 90-talet?	84
3.7.1	Folkhälsan	85
3.7.2	Arbetslivets villkor	87
3.7.3	Äldre befolkning.....	89
3.7.4	Administrativa tillkortakommanden	89
3.7.5	Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare	90
3.7.6	Ekonomiska drivkrafter för individen.....	91
3.7.7	Sjukvårdens flaskhalsar.....	91
3.7.8	Attityder till sjukskrivning	92
3.8	Varför minskar sjukfrånvaron nu?	93
3.8.1	Försäkringskassans arbete med att minska sjukfrånvaron	94
4	Uppföljning av ett år med särskild sjukförsäkringsavgift, den så kallade medfinansieringen.....	97
4.1	Bakgrund	97
4.2	Utvärdering av effekterna av arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenningkostnader, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU 2006-06-30	99
4.3	Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen, Försäkringskassans rapport till Regeringen 2006-06-29	100
4.4	Medfinansieringsreformen – piska, morot eller ingetdera? Erfarenheter av effekter av arbetsgivarnas medfinansiering i tre nordliga och tre sydliga län, Umeå universitet 2006-06-30	103
4.5	Medfinansieringen ur ett arbetsgivarperspektiv, delrapport juni 2006, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.....	105
5	Sjuklön, sjukpenning och rehabilitering	107
5.1	Sjukdomsbegreppet.....	107

5.2	Sjuklöneperioden.....	107
5.3	Bedömning av rätt till sjuklön	108
5.4	Sjukanmälan av arbetsgivaren	108
5.5	Försäkran/begäran om sjukpenning.....	108
5.6	Medicinskt underlag.....	109
5.7	Särskild sjukförsäkringsavgift.....	109
5.8	Rätt till sjukpenning.....	110
5.8.1	Steg-för-steg-modellen	110
5.9	Rehabiliteringsutredning	112
5.10	Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket	114
5.11	Avstämningsmöte.....	114
5.12	Rehabiliteringsåtgärder	115
5.12.1	Arbetsträning	115
5.12.2	Utbildning	116
5.13	Rehabiliteringsplan.....	116
5.13.1	Insatser som faller utanför krav på en rehabiliteringsplan.....	117
5.14	Rehabiliteringsersättning	117
5.15	Arbetshjälpmedel	118
6	Arbetsmiljölagen.....	121
6.1	Systematiskt arbetsmiljöarbete.....	121
6.2	Anpassning av arbetssituationen	122
6.3	Tillsyn	123
7	Användning av verktygen rehabiliteringsutredning, avstämningsmöte och rehabiliteringsplan	125
7.1	Statistik från Försäkringskassan.....	125
7.2	Rehabiliteringsutredning	126

7.2.1	Innehållet i rehabiliteringsutredningar.....	128
7.2.2	Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket för att få in rehabiliteringsutredningar.....	130
7.3	Avstämningsmöte	131
7.3.1	Antalet individer som fick en rehabiliteringsutredning eller ett avstämningsmöte under år 2005	132
7.4	Rehabiliteringsplan	133
7.5	Efter ett års sjukskrivning	134
8	Övriga aktörers uppdrag och ansvar	135
8.1	Inledning.....	135
8.2	Hälso- och sjukvården.....	135
8.3	Kommunerna.....	136
8.4	Arbetsförmedlingens ansvar för arbetslösa	137
9	Lagstiftning med nära anknytning till uppdraget	139
9.1	Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder	139
9.1.1	Bakgrund	139
9.1.2	Bestämmelsernas innehåll i nuvarande ordning.....	140
9.1.3	Tillämpas främjandelagen i praktiken?	143
9.1.4	Tidigare förslag gällande ändring av främjandelagen.....	144
9.2	Vissa sekretessbestämmelser	144
9.2.1	Hälso- och sjukvården.....	145
9.2.2	Arbetsgivare	145
9.2.3	Försäkringskassan.....	145
9.2.4	Den enskilde	147

10	Definitioner av begreppen rehabilitering och anpassning	149
10.1	FN:s definition av rehabilitering	149
10.2	Vad har sagts om begreppet rehabilitering i förarbetena till lagen om allmän försäkring?	150
10.2.1	Medicinsk rehabilitering	150
10.2.2	Social rehabilitering	150
10.2.3	Arbetslivsinriktad rehabilitering	150
10.3	Vad har sagts om begreppet anpassning och rehabilitering i förarbetena till arbetsmiljölagen?	152
10.4	Vad har sagts om de olika begreppen i AFS 1994:1?	153
10.5	Vad har sagts om begreppen rehabilitering och anpassning i utredningar som ägt rum efter rehabiliteringsreformen?	154
10.5.1	Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (SOU 1998:104)	154
10.5.2	Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78)	156
10.5.3	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)	157
10.6	Övrigt	157
10.7	Några slutsatser	158
11	Gränser för arbetsgivarens rätt att avsluta anställningen	161
11.1	Saklig grund för uppsägning	161
11.2	Omplaceringsskyldighet	162
11.3	På vilket sätt har Arbetsdomstolen prövat arbetsgivarens rehabiliteringsansvar?	163
11.4	Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt Arbetsdomstolens praxis	164
11.4.1	Sammanfattning av Arbetsdomstolens rättsliga utgångspunkter	164

11.4.2 Några gränser för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar utifrån Arbetsdomstolens domar.....	166
12 Arbetstagarorganisationernas medverkan	173
12.1 Allmänt	173
12.2 Medbestämmandelagen	174
12.2.1 Information.....	174
12.2.2 Förhandlingar.....	175
12.3 Arbetsmiljölagen.....	176
12.3.1 Reglerna i AML	176
12.3.2 Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering – AFS 1994:1.....	179
12.4 Lagen om allmän försäkring.....	179
12.5 Några kollektivavtal.....	180
12.5.1 Kommuner och landsting.....	180
12.5.2 Staten	181
12.5.3 Privat sektor.....	181
13 Finansiering av rehabiliteringsinsatser – gällande regler	183
Bakgrund.....	183
13.1 Förslag och synpunkter i några tidigare utredningar och rapporter.....	184
13.2 Högst fem procent av sjukpenninganslaget kan användas till samverkan inom rehabiliteringsområdet.....	185
13.3 Försäkringskassans anslag för att finansiera insatser inom rehabiliteringsområdet, de så kallade särskilda medlen	186
13.4 Försäkringskassans riktlinjer för köp av utredningar och rehabiliteringstjänster	186

13.5	Användning av Försäkringskassans särskilda medel till utredningar och aktiva rehabiliteringstjänster	188
13.5.1	Köp av utredningar	190
13.5.2	Köp av aktiva åtgärder	191
13.5.3	Försäkringskassans kostnad per köp	194
13.6	Arbetshjälpmedel	195
13.7	Ersättning till individen under pågående rehabiliteringsinsats.....	196
14	Arbetslivsinriktad rehabilitering – resultat	197
	Bakgrund	197
14.1	Vem får insatser?	197
14.2	De sjukskrivnas uppfattning om rehabiliteringsinsatser	198
14.3	Vilka insatser erbjuds?	199
14.4	Effekter av olika typer av insatser	200
14.5	Utbildning ger positivt resultat på kort och lång sikt.....	202
15	EG-rätten och internationella konventioner	205
15.1	EG:s ramdirektiv om arbetsmiljö	205
15.2	Arbetslivsdirektivet	206
15.3	Europarådets sociala stadga	207
15.4	ILO-konvention nr 159 och rekommendation nr 168.....	207
15.4.1	Innehåll	207
15.4.2	Genomförande av konventionen	209
15.5	ILO-konvention nr 158	209
16	En översiktlig jämförelse med Norge, Finland, Danmark, Tyskland och Nederländerna	211
16.1	Norge	211
16.2	Finland	213

16.3 Danmark.....	215
16.4 Tyskland	216
16.5 Nederländerna.....	217
17 Lönebidrag	221
17.1 Uppdraget enligt tilläggsdirektivet	221
17.2 Syftet med lönebidrag.....	221
17.3 Gällande regelverk.....	222
17.4 Tidigare bestämmelse som gällde lönebidrag till redan anställda	223
17.5 Anställda med lönebidrag – statistik.....	224
17.6 Betänkandet Arbetskraft SOU 2003:95	226
17.6.1 Direktivet	226
17.6.2 Utredningen.....	226
17.6.3 Lönebidragsutredningens förslag	230
18 Varför har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte fungerat?	233
18.1 Lagstiftningens krav uppfattas som svåra eller meningslösa att leva upp till	233
18.2 Brist på ekonomiska drivkrafter för individen	234
18.3 Bristen på sanktioner	234
18.4 Kunskapsbrist hos arbetsgivare.....	235
18.5 Brist på omplaceringsmöjligheter	236
18.6 Brister inom vården	237
18.7 Bristande kunskap om effekterna av rehabiliteringsåtgärder	237
18.8 Osäkerhet om vilka åtgärder som ska finansieras av arbetsgivaren respektive Försäkringskassan.....	238
18.9 Brist på resurser och kompetens på Försäkringskassan	238

18.10	Brister i arbetsgivarnas stödsystem.....	239
18.11	Oklara begrepp inom rehabiliteringsområdet	240
19	Utgångspunkter för överväganden och förslag	241
19.1	Inledning.....	241
19.2	Förstärkning av den enskildes ställning och effektivare rehabilitering.....	241
19.3	Några utgångspunkter	243
19.3.1	Tydligare ansvarsfördelning	243
19.3.2	Renodling av begreppen	244
19.3.3	Arbetsgivarens ansvar bör preciseras så långt det är möjligt.....	245
19.3.4	Fokus på åtgärder och minskad administration	246
20	Kan en arbetsrättslig reglering bidra till lösningen på de problem som finns i dag?	249
20.1	Uppdraget	249
20.2	Offentligrättslig och civilrättslig lagstiftning.....	250
20.3	Hur skulle en arbetsrättslig reglering kunna se ut?.....	251
20.3.1	Reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning	252
20.3.2	Reglering av arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder och tidsgräns för påbörjande	252
20.4	Vad talar för respektive emot en arbetsrättslig lagstiftning?	253
20.4.1	Systematiken	253
20.4.2	Fördelar	254
20.4.3	Nackdelar.....	255
20.5	Införande av tidsgräns när arbetsgivarens åtgärder ska vara påbörjade?	261
20.6	Överväganden.....	263

21 Kan rehabiliteringsreglerna rymmas i Arbetsmiljölagen?	265
21.1 Vad talar för att AML ska inrymma även de delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som i dag finns i 22 kap. AFL?	266
21.2 Vad talar emot att AML ska inrymma även de delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som i dag finns i 22 kap. AFL?	268
21.3 Slutsats	270
22 Rehabiliteringsutredning ersätts med en plan för åtgärder på arbetsplatsen	273
22.1 Arbetsgivaren har ansvar för att tidigt kartlägga, planera och genomföra insatser	275
22.2 Arbetsgivaren och den anställde ska upprätta planen tillsammans och den anställdes fackliga organisation ska underrättas	276
22.3 Innehållet i plan för åtgärder på arbetsplatsen	276
22.4 Planen ska upprättas på begäran av den anställde eller Försäkringskassan och alltid ges in till Försäkringskassan senast efter 90 dagars sjukfrånvaro	277
22.5 Den anställde eller Försäkringskassan kan begära att planen upprättas vid en tidigare tidpunkt	278
22.6 Ökad kvalitet i planerna	279
22.7 Ett alternativ	280
22.8 Försäkringskassans roll i arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen	280
22.9 Hälso- och sjukvårdens roll i planeringen	281
22.10 Avstämningsmötets funktion	282

23	Tydligare roll för de fackliga organisationerna	283
23.1	Uppdraget	283
23.2	Arbetstagarorganisationernas medverkan.....	284
23.3	Hur ska arbetstagarorganisationerna på ett bättre sätt få tillträde till rehabiliteringsprocessen?	284
23.4	Vilken lokala fackliga organisation ska arbetsgivaren informera?.....	286
24	Sanktioner	289
24.1	Bakgrund.....	289
24.2	Allmänt om förseningsavgifter.....	290
24.3	Tre tänkbara sanktionssystem	291
24.3.1	Förseningsavgift som tas ut av Försäkringskassan ...	291
24.3.2	Vite eller sanktionsavgift som tas ut av Arbetsmiljöverket	294
24.3.3	Förhöjd medfinansiering av kostnader för sjukpenning	295
24.4	Slutsatser och förslag	295
24.4.1	Vilket av de tre alternativa sanktionssystemen är det mest lämpliga?.....	295
24.4.2	Vårt förslag om en fast förseningsavgift.....	297
25	Finansiering av rehabiliteringsinsatser	299
25.1	Uppdrag och bakgrund	299
25.2	Beslutsunderlag.....	300
25.2.1	Läkarintyg.....	300
25.2.2	Särskilt läkarutlåtande, SLU	301
25.2.3	Kompletterande utredningar	301
25.3	Vårt förslag	303
25.3.1	Hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar för utredningar	303
25.3.2	Hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar för aktiva åtgärder	304

25.3.3 Arbetsgivarens kostnadsansvar	306
25.3.4 Personer i behov av annat arbete	307
25.3.5 Övriga åtgärder	307
25.3.6 Behövs det ett skydd för kostnader som annars kan bli orimliga för arbetsgivaren?	308
26 Konsekvensanalys	311
26.1 Förseningsavgift.....	313
26.2 Arbetsgivaren ska ha ansvar för att individen får de åtgärder på arbetsplatsen som denne behöver för att kunna återgå i arbete hos nuvarande arbetsgivare.....	314
26.3 Försäkringskassans särskilda medel ska slopas	315
26.4 Förslagets konsekvenser för små företag	316
26.5 Förslagets konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv	317
27 Konsekvensanalys – lönebidrag	319
27.1 Uppdraget.....	319
27.2 Konsekvenser	320
27.2.1 Utgångspunkter	320
27.2.2 I förhållande till anställningsskyddslagen	320
27.2.3 I förhållande till statskassan.....	322
Författningskommentar m.m.	323
Referenser	329
Bilagor	
Bilaga 1–4 Kommittédirektiv.....	333
Bilaga 5 Kortfattade referat av domar i vilka Arbetsdomstolen berört frågan om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar	355

Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AKU	Arbetskraftsundersökning
ALT	Arbetslivstjänster
Ami	Arbetsmarknadsinstitutet
Arbetsmiljölagen/AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMV	Arbetsmarknadsverket
AV	Arbetsmiljöverket
Anställningsskyddslagen/LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
Budgetprop.	Budgetproposition
DoA	Försäkringskassans Diagnos- och arbetsgivarregister
Främjandelagen	Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder
FMC	Försäkringsmedicinskt centrum
FK	Försäkringskassan
ILO	Internationella arbetsorganisationen
Medbestämmandelagen/MBL	Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet
RFV	Riksförsäkringsverket

SCB
Sjuklönelagen/SjLL

SLU
SOU

Sysselsättningslagen

Statistiska Centralbyrån
Lagen (1991:1047) om
sjuklön

Särskilt läkarutlåtande
Statens offentliga
utredningar

Lagen (1971:202) om vissa
åtgärder för att främja
sysselsättning av äldre
arbetstagare på den öppna
arbetsmarknaden

Sammanfattning

Uppdraget

Utredningen har haft i uppdrag att

- pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning,
- pröva möjligheten att reglera arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder samt utreda förutsättningarna för att ange en tidsgräns för när sådana åtgärder ska vara påbörjade,
- överväga om det behövs ytterligare lagstiftning för att säkerställa den enskildes inflytande över den rehabilitering som ska genomföras samt dennes skyldighet att aktivt medverka i rehabiliteringen och att under sjukdomstiden hålla kontakt med arbetsplatsen,
- pröva vilka konsekvenser som utredarens förslag ska få för tillsynen av hur bestämmelserna efterlevs och föreslå effektivare påföljder vid bristande efterlevnad,
- se över Försäkringskassans möjligheter att, inom ramen för sitt samordningsansvar, bidra till finansieringen av arbetslivsinriktad rehabilitering för försäkrade där målet med rehabiliteringen är återgång i arbete hos nuvarande arbetsgivare samt,
- i detta sammanhang dels beakta syftet att ge den försäkrade lämplig rehabilitering, dels särskilt beakta mindre arbetsgivares möjligheter att finansiera sådana åtgärder.

Utredningen ska lämna de förslag till författningsändringar och andra åtgärder som uppdraget kan ge anledning till.

Utredningen har vidare haft ett tilläggsuppdrag att analysera vilka konsekvenserna blir för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande kan lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbas av ett

funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

Den s.k. rehabiliteringsreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992, innebar att arbetsgivaren fick ansvar för rehabiliteringsåtgärder för sina anställda.

Reformen innebar också att Försäkringskassan fick ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne ska återfå sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har sedan 1990 tilldelats medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna.

Arbetsgivaren ska, efter en lagändring den 1 juli 2003, alltid upprätta en rehabiliteringsutredning då den anställde varit frånvarande på grund av sjukdom under längre tid än fyra veckor i följd.

Rehabiliteringsutredningen ska lämnas till Försäkringskassan senast när sjukfallet har pågått i åtta veckor. Från och med den 1 januari 2005 gäller att Försäkringskassan senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning kommit till Försäkringskassan, ska kalla till ett avstämningsmöte om det inte är obehövligt. Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan om det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Bakgrund (kapitel 1–17)

I kapitel 2 har vi gjort en sammanställning av några av de utredningar som ägt rum sedan rehabiliteringsreformen trädde i kraft och även kort sammanfattat de förslag som lämnats i de olika utredningarna. Trots det omfattande utredningsarbetet och ett stort antal förslag på området har mycket litet förändrats i lagstiftningen. Huvudsakligen handlar förändringarna om sjuklöneperiodens längd. Den största förändringen kom nog år 2005 då den särskilda sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare, den s.k. medfinansieringen, infördes.

I kapitel 3 beskrivs utvecklingen av sjukfrånvaron och tänkbara orsaker till detta. Under senare delen av 1990-talet och fram till år 2002 ökade sjukfrånvaron kraftigt. Sjukfallen blev fler och framför allt längre. Sjukfrånvaron har under de senare åren åter börjat sjunka och tillströmningen av nya sjukfall är nu nere på samma nivå som år 1998. Även ökningen av nya fall med sjuk- och aktivitetser-

sättning har upphört, men nybeviljandet ligger fortfarande på en historiskt sett hög nivå.

Regeringen gav under vintern och våren 2005–2006 vissa universitet och forskningsinstitut i uppdrag att utvärdera effekten av den särskilda sjukförsäkringsavgiften, medfinansieringen, som infördes den 1 januari 2005. De första delrapporterna blev klara i juni 2006 och kapitel 4 innehåller en sammanfattning av dessa rapporter.

Det gällande regelverket kring sjukskrivning och rehabilitering som återfinns i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) beskrivs i kapitel 5. Grundläggande för rätten till sjukpenning är att den försäkrade lider av sjukdom och att sjukdomen sätter ned arbetsförmågan. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Den nedsatta arbetsförmågan ska dessutom påverka förmågan att försörja sig genom arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det är arbetsgivaren som i samråd med den anställde ska svara för att hennes eller hans behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Planeringen ska ske i samråd med den enskilde och utgå ifrån dennes förutsättningar och behov. Försäkringskassan ska se till att den enskildes behov av insatser blir klarlagda och att nödvändiga åtgärder vidtas.

Kapitel 6 är en redogörelse av de i sammanhanget viktigaste delarna av arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Den är en ramlag som kompletteras och konkretiseras i arbetsmiljöförordningen (1977:1166) och genom föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna från Arbetsmiljöverket (tidigare Arbetarskyddsstyrelsen). Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållandena och organiserandet av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inträder i och med att arbetsgivaren har anställt en person och denne utför arbete för arbetsgivarens räkning. Lagen gäller även när arbetstagare är frånvarande på grund av sjukdom.

I kapitel 7 redovisar vi tillämpningen av de olika verktyg som AFL anvisar i rehabiliteringsprocessen. AFL är tydligt formulerad kring individens rätt att få en rehabiliteringsutredning och insatser som avstämningmöte och rehabiliteringsplan inom bestämda tidsgränser. Vi pekar på att endast ett fåtal av de sjukskrivna anställda får det stöd lagen föreskriver inom de givna tidsgränserna. Trots att statistiken visar att lagstiftningen inte efterlevs på avsett vis vill vi

betona att de allra flesta sjukskrivna återgår i arbete efter en kortare tids sjukskrivning. Vi vill också säga att det sannolikt är så att de allra flesta sjukskrivna som behöver stöd för att kunna återgå i arbete också får detta utan att det syns i Försäkringskassans statistik.

Det är inte bara arbetsgivare och Försäkringskassa som har ett ansvar i arbetet att ge stöd för återgång i arbete. Kapitel 8 är en genomgång av de övriga aktörernas (kommun, landsting och Arbetsförmedling) ansvar i rehabiliteringsprocessen.

Kapitel 9 innehåller en kort redovisning av lagstiftning som har nära anknytning till uppdraget. I kapitlet redogörs för lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder som innehåller regler som rör varsel i samband med driftsinskränkningar samt regler om åtgärder för att främja anställning av äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. I kapitlet behandlas också vissa sekretessfrågor som kan vara viktiga att belysa i samband med arbetsgivarens ansvar i rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivaren har alltid tystnadsplikt när det gäller uppgifter som rör anställdas hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt och som framkommit i samband med hantering av sjuklön och rehabilitering. Tystnadsplikten gäller alla som handlägger frågor som rör rätten till sjuklön för de anställda eller som deltar i anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Statliga och kommunala myndigheter, arbetsgivare och försäkringsinrättningar är skyldiga att på begäran lämna Försäkringskassan sådana uppgifter om en namngiven person som rör förhållande som är av betydelse för tillämpningen av AFL.

Vi redogör, som nämnts tidigare, i kapitel 5 och 6 för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt AFL och för arbetsmiljöansvaret enligt AML. En fråga som uppkommer är hur rehabiliteringsåtgärder förhåller sig till anpassningsåtgärder. En annan fråga är vad begreppet rehabilitering i vid bemärkelse innebär. Mot denna bakgrund redogör vi i kapitel 10 för vad som framgår av förarbetena till AFL och AML m.m. i dessa frågor.

Kapitel 11 är en genomgång av arbetsgivarens gränser vad gäller rätten att avsluta en anställning och en redovisning av den praxis som utvecklats då Arbetsdomstolen i mål om uppsägningar prövat om arbetsgivaren uppfyllt sitt ansvar för rehabilitering.

Kapitel 12 innehåller en redogörelse för den lagstiftning som finns för stöd för den lokala arbetstagarorganisationens medverkan

i samband med att arbetsgivaren ska upprätta en rehabiliteringsutredning.

Försäkringskassan har olika möjligheter att finansiera insatser som utredning och aktiva rehabiliteringsåtgärder. Det handlar dels om de så kallade särskilda medlen, dels om en möjlighet att använda upp till fem procent av sjukpenninganslaget till insatser i samverkan. I kapitel 13 beskrivs de olika finansieringsmöjligheterna, riktlinjerna för hur medlen ska användas och hur förbrukningen sett ut under de senaste åren.

Det är ett stort problem att kunskapen är begränsad om vilka typer av arbetslivsinriktad rehabilitering som har effekt. I kapitel 14 finns en kort sammanfattning av några olika uppföljningar på området.

Kapitel 15 innehåller en redovisning av EG-rätt och internationella konventioner med anknytning till uppdraget och kapitel 16 en översiktlig redogörelse av lagstiftning på området i fem länder i Europa. Det sista kapitlet i den första delen av betänkandet, kapitel 17, är en genomgång av regelverket kring lönebidrag och hur det tillämpas i dag.

Överväganden och förslag

Efter att ha redovisat att sjukfrånvaron trots att den sjunkit en del fortfarande ligger kvar på en hög nivå och att regelverket kring rehabilitering inte efterlevs redovisar vi i kapitel 18 de erfarenheter vi gjort under utredningens gång kring varför den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte har fungerat.

I kapitel 19 återfinns de allmänna ställningstaganden vi gjort och som ligger till grund för de överväganden och förslag som redovisas i de därpå följande kapitlen.

En arbetsrättslig reglering är inte en lämplig lösning

Enligt direktiven ska vi pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning. Vidare ska prövas möjligheten att reglera arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder. Syftet ska vara att stärka den enskildes ställning och skapa förutsättningar för en effektivare rehabilitering. För att nödvändiga

åtgärder ska vidtas så snart det är medicinskt lämpligt ska vi även utreda möjligheten att ange en tidsgräns för när åtgärder ska vara påbörjade. Åtgärderna ska syfta till att den anställde ska återgå i arbetsgivarens verksamhet. I kapitel 20 redovisar vi varför vi inte anser att det bör införas en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en rehabiliteringsutredning eller rehabiliteringsåtgärder. Istället föreslås vissa ändringar vad gäller arbetsgivarens ansvar i den befintliga lagstiftningen. Utredningen anser att det liksom i dag inte ska gälla någon tidsgräns för när rehabiliteringsåtgärder ska vara påbörjade.

I kapitel 21 har vi övervägt om rehabiliteringsreglerna kan rymmas i AML men funnit att det inte är en bra lösning.

Våra förslag redovisas i kapitel 22-25.

En plan för åtgärder på arbetsplatsen ska på begäran av den anställde eller Försäkringskassan upprättas och senast inom 90 dagar ges in till Försäkringskassan.

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommer alltför sällan i tid och är dessutom många gånger bristfälligt ifylld. Ett krav på en rehabiliteringsutredning i samtliga sjukfall efter fyra veckors sjukfrånvaro leder till en onödig administration för arbetsgivare och Försäkringskassa, eftersom mer än hälften av dem som varit sjukskrivna fyra veckor tillfrisknar inom tre månader. För att öka möjligheten till god kvalitet i underlaget har vi i kapitel 22 redovisat vårt förslag att ersätta den obligatoriska rehabiliteringsutredningen efter fyra veckors sjukskrivning med en plan för åtgärder på arbetsplatsen som arbetsgivaren ska upprätta då den anställde eller Försäkringskassan begär det. Planen ska vara upprättad och lämnas till Försäkringskassan inom 30 dagar från den dag då begäran framställdes till arbetsgivaren. Om ingen framställan gjorts ska en plan upprättas och ges in till Försäkringskassan senast 90 dagar efter det att en sjukanmälan gjordes.

I kapitel 23 redovisar vi vårt förslag kring hur arbetstagarorganisationernas roll ska förtydligas genom att arbetsgivaren ska vara skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisationen som arbetstagaren tillhör när arbetet med att upprätta en plan för åtgärder på arbetsplatsen inleds.

Förseningsavgift på 10 000 kr då en plan inte givits in i tid

I kapitel 24 finns en genomgång av tre olika former för sanktioner, nämligen vite, förseningsavgift och utökad medfinansiering av sjukpenningkostnaderna för arbetsgivaren. Vi föreslår att en förseningsavgift på 10 000 kr ska tas ut om arbetsgivaren inte i tid lämnar en plan för åtgärder på arbetsplatsen till Försäkringskassan.

Ett tydligare åtgärds- och kostnadsansvar för arbetsgivare och hälso- och sjukvård bör införas

Med tiden har arbetsgivarens ansvar blivit allt svårare att definiera och riktigt vad som är orsaken till det är svårt att säga. Till viss del tror vi att uttrycket "rehabiliteringsansvar" bidragit. Vi anser därför att ordet rehabilitering måste bytas ut och att "arbetsgivarens rehabiliteringsansvar" istället ska kallas "arbetsgivarens ansvar för åtgärder på arbetsplatsen" för att betona att det är insatser som syftar till återgång hos nuvarande arbetsgivare som avses.

I kapitel 25 redogör vi för vårt förslag att arbetsgivarens ansvar ska inskränkas till åtgärder på arbetsplatsen som syftar till återgång till nuvarande arbetsgivare. De insatser som kan bli aktuella är vanligtvis arbetsträning, anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter, omplacering samt utbildning till annat arbete hos arbetsgivaren. Det ska i första hand handla om insatser som syftar till återgång till tidigare arbetsuppgifter men om det inte är möjligt eller lämpligt kan det också handla om andra arbetsuppgifter hos nuvarande arbetsgivare. För den som har en arbetsgivare med flera arbetsställen kan det också handla om att få insatser som gör det möjligt att kunna arbeta på annat arbetsställe hos samma arbetsgivare. Även insatser från företagshälsovården kan vara aktuella. Arbetsgivaren ska däremot inte vara skyldig att finansiera utredningar för att fastställa arbetsförmåga eller behov av rehabiliteringsinsatser och inte heller insatser av medicinsk rehabilitering, eftersom detta enligt vårt förslag är ett uppdrag som hälso- och sjukvården ska ha. Genom att låta omfattningen av arbetsgivarens ansvar regleras av arbetsmiljölagens regler om arbetsanpassning och Arbetsdomstolens praxis får man ett sammanhållet regelverk kring arbetsgivarens ansvar för aktiva åtgärder.

Det finns ett problem kring utbidningar som vi vill uppmärksamma i detta sammanhang. Personer som är beredda att på egen

bekostnad satsa på en rejäl kompetenshöjning i form av en flerårig utbildning för att kunna få ett (annat) arbete man klarar av med tanke på sitt funktionshinder, har svårt att finansiera en utbildning på grund av Centrala studiestödsnämndens (CSN) regelverk med avtrappade lånemöjligheter för personer mellan 41 och 50 år. Detta är ett hinder för ”äldre” i behov av omskolning på högskolenivå.

Försäkringskassans särskilda medel för köp av utredningar och aktiva åtgärder ska slopas

Medlen ska användas till en förstärkning inom hälso- och sjukvården som ska tillhandahålla de utredningar och de insatser som behövs för att den som är sjuk ska kunna återgå i arbete.

Även denna fråga behandlas i kapitel 25. Vi föreslår att Försäkringskassans möjligheter att köpa utredningar och läkarutlåtande av olika slag slopas och att utredningsskyldigheten överförs till hälso- och sjukvården. Försäkringskassans särskilda medel kan inledningsvis utnyttjas som förstärkning av statsbidraget till hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ta fram de beslutsunderlag Försäkringskassan behöver.

Vi anser att när regeringsuppdraget att utforma en kvalitetssärad sjukskrivningsprocess är slutfört och hälso- och sjukvården får tydliga riktlinjer för sjukskrivning, och när ett väl utvecklat stöd i bedömning av arbetsförmåga tagits fram finns det inte längre något behov för Försäkringskassan att externt köpa utredningar. Hälso- och sjukvården ska då ha ansvaret att leverera alla de underlag som socialförsäkringen behöver.

Vi anser också att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram riktlinjer för rehabilitering på samma sätt som man redan fått i uppdrag att ta fram riktlinjer för sjukskrivning.

Försäkringskassan och arbetsgivare finansierar för närvarande en hel del insatser som till stor del handlar om den medicinska (psykologiska) behandlingen/rehabiliteringen. Exempel på detta är ryggsador och insatser för ”utbrända” etc. Den grupp sjukskrivna som erbjuds aktiva åtgärder av denna typ har ofta en komplicerad sjukskrivningsbild med en symptomdiagnos av till exempel värk i nacke, axlar eller rygg och inte sällan dessutom en psykiatrisk diagnos och är i behov av multidisciplinära insatser.

Vi anser att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram effektiva och evidensbaserade rehabiliteringsprogram. I första hand bör man

inrikta sig på program anpassade för personer inom de största diagnosgrupperna, de med icke-specifika nack-/ryggbesvär och personer med diagnoser som utmattningsdepression.

Vi anser att effektiva insatser ska erbjudas av hälso- och sjukvården.

En rehabiliteringsgaranti bör byggas in i den befintliga vårdgaranti.

En konsekvensbeskrivning av vårt förslag återfinns i kapitel 26. Vi anser att vårt förslag på en plan för åtgärder på arbetsplatsen kommer att innebära en lättnad i de administrativa bördorna hos såväl arbetsgivare som Försäkringskassan samtidigt som förutsättningarna förbättras för att planen ska kunna upprättas med god kvalitet. Vårt förslag om förseningsavgift bör innebära att planerna i betydligt större utsträckning kommer in i tid. Ett tydligt och avgränsat åtgärds- och kostnadsansvar för arbetsgivare och hälso- och sjukvård bör tillsammans med att Försäkringskassans möjlighet att köpa utredningar tas bort innebära att olika aktörers ansvar blir tydligare. Genom att arbetsgivaren blir skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisationen då en plan ska upprättas får de fackliga representanterna en tydligare roll i arbetet att ge stöd till den som ska åter till arbetet. Den resursbesparing som görs på Försäkringskassan då den obligatoriska rehabiliteringsutredningen slopas och då Försäkringskassan inte längre ska upphandla utredningar och olika former av åtgärder bör väl täcka de ökade administrativa kostnaderna inom länsstyrelsen och domstolsväsendet som kan uppstå då en förseningsavgift ska tas ut.

Slutligen har vi i kapitel 27 redovisat de konsekvenser vi anser följer av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, om det i ett befintligt anställningsförhållande kan lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbas av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381)¹ om allmän försäkring

dels att 20 kap. 10, 10 a, 11, 13 och 13 a §§ samt 22 kap. 3, 5, och 6 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas tre nya paragrafer, 22 kap. 3 a–c §§.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

20 kap.

10 §²

Beslut av Försäkringskassan som har fattats av tjänsteman i ärenden om försäkring enligt denna lag skall omprövas av Försäkringskassan, om det begärs av en enskild som beslutet angår och beslutet inte har meddelats med stöd av 10 a §.

Beslut av Försäkringskassan som har fattats av tjänsteman i ärenden om försäkring *eller avgift* enligt denna lag skall omprövas av Försäkringskassan, om det begärs av en enskild som beslutet angår och beslutet inte har meddelats med stöd av 10 a §.

Vid omprövning får beslutet inte ändras till den enskildes nackdel.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 2004:781.

Om omprövning begärs av ett beslut och det allmänna ombudet överklagar samma beslut, skall Försäkringskassan inte ompröva beslutet. Begäran om omprövning skall anses som ett överklagande.

10 a §³

Försäkringskassan skall ändra ett beslut i ett ärende om försäkring enligt denna lag, som har fattats av Försäkringskassan och inte har prövats av domstol,

1. om beslutet på grund av skrivfel, räknefel eller annat sådant förbiseende innehåller uppenbar oriktighet,

2. om beslutet har blivit oriktigt på grund av att det har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag,

3. om beslutet har blivit oriktigt på grund av uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak.

Försäkringskassan skall ändra ett beslut i ett ärende om försäkring *eller avgift* enligt denna lag, som har fattats av Försäkringskassan och inte har prövats av domstol,

1. om beslutet på grund av skrivfel, räknefel eller annat sådant förbiseende innehåller uppenbar oriktighet,

2. om beslutet har blivit oriktigt på grund av att det har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag,

3. om beslutet har blivit oriktigt på grund av uppenbart felaktig rättstillämpning eller annan liknande orsak.

Ändring skall göras även om begäran om omprövning inte har framställts enligt 10 §. Ändring behöver inte göras om oriktigheten är av ringa betydelse.

Ett beslut får ej ändras till den försäkrades nackdel såvitt gäller förmån som har förfallit till betalning och ej heller i annat fall om det finns synnerliga skäl mot det.

En fråga om ändring enligt denna paragraf får ej tagas upp sedan mer än två år förflutit från det den dag då beslutet meddelades. Ändring får dock ske även efter utgången av denna tid, om det först därefter har kommit fram att beslutet har fattats på uppenbart felaktigt eller ofullständigt underlag eller om det finns andra synnerliga skäl.

³ Senaste lydelse 2004:781.

11 §⁴

Beslut av Försäkringskassan i ärenden om försäkring enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Ett beslut som har fattats av en tjänsteman hos Försäkringskassan får dock inte överklagas av en enskild innan beslutet har omprövats enligt 10 §. En enskilds överklagande av ett sådant beslut innan beslutet har omprövats skall anses som en begäran om omprövning enligt nämnda paragraf.

Ett beslut som rör en person som är bosatt i Sverige överklagas till den länsrätt inom vars domkrets personen hade sin hemortskommun när beslutet fattades. Beslut i övriga fall överklagas till den länsrätt inom vars domkrets det första beslutet i saken fattades.

Med hemortskommun avses den kommun där den fysiska personen var folkbokförd den 1 november året före det år då beslutet fattades. För den som var bosatt eller stadigvarande vistades här i landet under någon del av det år då beslut fattades, men som inte var folkbokförd här den 1 november föregående år, avses med hemortskommun den kommun där den fysiska personen först var bosatt eller stadigvarande vistades.

13 §⁵

Överklagande av beslut i mål eller ärenden om försäkring enligt denna lag skall vara inkommet inom två månader från den dag då klaganden fick del av beslutet eller, om överklagandet anförts av det allmänna ombudet eller Försäkringskassan inom två månader från den dag då beslutet meddelades.

Överklagande av beslut i mål eller ärenden om försäkring *eller avgift* enligt denna lag skall vara inkommet inom två månader från den dag då klaganden fick del av beslutet eller, om överklagandet anförts av det allmänna ombudet eller Försäkringskassan inom två månader från den dag då beslutet meddelades.

⁴ Senaste lydelse 2004:781.

⁵ Senaste lydelse 2004:781.

Vad som sägs i denna paragraf om överklagande skall i tillämpliga delar gälla en begäran om omprövning enligt 10 §.

Försäkringskassans och domstols beslut skall omedelbart gälla, om inte annat föreskrivits i beslutet eller bestäms av den domstol som har att pröva beslutet.

13 a §⁶

I ärenden enligt 4 a § samt 2 kap. 3 a och 3 b §§ gäller bestämmelserna i 10-13 §§ om omprövning och ändring av Försäkringskassans beslut samt om överklagande av Försäkringskassans eller domstols beslut.

Bestämmelserna i 10-13 §§ gäller också Försäkringskassans beslut i ärenden om utfärdande av intyg för tillämpningen av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

22 kap.

3 §⁷

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade *svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.*

Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade *snarast klarlägga den försäkrades behov av och vidta de åtgärder på arbetsplatsen som den försäkrade behöver för att kunna återgå i arbete.*

På begäran av den försäkrade eller Försäkringskassan skall arbetsgivaren i samråd med den försäkrade upprätta en plan för åtgärder på arbetsplatsen som är nödvändiga för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete. Planen skall utgå från den försäkrades individuella förutsättningar och behov.

Planen skall ges in till Försäk-

⁶ Senaste lydelse 2004:781.

⁷ Senaste lydelse 2004:781.

det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avse i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes os arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till Försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas Försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.

ringskassan senast 30 dagar räknat från den dag då begäran enligt andra stycket framställdes hos arbetsgivaren.

Även om ingen begäran enligt andra stycket har framställts skall arbetsgivaren senast då den försäkrade på grund av sjukdom helt eller delvis varit frånvarande från arbetet i 90 dagar i följd ge in en plan till Försäkringskassan.

Arbetsgivaren skall fortlöpande se till att planen följs och att det vid behov görs ändringar i den. Vid väsentliga ändringar i planen skall arbetsgivaren informera Försäkringskassan om dessa.

När arbetsgivaren inleder arbetet med att upprätta en plan skall arbetsgivaren underrätta den lokala arbetstagarorganisation som den försäkrade tillhör. Planen skall därefter upprättas i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om hur en plan för åtgärder på arbetsplatsen skall utformas.

3 a §

En arbetsgivare som inte har lämnat en plan för åtgärder på arbetsplatsen till Försäkringskassan senast då den försäkrade på grund av sjukdom helt eller delvis varit frånvarande från arbetet i 90 dagar i följd skall betala en förseningsavgift på 10 000 kr.

Beslut om förseningsavgift fattas av Försäkringskassan.

Avgiften får efterges om det finns synerliga skäl för det.

Förseningsavgiften tillfaller staten.

3 b §

Bestämmelser om omprövning och ändring av Försäkringskassans beslut samt överklagande av Försäkringskassans och domstolens beslut finns i 20 kap. 10–13 §§.

3 c §

Ett beslut varigenom en arbetsgivare påförs förseningsavgift skall, när beslutet vunnit laga kraft, sändas till länsstyrelsen i det län där Försäkringskassans beslut om förseningsavgifter har fattats.

Avgiften skall betalas till länsstyrelsen inom två månader från det att beslutet vunnit laga kraft. En upplysning om detta skall tas in i beslutet om förseningsavgift.

Om avgiften inte betalas inom

den tid som anges i andra stycket, skall dröjsmålsavgift tas ut enligt lagen (1997:484) om dröjsmålsavgift.

Ett beslut om förseningsavgift får efter sista betalningsdagen verkställas såsom en dom som har vunnit laga kraft. Den obetalda avgiften och dröjsmålsavgiften skall lämnas för indrivning. Bestämmelser om indrivning finns i lagen (1993:891) om indrivning av statliga fordringar m.m. Vid indrivning får verkställighet enligt utsökningsbalken ske.

5 §⁸

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt denna lag.

Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärders vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan skall se till att rehabiliteringsinsatserna påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

Försäkringskassan skall, om det inte är obehövt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens *rehabiliteringsutredning* enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan kalla den försäkrade till sådant avstäm-

Försäkringskassan skall, om det inte är obehövt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens *plan för åtgärder på arbetsplatsen* enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan kalla den försäkrade till sådant avstämningsmöte

⁸ Senaste lydelse 2004:1238.

ningsmöte som anges i 3 kap. 8 a §. som anges i 3 kap. 8 a §.

Saknar den försäkrade arbetsgivare, skall Försäkringskassan, om det inte är obehövt, senast tio veckor efter dagen för sjukansmälan kalla honom eller henne till avstämningsmöte.

6 §⁹

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Planen skall upprättas senast två veckor efter det att arbetsgivarens *rehabiliteringsutredning* enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan eller senast två veckor efter det att Försäkringskassan har gjort en rehabiliteringsutredning.

Planen skall upprättas senast två veckor efter det att *arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen* enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan eller senast två veckor efter det att Försäkringskassan har gjort en rehabiliteringsutredning.

Kan behovet av rehabilitering klarläggas först efter att sådant avstämningsmöte som anges i 3 kap. 8 a § har hållits, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter dagen för mötet.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

⁹ Senaste lydelse 2004:1239.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2007.
 2. För sjukfall vilka har inträffat före lagens i kraftträdande och i vilka rehabiliteringsutredning inte har upprättats före den 1 juli 2007, gäller de nya bestämmelserna.
 3. Bestämmelserna i 22 kap. 3 a-c §§ om avgifter gäller enbart sjukfall som anmälts efter lagens ikraftträdande.

**2 Förslag till
förordning om upphävande av förordningen
(2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt
22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring**

Härigenom föreskrivs att denna förordning upphör att gälla vid utgången av juni 2007.

1 Uppdraget och dess redovisning

1.1 Direktiven

Det finns två direktiv för utredningen, dels de ursprungliga direktiven från april 2005 (dir. 2005:48) dels tilläggsdirektivet från december 2005 (dir. 2005:127). Båda bifogas som bilagor till betänkandet.

Uppdraget enligt de ursprungliga direktiven är att se över vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. I direktiven sammanfattas detta uppdrag i följande punkter.

Uppdraget är att:

- pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning,
- pröva möjligheten att reglera arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder samt utreda förutsättningarna för att ange en tidsgräns för när sådana åtgärder skall vara påbörjade,
- överväga om det behövs ytterligare lagstiftning för att säkerställa den enskildes inflytande över den rehabilitering som skall genomföras samt dennes skyldighet att aktivt medverka i rehabiliteringen och att under sjukdomstiden hålla kontakt med arbetsplatsen,
- pröva vilka konsekvenser som utredarens förslag ska få för tillsynen av hur bestämmelserna efterlevs och föreslå effektivare påföljder vid bristande efterlevnad,
- se över Försäkringskassans möjligheter att, inom ramen för sitt samordningsansvar, bidra till finansieringen av arbetslivsinriktad rehabilitering för försäkrade där målet med rehabiliteringen är återgång i arbete hos nuvarande arbetsgivare, samt

- i detta sammanhang dels beakta syftet att ge den försäkrade lämplig rehabilitering, dels särskilt beakta mindre arbetsgivares möjligheter att finansiera sådana åtgärder.

Utredaren skall lämna de förslag till författningsändringar och andra åtgärder som uppdraget kan ge anledning till.

I tilläggsdirektivet anges att utredningen även ska analysera vilka konsekvenserna blir för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande kan lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbas av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 31 april 2006. I tilläggsdirektiv (dir. 2006:51 och 2006:92) förlängdes tiden till den 1 oktober respektive till den 1 december 2006.

1.2 Betänkandets disposition

I kapitel 2–17 redovisas fakta och bakgrunder till utredningens överväganden, i kapitel 18 redovisas orsaker till varför den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte har fungerat och i kapitel 19 redovisas utredningens utgångspunkter för de överväganden och förslag som sedan lämnas i kapitel 20–25. Slutligen finns i kapitel 26–27 konsekvensanalyser.

Vad kapitlen i korthet innehåller framgår av utredningens inledande sammanfattning.

1.3 Utredningsarbetet

Arbetet har bedrivits i nära samråd med utredningens sakkunniga och experter från Regeringskansliet, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan.

Synpunkter från arbetsmarknadens parter har huvudsakligen hämtats in genom utredningens referensgrupp, som också bistått med fakta och annat underlag för utredningsarbetet.

Samråd har skett med Utredningen om arbetsmiljölagen (N 2004:11).

2 Några av de utredningar som ägt rum sedan rehabiliteringsreformen trädde i kraft och de förslag som lämnats

2.1 Inledning

Genom den s.k. rehabiliteringsreformen fick arbetsgivarna det rehabiliteringsansvar som de har i dag. Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering regleras i 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för en mängd olika åtgärder där arbetslivsinriktad rehabilitering ingår som en av dessa. Förstahandsansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ligger på arbetsgivaren och innebär en skyldighet att klargöra den enskildes behov av rehabilitering och ett ansvar för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassans roll är att samordna och ha tillsyn över hela rehabiliteringsprocessen. Den enskilde har ett ansvar för att aktivt medverka i rehabiliteringen.

2.2 Bakgrund

Under 1960-talet skedde en markant förändring av arbetslivet. Vi fick ett växande antal stora företag med höga krav på lönsamhet och möjlighet till effektivisering. Det ledde i sin tur till att många arbetstagare slogs ut från arbetsmarknaden. Inte minst gällde detta äldre och personer med en reducerad arbetsförmåga av olika slag. För att i någon mån motverka detta infördes de så kallade äldrelagarna med senioritetsprinciper i samband med uppsägning och nyanställning. Det blev också allt svårare för personer att komma tillbaka till arbetslivet efter en längre sjukskrivningsperiod och det blev svårt att finna arbete för den som inte var fullpresterande.

Lagen (1974:12) om anställningsskydd (LAS) infördes med regler om att uppsägning måste ske på saklig grund. Av förarbetena framgår att sådana faktorer som nedsatt arbetsförmåga på grund av sviktande hälsa och ålder inte var saklig grund för uppsägning.

Innan arbetsgivaren säger upp någon med nedsatt arbetsförmåga måste det först prövas om den anställde kan återfå sin arbetsförmåga genom anpassnings- eller omplaceringsinsatser. För att få stöd i denna bedömning infördes på många större arbetsplatser samrådsorgan för att parterna skulle kunna komma överens om vad som var möjligt att göra för att anpassa arbetsplatsen utifrån den enskildes behov. Dessa organ blev ett forum för att lösa intressekonflikter mellan samhällets behov av att minska utslagningen och arbetsgivarens behov av hög produktivitet.

2.2.1 Anpassningsgrupper infördes och försvann

Föregångaren till främjandelagen¹, lagen (1971:202) om vissa åtgärder för att främja sysselsättning av äldre arbetstagare på den öppna arbetsmarknaden, den s.k. sysselsättningslagen, beslutades. I och med den lagen infördes anpassningsgrupperna som bestod av arbetsmarknadens parter och Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan var ofta adjungerad i anpassningsgrupperna.

Grupperna skulle utgöra ett forum för nära samverkan mellan företaget, fackföreningen och Arbetsförmedlingen. Anpassningsgrupperna var avsedda att arbeta med anställningsfrämjande åtgärder. De kom dock i huvudsak att syssla med företagsinternt anpassningsarbete, vilket kan bero på att parterna begärde Arbetsförmedlingens medverkan i sådana fall.

Antalet anpassningsgrupper växte och vid slutet av 1980-talet fanns det cirka 5 300 anpassningsgrupper. Från början var tanken att anpassningsgrupperna skulle vara ett verktyg både för att underlätta för individer med reducerad arbetsförmåga att kunna stanna kvar på arbetsplatsen och att vara ett forum för att underlätta för äldre och handikappade att komma in på arbetsmarknaden. Den senare uppgiften fick dock inte det utrymme som var tänkt från början.

Ändringar i AML år 1986 innebar att skyddskommittén fick ansvar för anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. I förarbetena till AML sades att Arbetsförmedlingens resurser skulle tas i anspråk först då möjligheterna på arbetsplatsen bedömdes vara helt uttömda eller saknades. Detta ledde till att Arbetsförmedlingen inte längre hade något tydligt uppdrag i anpassningsgrupperna.

¹ Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder.

Under början av 1990-talet började anpassningsgrupperna förlora i betydelse för att så småningom nästan helt försvinna.

2.2.2 Rehabiliteringsberedningens betänkande SOU 1988:41

Som nämnts inledningsvis var det genom rehabiliteringsreformen som arbetsgivarens rehabiliteringsansvar fick det utseende som det har i dag.

Bakgrunden till rehabiliteringsberedningens uppdrag var att de gällande ersättningsreglerna inom sjukförsäkringen endast gav begränsade möjligheter till ersättning i samband med att en person var föremål för förebyggande eller rehabiliterande insatser. Detta tillsammans med den bristande samordningen av olika rehabiliteringsåtgärder gjorde det enligt direktivet motiverat att se över gällande regler för att åstadkomma en mer aktiv rehabiliteringsinriktad försäkring. Beredningen skulle också klargöra ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om Försäkringskassan skulle ges en mer aktiv och pådrivande roll och även överväga om Försäkringskassan borde ges huvudansvaret för att genomföra rehabiliteringsarbetet i det enskilda fallet.

Enligt den lagstiftning som gällde före år 1990 var det Försäkringskassan som hade ett uppsökande och aktiverande ansvar enligt 2 kap. 11 § och 3 kap. 13 § AFL genom att:

- uppmärksamma de försäkrade som är i behov av rehabiliterande åtgärder
- utreda orsaken till nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga
- medverka till att lämpliga rehabiliteringsåtgärder vidtas samt
- se till att den försäkrade påbörjar de förslagna rehabiliteringsåtgärderna

Kommittén slog fast att för den som har en anställning måste det vara en väsentlig målsättning att denne ska kunna behålla det tidigare arbetet eller åtminstone stanna kvar hos samma arbetsgivare.

Som regel är det på arbetsplatsen man tidigast upptäcker behovet av rehabiliteringsinsatser. Det är genom tidiga insatser man förhindrar långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Kommittén lämnade förslag på hur rehabiliteringsarbetet skulle göras mer effektivt.

Man föreslog en skyldighet för arbetsgivaren att klarlägga behov av rehabiliteringsåtgärder och vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering.

Man föreslog även att arbetsgivaren i vissa fall skulle göra en arbetsplatsutredning och att Försäkringskassan skulle underrättas om utredningen. Utredningen skulle göras då rehabiliteringsbehovet var oklart eller när det var troligt att den anställde var i behov av insatser som berättigade till ersättning från sjukförsäkringen. Utredningen ansåg att någon arbetsplatsutredning inte behövde göras då en arbetsåtergång inte kräver några särskilda åtgärder eller då de åtgärder som krävs ligger inom arbetsgivarens ansvar enligt AML.

För att brist på kunskap om organisation och befogenheter inte skulle hindra en effektiv rehabilitering föreslog man vidare att det skulle finnas en kontaktperson i rehabiliteringsfrågor på varje arbetsplats som hade en skyddskommitté.

Kommittén föreslog också en skyldighet för arbetsgivaren att delta i överläggningar med Försäkringskassan om åtgärder för att förändra arbetsförhållandena för en försäkrad med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.

2.2.3 Prop. 1990/91:141

I propositionen slås fast att arbetsgivaren har förstahandsansvaret för att den anställdes behov av rehabilitering klarläggs.

Arbetsgivarens ansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet bör gälla oavsett hur behovet har uppstått². En rehabiliteringsutredning bör beskriva de åtgärder som anses nödvändiga för att den anställde ska kunna återgå i arbete. Arbetsgivarens ansvar begränsas inte till att omfatta åtgärder på arbetsplatsen. Det bör också ingå i arbetsgivarens ansvar att göra en bedömning av orsakerna till arbetsoförmågan och utreda behovet av åtgärder även om dessa står att finna utanför arbetsplatsen. Mer omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen bör bland annat av integritetsskäl inte vara en uppgift för arbetsgivaren³.

Rehabiliteringsberedningen föreslog att rehabiliteringsutredningen alltid skulle lämnas till Försäkringskassan, även i de fall där

² Prop. 1990/1991:141 s. 38.

³ A. prop. s. 45.

utredningen var av mycket enkelt slag. Detta krav infördes emellertid inte förrän den 1 juli 2003.

Försäkringskassan föreslogs få ett övergripande ansvar att samordna de rehabiliteringsinsatser en individ behöver. Genom detta samordningsansvar kan Försäkringskassan återta den uppgift som ombud för den försäkrade som kassorna historiskt haft. Med nära kontakter med företags- förvaltnings- och organisationsledning, personalavdelning, arbetsledare, fackliga organisationer och företagshälsovård ska Försäkringskassan medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras och sätts in för att minska sjukfrånvaron⁴.

2.2.4 Prop. 2002/03:89

För att förtydliga arbetsgivarens ansvar borde det enligt regeringens mening införas en skärpning av bestämmelserna om dennes skyldighet att svara för en rehabiliteringsutredning. För att det inte ska uppstå några oklarheter om när arbetsgivaren ska göra en rehabiliteringsutredning bör den möjlighet som finns i 22 kap. 3 § AFL, att avstå från utredning om en sådan är obehövlig, tas bort. Bakgrunden till förslaget är att rehabiliteringsutredningar endast i liten omfattning lämnas till Försäkringskassan. Enligt en rapport från Försäkringskassan⁵ saknades rehabiliteringsutredningar i 75 procent av sjukfallen som pågått i 90 dagar. I propositionen presenteras vad en rehabiliteringsutredning bör innehålla. Ändringen i 3 § trädde i kraft den 1 juli 2003.

2.3 Betänkanden efter rehabiliteringsreformen

Sedan rehabiliteringsreformen genomfördes har den arbetslivsriktade rehabiliteringen vad avser arbetsgivarens skyldigheter och Försäkringskassans möjligheter att finansiera åtgärder utretts vid ett flertal tillfällen. I detta avsnitt redogörs för de utredningar, som utifrån Rehabiliteringsutredningens direktiv, har berört de frågor som denna utredning nu ska ta ställning till.

De betänkanden som vi kommer att redovisa är följande.

- Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar – Betänkande av AGRA-utredningen (SOU 1998:104)

⁴ A. prop. s. 37.

⁵ RFV anser 1998:4.

- Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum – Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen (SOU 2000:78)
- Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)
- Utveckling av god företagshälsovård, ny lagstiftning och andra åtgärder – Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning (SOU 2004:13)

I anslutning till varje utredning redogörs också, i en särskild ruta, för vad förslagen har lett till i form av t.ex. lagstiftning.

2.3.1 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar – Betänkande av AGRA-utredningen (SOU 1998:104)

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare (inledningsvis Ingvar Söderström och senare Lars Grönwall) tillkallades med uppgift att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering samt utformningen av försäkringen mot kostnader för sjuklön. Uppdraget innebar bl.a. att föreslå vid vilken tidpunkt arbetsgivarens ansvar ska inträda och hur långt ansvaret ska sträcka sig samt belysa arbetsgivares olika förutsättningar att fullgöra ett rehabiliteringsansvar, bl.a. små och stora arbetsgivares skilda förutsättningar. Förslagen skulle även omfatta överväganden om sanktionsmöjligheter mot en arbetsgivare som inte uppfyller sitt rehabiliteringsansvar. Slutligen skulle det utredas hur gränsen ska dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren och det som ankommer på i första hand Försäkringskassan men även övriga berörda aktörer.

Sammanfattning av utredningens förslag

Utredningsansvaret m.m.

Utredningen förslög att arbetsgivaren i stället för det fullständiga utredningsansvaret som gällde skulle ha ett något mer begränsat ansvar att söka klarlägga arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i eller behålla arbetet inom den egna

verksamheten. Det skulle vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att även undersöka ett eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering. Det föreslogs vidare att arbetsgivaren borde följa en åtgärdslista där han på ett enkelt sätt kunde se vad som krävs i undersökningshänseende. Försäkringskassan skulle underrättas om arbetsgivarens undersökning inom sex veckor. Försäkringskassan skulle vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning med uppgifter som låg utanför arbetsgivarens direkta vetskap. Om det visade sig att arbetstagaren behövde särskilda rehabiliteringsåtgärder skulle kassan inom 14 dagar upprätta en plan. Planen skulle följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad.

Sedan tidigare gällde att rehabiliteringsutredningen skulle lämnas till Försäkringskassan senast då den anställde varit sjukskriven åtta veckor. Denna tidpunkt gäller fortfarande. Den tidsfrist som nämns, att Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan inom 14 dagar efter rehabiliteringsutredning eller avstämningsmöte om det visar sig att arbetstagaren behöver rehabiliteringsåtgärder, infördes i lagstiftningen den 1 januari 2005.

Vad arbetsgivarens rehabiliteringsutredning ska innehålla regleras i en särskild förordning⁶.

När bör arbetsgivarens ansvar inträda?

Arbetsgivaren ska svara för att de arbetslivsinriktade åtgärder vidtas som behövs för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos denne. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör gälla från första anställningsdagen och utan skilda regler för olika typer av anställning. Utredningen övervägde att föreslå en ettårsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Utredningen ansåg emellertid att en sådan tidsgräns riskerar att komma i konflikt med det ansvar som arbetsgivaren har enligt LAS, eftersom arbetsgivaren så länge anställningen består har ansvar enligt AFL. Det föreslogs därför att ansvaret skulle gälla så länge anställningen varade.

Det har inte skett någon förändring vad gäller den tid som ska omfattas av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

⁶ Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Arbetsgivaren behöver stöd i sin rehabiliteringsverksamhet

Enligt utredningen bör arbetsgivarna själva se till att skaffa sig ett stöd av företagshälsovården eller annan liknande expertresurs om de ska kunna infria sitt ansvar enligt AML och AFL. Utredningen föreslog en ny bestämmelse i AFL som ger arbetsgivarna rätt att begära en särskild kontaktperson på Försäkringskassan som de kan vända sig till. Kontaktpersonen ska kunna vara ett stöd både när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall.

AFL har fortfarande ingen bestämmelse om kontaktperson för arbetsgivaren, men sedan den 1 juli 2003 ska de som varit sjukskrivna 60 dagar ha en egen namngiven kontaktperson på Försäkringskassan. Detta mål har ännu inte uppnåtts. Under 2004 var det 27 procent av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar som hade en kontaktperson registrerad⁷. Försäkringskassan uppger dock att andelen som fått en kontaktperson är större och att det finns brister i registreringen i DoA. Detta styrks också av en undersökning som Statistiska Centralbyrån, SCB, under 2004 gjorde på uppdrag av Försäkringskassan. Enligt denna undersökning var det 70 procent av de tillfrågade som uppgav att de fått information om vem på Försäkringskassan som var deras kontaktperson⁸.

Frågan om sanktioner

Utredning föreslog att Försäkringskassan inte heller i fortsättningen skulle ha några egna sanktionsmöjligheter. Detta för att inte riskera det goda samarbetet som samverkan med arbetsgivarna kräver. Däremot föreslogs det att samarbetet skulle utvecklas med Yrkesinspektionen, som också har möjlighet att meddela föreläggande och sätta ut vite mot arbetsgivare som försummar sina skyldigheter enligt AML.

Sedan år 2004 finns ett avtal mellan Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket som bland annat reglerar samverkan kring uteblivna rehabiliteringsutredningar.

⁷ Försäkringskassans Diagnos och Arbetsgivarregister, DoA.

⁸ Försäkringskassans Årsredovisning 2004.

Arbetsgivarens kostnadsansvar

Utredningen ansåg att till de påtalade otydligheterna i dåvarande lagstiftning hör arbetsgivarnas ansvar för de kostnader som rehabiliteringsinsatserna för med sig. Det bör därför slås fast i lagen att arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret. Det föreslogs även ett system där arbetsgivaren ska kunna få halva kostnaden betald av den allmänna sjukförsäkringen. Eftersom denna betalas genom arbetsgivaravgifter innebär det nya systemet att alla arbetsgivare får betala en andel av arbetsgivarnas samlade insatser för rehabilitering. Arbetsgivarnas ersättning ska bestämmas av Försäkringskassan, samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställs. För det fall förslaget skulle vinna bifall anförde utredningen att det i och för sig krävdes viss ytterligare utredning men att utredning ändå hade följande synpunkter. Det kan tänkas att ersättning betalas ut för dels undersökningskostnader, dels rehabiliteringsinsatser som angetts i Försäkringskassans rehabiliteringsplan. En given utgångspunkt är att ersättning ska ges ut för att täcka kostnader som hänför sig direkt till den enskilde försäkrades situation. Däremot ska någon kompensation inte lämnas för åtgärder som behövs för att uppnå en normal arbetsmiljöstandard. Men det bör även vara möjligt att till bedömningen av rätt till ersättning lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering och förebyggande insatser. Mindre arbetsgivare skulle vidare kunna få en större andel i ersättning än de större arbetsgivarna. Är det fråga om små företag med osedvanligt hög lönsamhet kan man tänka sig att de efter särskild prövning får räknas till kategorin större företag. Av Försäkringskassans redovisning bör framgå till vilka arbetsgivare som sjukförsäkringen betalat ut ersättning och på vilka grunder. Redovisningen kan bli ett värdefullt underlag i kassans dialog med Yrkesinspektionen. Om redovisningen ger anledning till det kan Yrkesinspektionen tänkas gripa in med olika insatser.

Den differentiering av arbetsgivarens kostnader som föreslogs infördes aldrig.

Vid ett antal tillfällen har i regleringsbrev till Försäkringskassan skett en precisering av hur de särskilda medel för köp av bland annat rehabiliteringstjänster får användas.

Övriga förslag

Utredningen anslöt sig till Förtidspensionsutredningens (SOU 1997:166) förslag om att rehabiliteringspenning ska kunna utges även om den försäkrade påbörjar en utbildning som beräknas pågå över ett år. Detsamma bör även gälla vid exempelvis träning i reell miljö som sammantaget varar mer än ett år.

Det föreslogs vidare att det skulle föreskrivas i sjuklönelagen att arbetsgivaren i stället för sjuklön får ersätta arbetstagarare, som drabbas av sjukdom, för resor till och från arbetet, om arbetstagararen kan förvärvsarbeta men inte använda sig av ordinarie färdmedel. Ersättningen bör enligt utredningen göras skattefri för arbetstagararen.

Den tid som rehabiliteringspenning kan utges har inte ändrats trots att ytterligare ett antal utredningar förslagit detta⁹.

7 § lagen (1991:1047) om sjuklön (sjuklönelagen) innehåller numera följande skrivning:

”Sjukperioden omfattar också tid då arbetstagararen för att underlätta återgång i arbetet i stället för sjuklön erhåller ersättning för resor till och från arbetet.”

Denna ersättning är en beskattad förmån för den anställde. Därmed ingår också det beloppet i löneunderlaget, vilket medför att arbetsgivaren måste betala sedvanliga arbetsgivaravgifter på beloppet.

2.3.2 Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum – Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen (SOU 2000:78)

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare (Gerhard Larsson) tillkallades med uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I uppdraget ingick att

- kartlägga den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen,
- utforma en plattform för prioriteringar,

⁹ Bl.a. Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78) och Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5).

- klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll och gränser mot andra typer av rehabilitering,
- klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet samt
- behandla frågor som rör målbeskrivningar och hur drivkrafterna kan förstärkas i rehabiliteringsarbetet.

Några av utredningens förslag

Utredningen lade ett samlat förslag till en ny reform – rehabilitering till arbete. Målet med reformen var färre och kortare sjukfall. En bärande tanke i reformen var att individen skulle ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. Individen sätts därmed i centrum.

Något lagstiftningsförslag presenterades inte utan tanken var att detta skulle utarbetas när regeringen hade tagit ett principiellt ställningstagande till reformens innehåll.

Utredningen föreslog bl.a. följande.

- Ny försäkring – rehabiliteringsförsäkringen – som enligt utredningens förslag ersätter dagens sjuk- och förtidspensionsförsäkring. Den nya försäkringen innehåller rätt till rehabiliteringsstöd, mer kraftfulla medel för aktiva insatser och får en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten. En offentlig aktör får huvudansvaret för samordning av rehabilitering till arbete. Den offentliga huvudaktören som bör vara försäkringsgivaren får ekonomiskt och administrativt ansvar för en stor del av de resurser som i dag används inom detta område.
- För att klara en nödvändig kraftsamling kring rehabilitering till arbete och målsättningen med att få en tydlig huvudaktör måste enligt utredningens bedömning en ny statlig myndighet skapas, Rehabiliteringsstyrelsen.
- Utredningen föreslår att offentliga arbetsgivare ges möjlighet att ansöka om bidrag från försäkringen för en tredjedel av kostnaden för förebyggande arbete och rehabilitering av den anställde.
- Ett nytt begrepp införs, rehabilitering till arbete, som ska ha följande definition. ”Rehabilitering till arbete är en samman-

hållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete”.

- Individen ska få rätt till rehabiliteringsstöd; dels en lagstadgad och överklagbar rätt till rehabiliteringsutredning, dels en rätt till mentor. Individen ska efter förmåga delta aktivt i rehabilitering till arbete. En vägran kan medföra en nedsättning av ersättningen, helt eller delvis. Utredningen föreslår inte en laglig rätt till rehabiliteringsinsats men utesluter inte detta i framtiden.
- Personalekonomiska bokslut för offentliga arbetsgivare.
- Kompetensförstärkning inom yrkesinspektionen inom områdena beteendevetenskap och arbetsorganisation för att förstärka insatser för anpassning och förebyggande åtgärder.

Den försäkringslösning utredningen föreslår har inte införts och därmed inte heller de förslag som utredningen kopplar till den föreslagna försäkringen.

Rätten till rehabiliteringsstöd har stärkts genom att alla som varit sjukskrivna fyra veckor ska få en rehabiliteringsutredning. Detta gäller sedan den 1 juli 2003. Samma sak gäller vid upprepad korttidsfrånvaro och om individen själv begär en rehabiliteringsutredning.

En obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron har införts för alla arbetsgivare med mer än tio anställda. Lagen trädde i kraft den 1 juli 2003.

En förstärkning av kompetensen inom Arbetsmiljöverket har skett genom att Arbetsmiljöverket under åren 2001–2003 fick 70 miljoner per år för att förstärka tillsynen inom det arbetsorganisatoriska området. Pengarna gick bland annat till att ge redan anställda inspektörer en fördjupad utbildning i psykosociala frågor, nyrekrytera 100 inspektörer med inriktning mot arbetsorganisation och utveckling av tillsynsmetoder i psykosociala frågor.

2.3.3 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare (Jan Rydh) gavs i uppdrag att göra en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredningen skulle också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

Några av utredningens förslag

Ny typ av utredning, rehabiliteringsunderlag

- Den nuvarande rehabiliteringsutredningen ska ersättas av ett rehabiliteringsunderlag.
- Underlaget ska lämnas till Försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan.
- I underlaget ska redovisas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterad till arbetsuppgifter, prognos för återgång i arbete, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Läkarintyg som arbetsgivaren erhållit under sjuklöneperioden ska bifogas.
- Ett yttrande från företagshälsovården ska ingå angående arbetsförmågan relaterad till arbetsuppgifterna, behov av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång i arbete och eventuellt förslag till åtgärder utöver det som arbetsgivaren har föreslagit. Arbetsgivarens uppfattning ska också redovisas i underlaget.
- Försäkringskassan ska upprätta rehabiliteringsunderlag för en försäkrad som saknar arbetsgivare.
- Arbetsgivaren ska vid sjukanmälan lämna uppgifter om den anställdes inkomstförhållanden och arbetstid hos arbetsgivaren.

En förordning¹⁰ reglerar innehållet i rehabiliteringsutredningen.

Ett yttrande från företagshälsovården är inte obligatoriskt i rehabiliteringsutredningen.

Ett krav på att arbetsgivare vid sjukanmälan ska lämna uppgift om den anställdes inkomst och arbetstid infördes den 1 januari 2005 i sjuklönelagen.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare

- Den generella sjuklöneperioden ska förlängas till 60 dagar.
- De sammanlagda arbetsgivaravgifterna ska sänkas i motsvarande grad som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.

Sjuklöneperioden är för närvarande 14 dagar och åtföljs sedan av en särskild sjukförsäkringsavgift för arbetsgivaren så länge den anställda är helt sjukskriven enligt ny lagstiftning från den 1 januari 2005¹¹.

Ett högkostnadsskydd bör införas

- I sjukförsäkringen ska införas ett obligatoriskt högkostnadsskydd för sjuklönekostnader för arbetsgivare som har en årlig lönesumma som uppgår till max 160 basbelopp.
- Ersättning ska utges från sjukförsäkringen för den del av kostnaden som överstiger 75 procent av den genomsnittliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare.
- Rehabiliteringsåtgärder för anställda vars arbetsgivare omfattas av högkostnadsskyddet ska också ingå i högkostnadsskyddet.

Lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift, som trädde i kraft den 1 januari 2005 reglerar arbetsgivarens medfinansiering. Det finns ett fribelopp och ett högkostnadsskydd. Fribeloppet innebär att arbetsgivaren endast betalar den särskilda sjukförsäkringsavgift som överstiger 12 000 kr på ett kalenderår. Högkostnadsskyddet innebär att en arbetsgivare aldrig betalar mer än fyra procent av den totala lönesumman för ett kalenderår i särskild sjukförsäkringsavgift.

¹⁰ Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Sjukvården

Landstingets ansvar för medicinsk rehabilitering ska förtydligas.

Sjukvården ska ansvara för att personalen har tillräcklig kompetens i försäkringsmedicin.

En omfattande utbildning i försäkringsmedicin har i Försäkringskassans regi genomförts för läkare inom primärvård och företagshälsovård. Utbildningen har finansierats genom ett särskilt anslag från regeringen.

I budgetprop. för 2006 aviseras ett uppdrag till berörda myndigheter att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättsäker sjukskrivningsprocess.

Arbetsmarknaden

- Arbetsmarknadspolitikens ansvarsområde bör vidgas till att skapa en kompletterande arbetsmarknad för människor med begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- Regeringen bör överväga att skapa en ny form av bidrag, rehabiliteringsbidrag samt ett kvoteringsystem för dem som uppfyller villkoren för rehabiliteringsbidrag.

I budgetprop. för 2006 aviseras bland annat följande. Arbetsförmedlingens uppdrag utvidgas till att omfatta även anställda som behöver byta anställning på grund av ohälsa. Ett särskilt anställningsstöd och lönebidrag införs för personer som på grund av ohälsa behöver byta arbete. Arbetsmarknadsmyndigheterna får ett ansvar för arbetshjälpmedel till anställda med lönebidrag så länge lönebidraget lämnas.

Bättre beslutsunderlag för bedömning av rätten till ersättning från sjukförsäkringen

- Genom att rehabiliteringsunderlag från arbetsgivaren med yttrande från företagshälsovården införs.

¹¹ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

- Försäkringskassan ska upprätta rehabiliteringsunderlag för den som saknar arbetsgivare.
- Försäkringskassan ska vid längre sjukskrivningar regelmässigt inhämta underlag från företagshälsovården. Dessa underlag ska bekostas av Försäkringskassan.
- Medicinska underlag ska innehålla uppgifter om patientens tillgång till företagshälsovård samt medicinskt syfte med sjukskrivningen.

Rehabiliteringsplan

Försäkringskassan ska snarast efter det att rehabiliteringsunderlag kommit in från arbetsgivaren fastställa en rehabiliteringsplan. I denna ska anges tidplan och beräknade kostnader för alla de åtgärder som är aktuella. Arbetsgivaren ska vara skyldig att genomföra och finansiera de åtgärder som enligt planen arbetsgivaren ska svara för.

Rehabiliteringsplan ska upprättas inom två veckor från det att rehabiliteringsutredning inkommit om individen har behov av insatser som ger rätt till rehabiliteringsersättning. Ändringen i 22 kap. 3 § AFL infördes den 1 januari 2005.

Försäkringskassan

- Den primära uppgiften är att tillgodose den försäkrades rätt till ersättning och att samordna erforderliga rehabiliteringsinsatser, ansvara för att den försäkrades förutsättningar för och behov av rehabiliteringsinsatser utreds, planeras, genomförs och följs upp.
- En personlig koordinator med ansvar för beslut och samordning av åtgärder under hela sjukfallsperioden ska utses i samtliga sjukfall.

En fokusering har skett på individens rätt till ersättning och en mer korrekt tillämpning av steg för steg modellen.
Sedan den 1 juli 2003 ska alla som varit sjukskrivna mer än 60 dagar ha en egen kontaktperson på Försäkringskassan.

Köp av tjänster

Försäkringskassans möjlighet att köpa tjänster bör begränsas till försäkringsmedicinska utredningar, underlag från företagshälsovården och rehabiliteringsåtgärder i den mån försäkringen träder in i arbetsgivarens ställe.

Det finns ingen begränsning av Försäkringskassans möjlighet att finansiera rehabiliteringstjänster enligt ovanstående förslag men enligt direktiv i budgetprop. för 2006 kan Försäkringskassans särskilda medel användas till utredningar som behövs för att ta ställning till rätten till sjukpenning och behov av rehabilitering. Försäkringskassan har under våren 2005 tagit fram riktlinjer för försäkringskassornas användning av medel för köp av rehabiliteringstjänster.

2.3.4 Utveckling av god företagshälsovård, ny lagstiftning och andra åtgärder – Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning (SOU 2004:13)

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare (Kurt Eriksson) fick i uppdrag att överväga vissa frågor om företagshälsovård:

- Om det behövs förändringar av de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård,
- om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring av den företagshälsovård som krävs med stöd av lag,
- huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen ska organiseras och dimensioneras,
- hur personalförsörjningen inom företagshälsovård ska kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet samt hur den särskilda kompetens som finns inom företagshälsovård bättre ska kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- om förutsättningar finns för tillämpning av avtal över hela landet mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa och vilka åtgärder som är lämpliga och möjliga för att sådana avtal ska komma till stånd.

Sammanfattning av utredningens förslag

Utredningen föreslår att en särskild lag om företagshälsovård införs, till vilken ska hänvisas i AML. Den nya lagen lägger fast företagshälsovårdens samhälleliga uppdrag och syftar till att främja utvecklingen av god företagshälsovård. Den nya lagen definierar företagshälsovårdens uppdrag och uppgifter med vissa modifieringar i förhållande till den nuvarande regleringen i AML. Med företagshälsovård ska enligt den nya lagen avses en multidisciplinär och professionellt oberoende expertverksamhet inom områdena förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering till stöd för arbetsgivare och arbetstagare i arbetet med att uppnå en god arbetsmiljö i enlighet med bestämmelserna i AML. Det systematiska arbetsmiljöarbetet och den arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som föreskrivs i 3 kap. AML lyfts fram särskilt. I betänkandet framhålls att för att få ett genomslag av kvalitativ företagshälsovård införs ett samhälleligt godkännandeförfarande. Godkännandet ska vara frivilligt, dvs. inte ett krav för att få bedriva företagshälsoverksamhet. Vidare föreslås att det inrättas en företagshälsovårdsnämnd hos Arbetsmiljöverket, vilken ska stå för godkännandet. Godkända företagshälsovårdsenheter registreras hos verket. Det blir de godkända företagshälsovårdsenheterna som staten främst kommer att hänvisa till när det talas om företagshälsovård i bl.a. annan lagstiftning och i samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utredningen föreslår inte något krav om obligatorisk användning av företagshälsovården. Däremot föreslår utredningen flera åtgärder för att den "godkända företagshälsovården" ska användas. Bl.a. föreslår utredningen att Försäkringskassan ges anvisningar om att godkända företagshälsovårdsenheter bör användas om det behövs fördjupade arbetsförmågebedömningar eller utredningar om rehabiliteringsbehov. Vidare föreslås att avdragsrätten för näringsidkare för företagshälsovård i inkomstskattelagen knyts till användandet av en godkänd företagshälsovårdsenhet. Utredningen föreslår även att det i AML ställs tydligare krav på arbetsgivaren att bedöma behovet av extern expertis såsom företagshälsovård i arbetsmiljöarbetet.

2.4 Övriga utredningar

I detta avsnitt redovisas några andra utredningar som är av intresse för nuvarande utredningsuppdrag. Utredningarna, förutom RFV och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering, nämns även i våra direktiv.

De utredningar som redovisas är följande.

- Morgondagens rehabilitering – om Försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter (RFV ANSER 1999:8).
- Ett effektivt rehabiliteringsarbete? Om Försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster (Statskontoret, 2001).
- RFV och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering (uppdrag enligt regeringsbeslut 2003-01-23).
- Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering (RiR 2004:12).

2.4.1 Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter (RFV ANSER 1999:8)

Rapporten var RFV:s samlade ställningstagande av nödvändiga förändringar av försäkringskassornas uppdrag att samordna rehabilitering.

RFV föreslog sammanfattningsvis följande.

- Att regeringens och RFV:s styrning av försäkringskassornas arbete med rehabilitering enligt 22 kap. AFL och förebyggande ohälsorbetet i ökad utsträckning borde präglas av mål- och resultatstyrning och till mindre del av regelstyrning.
- Att Försäkringskassan får ansvar för rehabiliteringsutredning för såväl anställda som dem som saknar anställning. RFV anser att det måste bli en central uppgift för försäkringskassorna att ansvara för att det i varje sjukfall med viss varaktighet ska finnas utredningar av rätt kvalitet som ger en gedigen helhetsbild och som kan ligga till grund för bedömningen av den enskildes

arbetsförmåga och behov och förutsättningar för rehabilitering.

- Att RFV skulle se över nuvarande normering vad gäller begreppen samordning och samverkan.
- Att ändringar görs i AFL så att särregler för arbetslivsinriktad rehabilitering inom socialförsäkringen tas bort och att rehabiliteringspenningen avskaffas.
- Att rehabiliteringsplan borde upprättas då en försäkrad är i behov av olika former av åtgärder, från flera aktörer, för att kunna återfå sin arbetsförmåga. Rehabiliteringsplanens innehåll bör inte lagregleras.
- Att Försäkringskassan ska kunna upphandla utredningar som syftar till att klargöra motivationsrelaterade frågeställningar.
- Att Försäkringskassans roll är att skapa förutsättningar för och stödja den enskilde i rehabiliteringen.
- Att lagstiftningen ändras så att begreppet tillsyn utmönstras ur 22 kap. 5 § AFL.

RFV föreslog vidare att lagstiftningen ändras enligt följande.

- Försäkringskassan får ansvaret för att den enskildes behov av rehabilitering klarläggs.
- Arbetsgivaren på förfrågan från Försäkringskassan svarar för utredningar med anknytning till arbetsplatsen. Detta ersätter arbetsgivarens nuvarande skyldighet att lämna rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan vid åtta veckors sjukskrivning.
- Det klargörs att arbetsgivaren ska genomföra och bekosta sådana rehabiliteringsåtgärder som syftar till att den enskilde ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren ska dock inte vara skyldig att bekosta och genomföra sådana insatser som faller inom kommunens, hälso- och sjukvårdens eller annans ansvarsområde.

2.4.2 Ett effektivt rehabiliteringsarbete? Om försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster (Statskontoret, 2001)

Uppdraget

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) gav Statskontoret i uppdrag att utreda Försäkringskassans rehabiliteringsarbete och köp av rehabiliteringstjänster. Uppdraget innebar bl.a. att Statskontoret skulle redovisa vilka som får rehabilitering och hur urvalet görs och vilka tjänster som Försäkringskassan köper i samband med rehabilitering.

Statskontoret lämnade i huvudsak följande synpunkter

- Försäkringskassan måste tillsammans med de andra aktörerna inom rehabiliteringsområdet förmås att kraftsamla för att hantera det stora antalet långvarigt sjukskrivna. Det är av största vikt att Försäkringskassan inte står ensam i detta arbete då det riskerar leda till en ökad förtidspensionering som får svåra konsekvenser för sysselsättningen och samhällsekonomin.
- Det för närvarande mycket stora antalet långvarigt sjukskrivna kan temporärt komma att kräva särskilda åtgärder.
- Försäkringskassans personal måste få tillgång till ett samlat metodstöd för arbetet med sjukskrivning och rehabilitering.
- Försäkringskassan måste bygga upp den kompetens som behövs för samordningsuppdraget. I ett första steg bör alla andra rehabiliteringsaktörer få ett ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar.
- Arbetsgivarens ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder måste förtydligas. Arbetsgivarens ansvar bör upphöra när målet för rehabilitering inte längre är återgång i arbete hos den gamla arbetsgivaren.
- Informationsflödet mellan sjukvården, den enskilde och Försäkringskassan måste förbättras. Sjukvårdens ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar kan därvid vara ett första steg.

- System för uppföljning och utvärdering som fångar åtgärder och kostnader både hos Försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer måste byggas upp.

2.4.3 RFV och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering (Uppdrag enligt regeringsbeslut 2003-01-23)

Sammanfattning av uppdraget

Regeringen uppdrog åt Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och RFV att komma med förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle kunna utformas så att fler sjukskrivna fortare kan återfå arbetsförmågan och få ett arbete.

Vissa av de regeländringar som föreslogs

Möjlighet för anställda att anvisas till arbetsmarknadspolitiskt program

Personer som har en anställning, men som – på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom – inte kan omplaceras till andra arbetsuppgifter hos nuvarande arbetsgivare, behöver ges möjlighet att genom praktik, utbildning m.m. rustas för att kunna ta annat arbete. Personer som efter sjukdom inte kan omplaceras eller där arbetsplatsen inte kunnat anpassas med hänsyn till en nedsatt arbetsförmåga bör anses tillhöra en grupp som riskerar att bli arbetslösa. Reglerna för anvisning till arbetsmarknadspolitiska program ger för närvarande möjlighet att anvisa en person som riskerar att bli arbetslös. I praktiken tillämpas denna möjlighet i viss utsträckning för varslade personer.

Anställning med lönebidrag

Ett kraftfullt stöd behövs för att öka möjligheterna att till arbetslivet återföra personer med nedsatt arbetsförmåga som i dag annars riskerar att få sjukersättning eller vara fortsatt långtidssjukskrivna. Syftet ska vara att underlätta för personer som varit sjuka en längre tid att komma tillbaka i arbete. Ett särskilt anställningsstöd skapas

för personer som haft en sammanhängande sjukskrivningsperiod på minst sex månader. Stödet bör kunna lämnas med 85 procent av arbetsgivarens lönekostnader under en period under tolv månader med möjlighet till förlängning upp till 24 månader.

Prövning av arbetsförmågan gentemot hela arbetsmarknaden

Om en person på grund av sjukdom inte kan återgå till sin gamla anställning ska arbetsförmågan prövas mot hela arbetsmarknaden. Om han eller hon trots den sjukdom som personen har kan klara ett annat, på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete finns det ingen rätt till ersättning från socialförsäkringen. Utredningen föreslår att Försäkringskassan efter ett år ska pröva anställdas arbetsförmåga mot hela arbetsmarknaden.

Högriskskydd mot sjuklönekostnader

Det finns en risk att arbetsgivare är restriktiva när det gäller att anställa personer som rehabiliterats efter en lång sjukperiod och återfått sin arbetsförmåga. Arbetsgivare kan befara ökade sjuklönekostnader för personer som har fler och längre sjukperioder bakom sig. För att underlätta för denna grupp att få en anställning föreslogs det att det bör införas ett högriskskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som anställer en person med längre tids sjukskrivning. Alla som uppburit sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukersättning eller aktivitetsersättning under en period av minst ett år före anställningen bör omfattas av ett sådant skydd. Högriskskydd bör vara uppbyggt så att en arbetsgivare som anställer en person som varit sjukskriven en längre tid inte ska behöva betala sjuklön för den personen under en period av tre år från första dagen av anställningen.

Rätt till ledighet för att pröva annan anställning

Det föreslogs att det införs en rätt till ledighet för att prova en annan anställning för anställda som varit sjukskrivna minst 365 dagar och som inte kan återgå i arbetet hos sin arbetsgivare. Ledighet enligt förslaget ska kunna ges för högst ett år.

Försäkringskassan har sedan år 2003 ett uppbyggt samarbete med Arbetsmarknadsmyndigheterna kring arbetslösa sjukskrivna.

Försäkringskassan har under de senaste åren gjort en stor satsning på utveckling av gemensamma metoder i handläggningen.

I budgetprop. för 2006 föreslås Arbetsförmedlingen få ett utvidgat uppdrag så att det omfattar även anställda som på grund av ohälsa behöver byta anställning.

Ett särskilt projekt med inriktning på personer som är långtidssjukskrivna eller uppbär tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning pågår mellan åren 2006 och 2007.

I budgetprop. för 2006 finns också förslag på anställningsstöd för den som på grund av sjukdom måste byta arbetsgivare.

Dessutom har nuvarande utredning fått ett tilläggsdirektiv angående frågan om lönebidrag ska kunna utgå i ett anställningsförhållande, dvs. där en arbetstagare som under pågående anställning drabbats av ett funktionshinder som medför så ned-satt arbetsförmåga att hans eller hennes arbetsgivare överväger uppsägning.

2.4.4 Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering (RiR 2004:21)

Riksrevisionens granskning och bedömning

Riksrevisionen har valt att granska försäkringskassornas förutsättningar att effektivt hantera köp av tjänst samt hanteringens effekter på ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Granskningen har utgått från följande frågor.

- Finns tydliga mål och regler?
- Har köp av tjänst följts upp och hur har resultaten använts?
- Föreligger hinder för Försäkringskassans användning av särskilda medel?

I rapporten konstaterar Riksrevisionen att försäkringskassorna inte har förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt eftersom det är oklart för vilka syften som medlen ska användas. Utan tydlig målsättning lämnas handläggaren till att enbart utgå från sina erfarenheter. Prioriteringar mellan sjukskrivna och mellan

tjänster är därför beroende av vilken handläggare som har ansvar för ärendet. Enligt Riksrevisionen motverkar dagens hantering kravet på likabehandling inom socialförsäkringen. Den otydliga målsättningen har också givit sämre förutsättningar för uppföljning.

Eftersom försäkringskassornas möjlighet att köpa rehabiliteringstjänster inte berördes i rehabiliteringsreformen år 1992 framgår det inte av AFL eller förarbetena till densamma vilken aktör som ska stå för vilken kostnad.

Att försäkringskassorna och enskilda handläggare agerar på olika sätt både när det gäller vad som ska köpas och vilken aktör som ska stå för kostnaden har negativ inverkan på tydligheten i ansvarsfördelningen.

Riksrevisionen anser att den ordning som förekommer med förhandlingar med arbetsgivaren om kostnader för köp av tjänst inte är rimlig inom ramen för en socialförsäkring som vill beakta likformighet och rättvisa.

Riksrevisionens uppföljning visar att Försäkringskassans uppföljningssystem är bristfälliga då de inte kan följa upp köpen och dess effekter.

Enligt Riksrevisionen används köp av tjänst för att lösa gränsdragningsproblem inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och för att lösa resursbrister inom Försäkringskassan. Försäkringskassan köper allt mer utredningar för att få ett fullgott beslutsunderlag eftersom hälso- och sjukvården inte levererar detta.

Medlen används också för att köpa åtgärder till anställda vars arbetsgivare av olika anledningar inte finansierar åtgärderna. På detta sätt riskerar Försäkringskassan att ta över ansvar som åvilar någon annan.

Medlen kan användas till sådana insatser som bedöms direkt erforderliga för att återföra en försäkrad i arbete. Det gäller tjänster dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering och dels för de direkta åtgärder som syftar till att underlätta en återgång till förvärvsarbete.

Insatser av rent medicinsk karaktär får inte köpas. Inte heller skulle medlen användas till insatser som motiverades av strukturförändringar i arbetslivet eller i syfte att i allmänhet förebygga arbetslöshet.

Från och med år 2002 får försäkringskassorna inte längre köpa aktiva åtgärder till arbetslösa sjukskrivna. Förändringen genomfördes i syfte att tydliggöra Arbetsförmedlingens ansvar för denna grupp. I budgetprop. för 2002/2003 nämner regeringen att reglerna

bör förtydligas när det gäller vilka grupper som köp av tjänst ska tillfalla. Regeringen föreslog att köp av tjänst endast borde användas till personer i små företag samt till personer som inte kan återgå till sin arbetsgivare.

Riksrevisionen lämnade i sin rapport följande rekommendationer

- Regeringen bör initiera en översyn av AFL i syfte att klargöra gränsdragningen mellan Försäkringskassans och arbetsgivarens ansvar för rehabilitering.
- Regeringen bör precisera inriktningen för köp av tjänst. Preciseringsen ska syfta till att minska olikheterna i hanteringen av medlen och på så sätt ge bättre förutsättningar för likabehandling och skapa tydlighet i ansvarsstrukturen. Preciseringsen bör också möjliggöra uppföljning av köpens effekter för den sjukskrivnes möjligheter att återgå i arbete. Möjligheten att avgränsa medlen till en eller flera målgrupper bör övervägas. Det bör även övervägas om Försäkringskassan för de särskilda medlen ska kunna köpa basutredningar eller inte. Riksrevisionen föreslår att RFV ges i uppdrag att genomföra en utvärdering som kan utgöra underlag för denna precisering
- Regeringen bör ge RFV i uppdrag att utfärda detaljerade riktlinjer för köp av tjänst som minskar olikheten i hanteringen mellan handläggare och kontor.

RFV har utfärdat riktlinjer för köp av tjänst. Dessa finns närmare beskrivna i kapitel 13.
--

2.5 Sammanfattning

Efter det att rehabiliteringsreformen trädde i kraft 1991/92 har många utredningar haft i uppdrag att förtydliga arbetsgivarens ansvar. Likaså har kostnadsansvaret för rehabiliteringsinsatser varit föremål för utredning.

Trots det omfattande utredningsarbetet och ett stort antal förslag på området har mycket litet förändrats i lagstiftningen. Huvudsakligen handlar förändringarna om sjuklöneperiodens längd. Lag-

stiftningen kring rehabiliteringsarbetet har också preciserats. Den största förändringen kom nog år 2005 då den särskilda sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare, den s.k. medfinansieringen, infördes.

Fortfarande finns det ingen tydlig avgränsning av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Kostnadsansvaret har också förblivit otydligt trots olika förslag på hur det skulle kunna lösas. Den enda begränsning av användning av Försäkringskassans särskilda medel för köp av rehabiliteringstjänster som införts är ett förbud mot köp av insatser för arbetslösa.

Det tycks finnas en obenägenhet att genomföra större reformer. En berättigad fråga är väl om det är mer utredning av frågorna som behövs eller om det mer handlar om viljan/oviljan att ta beslut? De förslag på någon typ av försäkringslösning som Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78) föreslog blev aldrig föremål för övervägande. Inte heller det förslag om ett differentierat kostnadsansvar som AGRA-utredningen presenterade.

3 Sjukfrånvaron och dess orsaker

3.1 Utveckling av sjukfrånvaron

Under senare delen av 1990-talet och fram till år 2002 ökade sjukfrånvaron kraftigt. Sjukfallen blev fler och framförallt längre. Sjukfrånvaron har under de senare åren börjat sjunka och tillströmningen av nya sjukfall är nu nere på samma nivå som år 1998. Även ökningen av nya fall med sjuk- och aktivitetsersättning har upphört, men ligger fortfarande på en historiskt sett hög nivå.

Under år 2005 omfattade antalet ersatta dagar med sjukpenning samt sjuk- eller aktivitetsersättning räknat som helårsarbetare, 11,2 procent av befolkningen i åldrarna 16–64 år. Under samma år registrerades 595 000 nya sjukfall, varav 419 000 hade en anställning. För 2004 var motsvarande 573 000 nya sjukfall, varav 381 000 hade en anställning. Att antalet var fler 2005 jämfört med 2004 beror på att sjuklöneperioden ändrades från 21 till 14 dagar.

De allra flesta sjukfall är korta. Cirka 20 procent av sjukfallen omfattar endast karensdagen. Efter tre frånvarodagar är mer än hälften åter i arbete. Mindre än 10 procent av sjukfallen bland anställda, pågår längre än tre veckor¹. Även av dessa sjukfall avslutas de allra flesta inom en kort tid.

Mot bakgrund av den kraftiga ökningen av sjukskrivningar påbörjade regeringen år 2001 ett arbete utifrån en samlad strategi för ökad hälsa i arbetslivet, det så kallade 11-punktsprogrammet. Syftet var att sätta individen i centrum och att göra arbetsgivarens ansvar för hälsan i arbetslivet tydligare.

Regeringens formulerade mål för ökad hälsa i arbetslivet:

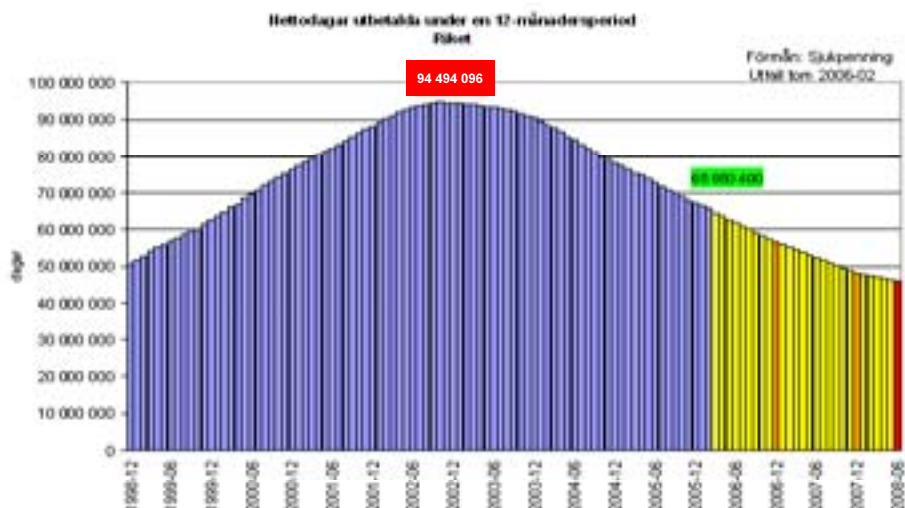
Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning ska i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt ska antalet nya aktivitets-

¹ Socialförsäkringen, årsredovisning för 2004 s. 28.

och sjukersättningar minska. Hänsyn ska tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

Då målet är nått ska sjukfrånvaron var nere på den nivå som gällde år 1998.

Diagram 3.1 Halveringsmålet



Under juni 2006 fick 231 800 personer sjukpenning. Det är 19 900 (7,9 procent) färre än motsvarande månad föregående år. Inflödet av nya sjukfall är nu nere på de nivåer som föregick uppgången i sjukfrånvaron i mitten av 1990-talet.

Ytterliggare en positiv tendens i resultatutvecklingen är att antalet långa sjukfall minskar kontinuerligt. I juni 2006 var antalet sjukskrivna över ett år 14 000 färre än vid motsvarande tidpunkt år 2005.

För att ge ett litet längre perspektiv på sjukfrånvaron redovisar vi nedan även utvecklingen under en längre period, cirka trettio år, inklusive de regeländringar som skett under denna period.

Diagram 3.2 Antal sjukfall > 30 dagar 1976–2005



Källa: Försäkringskassan.

Anm. Mars 1991. Ersättningsnivån sänks till 75 % under de tre första dagarna i sjukperioden.

Januari 1992. Sjuklön från arbetsgivare till anställda införs under sjukperiodens 14 första dagar. Sjukpenning till anställda betalas först från dag 15 i sjukperioden.

April 1993. En karenssdag införs.

Januari 1996. Ersättningsnivån sänks generellt till 75 %.

Januari 1997. Sjuklön från arbetsgivare till anställda förlängs till sjukperiodens 28 första dagar.

Januari 1998. Ersättningsnivån höjs till 80 %.

April 1998. Sjuklön från arbetsgivare till anställda förkortas till sjukperiodens 14 första dagar.

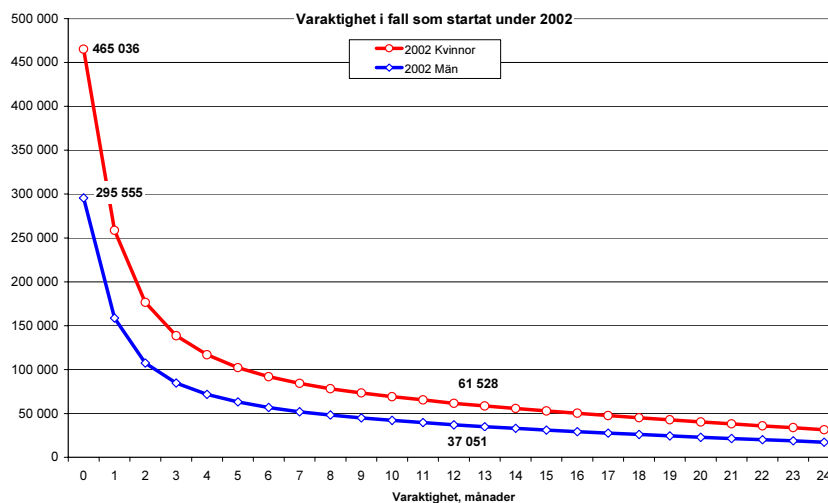
Juli 2003. Sjuklön från arbetsgivare till anställda förlängs till sjukperiodens 21 första dagar.

Ersättningsnivån på sjukpenning sänks till 77,6 %.

Januari 2005. Sjuklön från arbetsgivare till anställda förkortas till sjukperiodens 14 första dagar. Ersättningsnivån på sjukpenning höjs till 80 %.

De allra flesta sjukfall avslutas inom de första månaderna

Diagram 3.3 Så fort avslutas sjukfallen

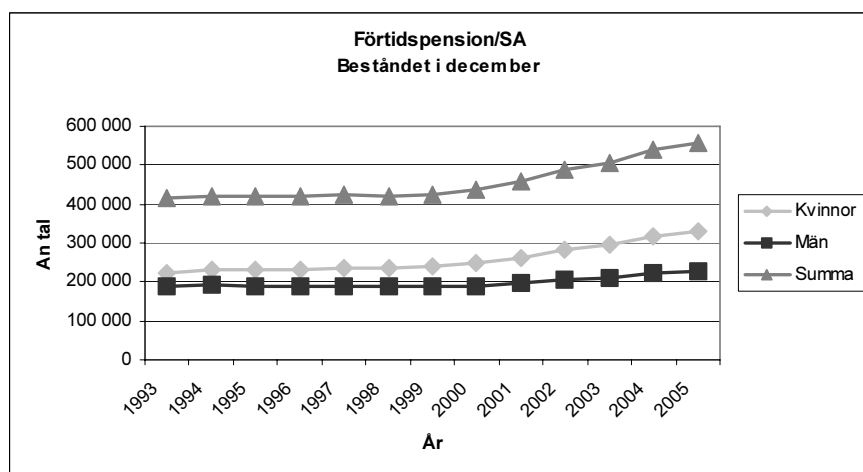


3.1.1 Allt fler har sjuk- eller aktivitetsersättning men tillflödet minskar

Under perioden februari 2005 till februari 2006 minskade antalet nya fall med sjuk- eller aktivitetsersättning med 22 procent, från drygt 72 800 till 56 800 fall. Det finns främst två förklaringar till detta. Dels finns det färre sjukfall, dels har Försäkringskassan blivit striktare i sin bedömning av rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Antalet pågående ärenden med sjukersättning stiger dock fortfarande beroende på att det är färre ärenden som lämnar sjukersättningen än som tillkommer (cirka 45 000 fall med sjukersättning avslutas årligen). Närmare hälften av de sjukfall som pågått minst ett år avslutas med sjuk- och aktivitetsersättning.

Diagram 3.4 Utveckling av sjuk- och aktivitetsersättning 1983–2005



År 2003 översteg antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning för första gången en halv miljon och i mars 2006 var antalet cirka 556 000. Sannolikheten för att den som en gång fått sjuk- eller aktivitetsersättning ska återinträda på arbetsmarknaden är liten.

Det är oroande att de personer som nu beviljas sjukersättning är betydligt yngre än de tidigare varit. Drygt 40 procent av de nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningarna under år 2004 avsåg personer under 50 år. Bland de pågående fallen med sjuk- eller aktivitetsersättning är motsvarande siffra drygt 30 procent.²

Medfinansieringen har inte ökat antalet nybeviljade sjukersättningar

Sedan den 1 januari 2005³ har arbetsgivare ett medfinansieringsansvar för anställda som är sjukskrivna på heltid. Arbetsgivarens medfinansiering utgör 15 procent av den anställdes sjukpenning. Det fanns en oro att medfinansieringen skulle leda till en ökning av antalet nybeviljade sjukersättningar eftersom detta befriar arbetsgivaren från medfinansiering. Denna farhåga har dock inte besannats.

² Försäkringskassans årsredovisning 2004.

³ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

3.1.2 Regionala skillnader i sjukfrånvaron

Ohälsotalet⁴ för perioden april 2005 – mars 2006 varierar från cirka 35 dagar i Stockholms, Jönköpings och Kronobergs län och uppåt nästan 50 dagar i de län som har högst ohälsotal.

Anledningen till de stora regionala skillnaderna har varit föremål för ett antal studier. I de flesta fall har regioner med svag arbetsmarknad också höga ohälsotal och tvärtom.

I en studie av dåvarande Riksförsäkringsverket⁵, RFV, analyseras de stora regionala skillnaderna i sjukskrivning mellan olika kommuner i landet. Sammanfattningsvis konstateras i studien att:

- Både sjukfallsfrekvens och ohälsotal är högst i norra Sverige samt i glesbygdskommuner i södra Sverige, även då skillnader i befolkningsstruktur, arbetsmarknad, utbildningsnivå etc. beaktas.
- Skillnaderna i ohälsa mellan olika *storstadskommuner* går till stor del att förklara med demografiska, socioekonomiska och arbetsmarknadsrelaterade förhållanden i kommunen.
- Skillnaderna i ohälsa inom gruppen *glesbygdskommuner*, vilka dessutom överlag har den högsta sjukfrånvaron beror till stor del på olikheter i sjukförsäkringens tillämpning.
- Det finns endast små skillnader i vilka faktorer som tycks ligga bakom de *regionala* skillnaderna i mäns respektive kvinnors sjukfrånvaro och förtidspensionering.

I en annan rapport⁶ redovisas en studie av attityderna till sjukskrivning i dels en småländsk kommun, Gislaved, dels en jämtländsk, Strömsund. Invånarna i Strömsund har dubbelt så många sjukskrivningsdagar som invånarna i Gislaved, men de har också en helt annan inställning till när det är rätt att vara sjukskriven. Huruvida antalet dagar med sjukpenning speglar attityderna till sjukskrivning eller tvärtom är inte självklart men förmodligen påverkar de varandra på så sätt att höga sjuktal i kommunen gör det mer legitimt att leva på sjukpenning.

⁴ Sammanlagda antalet utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt med sjuk- och aktivitetsersättning per invånare i åldern 16–64 år.

⁵ Analyserar 2003:17 s.8, Försäkringskassan.

⁶ Analyserar 2005:4, Försäkringskassan.

3.1.3 Deltidssjukskrivningarna ökar

Sjukskrivning på heltid ska inte vara förstahandsalternativet. I stället bör deltidssjukskrivning användas i ökad omfattning⁷.

Deltidssjukskrivning har ökat successivt och i mars 2006 var 35 procent av samtliga sjukfall deltidssjukskrivningar. Det är en ökning jämfört med år 2004 med drygt två procentenheter. Störst andel deltidssjukskrivningar finns bland sjukfall som pågått mer än ett år. Där är ökningen av deltidssjukskrivningen nästan 4 procentenheter. Den ökning som skett kan antagligen tillskrivas såväl medfinansieringen som den mer strikta bedömning av rätten till ersättning som sker på Försäkringskassan.

3.1.4 Allt färre har rehabiliteringsersättning

Antalet pågående ärenden med rehabiliteringsersättning sjunker. Under den senaste tolv månadersperioden har antal ärenden med rehabiliteringsersättning minskat med 18 procent. Under mars 2006 uppbar knappt 14 100 personer rehabiliteringsersättning (av cirka 212 000 pågående sjukfall). Motsvarande antal i mars 2005 var cirka 17 200 personer och 239 900 sjukfall.

3.1.5 Kostnaderna för sjukskrivningar och sjukersättning minskar

Försäkringskassans utgifter för sjukpenning under 2005 uppgick till 32,4 miljarder kr, vilket är en minskning med nästan 3,5 miljarder kr jämfört med 2004. Kostnaden beräknas minska till 28 miljarder kr för år 2006. Samtidigt har utgifterna för sjuk- och aktivitetsersättning ökat. Den största prognosförändringen gäller rehabiliteringspenning.

⁷ Prop. 2002/03:89 s. 20–22.

Tabell 3.1 Utgifter 2004–2008⁸

Förmån	2004	2005	2006	2007	2008
Sjukpenning ⁽¹⁾	35 944	32 479	28 742	26 354	24 510
Rehabiliteringspenning	2 337	2 001	1 761	1 615	1 509
Aktivitets- och sjuk- ersättning ⁽²⁾	54 152	56 814	58 218	59 255	60 331
Summa utgifter ⁽³⁾	92 433	91 294	88 721	87 224	86 350

⁽¹⁾ Inkl. Samverkansmedel.

⁽²⁾ Inkl. kostnader för sysselsättning av vissa personer med aktivitets- och sjukersättning.

⁽³⁾ Exklusive ålderspensionsavgifter.

Sedan sjuklöneperioden för arbetsgivare infördes 1992 saknas offentlig statistik om sjukfrånvaro under den av arbetsgivaren finansierade sjuklöneperioden. För år 2005 betalade arbetsgivarkollektivet sammantaget 1,8 miljarder i medfinansieringsavgifter. Av de 53 000 arbetsgivare som under året hade minst en heltidssjukskriven anställd var det 16 500 som påfördes någon avgift. Detta beror på det fribelopp och det högkostnadsskydd som finns i lagen.⁹

3.2 Diagnoser i pågående sjukfall

De problem som orsakar sjukskrivning och ohälsa har ofta en oklar bakgrund. Det gäller framför allt långtidssjukskrivningar där huvuddelen av de bakomliggande problemen har en komplex bakgrund med psykosociala inslag. Endast 20 procent av alla sjukskrivningar beror på diagnostiserade somatiska sjukdomar och skador, resten är främst symtombaserade syndrom. Det är bland de symtombaserade diagnoserna som den stora ökningen av sjukskrivningen har skett.

⁸ Försäkringskassans budgetunderlag 2007–2009.

⁹ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

Tabell 3.2 Pågående sjukfall fördelade efter diagnos, december 2005

Diagnos	Antal	Andel (%)
Rörelseorganen	62 096	29,3
Psykiska sjukdomar	61 273	28,9
Skador och förgiftningar	13 349	6,3
Cirkulationsorganen	9 734	4,6
Tumörer	8 627	4,1
Nervsystemet och sinnesorganen	8 183	3,9
Symptom	7 446	3,5
Övriga diagnoskapitel	4 910	2,3
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet	4 207	2,0
Graviditetskomplikationer	3 926	1,9
Matsmältningsorganen	3 548	1,7
Andningsorganen	2 660	1,3
Endokrina systemet och ämnesomsättningen	2 253	1,1
Diagnos saknas/okänd	19 643	9,3
Summa	211 855	100

Källa: Försäkringskassan.

En fördelning på diagnosgrupper bland sjukfall som pågick i december 2005 visar att den vanligaste sjukskrivningsorsaken är rörelseorganens sjukdomar, 29 procent av de sjukskrivna. En nästan lika frekvent diagnos är psykiska sjukdomar, som var orsak till sjukskrivningen för 29 procent av de sjukskrivna. Det är de psykiska sjukdomarna som ökat mest, och ökningen är störst för kvinnor. De psykiska sjukdomarna fördelar sig ungefär lika mellan depressioner och stressrelaterade sjukdomstillstånd.

Jämför man perioden från slutet av 1980-talet till i dag har andelen kvinnor med psykiatrisk diagnos ökat från 13 till drygt 30 procent, medan motsvarande siffror för männen ökat från 16 till 23 procent. För kvinnor har ökningen skett under hela perioden, för män enbart efter 1999. Diagnosgruppen rörelseorganens sjukdomar har under samma period minskat sin andel i ungefär motsvarande grad.

3.3 Skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor

Kvinnor har fler ersatta dagar än män och ökningstakten har varit högre för kvinnorna. Statistiken inkluderar sjukpenning, arbets-skadepening och rehabiliteringspenning.

I mitten av 1970-talet hade kvinnor som grupp 20 procent färre ersatta dagar än män. Skillnaderna utjämnades fram till 1980 och sedan ökade gapet. I mitten av 1990-talet hade kvinnor 40 procent fler ersatta dagar, som ökade till 70 procent 2000 för att sedan plana ut på denna nivå.

Under det senaste året syns dock en liten förändring. Det totala antalet nya fall ökade (beroende på sjuklöneperiodens förkortning), men antalet som varade längre än 30 dagar minskade. Minskningen var störst för kvinnor.

Tabell 3.3 Antal sjukfall för kvinnor resp. män 2004–2005

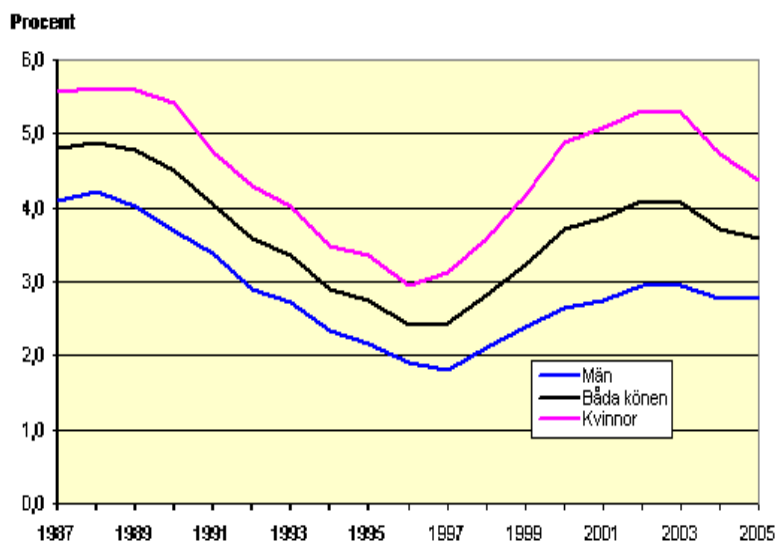
Startade sjukfall		2005	2004	Förändring
Kvinnor	Totalt antal	359 842	339 380	6,0 %
	> 30 dagar	201 631	227 793	-11,5 %
Män	Totalt antal	221 008	205 346	7,6 %
	> 30 dagar	124 581	137 515	-9,4 %
Totalt	Totalt antal	580 850	544 726	6,6 %
	> 30 dagar	326 212	365 308	-10,7 %

Källa: Försäkringskassan.

3.4 Sjukskriven och anställd

Nedan följer en bild som illustrerar sjukfrånvarons omfattning för personer som har en anställning.

Diagram 3.5 Sjukfrånvarande 1987–2005¹⁰. Hel vecka i procent av sysselsatta. Även period med sjuklön ingår.



3.5 Sjukfrånvaron i små företag

Av Sveriges cirka 900 000 företag har 676 000 ingen anställd alls. 188 000 företag har 1–9 anställda och drygt 1 000 företag har mer än 200 anställda.¹¹

Arbetsgivarorganisationen Företagarna genomförde våren 2005 en undersökning om sjukfrånvaron i små företag¹². Antalet tillfrågade företag var 4 551, alla i storleksgruppen med 1–49 anställda. Företagen kom från alla branscher och var spridda över hela landet.

I de flesta småföretag med långtidssjukskriven personal var det bara en person som var sjukskriven. Detta är rimligen en följd dels

¹⁰ Diagrammet visar sjukfrånvarande hel vecka i procent av antalet sysselsatta. Den sjukfrånvaros arbetskraftsundersökningarna ger information om är begränsad till sjukfrånvaron under en viss vecka. Ingen information finns om den totala längden på sjukfrånvaron. Uppgifterna för år 2005 är ej jämförbara med tidigare år.

¹¹ SCB, februari 2006.

¹² Hur hanterar företagen medfinansieringen? Företagarna september 2005.

av det begränsade antalet anställda i ett småföretag, dels av den låga sjukfrånvaron hos sådana arbetsgivare. Men även om det bara är en person som är frånvarande, så motsvarar han eller hon en stor del av personalstyrkan. Resultatet pekar på att antalet långtidssjukskrivna i företag med färre än 50 anställda uppgår till drygt 30 000 personer i hela riket. Detta stämmer väl överens med andra undersökningar.¹³

Undersökningen visade att det bara är en liten grupp arbetsgivare för vilka medfinansieringen upphör genom att den anställde fått rehabiliteringsinsatser för att kunna återgå i arbete. Särskilt tydligt är detta för de allra minsta företagen (1–4 anställda) där endast 2 procent svarade att den anställde kommer att få rehabiliteringspenning. Man kan jämföra detta med de något större företagen anställda (20–49) där 18 procent av företagen svarar att rehabilitering kommer att bli aktuell.

Den vanligaste orsaken till att småföretagen bedömer att deltidssjukskrivning eller rehabilitering inte är möjlig är att den anställde är alltför sjuk för att kunna återvända till arbetet. Det innebär att även om arbetsgivaren skulle sätta in olika rehabiliteringsåtgärder, så skulle den anställde ändå förbli sjukskriven på heltid. De riktigt små arbetsplatserna kan endast undantagsvis tillhandahålla andra arbetsuppgifter än de individen hade innan sjukskrivningen.

Av de småföretag som har någon som är långtidssjukskriven ansåg 12 procent att de inte får tillräckligt stöd för att kunna hjälpa den anställde åter i arbete.

Sjukfrånvaron ökade på mindre arbetsställen under första kvartalet 2006

Tabell 3.4 Andel sjukfrånvarande efter arbetsställets storleksklass, första kvartalet 2006–2005

Antal anställda	2006	2005
1–9	2,3	2,0
10–49	3,3	3,8
50–99	4,6	5,1
100–	5,0	5,5
Totalt	3,8	4,1

Källa: SCB

¹³ Se t.ex. AKU, sjukfrånvaro, 2004.

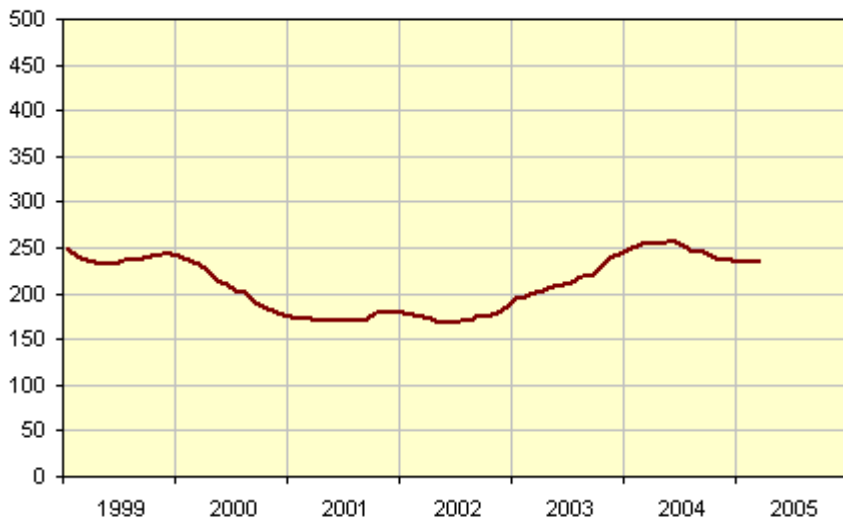
På arbetsställen med färre än 10 anställda ökade sjukfrånvaron med 0,3 procentenheter till 2,3 procent. På arbetsställen med fler än 100 anställda uppgick jämförelsevis andelen sjukfrånvarande till 5,0 procent, en minskning med 0,5 procentenheter. Sjukfrånvaron ökar konsekvent med arbetsställets storlek (vilket man kan se i tabellen ovan).

3.6 Sjukskriven i stället för arbetslös

Det är svårt att få fram exakta siffror på hur stor andel av de sjukskrivna som är arbetslösa, men det är helt klart att de arbetslösa är överrepresenterade.

Diagram 3.6 Arbetslösa 1999–2005

1 000-tal, i åldersgruppen 16–64 år. Säsongrensade värden.



Källa: SCB

Data t.o.m mars 2005

OBS! April 2005 infördes en ny EU-anpassad AKU, vilket medför att resultaten inte är helt jämförbara med de tidigare undersökningarna. Förändringarna innebär också att det för närvarande inte är möjligt att ta fram säsongrensade data för perioden från och med april 2005. Ovanstående diagram kommer att uppdateras så snart säsongrensade data blir tillgängliga.

I december 2005 var obalanstalet (antalet arbetslösa plus antalet deltagare i de arbetsmarknadspolitiska programmen) enligt Arbetsmarknadsverkets (AMV) statistik 8,4 procent.

Av samtliga pågående sjukfall var i december 2005 närmare 15 procent arbetssökande hos Arbetsförmedlingen när sjukskrivningen inleddes. Det är dock betydligt fler av de sjukskrivna som är arbetslösa vid sjukfallets start eller som blir det under pågående sjukskrivning. Olika undersökningar har visat på att mellan 20 och 30 procent av de sjukskrivna är arbetslösa.

I ett regeringsuppdrag¹⁴ till Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen att förstärka insatser för alla försäkrade som är långtidssjukskrivna eller uppbär tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning har man vid den inledande kartläggningen av sjukfallen funnit att mer än 60 procent i målgruppen är arbetslösa.¹⁵

Det kan finnas flera förklaringar till att de arbetslösa utgör en större andel bland de sjukskrivna än obalanstalet.

- Den som har sämre hälsa har svårare att få arbete.
- Det är en extra anspänning att inte få arbete, vilket kan öka risken för sjukskrivning.
- Det finns många tidsbegränsade anställningar inom kommuner och landsting, den sektor som också har en hög sjukfrånvaro. Om en sådan anställningsperiod löper ut under pågående sjukskrivning blir individen arbetslös till dess denne på nytt kan ta ett arbete.
- Efter en viss tids sjukskrivning avaktualiseras den sjukskrivne ur AMV:s register och finns alltså inte längre med i obalanstalet.

3.7 Varför ökade sjukfrånvaron i slutet av 90-talet?

Behovet av kunskaper om sjukfrånvarons orsaker och lämpliga motåtgärder har lett till aktivitet inom forskarvärlden. Flera av de utredningar som berört ohälsa och rehabilitering har gjort omfattande genomgångar av sjukfrånvaron, dess fördelning och dess orsaker samt lagt fram förslag om åtgärder för att minska sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

¹⁴ S 2005/10219/SF.

¹⁵ Enligt uppgift från PILA projektet, Försäkringskassan.

Trots det omfattande materialet finns stora brister i kunskapen om sambanden mellan arbete och ohälsa. Relationen mellan arbetsliv och sjukfrånvaro är komplicerad. Ökar sjukfrånvaron kan det vara en följd av antingen ökad sjuklighet i sig eller av att arbetslivet förändrats, en kombination av dessa eller av något annat skäl, t.ex. att de ekonomiska villkoren i något stödsystem har förändrats.

Många utredningar har presenterat omfattande analyser av ohälsans orsaker. Bland annat följande:

- Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78).
- Försäkringsutredningen (SOU 2000:121).
- HpH utredningen, slutbetänkande (SOU 2002:05).
- AHA utredningen, Analys av hälsa och arbete, (SOU 2002:62).
- Utveckling av god företagshälsovård- ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113).

Det finns också rapporter från myndigheter och försäkringsorganisationer till exempel, ”Den höga sjukfrånvaron – Sanning och konsekvens”¹⁶ och ”Den galopperande sjukfrånvaron”¹⁷.

Gemensamt för de flesta utredningar/analyser är slutsatsen att följande faktorer påverkat utvecklingen av sjukfrånvaron:

- Folkhälsan har inte försämrats. Däremot har det psykiska välbefinnandet minskat. Det senare är sannolikt en bidragande orsak till den snabba ökningen av psykiska diagnoser.
- Arbetslivets villkor och synen på arbetet har ändrats.
- Det har skett en snabb ökning av antalet individer mellan 50 och 64 år.
- Administrativa tillkortakommanden på Försäkringskassan.
- Svaga ekonomiska drivkrafter.
- Flaskhalsar inom sjukvården.
- Attityden till sjukskrivning har förändrats.

3.7.1 Folkhälsan

Mot bakgrund av att sjukskrivningarna ökade alarmerande under åren 1997–2002 finns det anledning att undra om den ökningen motsvaras av ökad ohälsa i befolkningen. Många sjukdomar och

¹⁶ Enligt uppgift från PILA projektet, Försäkringskassan.

¹⁷ Den galopperande sjukfrånvaron, RAR:s forskningsrapport 1:2005 Larsson, Marklund Westerholm, Arbetslivsinstitutet, 2005.

besvär har låg dödlighet men orsakar ändå lidande, funktionsnedsättningar och svårigheter i det dagliga livet. Psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar är några exempel på detta. Omfattningen av sådan sjuklighet går inte att hämta ur register utan man får fråga människorna själva.

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 konstateras bland annat:

1. Det finns flera tecken på sämre hälsoutveckling till exempel när det gäller självrapporterad psykisk hälsa. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen antas lida av psykisk ohälsa, allt ifrån sjukdomstillstånd som psykoser till lättare psykiska problem som ängslan, oro, ångest och sömnproblem. Mellan 10 och 15 procent beräknas ha så allvarliga besvär att de kan behöva psykiatrisk behandling, men endast 3–5 procent söker sig till psykiatri. Omfattningen av så allvarliga psykiska problem har legat på en i stort sett konstant nivå sedan 1950-talet. Andelen i befolkningen som uppger att de känner ängslan, oro eller ångest har ökat sedan början på 1990-talet efter en nedgång på 1980-talet. Ökningen gäller generellt i befolkningen utom bland äldre kvinnor, där andelen har varit konstant hög sedan 1980. Den största ökningen visar kvinnor mellan 16 och 34 år. De stora skillnaderna mellan olika åldersgrupper i detta avseende som fanns i början av 1980-talet har nu utjämnats.
2. Någon form av långvarig sjukdom eller något besvär från rörelseorganen rapporterades av 21 procent av kvinnorna och 15 procent av männen 2002/03, vilket innebär en i stort sett konstant nivå sedan början av 1990-talet. Rörelseförmågan har förbättrats totalt sett sedan 1980-talets början, men från år 2000 syns en tendens till försämring bland kvinnor efter 45-årsåldern.
3. Värk av olika slag har blivit vanligare sedan 1980-talets början, i synnerhet bland kvinnor. Nack- och skulderbesvären ökade under 1990-talet i alla socioekonomiska grupper, medan ryggvärken främst har ökat bland arbetare. Värk är mer frekvent bland kvinnor än bland män. En undersökning av Levnadsförhållanden (ULF) genomförs årligen av Statistiska Centralbyrån. I undersökningen 2002/03 uppgav 57 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att de hade värk i rygg, nacke, axlar, armbågar, ben eller knän.

4. Den psykosociala arbetsmiljön upplevdes försämrade under 1990-talet, men den upplevs som något förbättrad de senaste åren. De mest psykiskt påfrestande arbetena finns inom de s.k. välfärdstjänsterna, dvs. de yrken som vänder sig till allmänheten inom service, vård och omsorg samt skola. Välfärdstjänsterna utgör ca en fjärdedel av arbetsmarknaden. Inom denna sektor skedde stora organisationsförändringar under 1990-talet. Arbetstempo och tidspress har ökat. Jäktiga arbeten har ökat kontinuerligt sedan början av 1990-talet, särskilt bland kvinnor. Andelen som arbetar övertid eller arbetar mer på andra sätt har också blivit större under senare delen av 1990-talet.

3.7.2 Arbetslivets villkor

Det ökade förändringstrycket i arbetslivet har lett till lägre tolerans för olikheter i prestation. En strukturell förändring mot organisationer där enklare arbetsuppgifter tagits bort har ökat kraven på de anställda. Enligt HaKul¹⁸, en undersökning av 9 000 personer inom kommuner och landsting är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning att man blivit utfrusen av sin chef eller arbetskamrater, otydliga mål, att man inte blir sedd och inte kan påverka sin situation. Detta i kombination med låg rörlighet på arbetsmarknaden ökar riskerna för stressrelaterade besvär.

Några utmärkande drag i den förändring som arbetslivet genomgått under senare år är:

- En allt snabbare teknisk utveckling och snabb produktivitetstillväxt.
- En global ekonomi och ökat omvärldsberoende som lett till ökad fokusering på ekonomiskt utfall av verksamheten – även i offentlig sektor.
- Allt mindre utrymme finns för inte fullt presterande personer.
- Avsaknad av reträttjobb.
- Produktion och enklare arbeten har flyttat utomlands.
- Snabb förändringstakt – omorganisationer avlöser varandra.
- Ökade krav på kompetens i många verksamheter.

¹⁸ »Hållbar hälsa i kommuner och landsting», Karolinska institutet oktober 2004.

Det finns ett tydligt samband mellan arbetsplatsens storlek och sjukfrånvaron. HpH-utredningen gjorde beräkningar av sjukfrånvaron relaterad till arbetsplatsens storlek inom enskild sektor och fann ett tydligt mönster: ju mindre arbetsplats, desto lägre sjukfrånvaro. På arbetsplatser med färre än 5 anställda låg sjukfrånvaron under 2 procent, på arbetsplatser med 5–9 anställda på knappt 3 procent för att sedan stiga med arbetsplatsens storlek till 5 procent på arbetsplatser med fler än 200 anställda. Faktorer som bidrar till de lägre sjuktalen är enligt HpH större personligt engagemang och tydligare samband mellan närvaro, produktion och anställningstrygghet.

När det gäller andra psykosociala arbetsmiljöfaktorer som t.ex. hur hårt arbetet är styrt är bilden mer varierad. Bland kvinnor uppges styrd arbetstakt särskilt ofta inom några vanliga kvinnodominerande yrken såsom vårdyrken, lärare, butikskassörskor och köks- och restaurangbiträden. Det är ofta arbetsuppgifter som styrs av kontakt med andra människor. Även bland män är denna bundenhet vanlig i arbeten inom trafik, vård och undervisning, men här finns också en bundenhet i vissa industriarbeten som processoperatörer och fordonsmontörer. Bland de sjukskrivna finns en överrepresentation av arbetstagare som i arbetet lever med stress och litet handlingsutrymme.¹⁹

En studie som gjorts av Arbetslivsinstitutet²⁰ visar att en tredjedel av de långtidssjukskrivna anser att sjukskrivningen helt orsakats av arbetet, och ytterligare 30 procent anser att arbetet delvis orsakat sjukdomen. Nästan alla med utbrändhetsdiagnos uppfattar att problemet helt eller delvis orsakats av arbetet.

Enligt en annan undersökning²¹ som gjordes av dåvarande RFV ansåg hälften av dem som varit sjukskrivna minst 15 dagar att sjukskrivningen var arbetsrelaterad. Personer som var sjukskrivna för psykiska besvär uppfattade i betydligt större utsträckning än de som var sjukskrivna för andra besvär att arbetet bidragit till sjukskrivningen. Trots diskussionerna om att den offentliga sektorn orsakar ohälsa i större utsträckning än den privata var inte de sjukskrivna männen och kvinnorna av den uppfattningen. Anställda sjukskrivna inom landstingen upplevde i lägre grad än sjukskrivna inom privata sektorn att arbetet bidragit till sjukskrivningen.

¹⁹ "Hållbar hälsa i kommuner och landsting", Karolinska institutet oktober 2004.

²⁰ Vilja och villkor – en studie om långtidssjukskrivnas situation, Göransson, Aronsson, Melin, Arbetslivsinstitutet 2002.

²¹ Analyserar 2003:10.

Denna undersökning utgick helt ifrån individens egen uppfattning om arbetet som orsak till sjukskrivningen. Att öka kunskapen om individens egen upplevelse av sin livs – och arbetssituation är viktigt eftersom det givetvis är svårt att motivera någon att gå tillbaka till ett arbete som individen själv, rätt eller orätt, tror har orsakat sjukdomen.

3.7.3 Äldre befolkning

Arbetskraften har blivit äldre i Sverige, inte minst inom den offentliga sektorn och åldern har en kraftig inverkan på frånvaromönstret. HpH-utredningen gjorde en del beräkningar, som med användning av Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik fångade in även frånvaro under sjuklöneperioden (som inte ingår i den officiella statistiken). Av beräkningen framgick att de medellånga (15–90 dagar) och långa (>90 dagar) sjukfallen är proportionella mot ålder och alltså ökar med stigande ålder. Den korta frånvaron har däremot ett direkt motsatt samband, det vill säga att yngre har mer korttidsfrånvaro på grund av sjukdom än äldre.

Med tanke på den demografiska utvecklingen kommer åldersfaktorn att ha stor betydelse i framtiden. För närvarande finns i arbetskraften en stor och ökande grupp mellan 50 och 64 år. En ökande andel äldre i arbetskraften kan i sig förväntas bidra till en ökning av ohälsan de kommande åren.

Att en bransch har relativt hög sjukfrånvaro kan ha samband med att de anställda genomsnittligt är äldre än i andra branscher. Så är fallet inom primärkommuner och landsting. En betydande del av, men inte hela, sjukfrånvaron kan förklaras med att medelåldern är högre där än i andra branscher. Det bör anmärkas att det finns stora skillnader mellan olika kommuner och också mellan olika verksamheter inom kommunerna. Det är framför allt arbete inom omsorgssektorn som ligger högt i sjukfrånvaro. När man jämför sektorer och branscher bör dock viss försiktighet iakttas.

3.7.4 Administrativa tillkortakommanden

Socialförsäkringens administration har en betydelsefull roll i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan, har ett samordningsansvar för den enskildes rehabilitering och ett

ansvar för att rätt ersättning betalas ut. En del av den höga sjukfrånvaron kan hänföras till Försäkringskassans administrativa tillkortakommanden. Handläggningstiderna har varit för långa och tiden från insjuknande till rehabiliteringsinsatser har ökat. Försäkringskassan har inte alltid haft tillräckliga resurser för att pröva om sjukskrivningen är motiverad och att kräva effektiva rehabiliteringsinsatser. En klar förbättring har dock skett under de senaste åren.

Försäkringskassan fick av regeringen ett resurstillskott för år 2005 på 508 miljoner kr för att bryta utvecklingen inom ohälsområdet. Motsvarande tillskott för år 2006 är 450 miljoner kr. Enligt en rapport till regeringen i augusti 2005 har medlen använts till att anställa personal och försäkringsläkare samt till utbildningsinsatser riktade till såväl egen personal som läkare inom hälso- och sjukvården. Resurserna har enligt Försäkringskassan använts till att öka kvalitet och kapacitet inom handläggningen.

Den allmänna sjukvårdens möjligheter att pröva förutsättningarna för återgång i arbetet är också begränsade och detta har ofta lett till förlängd sjukskrivning. Sjukfallet har löpt vidare och så småningom slutat med en förtidspension. Även inom detta område pågår insatser för att förbättra situationen. Regeringen gav i november 2005 Socialstyrelsen och Försäkringskassan²² i uppdrag att utforma och komma med förslag om en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.

3.7.5 Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare

Den konstruktion som sjukförsäkringen hade fram till den 1 januari 2005 innebar att sjukförsäkringen efter sjuklöneperiodens slut gav arbetsgivaren svaga ekonomiska drivkrafter för att påskynda en rehabilitering. Från och med den 1 januari 2005 har en ändring skett genom att sjuklöneperioden förkortats till 14 dagar och en särskild sjukförsäkringsavgift införts som arbetsgivaren ska betala så länge den anställde är helt sjukskriven²³. Den befrielse från sjukförsäkringsavgift som inträder bland annat vid deltidsjukskrivning och då individen får rehabiliteringspenning har också inneburit ökade drivkrafter för arbetsgivaren.

²² S 2005/9201/SF.

²³ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

Regeringen beviljade i december 2005 Göteborgs universitet och Umeå universitet medel för att utvärdera effekten av den särskilda sjukförsäkringsavgiften, allmänt kallad medfinansieringen. Externa forskare ska belysa medfinansieringsreformen utifrån en rad olika frågeställningar.

En sammanfattning av rapporterna återfinns i kapitel 4.

3.7.6 Ekonomiska drivkrafter för individen

För den enskilde saknas i många fall ekonomiska drivkrafter för att förkorta sjukskrivningstiden. En studie av Renstig och Sandmark²⁴ belyser detta. Studien omfattade 300 slumpvis utvalda kvinnor. Om man räknar samman sjukpenning med den kompletterande kollektivavtalade sjukersättningen (AGS) fick kvinnorna omkring 90 procent av sin arbetsinkomst då de var sjukskrivna. Eftersom den som arbetar har kostnader för resor till och från arbetet, lunch med mera som uteblir eller minskar vid sjukskrivning förlorar nio av tio kvinnor i undersökningen ekonomiskt på att börja arbeta. Endast kvinnor med yrken med de högsta inkomsterna i undersökningen får en något högre nettobehållning vid yrkesarbete jämfört med sjukskrivning.

Även i långtidsutredningen²⁵ slås fast att det är en stor grupp av de sjukskrivna som har svaga ekonomiska drivkrafter att ta sig tillbaka till arbete efter en längre tids sjukskrivning. Skillnaden i disponibel inkomst är mindre än 10 procent för var tredje individ.

3.7.7 Sjukvårdens flaskhalsar

Väntetider inom sjukvården har ibland förts fram som en delförklaring till de ökade sjukskrivningarna. I en rapport av Försäkringskassan²⁶ redovisas skillnader i väntetider kopplat till diagnosgrupper. Även om det finns väntetider inom sjukvården är det inte likställt med att det förlänger sjukskrivningen. Det är endast i vart fjärde sjukfall där Försäkringskassan dokumenterat en väntetid inom sjukvården som det också finns en dokumentation om att detta förlänger sjukskrivningen.

²⁴ Kvinnors sjukskrivning Monica Renstig och Héléne Sandmark, Karolinska institutet 2005.

²⁵ Vem tjänar på att arbeta? SOU 2004:2.

²⁶ Analyserar 2006:6, Försäkringskassan.

I den tidigare refererade studien av Renstig och Sandmark kring kvinnors sjukskrivning framgår att hälften av de sjukskrivna kvinnorna i studien stod i någon form av vårdkö. Kötiden till att komma till någon form av specialist var två månader eller längre och för nästan hälften av kvinnorna längre än ett år.

Enligt Landstingsförbundets väntetidsdatabas stod 77 000 personer i kö till ortopedmottagningar för utredningar under år 2004. Hur många av dessa som samtidigt var sjukskrivna är inte känt. Även ett antal andra studier visar att väntetider är ett problem.

Från den 1 november 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti i hela landet vilken bör ha förbättrat situationen. Utvidgningen innebär att beslutad behandling ska inledas inom högst 90 dagar från det att beslutet om behandling fattades. Behandlingsgarantin gäller i hela landet och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård. I och med utvidgningen omfattar vårdgarantin alla steg i vårdkedjan. Sedan tidigare gäller att primär-/när-/familjesjukvården ska kunna erbjuda kontakt samma dag och ett läkarbesök (om det behövs) inom högst 7 dagar. Efter beslutad remiss/vårdbegäran till den specialiserade vården ska ett besök där (om det behövs) kunna erbjudas inom högst 90 dagar.

3.7.8 Attityder till sjukskrivning

Försäkringskassan genomförde en enkätundersökning 2004–2005 då man undersökte 1 000 personers inställning till sjukskrivning²⁷. Den visade bland annat att 71 procent av de tillfrågade tyckte att problem i familjen var en godtagbar anledning till sjukskrivning och 41 procent att osämja med chefen eller arbetskamrater var ett godtagbart skäl. Försäkringskassan genomförde efter denna mätning en massiv informationskampanj som också ledde till en livlig debatt i media och gjorde därefter en förnyad mätning. Försäkringskassan genomförde därefter en omfattande nationell kunskapskampanj riktad till allmänheten hösten/vintern 2004 ”Hela Sverige – Halva sjukfrånvaron”.

Mätningar utförda i början av 2005 efter Försäkringskassans kampanj visade att kunskaperna ökat om vad som berättigar till sjukpenning och inställningen till när det är godtagbart att vara sjukskriven. Inställningen hade ändrats signifikant (8 procent) och blivit mer restriktiv under en relativt kort tidsperiod både på

²⁷ Kunskaps- & attitydstudie avseende sjukförsäkringen, Försäkringskassan 2005.

nationell och lokal nivå. Försäkringskassans ambition har varit att ytterligare kampanjer med samma grundtema ska genomföras årligen till 2008²⁸.

I Välfärdsrådets rapport 2005 konstateras att normer och normbildning förmodligen är betydelsefulla för utnyttjandet av socialförsäkringen, men att det är svårt att empiriskt visa exakt hur viktiga de är.

I en rapport från Försäkringskassan²⁹ analyseras i vilken grad sjukskrivna personer anger att de kan arbeta om arbetssituationen anpassades efter deras förmåga, i vilken grad heltidssjukskrivna skulle vilja arbeta deltid samt i vilken utsträckning sjukskrivna anger att de skulle ha kunnat arbeta under tiden de väntat på behandling eller vård. De huvudsakliga resultaten av studien är:

- Nästan 60 procent av de sjukskrivna uppger att de skulle ha kunnat arbeta åtminstone en del av sin normala arbetstid, om de själva kunde bestämma över arbetssituationen.
- Av de heltidssjukskrivna uppger 32 procent att de skulle vilja arbeta deltid med tanke på sin arbetsförmåga.
- Ungefär var tredje sjukskrivna anser att de behövt vänta på utredning eller behandling inom sjukvården mer än åtta veckor.
- Bland dem som väntat på vård och behandling uppger 40 procent att de skulle ha kunnat arbeta heltid eller deltid under väntetiden om arbetet anpassats efter deras förmåga.

3.8 Varför minskar sjukfrånvaron nu?

Lika svårt som det är att säkert veta varför sjukfrånvaron under åren 1997–2002 ökade kraftigt lika svårt är det att med säkerhet veta vad minskningen i sjukfrånvaron från och med år 2002 beror på. Nedan följer några tänkbara orsaker.

- Konsekvenser av den höga sjukfrånvaron har uppmärksammats i mediadebatten och fler har börjat ifrågasätta rimligheten i den höga sjukfrånvaron, vilket gett en förändring i allmänhetens och läkares inställning till sjukskrivning.
- Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare har införts i och med medfinansieringen.

²⁸ Försäkringskassans återrapportering till regeringen 2005:08.

²⁹ Analyserar 2005:5, Försäkringskassan.

- Försäkringskassan har intensifierat sitt arbete med att bli mer försäkringsmässig i sin bedömning av rätt till ersättning.

3.8.1 Försäkringskassans arbete med att minska sjukfrånvaron

Försäkringskassans ökade försäkringsmässighet har lett till att fler får avslag på sin begäran om sjukpenning. Dessutom har antagligen vetskapen om den striktare tillämpningen av rätten till sjukpenning lett till att färre begär sjukpenning.

För att öka likformigheten i försäkringstillämpningen har gemensamma arbetsmetoder/tillämpningsstöd och processer tagits fram.

Andra åtgärder som vidtagits för att öka försäkringsmässigheten och likformigheten är regelbunden resultatuppföljning på alla nivåer.

En effektivare styrning i ny myndighet

Försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket är sedan den 1 januari 2005 en gemensam myndighet. Den nya sammanhållna organisationen ger bättre förutsättningar för styrning och uppföljning. Det pågår måldiskussioner inom Försäkringskassan med samtliga län, där huvudkontoret respektive länen åtar sig att genomföra överenskomna åtgärder inom givna tidsramar.

Attityder och värderingar

Försäkringskassans informationssatsningar har som mål att minska antalet nya sjukfall och korta pågående sjukfall genom att öka allmänhetens kunskaper om sjukförsäkringen och dess syfte. Ett minskat inflöde av nya sjukfall och att fler kommer tillbaka snabbare till arbetslivet efter en period av sjukpenning eller sjukersättning är avgörande för den framtida utvecklingen av den totala sjukfrånvaron.

Samverkansinsatser

Försäkringskassans samverkan med hälso- och sjukvården och arbetsmarknadens parter, olika informationsinsatser och tillhandahållande av faktaunderlag till massmedia och ökade deltagande i debatten har också bidragit till att öka medvetenheten om sjukförsäkringens syfte.

De övriga faktorerna som tidigare anförts som en orsak till den höga frånvaron, såsom att befolkningen har blivit äldre, arbetslivets allt hårdare villkor, höga krav på förändringsvilja och kompetens och täta omorganisationer på många arbetsplatser har emellertid knappast förändrats i för sjukfrånvaron gynnsam riktning. Trots detta sjunker sjukfrånvaron nu i samma takt som den ökade i slutet på 1990-talet och fram till 2002.

4 Uppföljning av ett år med särskild sjukförsäkringsavgift, den så kallade medfinansieringen

4.1 Bakgrund

Mot bakgrund av de ökande kostnaderna för sjukfrånvaron under senare år infördes den 1 januari 2005 lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift som föreskriver att arbetsgivare ska betala en särskild sjukförsäkringsavgift när hel sjukpenning enligt 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) har utgetts till arbetstagare hos arbetsgivaren.

För att kompensera för dessa ökade kostnader genomfördes samtidigt två förändringar som sänkte arbetsgivarnas kostnader för sjukfrånvaron. Den tredje sjuklöneveckan slopades och den ordinarie sjukförsäkringsavgiften sänktes med 0,24 procentenheter.

Underlaget för beräkningen av den särskilda sjukförsäkringsavgiften är summan av hel sjukpenning som har utgetts till arbetstagare hos arbetsgivaren under en kalendermånad. Den särskilda sjukförsäkringsavgiften utgör 15 procent av underlaget. Försäkringskassan är ansvarig för att beräkna varje arbetsgivares avgiftsunderlag månadsvis och besluta om den särskilda sjukförsäkringsavgiften.

Arbetsgivarna betalar via sitt skattekonto avgifterna till Skatteverket. Medfinansieringen är inte tidsbegränsad.

Det finns ett fribelopp i försäkringen på 12 000 kr per arbetsgivare och kalenderår och ett högkostnadsskydd som innebär att arbetsgivaren aldrig betalar mer än fyra procent av företagets sammanlagda lönesumma i särskild sjukförsäkringsavgift för ett kalenderår.

Ett huvudsyfte med reformen var att skapa drivkrafter för arbetsgivarna att mer aktivt medverka till att långtidssjukskrivna får en effektiv rehabilitering. Om den sjukskrivne får rehabiliteringspenning från Försäkringskassan upphör därför arbetsgivarens medfinansieringsansvar. Arbetsgivarna har således ekonomiska in-

citament att arbetstagarens rehabiliteringsbehov snabbt blir utrett och att antalet individer som går in i rehabilitering ökar.

Eftersom medfinansieringen även upphör vid deltidssjukskrivning kan reformen även förväntas påverka antalet deltidssjukskrivningar.

Medfinansieringsansvaret upphör även om individen går från sjukpenning till att få sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare för-tidspension) alternativt lämnar sin anställning.

I budgetpropositionen för år 2007 aviserar regeringen att lagen om den särskilda sjukförsäkringsavgiften ska upphävas vid utgången av år 2006.

Den förra regeringen uppdrog åt några olika institutioner att utvärdera effekterna av arbetsgivarnas medfinansieringsansvar. Detta kapitel är en sammanfattning av fyra olika delrapporter av effekten av den särskilda sjukförsäkringsavgiften. Den nuvarande regeringen har därefter beslutat att upphöra med finansieringen av dessa utvärderingar och någon slutrapport kommer således inte att lämnas till regeringen.

Vi har, vilket framgår av kapitel 24, under en del av utrednings-tiden övervägt att föreslå att en utökad medfinansiering kunde vara en möjlig sanktion om arbetsgivaren inte i tid kommer in med en plan för återgärder på arbetsplatsen. Mot bakgrund av det förslaget har vi gjort en sammanställning av nedanstående rapporter.

De rapporter som ingår är:

1. Utvärdering av effekterna av arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenningkostnader, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU 2006-06-30.
2. Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen, Försäkringskassans rapport till Regeringen 2006-06-29.
3. Medfinansieringsreformen – piska, morot eller ingetdera? Erfarenheter av effekter av arbetsgivarnas medfinansiering i tre nordliga och tre sydliga län, Umeå universitet 2006-06-30.
4. Medfinansieringen ur ett arbetsgivarperspektiv, delrapport juni 2006, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

4.2 Utvärdering av effekterna av arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenningkostnader, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU 2006-06-30

Delrapporten är en redovisning av utvecklingstrender och deskriptiv statistik för sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukersättning före och efter införandet av medfinansieringen. Vidare beskrivs utformningen av en enkätundersökning kring arbetsgivares överväganden vid anställning och avskedanden.

Antalet dagar med sjukpenning har sjunkit för anställda men ännu mer för dem som är arbetslösa

Studien visar att för anställda och egna företagare minskade antalet dagar med sjukpenning från 4,29 procent av antalet möjliga dagar 2004 till 3,65 procent 2005, vilket är en minskning med 14,9 procent mellan de båda åren. För kvinnor är minskningen något större (14,9 procent) än för männen (14,6 procent). Antalet utbetalda sjukpenningdagar för anställda och egenföretagare har framförallt minskat för sjukskrivningar som varat längre än 360 dagar.

Minskningen av antalet sjukpenningdagar är proportionellt större för gruppen arbetslösa – som inte omfattas av medfinansieringsansvaret – än för gruppen som är anställda och egna företagare vilket kan tyckas vara förvånande, men en orsak till detta mönster kan vara harmoniseringen av sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna som trädde i kraft den 1 juli 2003.

Under samma period minskades även antalet dagar med rehabiliteringspenning – oavsett rehabiliteringspenningens omfattning – för anställda och egna företagare, från 0,23 procent av antalet möjliga dagar till 0,18 procent. Minskningen motsvarar 21,3 procent och är något större för män (21,7 procent) än för kvinnor (21,2 procent) men skillnaderna är små.

Det minskade utnyttjandet av rehabiliteringspenning i samband med att arbetsgivarnas medfinansieringsansvar infördes skulle kunna förklaras av en allmän trend med mindre sjukfrånvaro, vilket då skulle kunna leda till ett mindre behov – i absoluta tal – av rehabiliteringsinsatser. Något förvånande är att förekomsten av rehabiliteringspenning minskar proportionellt sett mer än vad sjukpenning gör. En möjlig förklaring till detta mönster kan vara att

minskningen av rehabilitering sker genom att individer med omfattande rehabiliteringsbehov förs över till sjukersättning.

Minskningen av antalet dagar i rehabiliteringspenning är ungefär lika för gruppen anställda och egna företagare (21,3 procent) som för dem som är arbetslösa och som inte omfattas av medfinansieringsansvaret (21,5 procent). För en bättre förståelse av de observerade utvecklingstendenserna krävs en djupare analys av hur flöden mellan de olika ersättningsformerna har påverkats.

4.3 Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen, Försäkringskassans rapport till Regeringen 2006-06-29

Statistik från Försäkringskassan visar att cirka 53 000 arbetsgivare under perioden januari–november 2005 haft någon anställd som varit sjukskriven på heltid. Men det är endast cirka 16 500 arbetsgivare som har betalat medfinansieringsavgift. Detta beror på att många mindre arbetsgivare (färre än 100 anställda) hamnar under fribeloppet som är 12 000 kr per arbetsgivare och år.

Avsikten med fribeloppet, och högkostnadsskyddet, är framför allt att undvika att små arbetsgivare hamnar i svårigheter i och med reformen. Slutsatsen är att fribeloppet har fungerat som det var tänkt. Det var dock inte möjligt att i rapporten ta hänsyn till högkostnadsskyddet, eftersom avgiften i förhållande till skyddet korrigeras i efterhand.

Ungefär hälften av arbetsgivarna med 10–19 anställda skulle ha betalat medfinansieringsavgift om inte fribeloppet funnits. I praktiken, dvs. när hänsyn tas till fribeloppet, är det 13 procent av arbetsgivarna som har 10–19 anställda som betalat medfinansiering.

Bland arbetsgivare med 200 anställda eller fler är det i princip 100 procent som betalat medfinansieringsavgift.

Sammantaget har arbetsgivarkollektivet betalat cirka 1,8 miljarder kr i medfinansieringsavgifter under år 2005. Det innebär att arbetsgivarkollektivet betalat mindre i medfinansieringsavgift än storleken på sänkningen av arbetsgivaravgiften som motsvarade cirka 2,5 miljarder kr (en sänkning med 0,24 procentenheter av arbetsgivaravgiften). Avsikten från regeringen var att den nya lagstiftningen skulle bli kostnadsneutral för arbetsgivarkollektivet.

En förutsättning för att medfinansieringen ska påverka arbetsgivarnas beteende är att de känner till vad den innebär. Under perio-

den oktober till december 2005 genomförde Statistiska centralbyrån (SCB) en enkätundersökning på uppdrag av Försäkringskassan. Populationen var chefer/arbetsledare som leder den dagliga verksamheten och har ansvar för miljö och sjukskrivna medarbetare på arbetsställen med anställda. Totalt var det 4 811 chefer/arbetsledare som besvarade frågeblanketten, vilket är 61 procent av urvalet. Bakgrunden till undersökningen var att det finns stora skillnader i sjukfrånvaro mellan olika delar av landet. Hela undersökningen består av fyra enkäter som skickades ut till arbetsgivare, läkare, handläggare på Försäkringskassan och till ett urval av befolkningen. I den enkät som skickades till arbetsgivare ställdes ett antal frågor om medfinansieringen. Den hade varit i kraft i cirka 10–12 månader när respondenterna svarade på frågorna om medfinansieringen.

Kunskap om medfinansieringen varierar med företagets storlek

Enkäten studie visar att 63 procent av arbetsgivarna har kännedom om vad medfinansieringen betyder för dem. Kunskapen samvarierar med storleken på arbetsplatsen. Det är framför allt de större arbetsgivarna som känner till den. Detta beror självfallet på att det i huvudsak är de stora arbetsgivarna som betalar medfinansieringsavgift. Endast 39 procent av arbetsgivarna med 1–4 anställda vet vad medfinansieringen innebär, medan cirka 80 procent bland arbetsgivare med 100 anställda eller fler känner till den.

Bättre kartläggning av sjukfallen hos arbetsgivare

36 procent av de arbetsgivare som känner till medfinansieringen uppger att de som följd av den i hög grad kartlägger – eller har kartlagt – sjukfrånvaron på arbetsplatsen. Detta visar att många arbetsgivare på något sätt, påverkas av reformen. Det är framför allt större arbetsgivare med hög sjukfrånvaro som uppger att de kartlägger sjukfrånvaron. På små arbetsplatser behövs det säkerligen inte göras någon kartläggning, eftersom antalet anställda är litet vilket innebär att arbetsgivaren redan vet hur sjukfrånvaron ser ut på arbetsplatsen.

Skärpt rekryteringen

42 procent av de arbetsgivare som har kunskap om reformen uppger att de skärpt rutinerna vid nyanställning som en konsekvens av medfinansieringen. Det är vanligare att små arbetsgivare uppger att de har skärpt, eller ska skärpa, rutinerna vid nyanställning. Konsekvenserna av sjukskrivningar bland personalen är större för en liten arbetsgivare än för en stor.

Överväger uppsägningar

Av de arbetsgivare som har kunskap om reformen är det 14 procent som uppger att de i stor utsträckning har sagt upp, eller kommer att, säga upp långtidssjukskrivna på grund av medfinansieringen.

Förebygger sjukskrivningar

Huvudsyftet med medfinansieringen är att arbetsgivare dels ska förebygga ohälsa på arbetsplatsen, dels vidta åtgärder för att hjälpa sjukskrivna anställda att komma tillbaka i arbete. Ett första steg när det gäller att börja arbeta förebyggande är att se över arbetsmiljön på arbetsplatsen. I genomsnitt uppger 23 procent av de arbetsgivare som har kunskap om medfinansieringen att de kommer att se över arbetsmiljön som en konsekvens av den.

Syftet med medfinansieringen är att arbetsgivarna ska bli mer aktiva vad gäller att vidta rehabiliterande åtgärder. Ett första steg när det gäller rehabiliteringsinsatser är att kartlägga behovet av åtgärder i en rehabiliteringsutredning. Resultaten visar att det finns en rehabiliteringsutredning i 58 procent av de sjukfall där arbetsgivaren betalar medfinansieringsavgift. Detta är en ökning med 10 procentenheter eller med 21 procent jämfört med år 2004 (heltidssjukskrivningar), dvs. året innan medfinansieringen infördes. Jämfört med år 2003 är ökningen ännu större. Från och med 1 juli 2003 ska en rehabiliteringsutredning upprättas i samtliga sjukfall efter fyra veckors sjukfrånvaro. Ökningen av andelen sjukfall med en rehabiliteringsutredning är i det närmaste lika hög bland deltids-sjukfallen som bland heltidssjukskrivna.

Andelen sjukfall där arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats har ökat från år 2003 till år 2005, men däremot inte i jämförelse med 2001. Sjukskrivna som har en arbetsgivare som inte betalar

medfinansieringsavgift, dvs. anställda som är långtidssjukskrivna på deltid, uppger inte i högre grad att arbetsgivaren vidtar åtgärder år 2005 i jämförelse med år 2002. Bland sjukfallen med hel sjukpenning år 2005 där det bedöms finnas ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering upprättades en rehabiliteringsplan i 58 procent av fallen. Motsvarande andel för år 2004 var 38 procent.

Det är vanskligt att utifrån denna studie avgöra om andelen som får arbetslivsinriktad rehabilitering har ökat år 2005, men de åtgärder som påbörjas verkar komma igång tidigare (i jämförelse med åren 2001 och 2003). Att åtgärderna kommer i gång tidigare kan bero på flera olika saker. Det kan bero på att Försäkringskassans arbete med dessa sjukfall har blivit bättre, men det skulle också kunna bero på medfinansieringens införande. I och med medfinansieringen har arbetsgivaren ett större ekonomiskt intresse av att den anställde återgår i arbete så fort som möjligt.

4.4 Medfinansieringsreformen – piska, morot eller ingetdera? Erfarenheter av effekter av arbetsgivarnas medfinansiering i tre nordliga och tre sydliga län, Umeå universitet 2006-06-30

Syftet med studien är att göra en jämförelse mellan en region med traditionellt hög och en region med traditionellt låg sjukfrånvaro. Under perioden januari–juni år 2006 har totalt 28 organisationer intervjuats. Dessa fördelas på sex kommunala arbetsgivare och 7 privata företag i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län samt sju kommunala arbetsgivare och åtta privata företag i Hallands, Jönköpings och Kronobergs län.

Uppfattningar om sjukfrånvaron och medfinansieringsreformen

Det övergripande intrycket från intervjuerna är att det finns en påtaglig enighet när det gäller synen på orsakerna till sjukfrånvaron. Samtliga intervjuade menar att arbetet absolut är av betydelse för uppkomsten av den ohälsa som sedermera leder till sjukfrånvaro. Kommunala arbetsgivarföreträdare och fackliga representanter lyfter fram yrken inom vården som fysiskt belastande vilken kan leda till ohälsa. Även den ökade stressen på arbetsplatserna lyfts fram som en viktig orsak till ohälsa. En relativt utbredd uppfatt-

ning är också att långtidssjukskrivning är mindre starkt relaterad till arbetet och någon menar att långtidssjukskrivningar i många fall inte alls har med arbetet att göra.

Det faktum att arbetsgivaren har ett ekonomiskt ansvar för sjukfrånvaron betraktas av de intervjuade som rimligt även om det finns både positiva och negativa sidor. Möjligen uttrycker arbetsgivarrepresentanterna från företagen en mer negativ hållning i detta fall än vad kommunerna gör.

Man kan konstatera att de flesta arbetsgivarrepresentanterna är förhållandevis väl insatta i lagens innehåll och syfte medan de fackliga representanterna genomgående var betydligt mindre kunniga om medfinansieringen.

Det finns både bland företagare och kommunföreträdare negativa och positiva kommentarer. Ett intressant resultat är dock att ett flertal som varit negativa initialt har ändrat inställning då de förväntade farhågorna inte infriats. Dels har reformen för flera inte inneburit de ökade kostnader som man oroade sig för, bland annat beroende på den samtidiga sänkningen av arbetsgivaravgiften. Dels har flera respondenter pekat på att medfinansieringen påverkat medvetenheten om att sjukfrånvaron kostar pengar. Den har därigenom bidragit till ett mer aktivt förhållningssätt i förhållande till sjukfrånvaro; man kommer ingång snabbare nu än vad man gjorde tidigare.

Förebyggande arbete

Även om det skett förändringar i det förebyggande arbetet har varken de privata eller de kommunala arbetsgivarna gjort större förändringar av det förebyggande arbetsmiljöarbetet som en direkt följd av reformen. Respondenterna från kommunerna menar att man satsar mer resurser på förebyggande verksamhet främst som en följd av Försäkringskassans striktare tillämpning av sjukförsäkringen. I övrigt handlar det för de flesta om att man "vässat" de verktyg man redan har som att ha bättre kontroll på enskilda sjukfall, övervaka korttidsfrånvaro så att denna inte övergår i långtidsfrånvaro samt övervaka arbetsmiljöbrister på ett mer systematiskt sätt.

Rehabilitering

Det är inom det rehabiliterande arbetet som det skett mest förändringar i samband med att medfinansieringen infördes enligt de flesta intervjuade. De flesta arbetsgivarna har skärpt sina rutiner för att hålla kontakt med långtidssjukskrivna. De är mer måna om att få färre sjukskrivna på heltid och fler på deltid, de har bättre rutiner för att övervaka långa sjukfall och i den mån det är möjligt, försöker man få dessa att komma tillbaka i arbete genom att anpassa arbetsuppgifter och arbetsplatser. Organisationerna verkar också vara mer aktiva när det gäller inköp av rehabiliteringstjänster som t.ex. behandlingar av missbruk, ryggar och terapeutisk hjälp för dem med psykiska problem. Omplaceringsmöjligheter används inte gärna eftersom det inte anses vara en god lösning för den enskilde och inte heller gagna organisationen. Här kan man också i viss mån tala om att de arbetsgivare som tidigare haft brister i sitt rehabiliteringsarbete blivit mer aktiva på rehabiliteringsområdet än de som redan tidigare haft goda rutiner för rehabilitering. I övrigt syns inga skillnader.

Samverkan med andra aktörer

Relationerna mellan fackföreningar och arbetsgivare generellt sett har blivit mer omfattande efter medfinansieringen inträde. Arbetsgivare som tidigare inte haft kontakt med företagshälsovård har också i viss mån ökat sina kontakter med den. Det är relationerna till Försäkringskassan som uppvisar den största spridningen; merparten anser att relationerna med Försäkringskassan blivit sämre, men inte som en följd av reformen utan av Försäkringskassans striktare tillämpning av sitt regelverk.

4.5 Medfinansieringen ur ett arbetsgivarperspektiv, delrapport juni 2006, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

Studien fokuserar på att besvara frågan om reformen fått avsedd effekt inom följande områden:

- Arbetsgivarens aktiviteter som syftar till att sjukskrivna skall återgå i arbete.

- Frånvaroförebyggande insatser på arbetsplatsen.
- Ekonomiska och andra konsekvenser av medfinansieringen för arbetsgivarna.

Studien avser att inkludera medfinansieringens konsekvenser för jämställdhet samt arbetsgivares samverkan med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och hälso- och sjukvård m.fl. Genom att analysera arbetsgivares attityder, förhållningssätt och handlande vill studien dra slutsatser hur de drivkrafter reformen skapat fungerar som förändringskraft för arbetsgivarna. Studien vill därmed besvara följande frågor:

- Hur ser arbetsgivarna efter reformens genomförande på sitt ansvar att förebygga ohälsa och vidta rehabiliterande insatser? Har medfinansieringen förändrat synsättet?
- Vad gör arbetsgivarna för att de anställda inte skall vara frånvarande från arbetet och hur har de på denna punkt eventuellt förändrat sitt handlande?
- Hur förhåller sig arbetsgivarna till ekonomiska analyser och kalkyler och vilka ekonomiska resultat kan skönjas?
- Hur påverkas jämställdheten av de nya incitamenten, t.ex. med hänsyn taget till att kvinnor vanligtvis står för högre andel av sjukfrånvaro?

Delrapporten beskriver en fallstudie som gjorts som en metod att utveckla ett datainsamlingsinstrument. I fallstudien ingick såväl privata företag som kommuner, landsting och statliga myndigheter.

Sammanfattningsvis kan sägas att inte någon av arbetsgivarna utom den (anonyma) statliga myndighet som ingick i fallstudien ansåg sig ha påverkats av medfinansieringen i sitt sätt att hantera sjukfrånvaron. Överlag ansåg man att man redan innan reformen infördes hade vidtagit åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Detta kan möjligen bero på att det är för tidigt att se sådana effekter. Den statliga myndigheten ansåg att det förebyggande hälsoarbetet hade påskyndats eftersom man inte visste hur medfinansieringen skulle slå inom verket. De uppgifter man fått fram i fallstudien pekar på att insatser för att bekämpa sjukfrånvaron inleddes långt före medfinansieringen såväl när det gäller förebyggande som rehabiliterande insatser.

5 Sjuklön, sjukpenning och rehabilitering

5.1 Sjukdomsbegreppet

Den försäkringsrättsliga innebörden av begreppet sjukdom har en avgörande betydelse vid bedömningen av rätt till ersättning. Grundläggande för rätten till sjukpenning och sjuklön är att den försäkrade lider av sjukdom och att sjukdomen sätter ned arbetsförmågan.

Enligt förarbetena definieras sjukdom enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.¹

Den nedsatta arbetsförmågan ska dessutom påverka förmågan att försörja sig genom arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Nedsatt arbetsförmåga av andra skäl bör däremot inte ge rätt till ersättning. Avsikten med renodlingen av kriterier för bedömning av arbetsförmågan var enligt förarbetena att ge en mer rättvisande bild av samhällets kostnader inom olika områden. Problem som inte är medicinskt betingade ska inte lösas med medel som är avsedda för sjukförsäkringen utan med hjälp av arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel.²

5.2 Sjuklöneperioden

Lagen (1991:1047) om sjuklön (SjLL) reglerar vad som gäller mellan arbetsgivare och arbetstagare och är tvingande till arbetstagarens förmån. Rätten till ersättning regleras dels i lagar, dels i kollektivavtal.

En arbetstagare som anställts tills vidare eller har ett tidsbegränsat anställningsavtal som avser en månad eller längre omfattas av SjLL från och med första anställningsdagen.

¹ Prop. 1996/97:28 s. 10.

² Prop. 2002/03:89 s. 18.

Rätt till sjuklön har den som har en anställning och som på grund av sjukdom är förhindrad att arbeta. Om den avtalade anställningstiden är kortare än en månad fordras att arbetstagaren tillträtt anställningen och varit anställd under fjorton kalenderdagar i följd för att hon eller han ska omfattas av lagen³.

Mål mellan arbetsgivare och arbetstagare om tillämpningen av SjLL handläggs enligt lagen (1974:371) om rättegång vid arbetstvister.

5.3 Bedömning av rätt till sjuklön

Det finns som tidigare nämnts ingen definition av sjukdomsbegreppet i SjLL. Den tolkning av begreppet som gjorts vid tillämpningen av rätten till sjukpenning i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) ska gälla även vid tillämpningen av sjuklönebestämmelserna⁴. Det är arbetsgivaren som bedömer om den anställda har rätt till sjuklön eller inte. Arbetsgivaren ska göra bedömningen av hur stor arbetsförmågan är i förhållande till arbetstagarens ordinarie arbetstid.

5.4 Sjukanmälan av arbetsgivaren

Arbetsgivaren är skyldig att anmäla de sjukfall som fortsätter efter sjuklöneperiodens slut. Anmälan ska göras till Försäkringskassan tidigast på den femtonde dagen i sjukperioden och senast inom sju kalenderdagar efter sjuklöneperiodens slut. Arbetsgivarens uppgiftsskyldighet enligt SjLL är straffsanktionerad med böter. Sjukanmälan görs till Försäkringskassans nyinrättade kundcenter för arbetsgivare.

5.5 Försäkran/begäran om sjukpenning

Den försäkrade ska lämna en skriftlig försäkran för sjukpenning till Försäkringskassan i början av sjukfallet. Försäkran ska innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan⁵.

³ 3 § SjLL.

⁴ 4 § SjLL.

⁵ 3 kap. 8 § första stycket AFL.

5.6 Medicinskt underlag

Senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningdagen ska den försäkrade styrka nedsättningen av arbetsförmågan med ett läkarintyg som lämnas till Försäkringskassan⁶. Den enskildes försäkran för sjukpenning ska lämnas på blankett som fastställs av Försäkringskassan.

5.7 Särskild sjukförsäkringsavgift

Arbetsgivaren ska enligt lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift som gäller från och med den 1 januari 2005 betala en särskild sjukförsäkringsavgift när hel sjukpenning utbetalas till arbetstagaren. Avgiften utgör 15 procent av den anställdes sjukpenning. Den särskilda sjukförsäkringsavgiften begränsas av ett fribelopp och ett högkostnadsskydd. Fribeloppet är 12 000 kr och lika för alla arbetsgivare. Det innebär att arbetsgivaren endast betalar den särskilda sjukförsäkringsavgift som överstiger 12 000 kr per kalenderår. Högkostnadsskyddet innebär att arbetsgivaren aldrig betalar mer än fyra procent av företagets sammanlagda lönesumma i särskild sjukförsäkringsavgift för ett kalenderår. Försäkringskassan fastställer underlaget för varje kalendermånad och fattar samtidigt beslut om avgiftens storlek.

Arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenning upphör:

- När den anställda börjar arbeta igen.
- När den anställda arbetar till viss del, det vill säga är deltidsjukt skriften.
- När den anställda deltar i rehabilitering och får rehabiliteringsersättning.
- När den anställda får förebyggande sjukpenning.
- När den anställda får hel sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension).

Enligt budgetpropositionen för år 2007 ska lagen om särskild sjukförsäkringsavgift upphävas vid utgången av år 2006.

⁶ 3 kap. 8 § andra stycket AFL.

5.8 Rätt till sjukpenning

Grunderna för rätten till sjukpenning anges i 3 kap. 7 § AFL. Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Sjukpenningen kan betalas ut med hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning beroende på arbetsförmågans nedsättning.

5.8.1 Steg-för-steg-modellen

3 kap. 7 § AFL är konstruerad som en steg för steg bedömning av en individs arbetsförmåga och behov av insatser för att kunna återgå i arbete. Syftet med modellen är att ge Försäkringskassan stöd för att på ett strukturerat och aktivt sätt bedöma rätten till sjukpenning, uppmärksamma behovet av rehabilitering, tidigt i sjukfallen ta initiativ till rehabiliteringsinsatser och att byta ut sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning när den försäkrade uppfyller förutsättningarna för sådan förmån. Enligt förarbetena bör en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden vara gjord senast ett år efter första sjukdagen⁷. De olika stegen beskrivs i Försäkringskassans vägledning⁸.

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

I det första steget bedöms i vilken utsträckning den försäkrade har förmåga att utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda. Den försäkrade kan få sjukpenning om hon eller han inte kan utföra sitt vanliga arbete men bedöms kunna göra det efter behandling och konvalescens.

⁷ Prop. 2002/03:89 s. 47.

⁸ Försäkringskassan vägledning 2004:2.

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

I steg två är frågan om den försäkrade kan återgå till sitt vanliga arbete. Bedömningen beror på vilka, och hur omfattande, åtgärder som behövs för att en återgång ska vara möjlig. Sjukpenning kan betalas ut under den tid nödvändiga åtgärder vidtas – dock bara undantagsvis mer än tre månader.

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

Steg tre används när det är klarlagt att den försäkrade inte kan återgå till sitt vanliga arbete, men det finns möjlighet att få ett annat arbete hos arbetsgivaren. Arbetsförmågan bedöms då i förhållande till detta arbete. Sjukpenning kan betalas ut under nödvändig behandling och konvalescens, men sjukpenning betalas inte ut i avvaktan på att arbetet blir tillgängligt.

Steg 4. Kan den försäkrade få andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning eller rehabiliterande insatser?

Prövningen i steg fyra sker med utgångspunkt i den begränsade tid som rehabiliteringsersättning kan betalas ut. Detta innebär en rehabiliteringsinsats som inte tar mer än cirka ett år i anspråk. Det bör också vara klarlagt att den försäkrade efter till exempel arbets träning eller utbildning erbjuds ett arbete hos arbetsgivaren.

Försäkringskassan måste alltid pröva steg ett till fyra innan man går vidare i modellen när det gäller anställda som har en anställning.

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

Steg fem blir aktuellt om det inte finns något lämpligt arbete för den försäkrade inom ramen för arbetsgivarens verksamhet. Om den försäkrade, trots sin sjukdom, kan klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete har hon eller han inte rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Den försäkrade bedöms vara arbetsför även om arbetet inte finns direkt tillgängligt för henne eller honom.

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

Även i steg sex bör prövningen ske med utgångspunkt i de tidsramar som finns för rehabilitering vilket innebär en rehabiliteringsinsats som inte tar mer än cirka ett år i anspråk. Syftet med rehabiliteringsinsatserna ska vara att göra den försäkrade rustad att klara ett lämpligt arbete på arbetsmarknaden. Om det inte finns något lämpligt arbete efter avslutad rehabilitering, men den försäkrade har förmåga att utföra ett sådant, betalas inte längre ersättning från sjukpenningförsäkringen.

Steg 7. Är den försäkrade arbetsförmögen för minst ett år eller varaktigt?

Om utredningen visar att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt och nedsättningen kan antas bestå under minst ett år, ska Försäkringskassan pröva om sjukpenningen ska bytas ut mot sjukersättning eller aktivitetsersättning. Innan Försäkringskassan gör en sådan prövning ska det vara klarlagt att den försäkrade inte har någon arbetsförmåga som kan tas tillvara på arbetsmarknaden, och alla rehabiliteringsmöjligheter ska för tillfället vara uttömda⁹.

Rehabiliteringsinsatser är alltså aktuella då en person bedöms befinna sig i steg två, fyra eller sex i den ovan beskrivna steg-för-steg-modellen. Som grund för ställningstagandet ska Försäkringskassan utöver det medicinska underlaget och individens försäkrans också ha arbetsgivarens rehabiliteringsutredning.

Rehabiliteringsprocessen

5.9 Rehabiliteringsutredning

Det är arbetsgivaren som i samråd med den försäkrade ska svara för att hennes eller hans behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering¹⁰. För att tidigt uppmärksamma signaler om rehabiliteringsbehov ska arbetsgivaren ovillkorligen påbörja en rehabiliteringsutredning när:

⁹ Försäkringskassans vägledning 2002:2, s. 50 ff.

¹⁰ 22 kap. 3 § AFL.

- Den anställde på grund av sjukdom varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd.
- Den anställdes arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder.
- Den anställde begär det.

Rehabiliteringsutredningen ska sändas till Försäkringskassan inom åtta veckor från sjukanmälningsdagen. Med ”ofta” avses här att den anställde varit frånvarande på grund av sjukdom vid minst sex tillfällen under en tolv månaders period¹¹. När det gäller ofta förekommande korta sjukfall räknas tiden från den dag då sjukanmälan gjordes i sjukperioden som närmast föregick den då rehabiliteringsutredningen påbörjades.

Omfattning av rehabiliteringsutredningen

Rehabiliteringsutredningen är ett verktyg för att arbetsgivaren ska kunna leva upp till sitt rehabiliteringsansvar och ett viktigt underlag såväl i det systematiska arbetsmiljöarbetet som i Försäkringskassans arbete med att bedöma den försäkrades behov av, och möjligheter till, rehabilitering.

En rehabiliteringsutredning ska innehålla information från både den anställde och arbetsgivaren¹². Det handlar om uppgifter om:

- Den anställdes uppfattning i fråga om rehabilitering.
- Den anställdes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter och en prognos för återgång i arbete.
- Behov av rehabiliteringsåtgärder samt vidtagna och planerade insatser på arbetsplatsen.
- Medverkan av företagshälsovård.

Rehabiliteringsutredningen ska lämnas på en blankett som fastställs av Försäkringskassan.

Om det är uppenbart att det inte behövs någon rehabiliteringsåtgärd räcker det enligt förordningen att utredningen innehåller uppgifter om orsaken till detta.

¹¹ Prop.1990/91:141 s. 89.

¹² Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. AFL.

5.10 Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket

Sedan år 2003 finns en överenskommelse mellan Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket om samverkan inom rehabiliteringsområdet. Om en arbetsgivare inte tar det ansvar för rehabilitering av en anställd som AFL föreskriver kan det vara skäl att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering uppfyller de krav som ställs i Arbetsmiljölagen (1977:1160), (AML).

Då rehabiliteringsutredning inte lämnats till Försäkringskassan nio veckor efter datum för sjukanmälan sänds därför ett påminnelsebrev till arbetsgivaren. Där framgår att Försäkringskassan överväger att meddela Arbetsmiljöverket om utredningen inte inkommer inom två veckor. Arbetsmiljöverket har till uppgift att kontrollera att arbetsgivaren lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen och i de föreskrifter som Arbetsmiljöverket utfärdar. Denna kontroll sker vanligtvis genom inspektion. För en redovisning av omfattningen av detta samarbete hänvisas till kapitel 7.

5.11 Avstämningsmöte

Mötet med den försäkrade och dennes arbetsgivare har sedan länge varit en del i Försäkringskassans arbete. Avstämningsmöten som arbetsmetod infördes i AFL den 1 juli 2003.

I januari 2005 skedde det en precisering vad avser tidpunkt då avstämningsmöte ska genomföras. Försäkringskassan ska, om det inte är obehövligt, senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredning inkommit till Försäkringskassan, kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte. Saknar den försäkrade arbetsgivare, ska Försäkringskassan, om det inte är obehövligt, senast tio veckor efter dagen för sjukanmälan kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte¹³.

Ett avstämningsmöte är ett möte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka den försäkrades situation deltar. Exempel på sådana parter är i första hand behandlande läkare, arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Andra aktörer som kan delta är företagshälsovården och individens fackliga organisation. Syftet med mötet är att bedöma den

¹³ 22 kap. 5 § AFL.

försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering¹⁴.

Syftet är också att tidigt fånga upp individens möjlighet att återgå i arbete och behov av stöd för att underlätta detta. Vid mötet bör det klarläggas i vilken mån det eventuellt är annat än sjukdom som är orsak till frånvaron från arbetet¹⁵.

Den försäkrade ska på Försäkringskassans begäran delta i ett avstämningsmöte. Om hon eller han utan giltig anledning vägrar att delta kan sjukpenningen tills vidare helt eller delvis hållas inne under förutsättning att den försäkrade erinrats om denna påföljd¹⁶.

Det är viktigt att den behandlade läkaren ges möjlighet att delta i avstämningsmötet. För att underlätta för läkare att avsätta tid för avstämningsmöten kan arvode utges för avstämningsmöten¹⁷.

5.12 Rehabiliteringsåtgärder

Exempel på rehabiliteringsåtgärder är anpassning av arbetsuppgifter, arbetsträning, utbildning och omplacering¹⁸. Det kan också handla om att se över möjligheterna att ändra arbetets innehåll och/eller arbetsorganisationen, vidta tekniska åtgärder eller att anskaffa särskild utrustning.

5.12.1 Arbetsträning

Arbetsträning är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som innebär att en försäkrad tränar upp sin förmåga att utföra en viss arbetsuppgift. Under den försäkrades arbetsträning ska någon annan ha ansvaret för att arbetet blir utfört. Ett alternativ till arbetsträning kan vara att den anställde börjar arbeta på deltid och sedan successivt tränar upp sin arbetsförmåga.

¹⁴ 3 kap. 8 a § AFL.

¹⁵ Prop. 2002/03:89 s. 28.

¹⁶ 20 kap. 3 § AFL.

¹⁷ 6 § RFFS 2003:10.

¹⁸ Prop. 1990/91:141 s.42.

5.12.2 Utbildning

Utbildning kan många gånger vara en framgångsrik rehabiliteringsåtgärd, inte minst om utbildningen leder till att den försäkrade kan stanna kvar hos sin arbetsgivare. Utbildningstiden är beroende av utbildningsbehovet och omständigheterna i det enskilda fallet. Inriktningen på rehabiliteringsarbetet ska vara att personen ska ha återfått sin arbetsförmåga efter ett år och att en eventuell utbildning bör vara avslutad inom denna tid. När det gäller personer med speciella funktionshinder kan det ibland bli nödvändigt med längre utbildningstider.

För många sjukskrivna med låg utbildning skulle en mer omfattande utbildning vara en bra lösning på att få en nystart i arbetslivet och här är ettårsgränsen ett hinder. Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen har därför framfört förslag¹⁹ till regeringen att en regeländring bör ske så det blir möjligt att bevilja rehabiliteringsersättning under första året av en flerårig utbildning. Återstoden av studietiden skulle enligt förslaget individen själv eller arbetsgivaren finansiera.

5.13 Rehabiliteringsplan

Försäkringskassan har ansvar för att upprätta en rehabiliteringsplan i de fall individen behöver insatser som ger rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning eller särskilt bidrag. Planen är ett underlag för Försäkringskassans beslut om rehabiliteringsersättning. I rehabiliteringsplanen ska anges vilka åtgärder som ska komma ifråga, vem som ska ansvara för dessa, kostnader, tidplan samt övriga uppgifter som kan behövas för att genomföra rehabiliteringen²⁰.

Målet för rehabiliteringen bör vara att den försäkrade ska ha återfått sin arbetsförmåga senast efter ett år, och att i vart fall en eventuell utbildning bör vara avslutad inom denna tid²¹.

Vid bedömningen av om det finns behov av rehabilitering ska inriktningen vara att den anställde ska kunna beredas fortsatt anställning hos arbetsgivaren. Andra alternativ ska prövas först när denna möjlighet är uttömd.

¹⁹ RFV och Ams förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering, Uppdrag enligt regeringsbeslut III 6 2003-01-23 N2003/459/A.

²⁰ 22 kap. 6 § AFL.

²¹ Bet. 1990/91: SfU16 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s. 2.

I en del fall kommer de dock inte att vara möjligt att finna lösningar som möjliggör att anställningen består. Även då bör arbetsgivaren kunna medverka till att finna arbetsträningsplatser utanför den egna arbetsplatsen och medge tjänstledighet från anställningen när det behövs för att genomföra en rehabilitering utanför arbetsplatsen²².

I förarbetena till lagen (1982:80) om anställningsskydd²³ beskrivs arbetsgivarens skyldighet att omplacera en anställd som inte längre klarar sina vanliga arbetsuppgifter. En förutsättning för att arbetsgivaren ska anses skyldig att omplacera en arbetstagare är att det kan ske utan att en annan arbetstagare friställs.

Enligt AFL²⁴ ska Försäkringskassan fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den. Detta innebär att Försäkringskassans ansvar inte upphör i och med att rehabiliteringsplanen upprättats.

5.13.1 Insatser som faller utanför krav på en rehabiliteringsplan

Om individen inte har rätt till rehabiliteringsersättning så finns det inget krav på rehabiliteringsplan. Det innebär att vi inte har någon heltäckande bild av vilka insatser som i verkligheten görs till stöd för individens återgång i arbete. De mest närliggande insatserna som t.ex. anpassning på arbetsplatsen, anpassning av arbetsuppgifter, arbetshjälpmedel och successiv återgång i arbete genom deltids-sjukskrivning faller utanför kravet på plan.

5.14 Rehabiliteringsersättning

Rätten till rehabiliteringsersättning regleras i en förordning²⁵. Ersättningen kan bestå av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

En försäkrad kan få rehabiliteringsersättning under tiden som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen pågår. En förutsättning är att det finns en av Försäkringskassan godkänd rehabiliteringsplan och att den försäkrade ansöker om ersättning. Rehabiliteringspenningen ska kompensera för den inkomstförlust som uppstår då en

²² Prop. 1990/91:141 s. 43.

²³ Prop. 1973:129.

²⁴ 22 kap. 6 § sista stycket AFL.

²⁵ Förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning.

försäkrad deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd och det särskilda bidraget ska kompensera för de kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen. Under den tid en person uppbär rehabiliteringspenning upphör arbetsgivarens medfinansiering. Vid arbetsträning för att återgå till *tidigare arbete* hos den egna arbetsgivaren är en riktlinje att upp till tre månader kan godtas²⁶.

När den försäkrade är i behov av rehabilitering för att kunna återgå i *annat arbete* hos arbetsgivaren kan rehabiliteringsersättning betalas ut under en rehabiliteringsinsats om denna inte tar mer än cirka ett år i anspråk²⁷. Det bör vara klarlagt att den försäkrade efter rehabiliteringsinsatsen erbjuds ett arbete hos arbetsgivaren.

5.15 Arbetshjälpmedel

AFL reglerar även rätten till bidrag till arbetshjälpmedel²⁸. Bidrag till arbetshjälpmedel kan lämnas som ett led i rehabiliteringen av en förvärvsarbetande försäkrad när ett hjälpmedel kan medföra att en längre tids sjukskrivning kan brytas och den försäkrade kan återgå i arbete. Bidraget får avse kostnad för att införskaffa eller leasa arbetshjälpmedlet. Bidraget får inte avse sådant som kan anses vara normal utrustning på arbetsplatsen.

Bidrag kan ges både till den enskilde och till arbetsgivaren. Som regel lämnas bidrag till kostnader med högst 50 000 kr. Vid stöd till arbetsgivaren ska denne själv bekosta de första 10 000 kronorna varefter bidrag sedan kan ges för hälften av den återstående kostnaden. Till den enskilde kan bidrag ges till hela kostnaden. Det är möjligt att ge ett högre bidrag när det gäller avancerade dator-tekniska hjälpmedel. Då det finns synnerliga skäl kan Försäkringskassan även i annat fall lämna bidrag med ett högre belopp. Vid beräkning av bidraget ska hänsyn tas till i vilken mån hjälpmedlet innebär rationalisering eller produktivitetshöjning för arbetsgivaren²⁹.

Ansökan om bidrag till arbetshjälpmedel kan göras av såväl den försäkrade som av arbetsgivaren. Då en anställd beviljas bidrag till att köpa ett hjälpmedel är det denne som äger hjälpmedlet.

²⁶ Prop. 1996/97:28 s. 19.

²⁷ Prop. 1996/97:28 s. 15.

²⁸ 2 kap. 14 § AFL och förordningen (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

²⁹ Prop. 1990/91:41 s. 69.

Arbetsförmedlingen ansvarar för bidrag till arbetshjälpmedel som behövs för att en arbetslös person med funktionshinder ska kunna få eller utföra arbete³⁰. Ansvaret gäller för de första tolv månaderna en person är anställd hos arbetsgivaren. Även här är högsta beloppet 50 000 kr till vardera arbetsgivaren och arbetstagaren.

För den som är anställd med lönebidrag, i skyddat arbete hos offentliga arbetsgivare, i utvecklingsanställning eller i en trygghetsanställning får stödet lämnas så länge som lönebidrag lämnas. Även här är högsta beloppet 50 000 kr till vardera arbetsgivaren och arbetstagaren. Om det gäller datorbaserade hjälpmedel eller om det finns synnerliga skäl kan Arbetsförmedlingen bevilja bidrag med ett högre belopp. Ett sådant skäl kan vara att den anställde riskerar att bli arbetslös om inte bidraget beviljas.

Kommuner och landsting har ett grundläggande ansvar när det gäller hjälpmedel som en funktionshindrad person behöver för att kunna delta i samhällslivet på lika villkor som de utan funktionshinder.

³⁰ Förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med arbetshandikapp.

6 Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), är en ramlag som kompletteras och konkretiseras i arbetsmiljöförordningen (1977:1166) och genom föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna från Arbetsmiljöverket (tidigare Arbetarskyddsstyrelsen). Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.

Lagen ställer krav på arbetsgivaren att anpassa arbetsförhållandena utifrån arbetstagarnas särskilda förutsättningar för arbetet, men det anges även i 3 kap. 1 a § att arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetsmiljölagen gäller varje verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för arbetsgivarens räkning. Arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållandena och organiserandet av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inträder i och med att arbetsgivaren har anställt en person och denne utför arbete för arbetsgivarens räkning. Lagen gäller även när arbetstagare är frånvarande på grund av sjukdom.

6.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljölagen innehåller inte bara regler om arbetsmiljöns beskaffenhet och arbetsgivarens skyldigheter. Lagen innehåller även regler om hur arbetsgivaren ska gå tillväga för att leva upp till de krav som regelsystemet ställer. I 3 kap. 2 a § första stycket och AFS 2001:1 finns regler om en metodik som ska underlätta för arbetsgivaren att styra verksamheten i arbetsmiljöhänseende. Vidare ska arbetsgivaren organisera arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på ett lämpligt sätt enligt 3 kap. 2 a § tredje stycket och AFS 1994:1. Med systematiskt arbetsmiljöarbete menas att systematiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten så

att arbetsmiljökraven fortlöpande uppfylls. Detta arbete ska vara en naturlig del av verksamheten och omfatta alla förhållanden av betydelse för arbetsmiljön. Arbetsgivaren ska vidare ta fram en arbetsmiljöpolicy, där målet med systematiskt arbetsmiljöarbete slås fast, samt kontinuerligt undersöka riskerna i verksamheten och vidta de eventuella åtgärder som behövs till följd av denna. Om den egna kompetensen inom verksamheten inte räcker för det systematiska miljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, ska arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.

6.2 Anpassning av arbetssituationen

I 2 kap. 1 § AML föreskrivs att arbetsförhållandena ska anpassas efter människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt hänseende. 3 kap. 3 § reglerar arbetsgivarens ansvar i detta hänseende. Kravet på anpassning av arbetsmiljön avser inte enbart redan anställda med särskilda behov. Av förarbetena framgår att kravet på anpassningsåtgärder även omfattar sysselsättningsfrämjandet åtgärder och riktar sig även mot ännu inte anställda.

Enligt 3 kap. 3 § ska arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Arbetsgivaren ska vid planläggningen och anordnandet av arbetet beakta att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika.

Arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § AML har preciserats genom föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1. Som vägledning vid tillämpningen av föreskrifterna finns allmänna råd. Arbetsgivaren ska enligt föreskrifterna fortlöpande ta reda på vilka behov av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som finns bland arbetstagarna och så tidigt som möjligt påbörja arbetet med anpassning av arbetssituationen och rehabilitering av de arbetstagare som har behov av detta. Arbetsgivaren ska klargöra hur arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering ska fördelas och den ansvarige ska ha de befogenheter, resurser och den kompetens som behövs för uppgifterna.

Arbetssituationen bör för samtliga anställda utformas utifrån att människor t.ex. har olika utbildningsbakgrund, att tidigare yrkeserfarenheter varierar, att vissa har funktionshinder och att människor åldras och därmed drabbas av funktionsnedsättningar. Mål-

sättningen med den individuella arbetsanpassningen är att vidta sådana åtgärder i arbetsmiljön att den anställda kan vara kvar i eller återkomma till sitt vanliga arbete. Åtgärder som kan vidtas är anskaffande av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap eller förändringar i den fysiska arbetsmiljön. Förändringar kan också behöva göras i arbetsorganisationen, arbetsfördelningen, arbetsuppgifterna, arbetstiderna, arbetsmetoderna samt de psykologiska och sociala förhållandena. Andra åtgärder kan vara särskilda informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Byte av befattning eller personella insatser kan också bli aktuellt.

Varje arbetsplats och varje arbetsuppgift kan dock givetvis inte anpassas till de olika förutsättningarna hos varje individ. I vissa fall kan den enda lösningen vara att försöka bereda en anställd andra och mer lämpliga arbetsuppgifter inom ramen för anställningen. Omplacering bör dock tillgripas som en åtgärd i sista hand.

Det finns självfallet en gräns för hur mycket man kan kräva av en arbetsgivare. Vilka krav som kan ställas måste dock avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in.

6.3 Tillsyn

Tillsynen över att arbetsmiljölagen och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen efterlevs utövas av Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverket kan meddela förelägganden eller förbud om det behövs för att lagen eller föreskrifterna ska efterlevas. Arbetsmiljöverket kan också i beslut om föreläggande eller förbud sätta ut vite. Om ett meddelat föreläggande inte följs får verket vidare förordna om s.k. tvångsutförande, d.v.s. rättelse på arbetsgivarens bekostnad. En vägran att följa ett föreläggande eller beslut kan även medföra straffrättsligt ansvar.

7 Användning av verktygen rehabiliteringsutredning, avstämningsmöte och rehabiliteringsplan

Den lagstiftning kring olika aktörers rehabiliteringsansvar som återfinns i 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) är tydligt formulerad kring individens rätt att få en rehabiliteringsutredning och insatser som avstämningsmöte och rehabiliteringsplan.

Från att tidigare haft formuleringen att rehabiliteringsutredning skulle upprättas ”om det inte ansågs obehövt” har lagstiftningen från den 1 juli 2003 preciserats på så sätt att rehabiliteringsutredning är obligatorisk och en tidsgräns har införts inom vilken Försäkringskassan ska kalla till ett avstämningsmöte om det inte anses obehövt. Då en rehabiliteringsplan ska upprättas ska det ske inom en föreskriven tid.

De lagliga förutsättningarna är således goda för att individen ska få ett bra stöd både från arbetsgivaren i form av rehabiliteringsutredning och från Försäkringskassan i form av ett därpå snabbt följande avstämningsmöte och, då det behövs, en rehabiliteringsplan.

I detta kapitel redovisar vi statistik från Försäkringskassan kring rehabiliteringsutredningar, avstämningsmöten och rehabiliteringsplaner.

7.1 Statistik från Försäkringskassan

Statistiken omfattar anställda sjukskrivna som sjukskrevs i november 2004 respektive maj 2005. Statistiken är hämtad ur Försäkringskassans Diagnos- och Arbetsgivarregister (DoA) och omfattar drygt 20 000 anställda sjukskrivna. Två län, Skåne och Västra Götaland, har valt att använda ett eget uppföljningssystem, Mälker. De sjukskrivna i Västra Götaland utgör drygt 18 procent och de i Skåne cirka 12 procent av landets sjukskrivna. Vi redovisar därför resultaten för dessa län separat.

Vi har valt att redovisa hur stor andel av individerna som fått del av de olika verktygen rehabiliteringsutredning, avstämningsmöte

och rehabiliteringsplan och också hur stor andel som fått det inom föreskriven tid. Vi har också granskat vad som hänt med de sjukfall som fortfarande pågår efter ett års sjukskrivning.

Enligt uppgift från Försäkringskassan är statistiken i DoA behäftad med brister eftersom det är ett helt manuellt register, dvs. handläggaren måste själv lägga in uppgifterna i systemet, men det är ändå de säkraste uppgifter som går att få fram. Med tanke på det starka fokus som är på ohälsområdet och inte minst på individens rätt till rehabiliteringsutredning och avstämningsmöte är det anmärkningsvärt att Försäkringskassan håller sig med ett uppföljningssystem vars kvalitet man själv ifrågasätter.

Trots att statistiken visar att lagstiftningen inte efterlevs på avsett vis vill vi betona att de allra flesta sjukskrivna återgår i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning, och att antalet såväl korta som långa sjukskrivningar stadigt sjunker. Vi vill också säga att det sannolikt är så att de allra flesta sjukskrivna som behöver stöd för att kunna återgå i arbete också får detta utan att det syns i Försäkringskassans statistik.

Tabell 7.1 Målgrupper

Målgrupp: Sjukskrivna anställda som passerade den sextionde dagen i sjukperioden under januari respektive juli 2005
1= sjukfall som startade i november 2004, mätpunkt före 1 juli 2005
2= sjukfall som startade i maj 2005, mätpunkt före 31 december 2005
3= sjukfall som i oktober 2005 passerade ett års sjukskrivning, mätpunkt före 31 december 2005

Källa: Försäkringskassans DoA register Riket utom Västra Götaland och Skåne län.

7.2 Rehabiliteringsutredning

Rehabiliteringsutredningen är enligt lagstiftningen tänkt att vara utgångspunkten, startskottet, för insatser som ska leda till en återgång i arbete. Utifrån tidpunkten då rehabiliteringsutredningen inkommit till, eller upprättats på, Försäkringskassan räknas den tid som får åtgå till dess att Försäkringskassan ska ha upprättat en rehabiliteringsplan eller kallat till ett första avstämningsmöte.

Enligt lagstiftningen ska rehabiliteringsutredning genomföras vid sjukfrånvaro som pågått minst fyra veckor, samt vid upprepad sjukfrånvaro och då den anställde själv begär att en rehabiliteringsutredning ska genomföras. Vi har här enbart granskat hur lagstiftningen följs då den anställde varit frånvarande på grund av sjukdom i minst fyra veckor.

Tabell 7.2 Rehabiliteringsutredning

Målgrupp	1	2	3
Antal sjukfall i målgruppen	12 507	9 457	3 604*
Andel av målgruppen som fått en rehabiliteringsutredning	46,3 %* Kvinnor: 48,8 % Män: 41,6 %	45,3 % Kvinnor: 47,2 % Män: 42,2 %	59,9 %* Kvinnor: 62,7 % Män: 54,6 %
Andel av målgruppen som fått en rehabiliteringsutredning inom 8 veckors sjukskrivning	6,3 % Kvinnor: 6,8 %, Män: 5,4 %	8,9 % Kvinnor: 9,5 % Män: 7,9 %	8,5 %
Mediantid till rehabiliteringsutredning	86 dagar	95 dagar	90 dagar

* = Av de sjukfall som fortfarande pågick vid mättilfället.

Andelen av de anställda som får en rehabiliteringsutredning inom föreskriven tid är under tio procent. Av den statistik vi tagit del av har 46 procent av de anställda vars sjukfall pågått åtta månader en rehabiliteringsutredning.

Genomgående är resultaten för inkomna rehabiliteringsutredningar och genomförda avstämningsmöten bättre i Västra Götaland och Skåne än i övriga landet, men ändå långt ifrån de krav som lagstiftningen ställer. I Västra Götalands län har 15 procent av de anställda sjukskrivna fått en rehabiliteringsutredning inom 60 dagar. I Skåne är motsvarande siffra drygt 9 procent.

7.2.1 Innehållet i rehabiliteringsutredningar

När det gäller behovet av insatser i sjukfallet är rehabiliteringsutredningen en viktig informationskälla både för arbetsgivaren och Försäkringskassan.

I en förordning¹ beskrivs vilka uppgifter som i tillämpliga delar ska redovisas i rehabiliteringsutredningen. Det handlar bland annat om den anställdes uppfattning om behov av rehabilitering och dennes uppfattning om möjlighet att kunna återgå i arbete och arbetsgivarens möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna eller att vid behov finna andra arbetsuppgifter. Uppgifterna kan många gånger vara svåra att få fram redan vid fyra till åtta veckors sjukskrivning. Till exempel kan frågor kring anpassning/omplacering upplevas som för tidigt väckta med tanke på att de flesta sjukskrivningar avslutas utan att några sådana åtgärder sätts in.

Tanken med den obligatoriska rehabiliteringsutredningen var enligt förarbetena² även att tidigt väcka frågan kring deltidssjukskrivning, som bör vara norm. Möjligheten till deltidssjukskrivning är därför en fråga som ska besvaras i rehabiliteringsutredningen. Deltidssjukskrivningarna har ökat under flera år och för närvarande är cirka 35 procent av alla sjukskrivningar deltidssjukskrivningar. Ökningen har troligen sin grund i dels Försäkringskassans satsning på en mer försäkringsrättslig bedömning av rätten till sjukpenning dels i den medfinansieringsreform som infördes den 1 januari 2005,³ och som innebär att arbetsgivaren ska betala en särskild sjukförsäkringsavgift så länge den anställda är helt sjukskriven.

Försäkringskassan har i en rapport⁴ redovisat vilka åtgärder arbetsgivaren har med i rehabiliteringsutredningen.

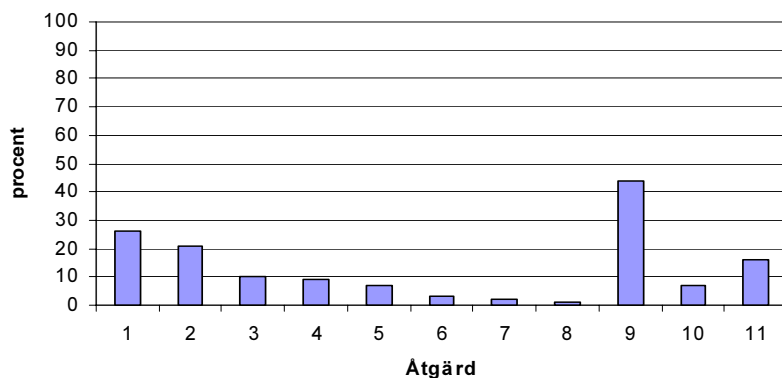
¹ Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. lagen(1962:381) om allmän försäkring.

² Prop. 2002/03:89 s. 40.

³ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

⁴ Analyser 2005:17, Försäkringskassan.

Diagram 7.1 Arbetsgivarens utredning av åtgärder som behövs för återgång i arbete



- Anm. Åtgärd:*
1. Anpassning av arbetet
 2. Plan för återgång i arbete
 3. Arbetsutbildning i ordinarie arbete
 4. Åtgärder som ska göras utanför arbetsplatsen
 5. Omplacering
 6. Arbetsutbildning på annan arbetsplats
 7. Utbildning
 8. Arbetsgivaren efterfrågar ett avstämningsmöte med Försäkringskassan
 9. Avvaktas medicinsk behandling/utredning
 10. Oklart, framgår inte av dokumentationen
 11. Annat, ...

Anm. Kolumn summerar till mer än 100 procent eftersom respondenten har möjlighet att ange flera svarsalternativ.

Källa: Försäkringskassans Metodundersökning 2004.

Den vanligaste informationen i rehabiliteringsutredningen är att man avvaktar medicinsk behandling eller utredning (46 procent av utredningarna). Eftersom det inte finns något krav på att arbetsgivaren ska komma in med en förnyad rehabiliteringsutredning då t.ex. det medicinska läget klarnat innebär det att nästan varannan rehabiliteringsutredning inte ger någon användbar information.

Den vanligaste insatsen som arbetsgivaren planerar är arbetsanpassning, som anges i 26 procent av fallen. Arbetsutbildning planeras i 10 och omplacering i 7 procent av rehabiliteringsutredningarna.

Utbildning, som inte sällan nämns som en effektiv rehabiliteringsinsats, förekommer mycket sällan som åtgärd. Anledningen till detta kan vara att den typen av insats inte är aktuell förrän möjligheterna till arbetsanpassning är uttömda.

Av den refererade rapporten framgår att Försäkringskassan i 59 procent av de granskade ärendena gjort bedömningen att det inte fanns behov av någon arbetslivsinriktad rehabilitering medan det i 16 procent fanns ett sådant behov. I hela 53 procent av sjukfallen gjordes ställningstagandet utan att det fanns någon rehabiliteringsutredning.

Rapporten pekar på ett samband mellan rehabiliteringsutredningar och friskskrivning:

- Den som får en rehabiliteringsutredning uppvisar en högre risk för en lång sjukskrivning.
- Den som får en rehabiliteringsutredning har mer omfattande problem än de som inte får någon utredning alls.

Vilka slutsatser man kan dra av dessa samband är svårt att säga. Möjligen att arbetsgivaren prioriterar att göra rehabiliteringsutredningar i de fall denne ser att det finns behov av extra insatser för att den anställde ska kunna återgå i arbete.

7.2.2 Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket för att få in rehabiliteringsutredningar

I de fall arbetsgivare inte fullgör sina skyldigheter beträffande upprättande av rehabiliteringsutredningar informerar Försäkringskassan arbetsgivaren via ett påminnelsebrev att Arbetsmiljöverket kommer att kontaktas om inte begärda handlingar upprättas. Kommer inget svar från arbetsgivaren informeras Arbetsmiljöverket enligt en särskild rutin. Arbetsmiljöverket har till uppgift att kontrollera att arbetsgivaren lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen och i de föreskrifter som Arbetsmiljöverket utfärdar. Denna kontroll sker vanligtvis genom inspektion.

Under år 2005 ledde Försäkringskassans anmälningar om uteblivna rehabiliteringsutredningar till 1868 krav i inspektionsmeddelanden från Arbetsmiljöverket. Ett krav är ett påpekande, men inte juridiskt bindande och går inte att överklaga.

En utvärdering som gjorts av samverkan kring uteblivna rehabiliteringsutredningar visar att då Försäkringskassan samverkat med Arbetsmiljöverket inkom utredningarna i 84 procent av ärendena.

7.3 Avstämningmöte

Försäkringskassan ska, om det inte är obehövt, kalla till ett avstämningmöte senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning inkommit till Försäkringskassan.⁵ När Försäkringskassan har kallat den försäkrade till ett avstämningmöte är det enligt förarbetena mycket angeläget att mötet sker så snabbt som möjligt men med hänsyn tagen till att de övriga aktörerna kan delta i mötet.⁶

För att inte tolka för snävt har vi mätt hur många som fått ett avstämningmöte inom 30 dagar från det att rehabiliteringsutredningen inkommit.

Tabell 7.3 Avstämningmöten

Målgrupp	1	2	3
Antal sjukfall i målgruppen	12 507	9 457	3 604*
Andel av målgruppen som fått ett avstämningmöte	6,8 %* Kvinnor: 7,4 % Män: 5,6 %	7,5 %* Kvinnor: 8,7 % Män: 5,9 %	19,3 %* Kvinnor: 21,2 % Män: 15,6 %
Andel av målgruppen som fått ett avstämningmöte inom 30 dagar från det att en rehabiliteringsutredning inkommit till FK	0,6 % Kvinnor: 0,7 % Män: 0,6 %	0,6 % Kvinnor: 0,7 % män: 0,4 %	

* av de sjukfall som fortfarande pågick vid mättilfället

Avstämningmötet har fått en framskjuten plats i Försäkringskassans samordningsuppdrag och lagstiftningen har efterhand blivit skarpare kring tidpunkt och omfattning av avstämningmöten. Dock tyder inte Försäkringskassans statistik på att detta fått genomslag i handläggningen.

⁵ 22 kap. 5 § AFL.

⁶ Prop. 2004/05:21 s. 73.

Lagstiftningens formulering att Försäkringskassan ska kalla till ett avstämningsmöte⁷ om det inte är obehövt ger visserligen ett visst tolkningsutrymme, men det kan knappast ha varit lagstiftarens avsikt att avstämningsmöte ska vara något som endast undantagsvis ska genomföras.

Andelen av de anställda som fått ett avstämningsmöte inom 30 dagar från det att rehabiliteringsutredningen kommit in är 0,6 procent.

Av de anställda sjukskrivna hade cirka 7 procent fått ett avstämningsmöte inom de första åtta månaderna av sin sjukskrivning och 19 procent inom ett års sjukskrivning.

Endast för 28 av de 21 964 personerna i de båda målgrupperna (1 och 2) sjukskrivna anställda hade lagstiftningen följts i det avseendet att de *både* fått en rehabiliteringsutredning inom två månader och därefter ett avstämningsmöte inom en månad. Detta motsvarar 0,12 procent av sjukfallen.

Försäkringskassan har under första halvåret 2006 arbetat intensivt med att öka antalet avstämningsmöten och samtidigt bibehålla en god kvalitet i de möten som hålls. Arbetet har lett till en kraftig volymökning gentemot tidigare år och antalet avstämningsmöten under perioden januari till och med juni 2006 uppgick till 45 990 stycken. Av dem som har en anställning har 1,9 procent fått ett avstämningsmöte inom 90 dagar.⁸

7.3.1 Antalet individer som fick en rehabiliteringsutredning eller ett avstämningsmöte under år 2005

Under år 2005 passerade drygt 325 000 sjukfall 30 dagars sjukskrivning, det vill säga den tidpunkt då det ska upprättas en rehabiliteringsutredning som ska lämnas till Försäkringskassan i samtliga sjukfall. Av dessa hade drygt 261 000 en anställning. Under år 2005 inkom eller upprättades knappt 80 000 rehabiliteringsutredningar, varav cirka 65 000 gällde anställda sjukskrivna.

Trots att antalet rehabiliteringsutredningar var litet var det långt ifrån alla som följdes av ett avstämningsmöte. Avstämningsmöte genomfördes i 33 200 sjukfall. I en del sjukfall genomfördes mer än ett avstämningsmöte.⁹

⁷ 22 kap. 3 §, AFL.

⁸ Återrapportering enligt regleringsbrev för Försäkringskassan 2006, verksamhetsområde ersättning vid och åtgärder mot ohälsa, Mål 2.

⁹ DoA respektive Mälker registret, Försäkringskassan.

7.4 Rehabiliteringsplan

Tabell 7.4 Rehabiliteringsplan

Målgrupp	1	2	3
Antal sjukfall i målgruppen	12 382	9 457	3 604 *
Andel av målgruppen som fått en rehabiliteringsplan	3,8 % Kvinnor: 4,0 % Män: 3,5 %	3,5 % Kvinnor: 3,7 % Män: 3,1 %	15,4 % Kvinnor: 16,6 % Män: 13,2 %
Andel som fått en rehabiliteringsutredning inom 60 dagar och därefter ett avstämningsmöte inom 30 dagar	0,15 %	0,12 %	0,3 %
Andel av målgruppen som fått en rehabiliteringsplan inom två veckor från avstämningsmöte eller rehabiliteringsutredning	1,7 % Kvinnor: 1,8 %, Män: 1,6 %	1,6 % Kvinnor: 1,7 %, Män: 1,4 %	6,3 % Kvinnor: 6,7 % Män: 5,5 %

* = Av de sjukfall som fortfarande pågick vid mättilfället.

Av de anställda sjukskrivna har endast en liten andel, mindre än två procent, fått en rehabiliteringsplan inom två veckor från avstämningsmöte eller rehabiliteringsutredning. I Västra Götaland, var motsvarande andel 8 procent.

Arbetsträning är den vanligaste åtgärden i rehabiliteringsplanerna, 54 procent. Arbetsanpassning och aktiverings-/motiveringsinsats står vardera för 18 procent av åtgärderna medan utbildning står för 4 procent av åtgärderna. I de fall där Försäkringskassan bedömt att rehabiliteringsbehov finns, har aktiv åtgärd påbörjats i två av tre fall (68 procent).¹⁰

Huruvida sjukfallen skulle ha blivit kortare om rehabiliteringsinsatser satts in är svårt att säga. I de allra flesta fall kan ett sjukfall avslutas utan insatser som kräver en rehabiliteringsplan eftersom en sådan plan endast behöver upprättas då en person ska delta i insatser som ger rätt till rehabiliteringsersättning. Insatser som medicinsk rehabilitering, anpassning av arbetsuppgifter och arbetsplats ger i sig inte rätt till rehabiliteringsersättning. Det kan däremot bli aktuellt under arbetsträning och utbildning. Under år 2005 var det totalt 49 000 sjukskrivna som uppbar rehabiliteringspenning. Antalet personer som uppbar sjukpenning i mer än 60 dagar var 210 000.

¹⁰ Analyserar 2006:6, Försäkringskassan.

En regeringsrapport från Försäkringskassan gjorde i augusti 2006¹¹ redovisar en uppföljning av vad som händer efter avstämningmötet. Sex månader efter mötet har arbetsförmågan förbättrats för 31 procent av de personer där mötet ledde till att en rehabiliteringsplan upprättades. För de som inte fick en rehabiliteringsplan är motsvarande siffra 43 procent. Tolv månader efter avstämningmötet har ungefär varannan sjukskriven ökat sin arbetsförmåga och då finns det ingen skillnad mellan dem som fått eller inte fått en rehabiliteringsplan.

En större andel av de sjukskrivna har alltså återfått arbetsförmåga efter ett avstämningmöte där ingen rehabiliteringsplan finns än i de fall där en plan upprättats. Detta resultat bör tolkas med försiktighet. Det kan finnas stora skillnader vad gäller förutsättningar för återgång i arbete i de olika ärendena. I de fall parterna vid avstämningmötet kommer fram till att den försäkrade kan återgå i arbete inom kort utan åtgärder från Försäkringskassan upprättas troligen ingen plan. Däremot bör en plan upprättas i många av de fall där återgång i arbete verkar mer avlägsen och det finns behov av omfattande samordnings- eller rehabiliteringsåtgärder.

7.5 Efter ett års sjukskrivning

Av den redovisade statistiken framgår att efter ett års sjukskrivning har nästan 60 procent av de anställda fått en rehabiliteringsutredning och drygt 19 procent ett avstämningmöte. Avstämningmötet som är tänkt att det vara det främsta verktyget i samverkan mellan arbetsgivare och Försäkringskassa har alltså inte använts i fyra sjukfall av fem under hela det första året!

I Västra Götaland och Skåne var resultatet något bättre, Av de sjukfall som fortfarande pågick efter ett års sjukskrivning hade 29 respektive 25 procent fått ett avstämningmöte.

Frågan om vilka insatser som erbjuds och om urvalet till olika åtgärder samt vilka effekter olika insatser ger utvecklas ytterligare i kapitel 14.

¹¹ Återrapportering enligt regleringsbrev för Försäkringskassan 2006, verksamhetsområde ersättning vid och åtgärder mot ohälsa, Mål 2.

8 Övriga aktörers uppdrag och ansvar

8.1 Inledning

I de föregående har vi redogjort för arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar vad gäller rehabilitering. I det följande kommer vi att redovisa övriga aktörers uppdrag och ansvar på detta område.

I förarbetena¹ till rehabiliteringsreformen definieras begreppen inom rehabiliteringen. Den *medicinska rehabiliteringen* avser närmast att återställa grundläggande funktioner och tillhör sjukvårdshuvudmannens, d.v.s. landstingets, ansvarsområde. Kommunerna svarar främst för frågor om *social rehabilitering*, d.v.s. åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Den *yrkesinriktade rehabiliteringen* handhas främst av arbetsmarknadsmyndigheterna och består av insatser som ska kunna underlätta för människor med olika handikapp att få och/eller behålla ett arbete. I den yrkesinriktade rehabiliteringen ingår bl.a. åtgärder för arbetsanpassning, d.v.s. individinriktade åtgärder i den fysiska arbetsmiljön.

Det bör noteras att begreppet *yrkesinriktad* rehabilitering sedan rehabiliteringsreformen infördes kommit att alltmer ersättas av begreppet *arbetslivsinriktad* rehabilitering.

8.2 Hälsa- och sjukvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har landstinget ett ansvar för befolkningens hälsa men också stor frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Verksamheten ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård vilket innebär att den särskilt

¹ Prop. 1990/91:141 s. 39.

ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet och vara lätt tillgänglig m.m.

Landstingen ska också enligt hälso- och sjukvårdslagen bl.a. erbjuda rehabilitering samt hjälpmedel till funktionshindrade.

Till den medicinska rehabiliteringen räknas – utöver ordinär sjukvård – t.ex. undersökning och behandling vid enheter/ avdelningar för sjukgymnastik, syn- och hörselcentraler samt sysselsättnings- och arbetsterapi. Till medicinsk rehabilitering räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

Sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa individens funktionsförmåga. Rehabiliteringen kan också syfta till att förbättra en nedsatt funktion och att träna kompenserande funktioner.

8.3 Kommunerna

Kommunernas ansvar för social rehabilitering av den enskilde regleras i socialtjänstlagen (1980:620) och ärendena handläggs av socialnämnden. Med social rehabilitering avses frågor som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter.

Socialtjänstens övergripande mål är att för de enskilda främja en ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Socialtjänstens mål kan mera konkret sägas vara att ta reda på vilka hjälpbehov som finns hos kommunens invånare och att informera om de möjligheter till stöd och hjälp som står till buds. Kommunen har ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare samt de psykiskt långtidssjuka.

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att invånarna i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver. Stödet ska ges så att den enskilde inte fråntas det egna ansvaret för sin livsföring. Samtidigt får socialtjänsten inte avstå från att träda in i svåra situationer. Av förarbetena till rehabiliteringsreformen framgår att kommunens ansvar för rehabiliteringsåtgärder träder in först när någon annan rehabiliteringsaktör inte har ansvar för den enskilde och varar till dess en annan rehabiliteringsaktör är skyldig att ta över ansvaret². Det ligger därmed i socialtjänstens funktion och intresse att samverka med ansvariga på rehabiliteringsområdet.

² Prop. 1990/91:141 s. 56.

Detta gäller i särskilt hög grad samverkan med Försäkringskassan såsom samordningsansvarig för rehabiliteringsinsatserna³.

8.4 Arbetsförmedlingens ansvar för arbetslösa

Arbetsmarknadsverket har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser enligt förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. En av huvuduppgifterna för verksamheten är att underlätta för personer med svag ställning på arbetsmarknaden att få arbete och förhindra utslagning från arbetsmarknaden.

Arbetsmarknadsstyrelsen har enligt samma förordning även uppdraget att samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Vidare får länsarbetsnämnderna delta som samverkande part i verksamhet med finansiell samordning.

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering används inom Arbetsmarknadsverket som ett samlingsbegrepp för insatser som riktar sig till arbetssökande med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga eller med särskilt behov av stöd. I det individuella fallet är arbetslivsinriktad rehabilitering en kombination av olika insatser och program som leder fram till en lösning av arbetsfrågan.

För lösning av arbetsfrågan finns, förutom de generella arbetsmarknadspolitiska insatserna, en uppsättning särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga som är riktade till denna målgrupp.

Arbetsmarknadsverket har till och med år 2005 bedrivit en intäktsfinansierad verksamhet inom ramen för arbetslivsinriktad rehabilitering benämnd Arbetslivstjänster (ALT). Verksamheten har i huvudsak varit inriktad på utredningsinsatser till Försäkringskassan och enskilda företag. Viss specialistkompetens från Arbetsförmedlingen, inom främst döv/hörsel och synskadeområdet, har kunnat köpas via ALT. Från och med år 2006 har ALT och Samhall Resurs bildat ett eget bolag för rehabiliteringstjänster.

³ A. prop. s. 56.

9 Lagstiftning med nära anknytning till uppdraget

9.1 Lagen (1974:13) om vissa anställningsfrämjande åtgärder

9.1.1 Bakgrund

Främjandelagen innehåller regler som rör varsel i samband med driftsinskränkningar samt regler om åtgärder för att främja anställning av äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga.

Tanken bakom reglerna om anställningsfrämjande åtgärder är att arbetsmarknadsmyndigheterna vid överläggningar med arbetsgivare och berörda organisationer ska diskutera vilka åtgärder som kan behövas för att skapa bättre möjligheter för äldre personer och personer med nedsatt arbetsförmåga att behålla eller få anställning på den öppna arbetsmarknaden. Om samförståndslösningar inte kan nås kan såväl Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) som länsarbetsnämnden utfärda anvisningar om åtgärder som bör vidtas. Överläggningarna och anvisningarna kan syfta till t.ex. att anpassning ska ske av arbetsmiljön så att det blir möjligt för en viss person eller vissa personer att behålla eller få anställning. AMS kan som en yttersta åtgärd, om en arbetsgivare inte följer de anvisningar som har meddelats, förordna att arbetsgivaren inte får anställa andra arbetstagare än dem som den offentliga arbetsförmedlingen har anvisat eller godtagit. AMS kan ta upp överläggningar med såväl arbetsgivaren som organisationerna inom en bransch.

Föregångaren till främjandelagen var lagen (1971:202) om vissa åtgärder för att främja sysselsättning av äldre arbetstagare på den öppna arbetsmarknaden, den s.k. sysselsättningslagen.

Med stöd av främst lagstiftningen om anställningsfrämjande åtgärder påbörjade Arbetsmarknadsverket i början av 1970-talet verksamhet med s.k. anpassningsgrupper. Grupperna skulle utgöra ett forum för nära samverkan mellan företaget, fackföreningen och

Arbetsförmedlingen. Gruppernas tillkomst ska bl.a. ses mot bakgrund av den ökade utslagningen från arbetsmarknaden av främst äldre och handikappade under 1970-talet. Huvudsyftet med anpassningsgrupperna var att de skulle kunna arbeta med anställningsfrämjande åtgärder. Anpassningsgrupperna kom dock i huvudsak att syssla med företagsinternt anpassningsarbete, vilket kan bero på att parterna har begärt Arbetsförmedlingens medverkan i sådana fall. Genom en ändring i Arbetsmiljölagen (1977:1160), (AML), den 1 januari 1986 gavs skyddskommittén i uppgift att verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs för de redan anställda. Arbetsförmedlingens roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen tonades efter hand ned.

9.1.2 Bestämmelsernas innehåll i nuvarande ordning

Denna redogörelse för främjandelagens bestämmelser om anställningsfrämjande åtgärder i 7–13 §§ bygger i huvudsak på uttalanden i förarbetena¹.

7 § – arbetsgivarens uppgiftsskyldighet

Enligt 7 § får länsarbetsnämnden genom föreläggande till arbetsgivaren infordra uppgifter om arbetsstyrkans storlek och sammansättning avseende på ålder, kön, nationalitet, huvudsakliga uppgifter och om antalet arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Länsarbetsnämnden får vidare infordra uppgifter om förestående förändringar i arbetsstyrkan samt uppgifter om förekommande tidsbegränsade anställningar.

I lagen anges inte vilka arbetstagare som är att betrakta som äldre eller som kan anses ha nedsatt arbetsförmåga. Enligt förarbetena² bör lagen bli tillämplig på alla arbetstagare som vid en given tidpunkt på grund av ålder eller nedsatt arbetsförmåga har svårigheter att behålla eller erhålla anställning på den öppna arbetsmarknaden eller som kan antas få sådana svårigheter om inte särskilda åtgärder vidtas. Bedömningen får i sista hand göras av arbetsmarknadsmyndigheterna. I praktiken torde det, enligt förarbetena, inte bli aktuellt med ingripande mot arbetsgivare med endast ett fåtal anställda.

¹ Prop. 1973:129.

² A. prop. s. 294 f. och 214 f.

8 § – överläggningar mellan arbetsgivare och länsarbetsnämnd

Enligt 8 § är en arbetsgivare skyldig att överlägga med länsarbetsnämnd eller den som nämnden förordnar. Sådana överläggningar kan avse åtgärder för att förbättra arbetsförhållandena för redan anställda äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Vidare kan överläggningarna också avse åtgärder för att trygga fortsatt anställning åt sådana arbetstagare, om nyanställning av äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga samt om åtgärder för att främja sådan anställning. Vidare anges i bestämmelsen att till överläggning ska förutom arbetsgivaren berörda arbetstagarorganisationer kallas. Även den organisation som arbetsgivaren tillhör ska kallas till överläggning inför länsarbetsnämnden. Kallelsen av arbetsgivaren kan förenas med vite.

Målet för överläggningarna är enligt förarbetena att åstadkomma att anställningsförhållandena för äldre personer och personer med nedsatt arbetsförmåga blir tillfredsställande hos arbetsgivaren. Alla tänkbara lösningar kan därvid diskuteras. Självfallet måste dock diskussionen föras mot bakgrund av vad som är praktiskt möjligt att åstadkomma och vad som rimligen kan krävas av arbetsgivaren. Överläggningarna kan ta sikte på åtgärder för att förbättra för redan anställda och då handlar det företrädesvis om olika åtgärder för arbetsanpassning. Vidare kan överläggningarna avse åtgärder för att trygga fortsatt anställning för sådana arbetstagare som i sitt arbete börjat få anpassningssvårigheter av olika slag. Det är här framför allt fråga om omplacering av arbetstagaren till ett för den personen lämpligare arbete. Överläggningarna kan slutligen gälla frågor om nyanställning av vissa äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga eller av ökad rekrytering av sådana arbetstagare mera allmänt, liksom åtgärder för att främja sådan anställning.

9 § – länsarbetsnämndens anvisningar om åtgärder

Enligt 9 § kan länsarbetsnämnden meddela en arbetsgivare anvisningar om åtgärder för att bereda äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga bättre sysselsättningsmöjligheter. Nämnden kan därvid anmoda en arbetsgivare att i samband med nyanställningar öka andelen sådana arbetstagare i arbetsstyrkan i enlighet med vad nämnden närmare anger.

Enligt förarbetena³ framgår av bestämmelsens formulering att länsarbetsnämnden inte får meddela anvisningar förrän överläggningar hållits inför nämnden om vilka åtgärder som arbetsgivaren bör vidta. Ett undantag synes dock böra gälla för sådana fall där det beror på arbetsgivaren att sådana överläggningar inte kommit till stånd. Alla möjligheter till lösningar i samförstånd bör ha prövats innan det meddelas anvisningar enligt 9 §.

10 § – hänskjutande till AMS

Vid överläggningar inför länsarbetsnämnden kan det visa sig att arbetsgivaren inte har möjlighet att anställa fler äldre arbetstagare eller arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga eller att göra särskilda förbättringar för de redan anställdas räkning. I så fall bör nämnden låta frågan om ytterligare åtgärder bero⁴. Om nämnden i stället anser att det är möjligt att genomföra sådana åtgärder men att arbetsgivaren inte delar denna bedömning kan det bli aktuellt att meddela arbetsgivaren anvisningar enligt 9 § om de åtgärder som han bör vidta i detta syfte. Vägrar arbetsgivaren att följa dessa anvisningar ska nämnden enligt 10 § hänskjuta ärendet till AMS. Detta gäller även om arbetsgivaren underlåter att infria utfästelse som gjorts vid överläggningen. Innan hänskjutandet måste det dock konstateras att det rör sig om tredska från arbetsgivarens sida.

12 § – det s.k. arbetsförmedlingstvånget

I detta lagrum regleras den tvångsmöjlighet som AMS i sista hand kan tillgripa om en arbetsgivare uppenbart nonchalerar anvisningar av styrelsen⁵. Styrelsen kan i ett sådant fall förordna att arbetsgivaren inte får anställa andra arbetstagare än dem som den offentliga arbetsförmedlingen har anvisat eller godtagit.

³ A. prop. s. 299 f.

⁴ A. prop. s. 300 f.

⁵ A. prop. s. 302 och 224.

13 § – branschvisa överläggningar

Med hänsyn till att sysselsättningsmöjligheterna varierar inom olika branscher kan det enligt förarbetena⁶ för vissa branscher vara ändamålsenligt att försöka uppnå för hela branschen gemensamma lösningar av sysselsättningsproblem för äldre och handikappade. I 13 § erinras om att AMS på framställning av arbetsgivar- eller arbetstagarorganisation eller på eget initiativ kan ta upp sådana överläggningar och på grundval av vad som förekommit vid dessa meddela anvisningar om sådana åtgärder för den bransch eller del därav som överläggningarna avsett.

Övriga bestämmelser

Enligt 20 § kan arbetsgivare som inte iakttar förordnande enligt 12 § dömas till böter eller fängelse i högst ett år. Enligt 23 § förs talan om utdömande av vite enligt denna lag av länsarbetsnämnd eller AMS. I 24 § föreskrivs att talan mot AMS beslut enligt denna lag förs genom besvär hos regeringen.

9.1.3 Tillämpas främjandelagen i praktiken?

I slutbetänkandet *Främjandelagen – en översyn* (SOU 1998:107) redovisades vissa uppgifter om tillämpningen av främjandelagens bestämmelser om anställningsfrämjande åtgärder. Uppgifterna hade i sin tur hämtats från delbetänkandet *Arbetsrättsliga utredningar – bakgrundsmaterial utarbetat av sekretariatet vid 1992 års arbetsrättskommitté* (SOU 1994:141). I syfte att få en uppfattning om den praktiska tillämpningen av främjandelagens regler genomförde 1992 års arbetsrättskommitté en enkätundersökning. Av enkätundersökningen framgår sammanfattningsvis att främjandelagens bestämmelser om anställningsfrämjande åtgärder endast tillämpas i mycket begränsad omfattning.

Att lagen inte tillämpas framgår även av AMS skrivelse till regeringen i september 2005⁷ där AMS har föreslagit att regeringen ska göra en översyn av främjandelagen. Bakgrunden till detta är att AMS upplever lagen som otidsenlig och att det endast är den del i lagen som handlar om varselhantering som reellt används. AMS har

⁶ A. prop. s. 302 f.

⁷ Dnr N 2005/7762/AR.

föreslagit att det i direktiven till översynen anges att en särskild varsellag bör införas och att det som i övrigt står i främjandelagen om åtgärder för att främja anställning av äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga bör kunna föras in under annan lagstiftning som rör bl.a. funktionshindrade med flera grupper.

9.1.4 Tidigare förslag gällande ändring av främjandelagen

I slutbetänkandet *Främjandelagen – en översyn* (SOU 1998:107) föreslogs att de anställningsfrämjande reglerna respektive varselreglerna skulle inordnas i två nya separata lagar. Enligt utredningen⁸ föreligger det en dubbelreglering för redan anställda personer och personer med nedsatt arbetsförmåga, eftersom de krav beträffande arbetsanpassning etc. för redan anställda som kan ställas på arbetsgivaren med stöd av främst AML motsvarar mer än väl de krav som i samma avseende kan ställas på arbetsgivaren med stöd av främjandelagen. Utredningen drog slutsatsen att dubbelregleringen för redan anställda äldre personer och personer med nedsatt arbetsförmåga bör få till följd att främjandelagens anställningsfrämjande regler ändras till att omfatta endast äldre arbetssökande och arbetssökande med nedsatt arbetsförmåga. Mot bakgrund av detta föreslog utredningen att de anställningsfrämjande reglerna inordnas i en ny lag; lag om åtgärder för att främja anställning av vissa arbetssökande. Även varselreglerna föreslogs inordnas i en ny separat lag; lag om varsel vid driftsinskränkning.

Utredningens förslag har inte lett till några förändringar av lagstiftningen men enligt uppgift från Näringsdepartementet pågår det för närvarande en genomgång av främjandelagen i syfte att se om något behöver göras.

9.2 Vissa sekretessbestämmelser

Planering av insatser som ska stötta den anställde att kunna återgå i arbete handlar mycket om att utbyta information. Nedan följer en kort sammanställning av de sekretessregler som kan ha betydelse i rehabiliteringsprocessen.

⁸ SOU 1998:107 s. 102.

9.2.1 Hälsa- och sjukvården

För hälso- och sjukvården gäller enligt huvudregeln⁹ sekretess för uppgifter om en enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom lider men. För hälso- och sjukvårdens del nämns uppgift om enskilds hälsotillstånd som ett sådant personligt förhållande som omfattas av huvudregeln. Vad som menas med personliga förhållanden får bestämmas med ledning av vanligt språkbruk. Hit hör t.ex. det som gäller en persons karaktär, sinnes-tillstånd, familjeförhållanden, ekonomi, hälsotillstånd och arbetsförmåga.

9.2.2 Arbetsgivare

Arbetsgivaren har alltid tystnadsplikt när det gäller uppgifter som rör anställdas hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt och som framkommit i samband med hantering av sjuklön och rehabilitering¹⁰. Tystnadsplikten gäller alla som handlägger frågor som rör rätten till sjuklön för de anställda eller som deltar i anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

9.2.3 Försäkringskassan

En stor del av de handlingar och uppgifter som hör till individ-ärenden på Försäkringskassorna är sekretessbelagda. Bestämmelserna om sekretess begränsar i vissa fall handläggarens möjlighet att lämna ut eller begära in handlingar och uppgifter.

Det intresse som främst ska skyddas på socialförsäkringsområdet är den försäkrades integritet. Det framgår av huvudregeln om socialförsäkringssekretess¹¹. Av bestämmelsen framgår bland annat att sekretess gäller hos Försäkringskassan i olika slag av ärenden om ekonomiska förmåner och ersättningar. Sekretessen skyddar uppgifter om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon som står honom eller henne nära lider men om uppgiften röjs. Det är endast om man kan göra ett sådant antagande som sekretess

⁹ 7 kap. 1 och 4 § § Sekretesslagen (1980:100), SekrL.

¹⁰ 18 § lagen (1991:1047) om sjuklön.

¹¹ 7 kap. 7 § första stycket SekrL.

gäller. Att någon lider men handlar egentligen om att hans eller hennes personliga integritet kränks. Bestämmelsen gäller såväl pågående som avslutade ärenden.

Försäkringskassans rätt att lämna ut en hemlig uppgift

Sekretess hindrar inte att en uppgift lämnas ut om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna sköta sin verksamhet¹². En handläggare på Försäkringskassan kan exempelvis behöva ytterligare uppgifter och upplysningar från arbetsgivare eller läkare för att kunna handlägga ett ärende, jfr bl.a. 20 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Vid dessa kontakter kan han eller hon behöva lämna ut hemliga uppgifter som rör den försäkrade. Sådana uppgifter får emellertid inte lämnas ut i större utsträckning än som behövs för att få till stånd en meningsfull kontakt eller ett relevant svar på en fråga. Vanligtvis handlar det om frågor till andra myndigheter, privatpraktiserande läkare samt arbetsgivare. Bestämmelsen kan även vara aktuell i samband med remisser till sjukvårdsinrättningar.

Skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan

Statliga och kommunala myndigheter, arbetsgivare och försäkringsinrättningar är skyldiga att på begäran lämna Försäkringskassan sådana uppgifter om en namngiven person som rör förhållande som är av betydelse för tillämpningen av AFL¹³. Bestämmelsen har ett mycket brett tillämpningsområde. Arbetsgivare som underlåter att fullgöra uppgiftsskyldigheten kan dömas till penningböter. Den tar sikte på alla uppgifter som Försäkringskassan kan behöva för att handlägga ett ärende. I de flesta författningar på socialförsäkringsområdet finns en hänvisning till denna bestämmelse, vilket gör att den kan tillämpas i olika slags ärenden.

Om det behövs för att bedöma rätten till ersättning får Försäkringskassan göra förfrågan hos den försäkrade eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter¹⁴.

¹² 1 kap. 5 § SekrL.

¹³ 20 kap. 9 § AFL.

¹⁴ 20 kap. 8 § AFL.

9.2.4 Den enskilde

Den anställda har på grund av integritetsskäl ingen skyldighet att tala om för sin arbetsgivare vilken sjukdom han eller hon har. Om det på grund av sekretess uppstår svårigheter, kan arbetsgivaren kontakta Försäkringskassan för att få hjälp med att bedöma arbetsoförmåga för att till exempel kunna ta ställning till den anställdes begäran om sjuklön.

Den enskilde kan helt eller delvis samtycka till att hemliga uppgifter röjs¹⁵. En försäkrad kan även lämna sitt samtycke till att Försäkringskassan begär in uppgifter. Genom att ge ett samtycke kan den enskilde själv ha en viss form av kontroll över vilka uppgifter som lämnas ut och till vem. Försäkringskassans arbete med rehabilitering av en försäkrad förutsätter ofta att kassan samverkar med olika aktörer. En sådan samverkan underlättas av att kassan redan i ett inledningsskede begär den försäkrades samtycke till att sekretesskyddade uppgifter lämnas ut till andra som deltar i rehabiliteringsarbetet.

När det handlar om att utreda den anställdes behov av stöd och åtgärder för att kunna återgå i arbete efter sjukskrivning är den anställda enligt AFL¹⁶ skyldig att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga dennes behov av rehabilitering. Den anställda som motsätter sig detta riskerar som vi tidigare nämnt att få sin ersättning indragen eller nedsatt¹⁷.

¹⁵ 14 kap. 4 § SekrL.

¹⁶ 22 kap. 4 § AFL.

¹⁷ 20 kap. 3 § AFL.

10 Definitioner av begreppen rehabilitering och anpassning

Vi har i tidigare avsnitt redogjort för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och för arbetsmiljöansvaret enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). En fråga som därefter uppkommer är hur rehabiliteringsåtgärder förhåller sig till anpassningsåtgärder. En annan fråga är vad begreppet rehabilitering i vid bemärkelse innebär.

Mot denna bakgrund redogör vi i detta kapitel för vad som framgår av förarbetena till AFL och AML m.m. i dessa frågor.

10.1 FN:s definition av rehabilitering

FN:s världsaktionsprogram för handikappade från 1982 utarbetade en definition för rehabilitering med världshälsoorganisationens klassifikation av skada/sjukdom, funktionsnedsättning och handikapp som utgångspunkt.

Rehabilitering är en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå och därigenom ge honom möjligheter att förändra sitt eget liv. Processen kan innefatta åtgärder avsedda att kompensera för en förlust eller inskränkning av funktionsförmågan (t.ex. med tekniska åtgärder) och andra åtgärder som är ägnade att underlätta social anpassning eller återanpassning.

Definitionen betonar dels vikten av att rehabiliteringen ska vara en process, dels betydelsen av individens egen medverkan.

10.2 Vad har sagts om begreppet rehabilitering i förarbetena till lagen om allmän försäkring?

Rehabilitering i vid mening omfattar medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering avser närmast att återställa grundläggande funktioner. Till social rehabilitering räknas åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter. Den yrkesinriktade rehabiliteringen vänder sig till människor som av medicinska, sociala eller liknande skäl har svårt att erhålla och behålla ett arbete. Den skall hjälpa dessa att stärka sin ställning på arbetsmarknaden.¹

10.2.1 Medicinsk rehabilitering

I sjukvårdsmännens ansvar innefattas olika former av behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Till dessa räknas, utöver ordinär sjukvård inom olika medicinska verksamhetsområden inklusive medicinsk rehabilitering, undersökning och behandling vid enheter/avdelningar för sjukgymnastik, syn- och hörcentraler, sysselsättnings- och arbetsterapi och tillhandahållande av tekniska hjälpmedel som handikappade personer behöver i hem eller skola. Hit räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

10.2.2 Social rehabilitering

Socialtjänstens ansvar är att ta reda på vilka hjälpbehov som finns, informera kommuninvånarna om vilka möjligheter till stöd och hjälp som står till buds, vid behov förmedla kontakter med och insatser från andra myndigheter och ge stöd och hjälp om behoven inte tillgodoses av annan myndighet.

10.2.3 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Det var i och med rehabiliteringsreformen som begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering för första gången infördes i AFL. I förarbetena till denna reform beskrevs detta begrepp enligt följande.

I arbetsgivarens ansvar bör ingå att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning

¹ Prop. 1990/91:141 s. 39.

till den egna verksamheten. Exempel på sådana åtgärder är arbetsprovning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Det bör också kunna bli fråga om att vidta tekniska åtgärder eller att anskaffa särskild utrustning för att ändra den fysiska miljön och därmed minska arbetsbelastningen för den enskilde. Det kan även gälla åtgärder beträffande arbetsinnehåll och arbetsorganisation. Inriktningen bör vara att den anställde ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren.² I en del fall kommer det dock inte att vara möjligt att finna lösningar som möjliggör att anställningen består. I sådana fall blir det en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete. I åtskilliga fall bör dock arbetsgivaren med hjälp av företagshälsovården kunna medverka till att finna en lösning. Exempelvis bör arbetsgivaren kunna medverka till att finna träningsplatser utanför den egna arbetsplatsen och medge tjänstledighet från anställningen när det behövs för att genomföra en rehabilitering utanför arbetsplatsen.³

I 22 kap. 2 § AFL anges att rehabilitering enligt nämnda lag skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. I specialmotiveringen⁴ till bestämmelsen anges följande. Paragrafen ger en definition av vad som avses med rehabilitering i sjukförsäkringsrättslig mening. Åtgärder för att nå målet för rehabiliteringen kan bestå av förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden, t.ex. arbetsträning eller omskolning. Det är viktigt att en gräns dras mellan å ena sidan en rehabiliteringsåtgärd enligt AFL och å andra sidan någon annan åtgärd som ligger inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter när det gäller arbetsmiljön och lagen om vissa anställningsfrämjande åtgärder. I paragrafen betonas att det är individen som står i centrum. Det är varje individs särskilda förutsättningar och behov som skall styra dennes rehabilitering. I sjukförsäkringsrättslig mening avses med rehabilitering framför allt att en försäkrad i yrkesverksam ålder får hjälp att återvinna sin arbetsförmåga och bereds möjlighet att genom förvärvsarbete försörja sig själv.

² A. prop. s. 42.

³ A. prop. s. 43.

⁴ A. prop. s. 88.

Arbetsmarknadsverkets definition av arbetslivsinriktad rehabilitering

I 11 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten anges att arbetslivsinriktad rehabilitering innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.

10.3 Vad har sagts om begreppet anpassning och rehabilitering i förarbetena till arbetsmiljölagen?

Skyldigheten att anpassa arbetsmiljön omfattar alla åtgärder som kan krävas med stöd av AML. Begreppen arbetsmiljöanpassning och rehabilitering kompletterar varandra. Rehabiliteringsbegreppet avser, när det gäller arbetsgivaransvaret, yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser. Åtgärder som kan aktualiseras är utbildning, arbetsutbildning, yrkesvägledning m.m. Arbetsanpassningen innebär ändringar i arbetsmiljön. Det kan vara fråga om både tekniska hjälpmedel, ändringar i den fysiska arbetsmiljön och ändring av arbetsorganisation, arbetsfördelning och arbetstider m.m. Anpassning av arbetsmiljön kan ofta vara en förutsättning för en framgångsrik rehabilitering.⁵

För att en arbetsgivare skall kunna uppfylla sitt särskilda rehabiliteringsansvar enligt 22 kap. AFL samt det i 3 kap. 3 § AML föreslagna ansvaret för arbetsanpassningsfrågor måste arbetsgivaren (och inte skyddskommittén som tidigare hade detta ansvar) ha ett motsvarande ansvar enligt AML och se till att det verkligen bedrivs ett systematiskt och organiserat anpassnings- och rehabiliteringsarbete på arbetsstället.⁶

I betänkandet *Arbete och Hälsa* (SOU 1990:49) uttalades följande angående rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen. För att rehabiliteringsåtgärder skall ge mer bestående effekter bör de ofta kombineras med arbetsmiljöförbättrande åtgärder för arbetstagarerna, t.ex. anpassning av utrustning, arbetsformer och arbetsorganisation. Det kan gälla arbetsrotation, arbetsutvidgning, ändrade arbetstider, olika slags avbrott i arbetet etc.⁷

I prop. 1976/77:149 om arbetsmiljölagen nämns inte begreppet rehabilitering. Någon ledning kan därför inte hämtas där, vad gäller förhållandet mellan rehabilitering och anpassning. I dessa förarbe-

⁵ Prop. 1990/91:140 s. 45.

⁶ A. prop. s. 135 f.

⁷ SOU 1990:49 s. 105.

ten var fokus på att arbetsmiljön skulle anpassas till såväl arbetstarens fysiska som psykiska förutsättningar för det särskilda arbetet.

I en lagändring i 6 kap. 9 § AML, som trädde i kraft den 1 januari 1986, utökades skyddskommitténs ansvar till att den även skulle verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället. I förarbetena till denna ändring lades ingen vikt vid att reda ut de olika begreppen anpassning och rehabilitering utan det talades generellt om det anpassnings- och rehabiliteringsansvar som arbetsgivaren eller skyddskommittén hade. I ett avsnitt som handlar om sjukpenning vid rehabilitering på arbetsplatsen nämns dock arbetsträning på arbetsplatsen som ett exempel på rehabilitering.⁸

10.4 Vad har sagts om de olika begreppen i AFS 1994:1?

I Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1, anges i kommentaren till 1 § följande.

AML innehåller ingen direkt definition av begreppet arbetsanpassning. Innbörden framgår dock av 2 kap. 1 § första stycket AML där det anges att arbetsförhållandena skall ”anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende”. Vidare skall arbetsgivaren enligt 3 kap. 3 § andra stycket ”genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet”.

I kommentaren anges även att AML saknar definition av rehabiliteringsbegreppet och en hänvisning görs till definitionen i 22 kap. 2 § AFL.

I kommentaren till 12 §, som handlar om åtgärder för att anpassa arbetssituationen, anges att de åtgärder som kan vidtas är anskaffande av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap eller förändringar i den fysiska arbetsmiljön. Förändringarna kan också behöva göras i arbetsorganisationen, arbetsfördelningen, arbetsuppgifterna, arbetstiderna, arbetsmetoderna samt de psykologiska och sociala förhållandena. Andra åtgärder kan vara särskilda informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Byte av befattning eller personella stödinsatser kan också bli aktuellt.

⁸ Prop. 1984/85:89 s. 73.

10.5 Vad har sagts om begreppen rehabilitering och anpassning i utredningar som ägt rum efter rehabiliteringsreformen?

10.5.1 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (SOU 1998:104)

AGRA-utredningen har i sitt betänkande beskrivit arbetsgivarens åtgärdsansvar enligt reglerna i AFL och AML på följande sätt.

Arbetsmiljölagen

- Utreda inför anpassning av arbetssituationen
- Anpassning av arbetssituationen:

Anskaffa tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap

Förändra fysiska arbetsmiljön
arbetsorganisationen
arbetsuppgifterna
arbetsfördelningen
arbetstiderna
arbetsmetoderna
psykologiska förhållanden
sociala förhållanden

Tillhandahålla personella resurser

Genomföra särskilda informationsinsatser
arbetsträning
arbetsprövning
omplacering

Lagen om allmän försäkring

- *Utreda* rehabiliteringsbehov oavsett åtgärdernas inriktning och oavsett vem som har ansvar för åtgärdernas genomförande
- *Informera* Försäkringskassan om utredningsresultatet
- *Vidta* de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras i eller i anslutning till den egna verksamheten eller sådana åtgärder som syftar till att göra det möjligt för arbetstagaren att vara kvar på arbetsplatsen:
 - Anpassning av arbetssituationen enligt AML (se ovanstående ruta)
 - Utbildning (om utbildningsbehovet beror på arbetsoförmåga)
 - Arbetsträning utanför arbetsgivarens verksamhet
 - Program och aktiviteter för att motverka missbruk, dock ej i större omfattning

I betänkandet⁹ förklaras bildrutorna ovan enligt följande. Merparten av de arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren ska vidta enligt AFL finns angivna i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Arbetsgivaren är skyldig att genomföra arbetsprövning, arbetsträning på den egna arbetsplatsen, omplacering och informationsinsatser. Arbetsgivarens ansvar omfattar även förändring av arbetsorganisation, arbetsuppgifter, arbetsfördelning, arbetsmetoder, arbetstider samt förändring av psykologiska eller sociala förhållanden. Successiv återgång efter sjukskrivning, arbetsrotation och lagarbete är exempel på relativt vanligt förekommande åtgärder. Arbetsgivaren ska skaffa särskilda arbetsredskap och teknisk utrustning. Även personella stödinsatser är sådant som arbetsgivaren kan vara skyldig att tillhandahålla enligt AFS 1994:1. AFL anknyter till denna skyldighet genom att låta den ingå som en del av den rehabiliteringsskyldighet som arbetsgivaren har enligt 22 kap. AFL. Men åtgärdsansvaret går längre än det åtgärdsansvar som arbetsgivaren har enligt arbetsmiljöföreskrifterna. Enligt AFL är arbetsgivaren även skyldig att ge arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga utbildning i den mån utbildningsbehovet är hänförligt till arbetsförmågan. I arbetsgivarens skyldighet anses även ligga att

⁹ SOU 1998:104 s. 54.

arbetsgivaren bör medverka till att finna arbetsträningsplatser utanför den egna verksamheten och bevilja tjänstledighet när arbetstagaren behöver delta i rehabilitering utanför arbetsplatsen. Sammanfattningsvis kan man säga att det åtgärdsansvar som åligger arbetsgivarna är uppbyggt av komponenter hämtade från två regelsystem dels AML, dels AFL.

AGRA-utredningen föreslog att följande definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering skulle införas i 22 kap. 2 § AFL. *Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses i detta kapitel insatser för att anpassa arbetsförhållandena efter den försäkrades förutsättningar eller träna eller utbilda den försäkrade så att han eller hon kan fullgöra ett förvävsarbete.*¹⁰

Vad gäller gränsdragningen mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och medicinsk rehabilitering uttalade AGRA-utredningen följande. Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsåtgärder har i många fall en avgörande betydelse för de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärderna. Någon helt tydlig gräns mellan sjukvård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har inte dragits. Ett exempel på detta är att gruppaktiviteter för ryggräning kan anses som en arbetslivsinriktad åtgärd, medan behandling av en enskild rygg genom sjukgymnastik är sjukvårdande behandling.¹¹

10.5.2 Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78)

Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen har i sitt slutbetänkande bl.a. sagt följande om definitionen av de olika begreppen.

Med arbetslivsinriktad rehabilitering avses sådana rehabiliteringsåtgärder som är av betydelse för att underlätta återgång för personer som är långvarigt sjukskrivna eller uppstår sjukbidrag/förtidspension.¹²

Utredningen konstaterade att begreppet rehabilitering historiskt sett förknippats med medicinska och diagnosrelaterade synsätt. Under 1980- och 1990-talen har visserligen ett mer processinriktat och framför allt individinriktat synsätt vuxit fram. Det finns dock fortfarande en eftersläpning av ett mer modernt helhetsperspektiv på vad arbetslivsinriktad rehabilitering innebär. Begreppet infördes

¹⁰ A. betänkande s. 24.

¹¹ A. betänkande s. 54.

¹² SOU 2000:78 s. 212.

för mindre än ett decennium sedan utan att det gjordes någon ändring eller harmonisering av övriga definitioner av rehabilitering. Det innebär således att dagens olika huvudmän har olika mål och definition på respektive rehabiliteringsmål. Rehabiliteringsbegreppet är således idag uppdelat i yrkesinriktad, social, medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. I andra länder, i den mån det finns ett motsvarande begrepp för arbetslivsinriktad rehabilitering, så varierar detta från att omfatta enbart anpassningsåtgärder till också utbildning och även viss medicinsk behandling.¹³

10.5.3 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)

Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet uttalade i sitt slutbetänkande följande som kan vara av intresse för förståelsen av begreppen arbetslivsinriktad rehabilitering och anpassning.

Merparten av de arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren skall vidta enligt AFL finns angivna i Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd. Av betydelse är därvid bl.a. föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1). AFL anknyter till arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljöregleringen genom att dessa ingår som en del i arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet enligt 22 kap. AFL. I 3 kap. 2 a § tredje stycket AML föreskrivs också att arbetsgivaren skall se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt den lagen och enligt 22 kap. 3 § AFL vilar på honom.¹⁴

10.6 Övrigt

Ordlistan för arbetslivsinriktad rehabilitering¹⁵ beskriver begreppen rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsanpassning.

Rehabilitering – planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social eller arbetsinriktad art som ska hjälpa personer med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna bästa

¹³ A. betänkande s. 232.

¹⁴ SOU 2002:5 s. 502.

¹⁵ Tekniska nomenklaturcentralen, TNC, Arbetslivsfonden, 1995.

möjliga funktionsförmåga och bibehålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv.

Arbetslivsinriktad rehabilitering – rehabilitering som syftar till att en person ska återfå förmåga och förutsättningar att förvärvsarbeta.

Arbetsanpassning – anpassning av arbetsförhållandena efter de berörda personernas förutsättningar och behov ställt i relation till arbetets krav. Arbetsanpassning omfattar både fysiska, sociala, psykologiska och organisatoriska faktorer. Arbetsanpassning kan avse såväl en grupp som en enskild person och kan göras i både förebyggande och rehabiliterande syfte. När arbetsanpassningen avser en enskild persons arbetsplats talar man om arbetsplatsanpassning.

10.7 Några slutsatser

Till en början kan konstateras att när begreppet rehabilitering används i vid bemärkelse avses såväl medicinsk och social som arbetslivsinriktad rehabilitering.

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering innebär det stöd och de åtgärder som en individ behöver för att återfå sitt ordinarie arbete eller annat lämpligt arbete. Denna rehabilitering kan sägas vara antingen *arbetsplatsinriktad* eller *arbetsmarknadsinriktad*. Arbetsgivaren är ansvarig för sina anställda och den rehabiliteringen är arbetsplatsinriktad. För den arbetsmarknadsinriktade har Arbetsmarknadsverket ansvaret. Arbetsmarknadsverket ansvarar för att de som är arbetslösa eller riskerar arbetslöshet och är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering används för såväl anställda som arbetslösa är enligt vår mening en bidragande orsak till varför osäkerhet råder kring begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.

När man talar om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är det endast den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som avses. Även i det sammanhanget används begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering på olika sätt. När man läser förarbetena till rehabiliteringsreformen om vilka arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren är skyldig att vidta används begreppet i vid bemärkelse och innefattar då dels de åtgärder som arbetsgivaren är skyldig att vidta enligt AML, dels även utbildning och arbetsträning utanför arbetsplatsen. I det sammanhanget ingår således anpassning av arbetsmiljön som en del i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Den yttre ramen

för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar utgörs av att de olika arbetslivsinriktade åtgärderna skall syfta till att arbetstagaren kommer tillbaka i arbete hos samma arbetsgivare. I AML talar man om arbetsanpassning och rehabilitering, dvs. åtskillnad görs mellan dessa begrepp. När man talar om begreppet arbetsanpassning avses de åtgärder som arbetsgivaren är skyldig att vidta i arbetsmiljön enligt AML. Om man använder begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering i snäv bemärkelse, dvs. inte inbegriper de åtgärder som ligger inom ramen för arbetsgivarens allmänna skyldigheter enligt AML skulle detta innebära att rehabilitering innebär utbildning och arbetsträning utanför arbetsplatsen.

Slutsatsen av detta blir att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering används olika beroende av vilket regelsystem som man utgår ifrån. Enligt AFL är arbetslivsinriktad rehabilitering dels arbetsanpassning enligt AML, dels utbildning och arbetsträning utanför arbetsgivarens verksamhet. Enligt AML är arbetslivsinriktad rehabilitering det som inte är arbetsanpassning av arbetssituationen.

Att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering används på detta sätt är ytterligare en bidragande orsak till varför osäkerhet och förvirring råder angående vilka åtgärder som verkligen är arbetslivsinriktade. I lagtexten i AFL och AML nämns inte heller uttryckligen att det är fråga om arbetslivsinriktad rehabilitering utan endast rehabilitering. Detta kan enligt vår mening leda till den felaktiga uppfattningen att arbetsgivaren även skulle vara ansvarig för den medicinska rehabiliteringen. I dagligt tal görs inte heller alltid skillnad mellan medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vi menar sammanfattningsvis att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering bidrar till otydligheten i rehabiliteringsarbetet och att det för anställda bör bytas ut mot ett begrepp som ligger närmare det som arbetsgivarens ansvar huvudsakligen handlar om, nämligen åtgärder på arbetsplatsen. Vi utvecklar vårt resonemang närmare i kapitel 19.

11 Gränser för arbetsgivarens rätt att avsluta anställningen

11.1 Saklig grund för uppsägning

Arbetstagarens skydd i samband med uppsägning regleras i 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Enligt nämnda bestämmelse ska en uppsägning från arbetsgivarens sida vara sakligt grundad. I lagtexten preciseras inte närmare vad som kan betraktas som saklig grund. I förarbetena till 1974 års lag angavs att förhållandena inom arbetslivet varierar i mycket stor utsträckning beroende på bl.a. förhållandena i branschen, på arbetsplatsen och vilken slags anställning det är fråga om. Med tanke på att uppsägningsfallen var så olika och förhållandena på arbetsplatsen så varierande ansågs det inte möjligt att generellt slå fast vad som kan betraktas som saklig grund och att hänsyn måste tas till de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet¹.

En uppsägning från arbetsgivarens sida kan antingen bero på förhållanden som är att hänföra till arbetstagaren personligen, s.k. personliga skäl, eller på arbetsbrist. I LAS finns det inte någon definition av begreppet arbetsbrist. Arbetsdomstolen har emellertid i flera avgöranden (se bl.a. AD 1994 nr 122) förklarat att arbetsbrist är ett rättstekniskt begrepp som vid tillämpningen av LAS inte endast omfattar fall av konkret brist på arbetsuppgifter utan samtliga fall där en uppsägning beror på andra förhållanden än personliga skäl. En arbetsgivare kan inte säga upp en arbetstagare både på grund av personliga skäl och arbetsbrist. Något av nämnda skäl måste väljas. Detta beror på att delvis olika regler gäller för de olika uppsägningsgrunderna. Uppsägning på grund av sjukdom och därav nedsatt funktionsförmåga är givetvis att hänföra till personliga skäl. Enligt förarbetena bör dock sjukdom och därav nedsatt prestationsförmåga inte godtas som saklig grund för uppsägning².

¹ Prop. 1973:129 s. 120.

² A. prop. s. 126.

11.2 Omplaceringsskyldighet

Enligt 7 § andra stycket LAS föreligger inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder arbetstagaren annat arbete hos sig. Av förarbetena framgår att bestämmelsen ger uttryck för principen att uppsägning bör vara den yttersta åtgärden som får sättas in först när alla andra möjligheter att undvika en uppsägning har uttömts³. Denna omplaceringsskyldighet måste arbetsgivaren fullgöra såväl när en uppsägning är att hänföra till personliga skäl som när orsaken är arbetsbrist. Det är arbetsgivaren som har bevisbördan för de omständigheter som åberopas till grund för uppsägningen.

Av förarbetena framgår att huvudregeln är att arbetsgivaren i första hand ska undersöka om det är möjligt att erbjuda arbetstagaren ett annat arbete som är likvärdigt med det som han eller hon tidigare har haft⁴. Omplaceringen bör i första hand ske till arbetsuppgifter som arbetstagaren normalt är skyldig att utföra. Är detta inte möjligt är arbetsgivaren dock skyldig att undersöka om det inom företaget kan ordnas en ny anställning åt arbetstagaren. Är arbetsgivaren en myndighet gäller omplaceringsskyldigheten som regel inom hela myndighetens verksamhetsområde (se t.ex. AD 1996 nr 66 och 1999 nr 21). När det gäller kommunal verksamhet är kommunen normalt att anse som arbetsgivare, dvs. inte de enskilda förvaltningarna. Om ett företag har flera driftsenheter ska undersökningen avse samtliga (se AD 1988 nr 82). Däremot gäller inte omplaceringsskyldigheten till annat företag även om det skulle ingå i samma koncern.

Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet förutsätter att det finns en ledig anställning eller lediga arbetsuppgifter som kan erbjudas arbetstagaren i fråga. Det kan således inte krävas att arbetsgivaren flyttar på någon annan arbetstagare. Det krävs som regel inte heller av arbetsgivaren att denne inrättar en ny befattning (jfr dock AD 1999 nr 10).

Som Arbetsdomstolen uttalat i t.ex. AD 1999 nr 10 åligger det arbetsgivaren att göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan och därvid verkligen ta till vara föreliggande möjligheter att ordna en omplacering. Om det är oklart huruvida en omplacering kunnat ske måste slutsatsen ofta bli att omplaceringsskyldigheten inte är fullgjord.

³ A. prop. s. 121.

⁴ A. prop. s. 121 f och 242 f.

11.3 På vilket sätt har Arbetsdomstolen prövat arbetsgivarens rehabiliteringsansvar?

I förarbetena till rehabiliteringsreformen uttalade departementschefen att det vidgade arbetsgivaransvaret givetvis måste påverka arbetsgivarens omplaceringsskyldighet och vad som är saklig grund för uppsägning⁵. Några lagändringar i LAS gjordes däremot inte. Reformen kan dock sägas att fått en indirekt betydelse för anställningsskyddet. Arbetsgivaren ska inte endast beakta det förbud mot att säga upp någon p.g.a. sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga som gällt sedan tidigare utan också aktivt klargöra en individs behov av rehabilitering och vidta de åtgärder som krävs för att denne ska kunna återgå i arbete.

Som framgår av Arbetsdomstolens dom 1993 nr 42 ska man vid uppsägning på grund av sjukdom ta hänsyn till bestämmelserna i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) om arbetsgivarens skyldighet att medverka till rehabilitering och arbetsanpassning. Vid prövningen av arbetstagarens rätt till anställning kan således frågor om rehabilitering och arbetsanpassning bli föremål för domstolens bedömning. Rätten till dessa åtgärder kan aktualiseras när domstolen prövar den uppsägning som arbetsgivaren vidtagit. Prövningen av rätt till rehabilitering och anpassning begränsas således som regel till de fall där arbetsgivaren sagt upp arbetstagaren och denne vid tingsrätt eller i Arbetsdomstolen gör gällande att uppsägningen inte varit sakligt grundad⁶. Om arbetsgivaren inte säger upp arbetstagaren kan rätten till rehabilitering och anpassning inte prövas självständigt av domstol. Även om en domstol skulle slå fast att arbetsgivaren saknar saklig grund för uppsägning innebär inte detta automatiskt att arbetstagaren får behålla arbetet och att arbetsgivaren verkligen vidtar de åtgärder som domstolen finner att denne underlåtit. Det finns nämligen en bestämmelse i 39 § LAS som innebär att arbetsgivaren alltid kan betala sig fri från sitt ansvar för det fall att arbetsgivaren vägrar att rätta sig efter en dom varigenom en uppsägning har ogiltigförklarats. Skadeståndet som arbetsgivaren då ska utge motsvarar minst 16 och högst 48 månadslöner beroende på hur lång tid arbetstagaren har varit anställd hos arbetsgivaren.

⁵ Prop. 1990/1991:140 s. 52.

⁶ Prövningen har även i vissa fall skett i mål som gällt frågan om rätten till lön (se bl.a. AD 1996 nr 125, 1999 nr 10 och 2003 nr 44).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i arbetsrättsligt hänseende har utvecklats genom Arbetsdomstolens praxis rörande i huvudsak saklig grund för uppsägning enligt 7 § LAS.

11.4 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar enligt Arbetsdomstolens praxis

I detta avsnitt redovisas inledningsvis de rättsliga utgångspunkter som Arbetsdomstolen gett uttryck för i de domar som berört frågan om rehabilitering och sedan en sammanfattning av hur gränserna för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar med utgångspunkt från dessa domar ser ut. Kortfattade referat av Arbetsdomstolens domar finns samlade i bilaga 5 till detta betänkande. Med beaktande av det uppdrag vi har och eftersom arbetsgivarens rehabiliteringsansvar formaliserades först i och med 1991/1992 års rehabiliteringsreform kommer, med ett undantag (se AD 1982 nr 99), endast domar i tiden därefter att behandlas.

11.4.1 Sammanfattning av Arbetsdomstolens rättsliga utgångspunkter

Enligt uttalanden i förarbetena till 1974 års anställningsskyddslag utgör sjukdom och därav följande nedsatt prestationsförmåga inte i och för sig saklig grund för uppsägning. Enligt departementschefen kunde det dock förekomma fall där en av sjukdom betingad nedsättning av arbetsförmågan fick åberopas som saklig grund för uppsägning, nämligen då nedsättningen kunde bedömas som stadigvarande och dessutom så väsentlig att arbetstagaren inte längre kunde utföra arbete av någon betydelse. Normalt sett borde enligt departementschefens mening anställningen inte kunna bringas att upphöra förrän arbetstagaren hade fått rätt till sjukbidrag eller förtidspension och i varje fall borde uppsägning inte få komma i fråga så länge arbetstagaren uppbar sjukpenning från Försäkringskassan⁷. Motivuttalandena är tillämpliga även i fråga om den nu gällande anställningsskyddslagen⁸. Av fast praxis i Arbetsdomstolen framgår också att det är endast i undantagsfall som en arbetsgivare har

⁷ Prop. 1973:129 s. 126.

⁸ Jfr prop. 1981/82: 71 s. 66.

saklig grund för uppsägning med hänvisning till arbetstagarens sjukdom (se t.ex. AD 1999 nr 124 och där gjorda hänvisningar).

Frågan om uppsägning på grund av sjukdom har ett samband med frågan om arbetsgivarens skyldighet att medverka till rehabilitering och arbetsanpassning.

Arbetsdomstolens dom 1993 nr 42 var den första som meddelades på aktuellt område efter det att rehabiliteringsreformen trädde ikraft. Det är också ett rättsfall som Arbetsdomstolen i senare rättsfall ofta hänvisar till. Som framgår av nämnda dom ska man vid uppsägning på grund av sjukdom ta hänsyn till bestämmelserna i AFL och AML om arbetsgivarens skyldighet att medverka till rehabilitering och arbetsanpassning. I domen anförs följande om den närmare betydelsen av 1991 års ändringar.

I motiven till 1991 års ändringar av lagen om allmän försäkring har särskilt markerats att det är väsentligt för den enskildes trygghet i anställningen att arbetsgivaren gör allt som är möjligt för att anställningen ska kunna bestå (prop. 1990/91:141 s. 43). Även i motiven till ändringarna i arbetsmiljölagen har motsvarande markering gjorts genom en erinran om den skyldighet enligt anställningsskyddslagen som en arbetsgivare principiellt har att före uppsägning överväga alla möjligheter att flytta arbetstagaren till någon annan uppgift inom företaget, dvs. att omplacera arbetstagaren (prop. 1990/91:140 s. 51 f.). I detta ligger bl.a. att arbetsgivaren måste överväga om det är möjligt att genom en ändrad arbetsorganisation eller omplacering på annat sätt bereda arbetstagaren arbetsuppgifter så att denne kan stanna kvar. Det kan också vara frågan om att skaffa tekniska hjälpmedel för att på så sätt underlätta för arbetstagaren att behålla sin anställning. Vid bedömandet av hur långt arbetsgivarens åliggande sträcker sig se AD 1982 nr 99. I arbetsgivarens ansvar ingår att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten tex. arbetsträning, utbildning och omplacering (prop. 1990/91:141 s. 42). Arbetsgivarens skyldigheter att medverka till rehabiliteringsåtgärder är inte begränsade endast till sådana åtgärder som kan vidtas på den egna arbetsplatsen. Det kan krävas av arbetsgivaren att denne medverkar till att finna exempelvis relevant arbetsprövning, arbetsträning eller omskolning utanför den egna arbetsplatsen och att arbetsgivaren när det behövs beviljar arbetstagaren tjänstledighet för att genomföra sådan rehabilitering (jfr a. prop. s. 43). Förarbetena ger dock inte stöd för att arbetsgivaren kan åläggas ett längre gående ansvar för arbetstagarens rehabilitering än att vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Ansvaret är dock inte begränsat till att avse endast rehabiliteringsåtgärder för en återgång till arbete inom ramen för anställningen. Även möjligheterna att efter rehabilitering omplacera arbetstagaren till andra arbetsuppgifter inom företaget måste

givetvis övervägas. Också i detta hänseende måste frågan om vidden av arbetsgivarens skyldigheter avgöras efter en prövning av omständligheterna i det enskilda fallet, där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in (prop. 1990/91:140 s. 52). Som också uttalats i motiven kommer det att i en del fall inte vara möjligt att finna lösningar som gör det möjligt att anställningen består. Det blir då en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete (prop. 1990/91:141 s. 43).

Enligt 7 § andra stycket anställningsskyddslagen föreligger inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder arbetstagaren annat arbete hos sig.

11.4.2 Några gränser för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar utifrån Arbetsdomstolens domar

I AFL finns inte närmare angivet vad som mer konkret ligger i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. I stället är det i Arbetsdomstolens domar som man får hämta vägledning.

Arbetsgivarens inställning och medverkan i arbetstagarens rehabilitering

Det är arbetsgivaren som har bevisbördan för att det föreligger saklig grund för uppsägning och därmed också för att denne har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. Om det är oklart huruvida rehabilitering hade kunnat ske har arbetsgivaren inte ansetts ha uppfyllt sin rehabiliteringsskyldighet (se bl.a. AD 1998 nr 57, 1999 nr 10 och 2002 nr 32).

En arbetsgivare som inte har utfört en rehabiliteringsutredning måste i normala fall anses sakna grund för uppsägning om denna hänför sig till förhållanden som är hänförliga till arbetstagarens sjukdom (se AD 1998 nr 20). Däremot har Arbetsdomstolen inte ansett att det är avgörande om en rehabiliteringsutredning kommer till stånd genom Försäkringskassans försorg och inte arbetsgivarens utan det viktiga är i stället vad som kommit fram av utredningen (se AD 1999 nr 124). Arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning kom även till uttryck i AD 2003 nr 44. I domen konstaterade Arbetsdomstolen att arbetsgivaren är skyldig att föranstalta om rehabiliteringsutredning även under tiden medicinska behandlingen pågår och även om den förväntas bli

långvarig. Arbetsgivaren är under sjukskrivningstiden skyldig att ha kontakt med arbetstagaren och att hålla sig underrättad om hur den medicinska behandlingen utvecklar sig för att sinom tid kunna ha beredskap och förslag på lösningar vid arbetstagarens återkomst. En arbetsgivare kan inte slå sig till ro bara för att en sjukskrivning förväntas bli långvarig utan måste vara aktiv under hela sjukskrivningstiden för att vara väl förberedd vid arbetstagarens återkomst. Det bör noteras att frågan om när en rehabiliteringsutredning måste genomföras inte längre är aktuell. Efter lagändringen i AFL den 1 juli 2003 är rehabiliteringsutredningen obligatorisk.

Av Arbetsdomstolens domar 1997 nr 145 och 1998 nr 20 framgår att arbetsgivaren ska vidta åtgärder till dess att möjligheterna till rehabilitering är uttömda eller inte längre motiverade. Arbetsgivaren är dock inte skyldig att vidta rehabiliteringsåtgärder som syftar till att arbetstagaren ska arbeta hos annan arbetsgivare (se bl.a. AD 1997 nr 39).

Som nämnts tidigare ansåg departementschefen i förarbetena till LAS att en uppsägning normalt inte kunde komma ifråga förrän arbetstagaren fått rätt till sjukbidrag eller förtidspension och i vart fall inte så länge denne uppbar sjukpenning⁹. Arbetsdomstolen har dock inte fäst någon avgörande vikt vid vilken ersättningsform som den anställde får från Försäkringskassan till följd av sin sjukdom. Det utslagsgivande i sammanhanget verkar i stället vara om en fortsatt rehabilitering kan förväntas leda till att den anställde kan återgå till arbete hos arbetsgivaren.

Arbetsgivaren kan inte nöja sig med att anta att en åtgärd inte kommer att lösa problemet utan måste, om det inte har förelegat några beaktansvärda hinder häremot, i vart fall pröva åtgärden för att sedan därefter göra en utvärdering (se t.ex. AD 2001 nr 92). Arbetsgivaren kan vidare inte överlåta till arbetstagaren att själv se till att arbetsuppgifterna anpassas till dennes förmåga utan detta är en uppgift som vilar på arbetsgivaren (se AD 1996 nr 109). Arbetsgivaren är skyldig att införskaffa teknisk utrustning som hjälpmedel (se t.ex. AD 1982 nr 99, 1993 nr 42 och 2001 nr 1).

Arbetsgivaren har inte brustit i sin rehabiliteringsskyldighet om denne inte haft kännedom om arbetstagarens problem vid uppsägningstidpunkten (se t.ex. AD 1999 nr 26 och 2001 nr 55).

Har arbetstagaren gjort sig skyldig till så allvarlig förseelse i tjänsten att grund för avskedande föreligger beaktas inte att den

⁹ Prop. 1973:129 s. 126.

aktuella gärningen begåtts under inflytande av sjukdom (se bl.a. AD 2002 nr 33).

Ändrad organisation

I förarbetena¹⁰ uttalas följande beträffande arbetsorganisationen.

Genom dessa ändringar ökar arbetsgivarens skyldighet att utveckla arbetsorganisationen, skapa meningsfullt och utvecklande arbete, anpassa arbetet till de enskilda anställdas förutsättningar och genomföra rehabiliteringsinsatser. Detta vidgade arbetsgivaransvar måste givetvis också påverka arbetsgivarens omplaceringsskyldighet. Bedömningen av vad som är saklig grund för uppsägning kan därmed komma att påverkas. Det medför också ökade krav på arbetsgivaren att vidta åtgärder för att stärka den enskilde arbetstagaren och öka hennes eller hans förutsättningar att arbeta. Det torde knappast kunna bli aktuellt att bedöma en uppsägning från arbetsgivaren som sakligt grundad under tid då sådana åtgärder pågår.

Enligt nämnda förarbeten krävs således att arbetsgivaren överväger om det är möjligt att genom ändrad arbetsorganisation undvika en uppsägning. Arbetsdomstolen konstaterade i domen 1993 nr 42 att det inte kunde uteslutas att de två aktuella arbetstagarna kunde sysselsättas om bolaget utökade sin verksamhet på visst sätt men att en sådan utökning inte låg i linje med arbetsgivarens planer för verksamheten. Arbetsdomstolens bedömning blev att arbetsgivaren även efter de aktuella lagändringarna måste anses ha principiell rätt att besluta om sin verksamhet. Arbetsgivaren var därför inte skyldig att utöka sin verksamhet för att kunna förse de båda arbetstagarna med arbete. Det är uppenbarligen på detta sätt som Arbetsdomstolen menar att förarbetsuttalandena om "ändrad arbetsorganisation" ska tolkas, dvs. att arbetsgivare inte är skyldiga att utvidga verksamheten för att kunna förse arbetstagare med arbetsuppgifter som de kan utföra.

Generellt kan sägas att det krävs mer av det "stora företaget" än av det lilla. Detta beror givetvis på att större företag har fler möjligheter än små att ändra sin organisation (se AD 2003 nr 44, jfr dock 2001 nr 92).

Arbetsgivare kan vidare vara skyldig att omfördela arbetsuppgifter så att arbetstagare slipper viss arbetsuppgift (se t.ex. AD 2002 nr 32 och 2003 nr 44). Arbetsgivare är dock inte skyldiga att

¹⁰ Prop. 1990/91:140 s. 52–53.

omfördela arbetsuppgifter på andra arbetstagare om detta skulle medföra en risk för arbetsskador för dessa (se AD 1993 nr 42, jfr dock 2001 nr 92). Arbetsdomstolen har ansett att en omfördelning av arbetsuppgifter är möjlig att kräva om de utgör en begränsad del av tjänsten, men inte då de utgör vanligt förekommande arbetsmoment.

Arbetsgivaren kan dessutom vara skyldig att vid behov samla ihop passande arbetsuppgifter från olika håll inom företaget (se AD 1999 nr 10, jfr 2006 nr 57).

Arbetstagarens egen medverkan

Om arbetstagaren utan giltigt skäl vägrar delta i rehabilitering anses arbetsgivaren ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och arbetstagaren kan inte längre göra anspråk på att få behålla sin anställning. Detta gäller under förutsättning att rehabiliteringsåtgärden antas syfta till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren och att arbetsgivarens erbjudande är skäligt (se bl.a. AD 1993 nr 96).

Lönervister

Arbetsdomstolen har i domen 2003 nr 44 uttalat att det av kollektivavtalet och det enskilda anställningsavtalet följer att rätten till lön för en arbetstagare som har en viss mindre arbetsförmåga och som på grund av olycksfall eller sjukdom inte kan utföra sitt ordinarie arbete, ska bedömas utifrån det synsätt som gäller för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i anställningsskyddsvister.

När det gäller rätten till lön inom ramen för en pågående anställning ska alltså samma krav ställas på arbetsgivaren som i en uppsägningstvist. Rätten till lön är således relaterad till arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet. Om arbetsgivaren inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar eller om det föreligger oklarheter med detta ska han utge lön till den drabbade arbetstagaren.

Alkoholmissbruk

Vilka principer som gäller vid alkoholmissbruk är ganska klara. Om det rör sig om onykterhet på arbetsplatsen, ses det närmast som ett

uttryck för misskötsamhet eller likgiltighet inför arbetsuppgifterna eller arbetskamraterna, och då skiljer sig synen inte nämnvärt från andra yttringar av misskötsamhet. Rör det sig däremot om sjukdom i olika stadier blir bedömningen en annan¹¹. Såvitt utredningen har kunnat finna har Arbetsdomstolens prövning i uppsägningsmål där alkoholmissbruk betraktats som sjukdom i huvudsak sett ut på samma sätt som i andra fall där det varit fråga om sjukdom.

Rättsfallen AD 1992 nr 38–42 gällde avskedande av polismän som hade begått brott. Även om just de fallen rörde tillämpningen av avskedanderegler i lagen om offentlig anställning gjorde Arbetsdomstolen allmänna uttalanden om den arbetsrättsliga bedömningen av alkoholberoende som kan vara till ledning i andra typer av mål.

Inom arbetslivet och på arbetsrättens område gäller sedan en längre tid tillbaka att det i huvudsak råder enighet om att alkoholberoende eller allvarligt alkoholmissbruk hos en arbetstagare är förhållanden som i första hand bör föranleda rehabiliteringsinsatser. Åtgärder som uppsägning eller avskedande skall i enlighet därmed komma ifråga endast undantagsvis, såsom när rehabilitering visat sig omöjlig eller då arbetstagarens förhållande eljest medför att det inte kan begäras av arbetsgivaren att arbetstagaren får kvarstå i sin anställning och annan lämplig utväg än uppsägning eller avskedande inte står till buds (se översikten i Lunning, Anställningsskydd, sjunde omarbetade upplagan 1989, s. 232 ff.). Vad som nu sagts om uppsägning och avskedande gäller i synnerhet för fall då ett alkoholberoende eller alkoholmissbruk har karaktären av sjukdom; anställningsskyddslagen har ansetts innefatta ett principiellt förbud mot uppsägning eller avskedande på grund av sjukdom. Inte minst mot bakgrund av svårigheterna att diagnostisera sjukdomskaraktären hos ett alkoholberoende eller ett alkoholmissbruk har man dock att räkna med en gråzon, där de nyss angivna principerna bör slå igenom även i fall då frågan om sjukdomskaraktären ter sig något tveksam men övervägande skäl ändå talar för att samma principer bör gälla som vid helt klarlagd sjukdom.

Arbetsdomstolen har i rättsfallet AD 1997 nr 145 funnit att en överenskommelse om att en alkoholmissbrukande arbetstagare ska skiljas från sin anställning om denne inte medverkar till behandling av missbruket saknar rättslig betydelse.

¹¹ Lunning, Toijer, Anställningsskydd, nionde upplagan 2006, s. 419.

Frågan om arbetstagaren hade underlåtit att medverka i sin egen rehabilitering har Arbetsdomstolen behandlat i bl.a. rättsfallen AD 1997 nr 145 och 1998 nr 20. I det förstnämnda fallet konstaterade Arbetsdomstolen att arbetstagaren olovligen hade uteblivit från ett behandlingstillfälle och att orsaken var återfall. Enligt Arbetsdomstolen fanns det dock inget som tydde på att arbetstagaren allmänt sett varit ovillig att medverka till sin rehabilitering och att arbetsgivaren vidtagit den yttersta åtgärden i form av uppsägning i ett läge då möjligheterna till rehabilitering varit långt ifrån uttömda. I det sistnämnda rättsfallet var det fråga om en arbetstagare som vid flera tillfällen avböjt arbetsgivarens erbjudanden om vård på behandlingshem. Arbetsdomstolen fann att eftersom arbetsgivaren inte under två år efter vägran att delta erbjöd rehabiliteringsåtgärder, ansågs arbetsgivaren inte med befriande verkan avseende arbetsgivarens ansvar kunna åberopa att arbetstagaren underlåtit att medverka till sin rehabilitering.

12 Arbetstagarorganisationernas medverkan

12.1 Allmänt

Arbetslivsinriktad rehabilitering har åtminstone två dimensioner. Det kan röra sig om den i arbetsmiljölagen (1977:1160), (AML), föreskrivna organiserade verksamheten för rehabilitering och arbetsanpassning liksom det kan handla om åtgärder i enskilda fall. När det gäller den organiserade verksamheten finns regler i AML om arbetstagarernas medverkan genom skyddsombud och skyddskommitté. Dessa regler har kompletterats med författningar utfärdade av Arbetsmiljöverket. Genom lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL) har arbetstagarerna garanterats inflytande över arbetsgivarens beslut och lagen ger de fackliga organisationerna rätt till förhandling med arbetsgivaren i frågor som rör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagarer. Hit hör exempelvis frågor om åtgärder för att en arbetstagarer med nedsatt förmåga ska kunna fortsätta sin anställning. Utöver de mera grundläggande bestämmelserna i AML och MBL om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagarer finns också särskilda skrivningar i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), vilka syftar till att bereda de fackliga organisationerna en roll i rehabiliteringsprocessen.

I det följande görs en översiktlig genomgång av de regler om arbetstagarinflytande som har betydelse för de fackliga organisationernas möjligheter att företräda arbetstagarerna i rehabiliteringsprocessen. Något förenklat kan sägas att det handlar om regler på två nivåer, en kollektiv och en individuell. Inflytandet på den kollektiva nivån kan närmast beskrivas som samverkan i verksamhets- och organisationsfrågor, medan inflytandet på den individuella nivån främst handlar om delaktighet i frågor som direkt berör en eller flera arbetstagarer.

12.2 Medbestämmandelagen

Regler om de fackliga organisationernas inflytande över arbetsgivarens beslut återfinns i första hand i MBL. Där föreskrivs bl.a. att arbetsgivaren på eget initiativ ska fullgöra vissa uppgifter, i första hand gentemot den eller de fackliga organisationer med vilka han är bunden av kollektivavtal.

12.2.1 Information

Genom förekomsten av kollektivavtal inträder, enligt 19 § MBL, en skyldighet för arbetsgivaren att fortlöpande informera den fackliga organisationen om hur verksamheten utvecklas produktionsmässigt och ekonomiskt liksom om riktlinjerna för personalpolitiken. Arbetsgivaren ska dessutom bereda arbetstagarorganisationen tillfälle att granska böcker, räkenskaper och andra handlingar, som rör arbetsgivarens verksamhet, i den omfattning som organisationerna behöver för att ta tillvara medlemmarnas gemensamma intressen i förhållande till arbetsgivaren. För detta ändamål kan arbetsgivaren också vara skyldig att biträda den fackliga organisationen med utredning, om det kan ske utan oskäligen kostnad eller omgång.

Uttrycket ”riktlinjer för personalpolitiken” avser principer och metoder för rekrytering, urval och befordran, utbildning, introduktion etc. Även principer för omplacering eller omskolning och för omflyttning av personal räknas hit, liksom förekommande statistik om personalens hälsotillstånd, sjukfrånvaro, inträffade olycksfall och personalomsättning¹.

Från och med den 1 juli 2005 har MBL kompletterats med ytterligare en bestämmelse om arbetsgivarens informationsskyldighet. I 19 a § MBL föreskrivs att även arbetsgivare, som inte är bunden av något kollektivavtal alls, är skyldig att fortlöpande hålla arbetstagarorganisationer som har medlemmar som är arbetstagare hos arbetsgivaren underrättade om hur verksamheten utvecklas produktionsmässigt och ekonomiskt liksom om riktlinjerna för personalpolitiken. Däremot har sådana organisationer ingen rätt att granska böcker, räkenskaper etc. och inte heller kan de begära att arbetsgivaren biträder organisationen med utredning. Dessa rättigheter är förbehållna kollektivavtalsbundna fackliga organisationer.

¹ Bergqvist, Lunning och Toijer, Medbestämmandelagen [1999] s. 278.

Syftet med arbetsgivarens informationsskyldighet är att de fackliga organisationerna ska få tillgång till den information de behöver för att kunna utöva sitt inflytande i främst företags- och arbetsledningsfrågor. Det är tänkt att parterna ska stå på kunskapsmässigt jämställd fot i förhandlingar om vilket beslut arbetsgivaren ska fatta rörande förändringar av verksamheten.

12.2.2 Förhandlingar

MBL syftar till att åstadkomma ett arbetstagarinflytande över arbetsgivarens företags- och arbetsledning. Arbetstagarinflytande kanaliseras genom deras fackliga organisationer. För att inflytandet ska vara meningsfullt måste de fackliga organisationerna ha möjlighet att framföra sina synpunkter innan arbetsgivaren har bestämt sig för en viss lösning. Därför föreskrivs att arbetsgivaren, innan han fattar beslut som innebär en viktigare förändring av verksamheten, på eget initiativ ska förhandla med arbetstagarorganisation i förhållande till vilken han är bunden av kollektivavtal, s.k. primär förhandlingsskyldighet. Detsamma gäller innan arbetsgivaren beslutar om viktigare förändring av arbets- eller anställningsförhållandena för arbetstagare som tillhör organisationen. Lagen gör sålunda en åtskillnad mellan beslut om förändringar av verksamheten och beslut om enskilda arbetstgares förhållanden. När det gäller beslut om verksamheten ligger inflytandet enbart hos den eller de fackliga organisationer, som har kollektivavtal med arbetsgivaren.

Reglerna om arbetsgivarens primära förhandlingsskyldighet återfinns i 11 § MBL. De kompletteras av 12 § MBL, som ger en kollektivavtalsbunden facklig organisation rätt att själv påkalla förhandling när arbetsgivaren står i begrepp att besluta i en fråga som rör en medlem i organisationen. Har förhandling begärts är arbetsgivaren skyldig att avvakta med beslutet till dess förhandlingen har genomförts. Om det föreligger särskilda skäl får dock arbetsgivaren fatta och verkställa beslutet innan han har fullgjort sin förhandlingsskyldighet.

Av 13 § MBL framgår att arbetsgivaren i vissa frågor är skyldig att förhandla enligt 11 och 12 §§ med arbetstagarorganisation som saknar kollektivavtal med arbetsgivaren. Det gäller frågor som särskilt angår arbets- eller anställningsförhållandena för arbetstagare som tillhör organisationen.

Den nyss beskrivna primära förhandlingskyldigheten kan sägas vara en utveckling av den allmänna förhandlingsrätten i 10 § MBL. Där föreskrivs bl.a. att en arbetsagarorganisation har rätt till förhandling med arbetsgivaren i fråga rörande förhållandet mellan arbetsgivaren och sådan medlem i organisationen, som är eller har varit arbetstagar hos arbetsgivaren. Något krav att parterna ska vara bundna av kollektivavtal finns inte. I princip omfattas alla frågor som rör förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagar av förhandlingsrätten. Det innebär exempelvis att en facklig organisation har rätt att förhandla med arbetsgivaren om åtgärder för att underlätta en sjukskriven arbetstagar återgång i arbete.

12.3 Arbetsmiljölagen

12.3.1 Reglerna i AML

Utgångspunkten i AML är bestämmelserna i 2 kap. om arbetsmiljöns beskaffenhet. I 1 § sägs bl.a. att arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. 3 kap. AML innehåller en närmare redovisning av arbetsgivar- och arbetstagar- allmänna skyldigheter med beaktande av kraven på arbetsmiljöns beskaffenhet enligt 2 kap. I 3 kap. 1 a § slås fast att arbetsgivare och arbetstagar ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö.

Organiserad verksamhet

Ansvar för arbetsmiljön åvilar emellertid arbetsgivaren, som är skyldig att vidta i lagen angivna åtgärder för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö. Det åligger sålunda arbetsgivaren enligt 3 kap. 2 a § tredje stycket att se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för att fullgöra de uppgifter som vilar på honom enligt 22 kap. AFL.

I förarbetena till 3 kap. 2 a §² ansåg departementschefen att utformningen av den organiserade verksamheten kan variera beroende på förutsättningarna inom olika verksamheter. Det kan t.ex. innebära att arbetsgivaren ser till att det finns:

² Prop. 1990/91:140 s. 49.

- kompetens och kontaktpersoner
- ekonomiska resurser avdelade för ändamålet
- policy och mål för frågorna
- tydlig ansvarsfördelning
- rutiner för tidiga kontakter med sjukskrivna
- rutiner för undersökning av rehabiliteringsbehov m.m.
- rutiner för kontakter med myndigheter, företagshälsovård m.fl.
- rutiner för kontroll, uppföljning och uppvärdering
- samverkan med arbetstagarerna

Åtgärder i enskilda fall

Som nämnts handlar 3 kap. 2 a § AML om att det hos arbetsgivaren ska finnas en *organiserad verksamhet* för arbetsanpassning och rehabilitering.

Bestämmelser som tar sikte på åtgärder i *enskilda fall* återfinns i 3 kap. 3 §. Enligt den paragrafen ska arbetsgivaren bl.a. genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Ett syfte med bestämmelsen har varit att betona kravet på en bättre arbetsanpassning för redan anställda, vilket alltså innebär att särskilda personella stödinsatser eller individinriktade åtgärder ska vidtas i arbetsmiljön. Det kan exempelvis vara tekniska åtgärder eller anpassning av arbetsredskap, men även arbetsorganisatoriska frågor och åtgärder för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön kan komma i fråga³.

Skyddsombud och skyddskommitté

De närmare bestämmelserna om *samverkan* mellan arbetsgivare och arbetstagarerna finns i 6 kap. AML. Enligt 2 § ska det på ett arbetsställe, där minst fem arbetstagarer regelbundet sysselsätts, bland arbetstagarerna utses ett eller flera *skyddsombud*. Skyddsombud utses av lokal arbetslagarorganisation som är eller brukar vara bunden av kollektivavtal med arbetsgivaren. Finns inte sådan organisation, utses skyddsombud av arbetstagarerna på arbetsstället.

För att stärka arbetsmiljöverksamheten på mindre arbetsställen finns sedan länge möjlighet för den lokala fackliga avdelningen eller

³ Prop. 1990/91:140 s. 45 f.

motsvarande sammanslutning att utse *regionalt skyddsombud*. Dess främsta uppgift är att få till stånd ett lokalt arbetsmiljöarbete och se till att det fungerar. Om det är påkallat kan det regionala skyddsombudet mera aktivt ingripa i arbetsmiljöarbetet. För att regionalt skyddsombud ska kunna utses måste två förutsättningar vara uppfyllda. Den ena är att avdelningen eller sammanslutningen har en medlem på arbetsstället. Den andra förutsättningen är att skyddskommitté inte har tillsatts. Däremot krävs inte att den fackliga organisationen är bunden av kollektivavtal med arbetsgivaren. Enligt uppgift från Arbetsmiljöverkets skyddsombudsregister fanns vid årsskiftet 2005/2006 omkring 2 100 regionala skyddsombud. AML:s bestämmelser om skyddsombud gäller i princip också för regionala skyddsombud.

Av 4 § framgår att ett skyddsombud företräder arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor och ska verka för en tillfredsställande arbetsmiljö. I detta syfte ska ombudet vaka över skyddet mot ohälsa och olycksfall samt över att arbetsgivaren uppfyller kraven i 3 kap. 2 a §. Skyddsombud ska också delta i planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsorganisation m.m. Arbetsgivaren är vidare ålagd att underrätta skyddsombud om förändringar av betydelse för arbetsmiljöförhållandena. Härutöver föreskrivs i 6 § att skyddsombud har rätt att ta del av de handlingar och erhålla de upplysningar i övrigt som behövs för ombudets verksamhet.

Ytterligare en form av inflytande för skyddsombud ger bestämmelserna i 6 kap. 6 a §. Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö, ska skyddsombudet vända sig till arbetsgivaren och begära sådana åtgärder. Förhåller sig arbetsgivaren passiv till skyddsombudets begäran, kan skyddsombudet vända sig till Arbetsmiljöverket med en framställan om att verket ska pröva om det ska meddelas föreläggande eller förbud enligt 7 kap. 7 §. Ett sådant föreläggande kan gå ut på att arbetsgivaren ska genomföra närmare angivna anpassningsåtgärder för en enskild arbetstagare.

Enligt 6 kap. 8 § ska det vid arbetsställe, där minst femtio arbetstagare regelbundet sysselsätts, finnas en *skyddskommitté*. Den ska bestå av företrädare för arbetsgivaren och arbetstagarna. De anställas företrädare utses bland arbetstagarna av lokal arbetstagarorganisation. Skyddskommitténs uppgifter regleras i 9 §. I skyddskommittén ska bl.a. behandlas frågor om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället.

12.3.2 Arbetskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering – AFS 1994:1

AML kompletteras av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering. Föreskrifterna gäller både arbetsgivarens verksamhet på dessa områden och arbetsgivarens åtgärder för att anpassa arbetsituationen till den enskilde arbetstagarens förutsättningar för arbetet. I 7 § anges att verksamheten ska organiseras så att den kan ske i samarbete med de enskilda arbetstagare som berörs av åtgärderna samt med deras företrädare i arbetsmiljöfrågor.

Till själva föreskrifterna är fogat kommentarer till de enskilda paragraferna. I kommentarerna till 7 § sägs inledningsvis att för att uppnå goda resultat i anpassnings- och rehabiliteringsarbetet bör den enskilde själv aktivt medverka. Det uttalas att det är angeläget att arbetstagaren lämnar de upplysningar som behövs samt tillsammans med arbetsgivaren deltar i planeringen av lämpliga åtgärder.

Vidare anges i kommentaren att personer i rehabiliteringssituationer ofta befinner sig i ett utsatt läge och vill inte alltid framträda öppet med sina svårigheter. Det framhålls att den berörda personen själv så långt möjligt får avgöra vilka personer som ska vara insatta i ärendet.

Det konstateras att arbetslagarnas företrädare i arbetsmiljöfrågor är viktiga samarbetspartners när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering. Företrädare kan vara skyddsombud eller arbetslagarnas representanter i skyddskommittén.

12.4 Lagen om allmän försäkring

Enligt 22 kap. 3 § AFL ska arbetsgivaren i vissa angivna fall genomföra en rehabiliteringsutredning. Enligt paragrafens femte stycke ska utredningen genomföras i samråd med den försäkrades arbetslagarorganisation om den försäkrade medger det.

I specialmotiveringen till nämnda bestämmelse anges att den försäkrades medgivande betingas av kravet på hans rättighet till integritet och att den försäkrades arbetsgivare och arbetslagarorganisation gemensamt bör kunna finna lämpliga former för samråd⁴.

I 22 kap. 5 § AFL regleras Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar. Enligt tredje stycket i samma bestämmelse ska För-

⁴ Prop. 1990/91:141 s. 89.

säkringskassan, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetsagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan ska därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering.

Av specialmotiveringen till bestämmelsen framgår att Försäkringskassan ska samarbeta med de ovan nämnda aktörerna. För att den försäkrades personliga integritet inte ska kränkas förutsätter detta emellertid att den försäkrade ger sitt medgivande till det. Detta medför att Försäkringskassan redan i ett inledningsskede bör skaffa den försäkrades medgivande till detta⁵.

Det är sålunda i två situationer som arbetstagarens fackliga organisation har en roll enligt AFL. Det är dels när arbetsgivaren ska genomföra en rehabiliteringsutredning, dels när Försäkringskassan – inom ramen för sitt samordnings- och tillsynsansvar – ska samverka med arbetstagarens fackliga organisation. I båda fallen är förutsättningen att arbetstagaren medger att den fackliga organisationen medverkar.

12.5 Några kollektivavtal

12.5.1 Kommuner och landsting

I april 2005 träffades ett nytt centralt samverkansavtal för kommuner och landsting, *FAS 05* (Förnyelse – Arbetsmiljö – Samverkan i kommuner, landsting och regioner). Avtalet ska ligga till grund för lokala avtal där det inte redan finns väl fungerande avtal om samverkan och arbetsmiljö. Avsikten med *FAS 05* är att främja en god hälsa och arbetsmiljö. Ett av huvudsyftena med avtalet är att kompetensen om arbetsmiljö, hälsa och rehabilitering ska bli både bredare och djupare. Kompetensen hos arbetsgivare och fackliga företrädare/skyddsombud ska innefatta både teori och praktik. På arbetsplatsen ska det finnas en fastlagd process med tydlig struktur när det gäller rehabilitering och arbetsanpassning. Ansvarig chef, personalfunktion, arbetstagare, skyddsombud, företagshälsovård och Försäkringskassan ska känna till denna process. Arbetstagare

⁵ A. prop. s. 91.

ska ha rätt att få snabb rehabilitering och anpassning när de behöver det.

12.5.2 Staten

Avtalet *Samverkan för utveckling* slöts av de centrala parterna på det statliga arbetsstagarområdet i september 1997. Syftet med avtalet är att stödja effektiviseringsarbetet. De centrala parternas avsikt med avtalet är att de lokala parterna själva ska skapa samverkansformer för att utveckla verksamheten. Samverkan ska vara grunden i det lokala utvecklingsarbetet och ska utvecklas mellan ledningen, de anställda och deras fackliga organisationer. Vad gäller frågan om rehabilitering nämns i avtalet att när en anställds arbetsförmåga sätts ned på grund av sjukdom eller av andra orsaker är det viktigt att så tidigt som möjligt pröva vilka åtgärder som kan vidtas för att den anställde antingen ska kunna fortsätta i sitt nuvarande arbete eller få andra arbetsuppgifter. Det anges vidare att detta måste ske i samverkan mellan dem som berörs. Chefen har ansvaret för den anpassning av arbetsförhållandena som kan krävas och den anställde måste aktivt bidra till att finna bra lösningar. Vidare är arbetskamraternas och de fackliga organisationernas stöd också viktigt.

I mars 2003 kom de centrala parterna överens om *Avtal om utvecklingsprojekt för förbättrad arbetsmiljö och sänkta sjuktal i staten*. 2004 års förhandlingar resulterade i ytterligare åtgärder på området. I överenskommelsen *Arbetsmiljö och god hälsa i staten* lyfter de centrala parterna fram behovet av lokalt arbete på tre områden och anger vissa riktlinjer för arbetet. De tre områdena är systematiskt arbetsmiljöarbete, rehabilitering och företagshälsövård.

12.5.3 Privat sektor

2004 års avtalsrörelse resulterade i att frågor rörande arbetsmiljön har reglerats i kollektivavtal i en helt annan omfattning än tidigare. Nya avtal slöts på områden som tidigare saknade sådana liksom äldre gällande avtal reviderades. I de fall arbetsmiljöavtal träffades eller parterna enades om andra regleringar hör det till vanligheten att samtliga berörda fackliga organisationer inom branschen är parter i avtalet.

Sammantaget slöts ett 25-tal nya branschavtal om arbetsmiljö inom den privata sektorn. Totalt omfattas närmare 400 000 arbetstagare av de nya arbetsmiljöavtal som träffades under år 2004. För *industrins* del finns det numera arbetsmiljöavtal på de flesta avtalsområden. På några av de återstående områdena inom industrin hänsköt parterna frågan till arbetsgrupper eller inrättade särskilda samverkansorgan med uppgift att bistå de lokala parterna i arbetsmiljöarbetet. Vad gäller avtalens innehåll är det påtagligt att de föreskriver att lokal överenskommelse bör träffas om formerna för lokal samverkan kring rehabilitering, systematiskt arbetsmiljöarbete, arbetsmiljöutbildning och företagshälsovård. Avtalen om arbetsmiljö inom *tjänste- och servicebranscherna* framhåller vikten av lokal samverkan, men innehåller i allmänhet inte rekommendationer om lokala överenskommelser. I likhet med avtalen inom industrin anges bl.a. rehabilitering och företagshälsovård som viktiga områden för samverkan.

13 Finansiering av rehabiliteringsinsatser – gällande regler

Bakgrund

Enligt förarbetena¹ har arbetsgivaren ansvaret för de rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten för att arbetstagaren ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Trots att många år gått sedan rehabiliteringsreformen genomfördes finns det fortfarande en kvarvarande osäkerhet kring hur omfattande detta åtgärdsansvar ska vara och hur omfattande kostnader som arbetsgivaren ska vara skyldig att stå för. Viss vägledning kan hämtas ur de domar från Arbetsdomstolen som redovisas i kapitel 11, men eftersom Arbetsdomstolens avgöranden huvudsakligen handlar om uppsägning så ger dessa domar inte ett heltäckande svar.

Sedan år 1990 har Försäkringskassan tilldelats särskilda medel för bland annat köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. För år 2006 utgör dessa 935,5 miljoner kr. De särskilda medlen infördes mot bakgrund av att både Försäkringskassan och den enskilde många gånger tyckte att väntetiderna till vissa typer av rehabiliteringstjänster var alltför långa. Försäkringskassan behövde därför ha möjlighet att köpa sådana tjänster som bedömdes nödvändiga för att återföra en försäkrad i arbete. Det gällde tjänster dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels för direkta åtgärder som syftade till att underlätta återgång till förvärvsarbete. Tjänsterna skulle kunna köpas från AMU-gruppen och Arbetsmarknadsinstitutet (Ami) men även av andra organisationer till exempel Rygginstitutet och Samhall som hade god erfarenhet av att anpassa arbetet till funktionshindrades behov. Man betonade att åtgärderna borde ha en yrkesinriktad karaktär och att insatser av medicinsk natur inte skulle kunna köpas. Av propositionen framgår också att denna möjlighet till köp av rehabiliteringstjänster ställer stora krav

¹ Prop. 1990/91:141 s. 42 ff.

på Försäkringskassan och att Försäkringskassornas styrelser borde fastställa riktlinjer för köp av rehabiliteringstjänster. Man betonade därför vikten av att dåvarande Riksförsäkringsverket nära och kontinuerligt skulle följa denna verksamhet.

De allra flesta åtgärder som en individ behöver för att kunna återgå i arbetet efter en tids sjukskrivning är inte köpta åtgärder utan insatser i form av arbetsträning och anpassning av arbetsuppgifter m.m. Förhandling mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan om kostnaden för olika typer av åtgärder sker framför allt när det gäller köp av rehabiliteringstjänster som ligger i gränslandet mellan sjukvård och arbetslivsinriktad rehabilitering och andra insatser utanför arbetsplatsen.

13.1 Förslag och synpunkter i några tidigare utredningar och rapporter

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (SOU 1998:104).

- Arbetsgivaren ska svara för att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne.
- Lagen (1963:381) om allmän försäkring (AFL) ska slå fast att arbetsgivaren ska bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret.
- Arbetsgivarens ansvar bör kombineras med möjligheter för arbetsgivaren att kompensera sig för rehabiliteringskostnaderna genom att arbetsgivaren ska kunna få halva kostnaden betald av den allmänna sjukförsäkringen.

Ett effektivt rehabiliteringsarbete? – om Försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster, Statskontoret (2001)

- Arbetsgivarnas ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder behöver förtydligas.
- Arbetsgivarna bör ha ett ansvar för att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering till arbete hos dem.

- Ansvaret för att vidta åtgärder ska därmed ligga på arbetsgivaren så länge som målet med rehabiliteringen bedöms vara återgång i arbete till dennes verksamhet.
- Handläggarna på Försäkringskassan saknar ofta en gräns mellan vad som är arbetsgivarens respektive Försäkringskassans ansvar när det gäller att finansiera rehabiliteringsåtgärder.
- En stor del av fokus ligger på Försäkringskassans medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, medan det centrala i rehabiliteringsprocessen i stället är Försäkringskassans samordningsansvar.

Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)

Försäkringskassans möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster ska begränsas till försäkringsmedicinska utredningar, underlag från företagshälsovård samt rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivarens ställe.

Riksrevisionen, RiR 2004:21, Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering

- Försäkringskassan har inte förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt, eftersom det är oklart för vilka syften som medlen ska användas.
- Försäkringskassans hantering av köp av tjänst har en negativ inverkan på ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren.
- En översyn av AFL behövs för att klargöra gränsdragningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren.

13.2 Högst fem procent av sjukpenninganslaget kan användas till samverkan inom rehabiliteringsområdet

Högst fem procent av anslagsposten för sjukpenning (motsvarande drygt 1,5 miljarder kr), får under år 2006 användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Dessa medel ska i huvudsak användas för aktiva rehabiliteringsinsatser

riktade till individer i syfte att fler personer med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser ska kunna återgå i arbete.

De åtgärder som får finansieras ska ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde.² Av resurserna till den finansiella samordningen ska Försäkringskassan bidra med hälften. De medel som Försäkringskassan utbetalar utgör statens samlade andel i denna verksamhet.³

13.3 Försäkringskassans anslag för att finansiera insatser inom rehabiliteringsområdet, de så kallade särskilda medlen

Försäkringskassan har för år 2006 ett anslag på 935,5 miljoner kr för köp av bland annat arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.⁴ Anslaget ska finansiera

- försäkringsmedicinska utredningar
- arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar
- aktiva rehabiliteringsåtgärder
- bidrag till arbetshjälpmedel
- läkarutlåtanden och läkarundersökningar
- särskilt bidrag för merkostnader under arbetslivsinriktad rehabilitering samt
- resor till och från arbetet.

Medlen får inte användas för köp av aktiva rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna arbetslösa. Insatser för den som är arbetslös finansieras inom den samverkan som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedriver och som finansieras inom sjukpenninganslaget (se ovan).

13.4 Försäkringskassans riktlinjer för köp av utredningar och rehabiliteringstjänster

Under år 2005 har Försäkringskassan tagit fram riktlinjer för hur man ska använda de särskilda medlen för köp av tjänster. Det är dock tveksamt om dessa riktlinjer kommer att leda till någon ökad

² Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

³ Prop. 1996/97:63 och prop. 2002/03:2.

⁴ Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan.

likformighet vid handläggning eftersom de undantag från riktlinjerna som anges ger utrymme för lika mycket bedömningar och förhandlingar som tidigare. Nedan följer ett sammandrag av de framtagna riktlinjerna.

Huvudregel för köp av försäkringsmedicinska utredningar

Den allmänna hälso- och sjukvården har ansvar för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt de medicinska utredningar och utlåtanden som behövs för att socialförsäkringssystemet ska fungera på avsett sätt. Försäkringskassans möjlighet att köpa utredningar innebär inte någon ändring av sjukvårdshuvudmännens ansvar att tillhandahålla de medicinska underlag som Försäkringskassan behöver.⁵ Försäkringskassan ska därför i första hand begära in kompletterande medicinska underlag från läkare och andra vårdgivare som kan ha den information som Försäkringskassan behöver för bedömning och beslut i ett ärende.

Undantag

Försäkringskassan kan köpa en försäkringsmedicinsk utredning för vissa försäkrade med sammansatta och svårbedömda besvär när ett tillräckligt beslutsunderlag inte kan tas fram på något annat sätt.

Huvudregel för köp av arbetslivsinriktade åtgärder för anställd

Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda en anställds behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd och att finansiera dem. Arbetsgivaren ska svara för de åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen eller i syfte att arbetstagaren ska kunna vara kvar på arbetsplatsen.

Undantag

Försäkringskassan kan köpa en aktiv rehabiliteringsåtgärd när det är nödvändigt för att en anställd eller egenföretagare ska kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren ska dock intyga att företaget självt eller genom bidrag från annan part bara delvis kan bekosta åtgärden. Enligt riktlinjerna bör Försäkringskassan ställa större krav på arbetsgivare med fler än 49 anställda.

⁵ Prop. 1998/99:76 s. 11-12.

Försäkringskassan ska inte köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för att *förebygga* arbetsoförmåga.

13.5 Användning av Försäkringskassans särskilda medel till utredningar och aktiva rehabiliteringstjänster

Nedan redovisas hur stor del av anslaget som under åren 2003–2005 använts till utredningar och aktiva insatser samt bidrag till arbets-hjälpmiddel.⁶

Tabell 13.1 Försäkringskassans kostnad för köp av arbetslivsinriktade rehabiliterings tjänster med mera 2003–2005, tkr

	2003	2004	2005
Försäkringsmedicinska utredningar	261 584	308 002	270 988
Arbetslivsinriktade utredningar	213 532	201 116	169 982
Aktiva rehabiliteringsinsatser	328 228	309 270	160 630
Köp av arbetstekniska hjälpmedel	55 647	59 367	58 959
SUMMA	858 991	877 755	660 559

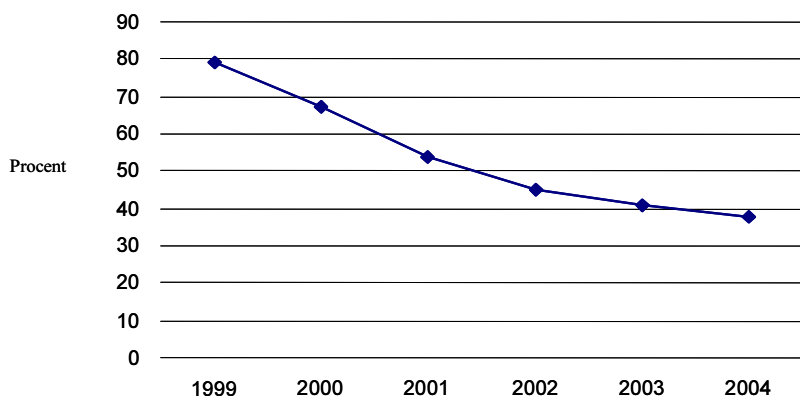
Tabell 13.2 Försäkringskassans antal köp av utredningar och åtgärder fördelat på män och kvinnor

	2003		2004		2005	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Försäkringsmedicinsk utredning	4 940	2 981	5 717	3 447	7 147	4 140
Arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar	6 425	3 848	5 242	3 119	4 593	2 681
Aktiva rehabiliteringsinsatser	5 477	3 068	4 195	2 111	3 266	1 664
Summa	16 842	9 897	15 154	8 677	15 006	8 485

De flesta köpen av utredningar och aktiva rehabiliteringsinsatser, cirka 63 procent, gäller kvinnor och motsvarar deras andel av sjuk-skrivningarna.

⁶ Försäkringskassans årsredovisning.

Diagram 13.1 Andel av kostnaderna för köp av tjänst som använts till aktiva tjänster



Som synes används de särskilda medlen huvudsakligen till utredningar av olika slag. Under år 2005 minskade Försäkringskassans kostnader för såväl utredningar som aktiva rehabiliteringsinsatser. Enligt Försäkringskassan utnyttjade man i större utsträckning än tidigare möjligheten att få komplettering från sjukskrivande läkare i stället för att köpa en extern utredning. Försäkringskassan bedömde också att allt färre personer var i behov av den typ av rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan finansierar, vilket givetvis avspeglar sig i kostnaderna för denna typ av insatser.

Som tidigare nämnts kan aktiva rehabiliteringstjänster endast köpas till den som har en anställning eller är egenföretagare. Från och med år 2006 ska även den som efter sjukskrivning måste byta arbetsgivare få stöd och insatser inom den samverkan som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedriver. Denna samverkan omfattar även den som är arbetslös och i behov av rehabiliteringsinsatser.

Försäkringskassan har gjort en kartläggning av samtliga köp av aktiva insatser i sjukfall som pågått 30 till 402 dagar och som påbörjades under perioden 17 januari till 30 januari 2005. Av samtliga 11 091 sjukfall i undersökningen var det endast 84 individer (0,8 procent) som fick en aktiv insats som helt eller delvis finansierades av Försäkringskassan. Detta visar att köp av aktiva insatser är en mycket marginell aktivitet, åtminstone under sjukskrivningens

första år. Detta resultat stämmer väl överens med tidigare uppföljningar.

De senaste åren har runt 1 procent av sjukfallen fått en köpt aktiv åtgärd. Eftersom undersökningen omfattar endast ett fåtal köp är det svårt att dra några andra tydliga slutsatser än att insatser köpta av Försäkringskassan är sällan förekommande under det första årets sjukskrivning. Det är dock intressant att notera att:

- Genomsnittlig sjukskrivningstid före insatsen var 191 dagar. I de fall då arbetsgivaren var med och finansierade insatser var sjukskrivningstiden före insatserna kortare.
- Utbildning var den vanligaste insatsen då arbetsgivaren var med och finansierade köpet.
- Arbetsgivare var i högre utsträckning med och finansierade insatser till män med psykisk diagnos jämfört med de fall då Försäkringskassan ensam finansierade insatsen.
- Genomsnittlig totalkostnad för köpen var 34 721 kr. Genomsnittlig kostnad för arbetsgivaren vid köpen var drygt 16 000 kr. En kraftig reservation måste dock göras på grund av att det fanns brister i redovisningen ifråga om kostnader.

13.5.1 Köp av utredningar

Försäkringskassan köpte under år 2005 utredningar för sammanlagt cirka 440 miljoner kr. De försäkringsmedicinska utredningarna kostade cirka 270 miljoner kr. Detta är en minskning jämfört med året tidigare med 69 miljoner kr. Försäkringskassan kan som ett alternativ till försäkringsmedicinska utredningar begära nödvändiga kompletteringar i form av ett särskilt läkarutlåtande (SLU). Kostnaden för läkarutlåtanden (inte bara SLU) uppgick under år 2005 till 23 miljoner kr.

13.5.2 Köp av aktiva åtgärder

Tabell 13.3 Fördelning av kostnaderna för aktiva insatser i form av aktivering, arbetsträning, utbildning och övriga kostnader 2004–2005 i tkr

Köp av tjänst	Utfall 2004	Utfall 2005
Köp av rehabiliteringstjänster - aktivering	136 278	80 131
Köp av rehabiliteringstjänster - arbetsträning	80 756	46 022
Köp av rehabiliteringstjänster - utbildning	65 500	29 968
Övriga kostnader vid köp av rehabiliteringstjänster	26 735	4 509
Totalt	309 270	160 630

Det är svårt att få en tydlig bild av vad det är för typ av insatser som köps från de drygt 200 producenter som Försäkringskassan årligen tecknar avtal med. Försäkringskassan använder sig i sin ekonomiska redovisning av aktiva åtgärder av undergrupperna *arbetsträning*, *aktivering* och *utbildning*, men någon tydlig beskrivning av de olika typerna av insatser har inte gått att få fram.

Arbetsträning

Arbetsträning är en åtgärd som innebär att individen tränar upp sin arbetsförmåga att utföra vissa arbetsuppgifter. För att arbetsträningen ska vara framgångsrik behöver den många gånger kombineras med andra åtgärder på arbetsplatsen som att anskaffa arbetshjälpmedel, anpassa arbetsuppgifterna och arbetstiderna.

När en person som varit sjukskriven en längre period ska återgå i arbete ska Försäkringskassan i första hand överväga om återgången kan ske successivt genom deltidssjukskrivning. Om detta inte är möjligt kan arbetsträning vara en lämplig åtgärd för att påbörja återgången till arbetslivet.

I en rapport från Försäkringskassan⁷ konstateras att det i majoriteten av sjukskrivningarna inte finns något finansieringsbehov alls i samband med arbetsträning. Så är säkert oftast fallet då arbetsträning sker på den egna arbetsplatsen medan vissa merkostnader uppstår då arbetsträningen sker hos annan arbetsgivare. Det torde dock vara ovanligt med arbetsträning någon annanstans om målet

⁷ Analyserar 2006:6, Försäkringskassan.

är ett arbete hos samma arbetsgivare. Vi har inte lyckats bringa klarhet i vad det är för insatser som Försäkringskassan köpt under denna rubrik. Eftersom målsättningen med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är återgång i arbete hos samma arbetsgivare är det naturligt att arbetsträning är den allra vanligast förekommande rehabiliteringsåtgärden. Det tar dock lång tid innan den kommer igång. Efter 13 månaders sjukskrivning är sannolikheten för påbörjad arbetsträning 15 procent. Tidigare studier har visat att arbetsträning är vanligare bland kvinnor.

Försäkringskassans finansiering av arbetsträning har minskat kraftigt under de senaste åren.

Aktivering

Riktigt vad dessa insatser omfattar och huruvida insatserna syftar till att motivera den anställde till återgång till tidigare arbetsgivare eller till ny har inte gått att få svar på.

Som vi fått det beskrivet av Försäkringskassan handlar aktivering främst om arbetsvägledning, arbetsträning och karriärplanering men även olika typer av motivationshöjande åtgärder och medicinsk behandling kan ingå. Det finns också inslag av insatser med fokus på ökad självkänsla och ett ökat välbefinnande i största allmänhet.

Vi visar nedan exempel på avtal med några stora producenter av aktiveringstjänster som vi tycker ger en bra belysning av denna typ av åtgärder. Liknande tjänster erbjuds av många andra producenter.

1. "Karriärplanering. En strukturerad och aktiverande process som ger deltagarna metoder att se sina förutsättningar och möjligheter i nuvarande anställning eller hjälp att finna andra alternativ. Individerna ska fatta ett väl underbyggt beslut om sitt fortsatta yrkesliv och formulera en handlingsplan som visar på konkret och realistisk yrkeskarriär."
2. "Tjänsten riktar sig till personer med nedsatt fysisk/psykisk arbetsförmåga och som av olika anledningar inte kan återuppta sitt ordinarie arbete. Tjänsten är en arbetsinriktad insats som består av tre delar, aktivering, karriärplanering och arbetsprövning. I tjänsten ingår individanpassade psykologiska test, djupintervjuer och återföring av information till den enskilde."

3. ”Rehabiliteringstjänsten innebär att mobilisera individens resurser och motivation, samt stärka självkänslan och handlingsberedskapen för att återgå i arbete. Att träna upp och återupprätta arbetsförmågan samt förbereda återgången i arbete.

Målet är att träna upp arbetsförmågan, bryta sjukskrivningen och återgå i arbete hos arbetsgivaren eller gå vidare till annan arbetsgivare och att utarbeta en realistisk framtidsplan. Målgrupp: Individer med anställning som är sjukskrivna, uppstår aktivitetsersättning och behöver stöd och träning för att kunna återkomma i arbetslivet.”

Försäkringskassorna köper även ett stort antal insatser som ligger i gränslandet till hälso- och sjukvården. Det vi syftar på är till exempel stresskolor, ryggskolor och arbetslivsinriktad rehabilitering av hjärt- och kärlsjuka som har en huvudsaklig komponent av hälso- och sjukvård och en liten del av insatser som kan betecknas som arbetslivsinriktad rehabilitering. Den grupp sjukskrivna som erbjuds aktiva åtgärder av denna typ har ofta en komplicerad sjukskrivningsbild med en symptomdiagnos av typ värk i nacke, axlar eller rygg och inte sällan dessutom en psykiatrisk diagnos och är i behov av multidisciplinära insatser. Nedan följer några exempel på sådana avtal.

1. ”Kursen består av fyra veckors rehabilitering hos producenten. Uppföljning sker efter 6 mån (2 dagar), för whiplasheleverna även efter 12 mån (1 dag). I kursen ingår: Funktionsträning/behandling, och fysisk träning i form av gymnastik, motion, vattenträning etc., undervisning i bl.a. anatomi, fysiologi, ergonomi, friskvård, smärthantering, arbetsteknik, mental träning och avspänning. Vid behov arbetsplatsbesök, rehabiliteringsmöte, läkarkonsultation, psykologkonsultation eller hjälpmedelsutprovning. Whiplashrehabiliteringen fokuserar mer på kroppskännedom, stabiliseringsträning, koordination, hållning, mental träning, avspänning och beteendeförändringar.”
2. ”Samtalsstödet är lämpligt i omställningssituationer för personer som är i behov av stöd för att hantera och bearbeta arbetsrelaterade svårigheter vid personliga kriser och stressrelaterade besvär. Samtalen stödjer personens självkänsla och sociala livssituation, Målet är att personen ska bli bättre rustad inför förändring i sin återgång till arbetslivet.”

3. ”Åtgärden består av 8 veckors stressrehabilitering vid YY. Innan kursstart ingår ett förbesök. Rehabiliteringen sker två dagar i veckan under åtta veckor på YY, veckans övriga tre dagar används till att på hemmaplan praktisera och träna olika uppgifter. Kurstiden på åtta veckor avslutas med en rehabiliteringsträff, där berörda parter deltar, med syfte att ta fram en bra planering för den fortsatta rehabiliteringen. Uppföljning sker efter 3, 6 och 12 månader, en dag vid alla tre tillfällena.”

Utbildning

Vi vet av de uppföljningar som gjorts av effekterna av olika typer av rehabiliteringsåtgärder att utbildning är den insats som ger bäst effekt både på kort och på lång sikt. Kostnaderna för Försäkringskassan för köp av utbildningar har sjunkit under senare år och uppgick under år 2005 till drygt 29 miljoner kr.

Utbildning som syftar till ett arbete hos en annan arbetsgivare är en fråga för den samverkan som numera finns mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och där finansieringen regleras i ett avtal mellan myndigheterna.

13.5.3 Försäkringskassans kostnad per köp

Försäkringskassans kostnad för köp av aktiva åtgärder under år 2005 var i genomsnitt drygt 32 500 kr per köp. I ungefär 60 procent av fallen var kostnaden mindre än 25 000 kr och i 9 procent översteg kostnaden 50 000 kr.

Försäkringskassan bekostade utredningar av olika slag till en snittkostnad av 36 000 kr per köp. Huruvida det gjordes flera köp till en och samma individ går inte att utläsa ur statistiken så någon genomsnittlig totalkostnad per individ finns således inte redovisad.

Helhetsbild av kostnaderna saknas

För att få en komplett bild skulle vi också behöva information om arbetsgivarens kostnader för köp av olika typer av insatser. Försäkringskassans statistik visar sannolikt endast en liten del av de verkliga kostnaderna för de rehabiliteringstjänster som individen får del

av, eftersom de kostnader som arbetsgivaren har då denne ensam finansierar olika typer av insatser inte ingår här.

13.6 Arbetshjälpmedel

Försäkringskassorna har möjlighet att ge bidrag till arbetshjälpmedel till anställda, egna företagare och fria yrkesutövare som är etablerade på arbetsmarknaden.⁸ Försäkringskassans kostnad för bidrag till arbetshjälpmedel uppgick för år 2005 till cirka 60 miljoner kr. Kostnaden har legat relativt konstant under flera år.

Bidrag till arbetshjälpmedel kan utbetalas både i förebyggande syfte och som en rehabiliteringsåtgärd. Regelverket kring bidrag till arbetshjälpmedel finns beskrivet i kapitel 5.

Bidraget kan ges när det behövs individanpassade arbetshjälpmedel som går utöver det grundläggande ansvar för att arbetsmiljön är lämpligt utformad som arbetsgivaren alltid har.

Enligt en rapport från Försäkringskassan⁹ dominerar bidrag till digitala hörapparater och andra hörseltekniska arbetshjälpmedel stort. Detta är märkligt eftersom nedsatt hörsel inte är någon stor diagnosgrupp bland sjukskrivningar. Utfallet avspeglar snarare landstingets regler för hörselhjälpmedel på så sätt att när landstinget inte står för kostnaden för en digital hörapparat så söker den enskilde bidrag från Försäkringskassan till detta. Enligt rapporten kom de flesta ansökningarna från personer som inte var sjukskrivna men behöver ett arbetshjälpmedel i förebyggande syfte. Nästan alla ansökningar kom från enskilda individer, endast undantagsvis (6 procent av fallen) var det arbetsgivaren som sökte bidrag.

Enligt en annan undersökning, gjord av Försäkringskassan,¹⁰ anser mer än varannan sjukskriven att de skulle kunna arbeta om deras arbetssituation anpassades. Även om det som huvudsakligen efterfrågades var anpassning av arbetstider och minskad arbetsbelastning så borde det rimligen finnas behov även av andra insatser för att anpassa arbetsplatsen.

⁸ Förordningen (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt AFL i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

⁹ RFV redovisar 2004:6.

¹⁰ Analyserar 2005:5, Försäkringskassan.

13.7 Ersättning till individen under pågående rehabiliteringsinsats

Under den tid som en person deltar i olika typer av rehabiliteringsinsatser kan denne ha rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.¹¹

Rehabiliteringspenning är en dagersättning till individen. Den beräknas på samma sätt som sjukpenning. Då en person uppbär rehabiliteringspenning upphör arbetsgivarens medfinansiering.

Särskilt bidrag är en ersättning till individen som kan ges för vissa kostnader som individen har i samband med att denne deltar i rehabiliteringsåtgärder. Det kan handla om ökade reskostnader, traktamenten och logi vid utbildning på annan ort med mera.

¹¹ 22 kap. 7 § AFL.