

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.

<p>Försäkringskassan skall, om det inte är obehövligt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens <i>rehabiliteringsutredning</i> enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan kalla den försäkrade till sådant avstäm-</p>	<p>Försäkringskassan skall, om det inte är obehövligt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens <i>plan för åtgärder på arbetsplatsen</i> enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan kalla den försäkrade till sådant avstämningsmöte</p>
--	--

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:

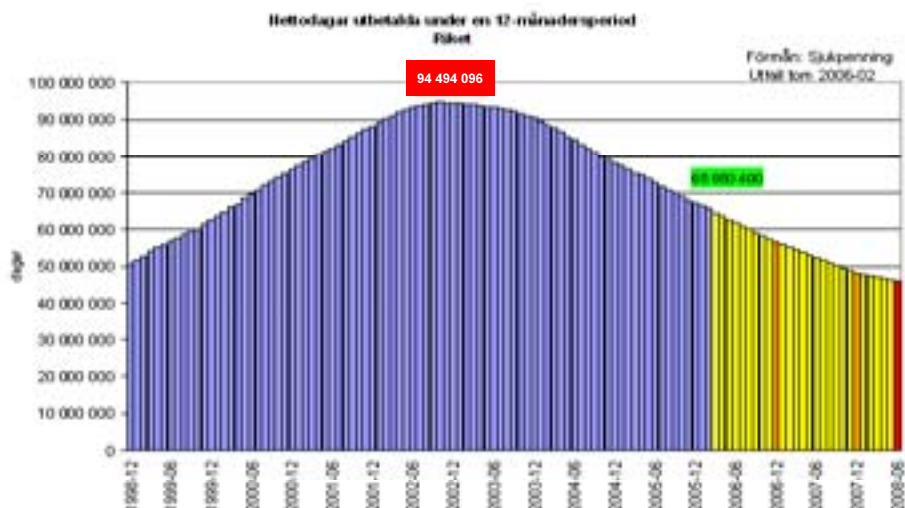
Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning ska i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt ska antalet nya aktivitets-

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

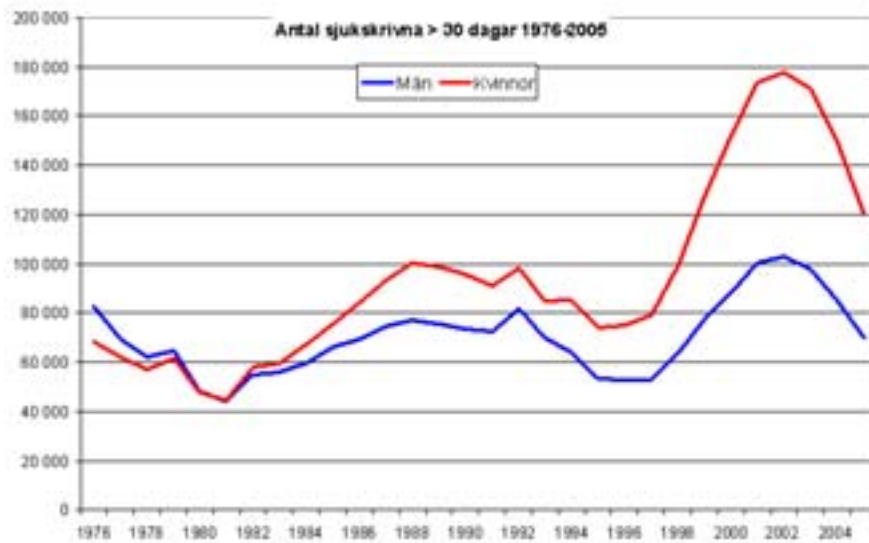


Under juni 2006 fick 231 800 personer sjukpenning. Det är 19 900 (7,9 procent) färre än motsvarande månad föregående år. Inflödet av nya sjukfall är nu nere på de nivåer som föregick uppgången i sjukfrånvaron i mitten av 1990-talet.

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.

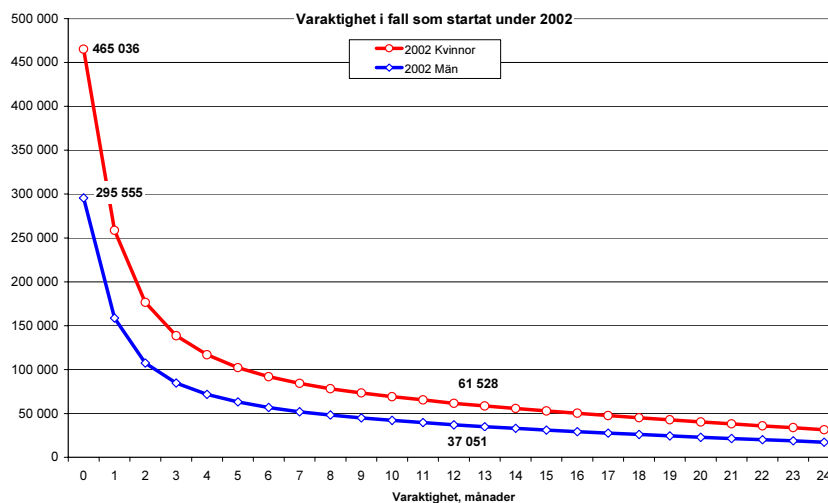
Juli 2003. Sjuklön från arbetsgivare till anställda förlängs till sjukperiodens 21 första dagar.

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

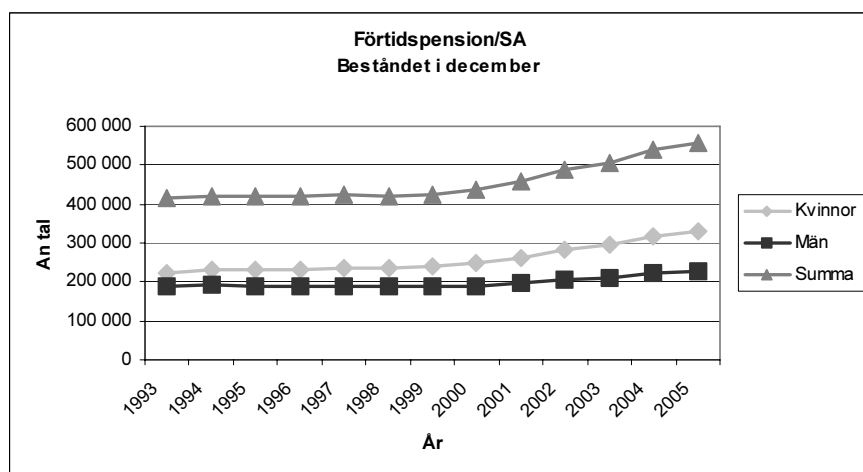


3.1.1 Allt fler har sjuk- eller aktivitetsersättning men tillflödet minskar

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

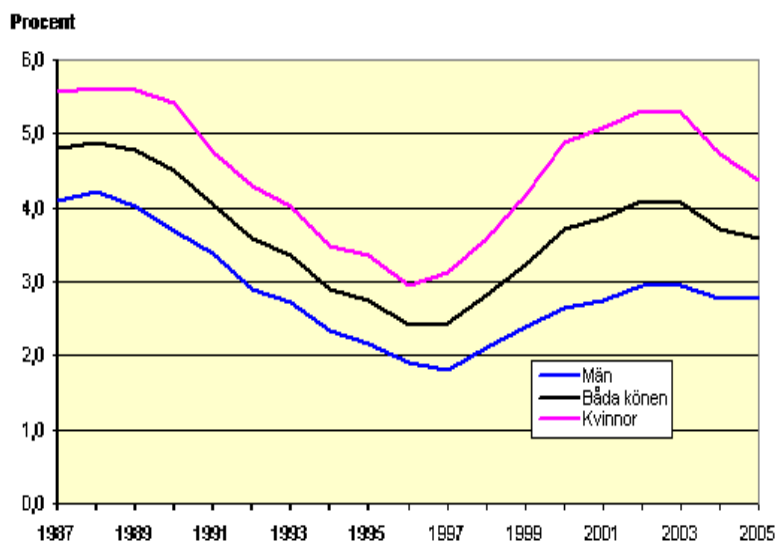
Startade sjukfall		2005	2004	Förändring
Kvinnor	Totalt antal	359 842	339 380	6,0 %
	> 30 dagar	201 631	227 793	-11,5 %
Män	Totalt antal	221 008	205 346	7,6 %
	> 30 dagar	124 581	137 515	-9,4 %
Totalt	Totalt antal	580 850	544 726	6,6 %
	> 30 dagar	326 212	365 308	-10,7 %

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 sjukfrånvarosarbetskraftsundersökningarna 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.

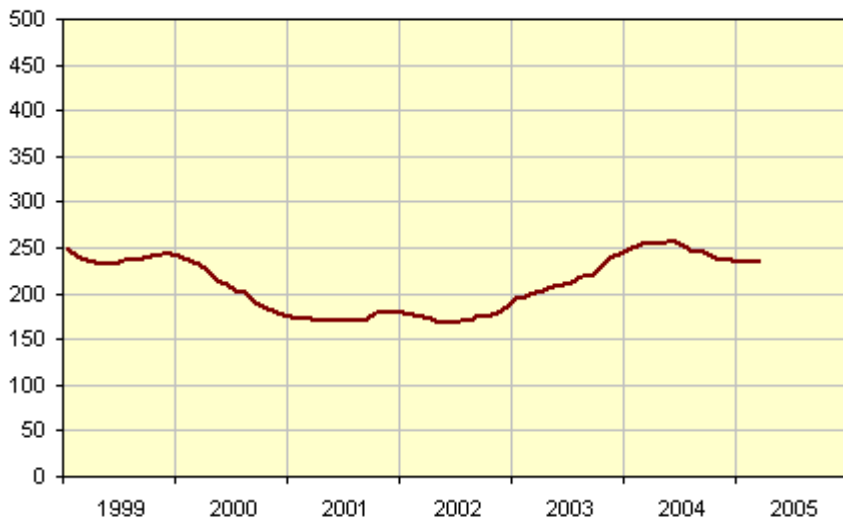
På arbetsställen med färre än 10 anställda ökade sjukfrånvaron med 0,3 procentenheter till 2,3 procent. På arbetsställen med fler än 100 anställda uppgick jämförelsevis andelen sjukfrånvarande till 5,0 procent, en minskning med 0,5 procentenheter. Sjukfrånvaron ökar konsekvent med arbetsställets storlek (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 deltidsjukskriven.
- 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 obehövt, 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 obehövt, 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 uppå 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 sysselsättningsfrämjande 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, mät punkt före 1 juli 2005
2= sjukfall som startade i maj 2005, mät punkt före 31 december 2005
3= sjukfall som i oktober 2005 passerade ett års sjukskrivning, mät punkt 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 avstämningmöten 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.

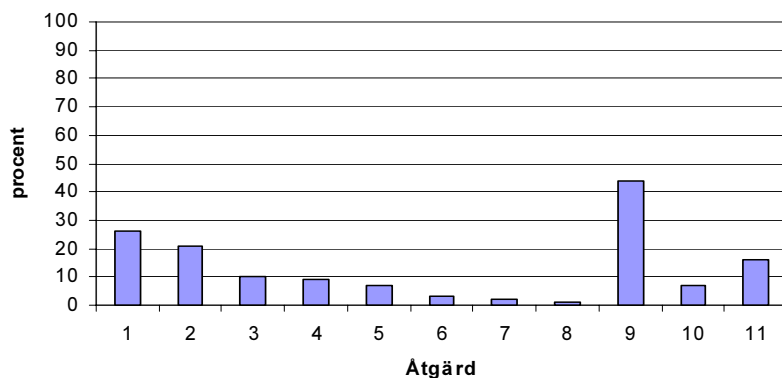
¹ Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. lagen(1962:381) om allmän försäkring.

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
 2. Plan för återgång i arbete
 3. Arbetsträning i ordinarie arbete
 4. Åtgärder som ska göras utanför arbetsplatsen
 5. Omplacering
 6. Arbetsträning 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. Arbetsträning 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 avstämningmöte inom 30 dagar	0,15 %	0,12 %	0,3 %
Andel av målgruppen som fått en rehabiliteringsplan inom två veckor från avstämningmöte 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 avstämningmöte 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 arbets-förmåga.

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. Ansvar 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).

Lönstvister

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 anställningsskyddstvister.

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 arbetstagers 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 arbetstagarorganisation 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 arbetsgivares 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 arbetstagarorganisation, 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

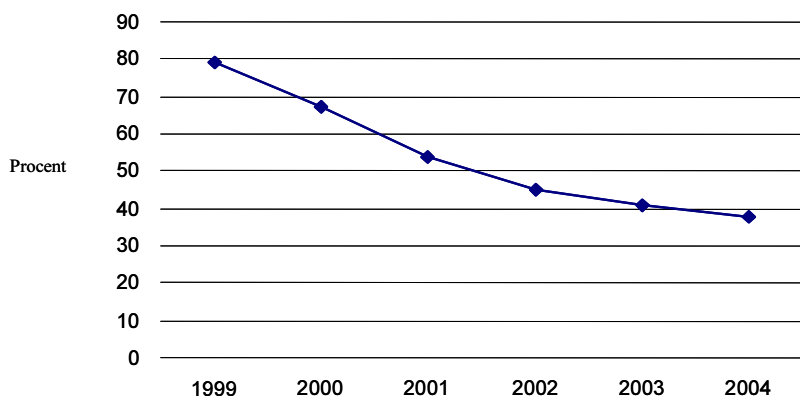
Tabell 13.2 Försäkringskassans antal köp av utredningar och åtgärder fördelat på män och kvinnor

	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 arbetshjälpmiddel, 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.

14 Arbetslivsinriktad rehabilitering – resultat

Bakgrund

De allra flesta sjukfall omfattar endast en eller ett fåtal dagar och avslutas med att den sjukskrivne tillfrisknar och återgår i arbete utan några andra insatser än de rent medicinska. Vi vet att av totalt drygt 4 miljoner sjukfall bland anställda under ett år är det endast cirka 10 procent som pågår längre än sjuklöneperioden.

Även de litet längre sjukfallen avslutas som regel utan några insatser. De är troligtvis också så att den som behöver någon anpassning på arbetsplatsen för att kunna återgå i arbete också erbjuds detta av arbetsgivaren utan att detta finns noterat i Försäkringskassans journaler och utan att det kommer fram i de uppföljningar som görs av Försäkringskassan.

Den statistik kring rehabiliteringsåtgärder som finns tillgänglig på Försäkringskassan omfattar endast de personer som får insatser av den art som ger rätt till rehabiliteringsersättning eller då Försäkringskassan helt eller delvis bekostar åtgärden.

De insatser som säkerligen är de vanligast förekommande, anpassning av arbetsplatsen och olika typer av arbetshjälpmedel som arbetsgivaren ensam bekostar ger inte rätt till rehabiliteringsersättning och är inte förenade med några kostnader för Försäkringskassan och finns därför inte heller registrerade.

14.1 Vem får insatser?

I en undersökning av Arbetslivsinstitutet¹, har man undersökt hur urvalet av vem som ska erbjudas insatser görs. Varken kön, civilstånd, etnicitet eller sysselsättning har betydelse för om en individ får insatser. Däremot spelar ålder, diagnos, tidigare rehabi-

¹ "Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?", Eklund, Lidwall, Marklund, Arbetslivsinstitutet 2005.

litering, psykosocial belastning och yrkestillhörighet roll. Yngre personer och personer som har psykosocial belastning får i högre grad än övriga arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns även en skillnad mellan män och kvinnor i vilken typ av insats som erbjuds. Majoriteten av kvinnorna erbjuds arbetsträning medan män erbjuds utbildning.

En annan undersökning, genomförd av Försäkringskassan² visar på faktorer som ökar sannolikheten att påbörja en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd:

- Individens är yngre än 55 år
- Individens är född i Sverige
- Individens har anställning
- Individens är sjukskriven för psykisk sjukdom eller för en sjukdom i rörelseorganen
- Individens är sjukskriven av en företagsläkare
- Individens är sjukskriven på heltid
- Individens har en långvarig sjukskrivning (≥ 60 dagar) året före den aktuella sjukskrivningen (gäller endast män)
- Individens har dokumenterade missbruksproblem

14.2 De sjukskrivnas uppfattning om rehabiliteringsinsatser

Dåvarande Riksförsäkringsverket har i en undersökning³ redovisat de långtidssjukskrivnas syn på den egna rehabiliteringen. Resultaten visar att ungefär 6 av 10 långvarigt sjukskrivna uppger att de själva vidtagit åtgärder för att återgå i arbete. De två vanligaste åtgärderna som vidtas är att de söker egen behandling, såsom exempelvis psykoterapi och naprapati, och tar initiativ till förändringar i arbetet.

De som själva vidtar åtgärder för att kunna börja arbeta igen är främst högutbildade personer som är sjukskrivna för psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen. Äldre sjukskrivna vidtar i lägre utsträckning åtgärder jämfört med sjukskrivna i åldern 30-44 år.

Ju längre individerna har varit sjukskrivna desto större är chansen att Försäkringskassan vidtagit åtgärder. I genomsnitt anger

² Analyserar 2006:10, Försäkringskassan.

³ Analyserar 2004:8, Försäkringskassan.

dock endast 16 procent att Försäkringskassan vidtagit åtgärder för att de ska kunna återgå i arbete. Äldre sjukskrivna uppger i lägre utsträckning än yngre att Försäkringskassan har försökt hjälpa dem åter i arbete. Detta gäller även när hänsyn tas till kön, utbildningsnivå, diagnos och sjukskrivningslängd.

Arbetsträning är den vanligaste åtgärden som vidtas av Försäkringskassan. Av de som fått åtgärder vidtagna från Försäkringskassan anger 37 procent att de fått arbetsträning på den egna arbetsplatsen, medan 24 procent uppger att de fått arbetsträning på en annan arbetsplats.

I en annan studie av Arbetslivsinstitutet⁴ redovisas de långtids-sjukskrivnas bild av sjukskrivningen. Tre förhållanden framträder som särskilt viktiga för återgång i arbete. Att byta yrke eller arbetsplats är ett relativt ovanligt men kraftfullt medel. Mer än två tredjedelar som bytt arbetsgivare tillmäter detta stor betydelse för återgången i arbetslivet. Den andra faktorn är arbetstiden. Att få kortare arbetstid väger tungt särskilt för kvinnorna. Något oväntat kommer inte hälsoförbättring förrän på tredje plats.

Trots att mycket fungerar bra kan insatserna upplevas som otillräckliga av den sjukskrivne. I en undersökning av Försäkringskassan konstaterades att många är sjukskrivna längre än vad som vore nödvändigt. Många sjukskrivna gör själva bedömningen att de skulle kunna arbeta åtminstone till viss del om de fick viss anpassning av arbetsuppgifterna⁵. Denna undersökning finns ytterligare beskriven i kapitel 3.

14.3 Vilka insatser erbjuds?

Med reservationen att Försäkringskassan inte har uppgifter om alla insatser som görs på arbetsplatsen vill vi ändå redovisa en uppföljning gjord av Försäkringskassan⁶ där man granskat vad som sker i ett sjukfall under det första sjukskrivningsåret. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder fanns noterade i vart fjärde sjukfall. Arbetsträning var den vanligaste insatsen (54 procent). Arbetsanpassning och aktivering stod för vardera 18 procent medan utbildning inte utgjorde mer än fyra procent. Att utbildning inte utgör en större andel, trots det goda resultatet, beror antagligen på att andra

⁴ "Vilja och villkor – en studie om långtidssjukskrivnas situation" Göransson, Aronsson, Melin, Arbetslivsinstitutet, 2002.

⁵ Analyserar 2005:5, Försäkringskassan.

⁶ Analyserar 2006:6, Försäkringskassan.

åtgärder vanligen prövas innan utbildning blir aktuell, eftersom utbildning ofta är ett led till ett annat arbete.

I en rapport våren 2006 har Försäkringskassan följt upp drygt 11 000 individer som varit sjukskrivna mellan 30 och 365 dagar år 2005 (första sjukdagen i slutet av januari 2005) och av dessa har endast 84 individer (0,8 %) fått en aktiv åtgärd som helt eller delvis finansierats av Försäkringskassan. Om man bara inkluderar dem som varit sjukskrivna mellan 120 och 365 dagar är andelen 1,7 %. De åtgärder som främst köptes var utbildning och aktivering.

14.4 Effekter av olika typer av insatser

Om någon, vare sig det är Försäkringskassan, arbetsgivaren eller någon annan ska ha ett kostnadsansvar för rehabiliteringsåtgärder för en sjukskriven anställd måste det finnas grund för att tro att åtgärden leder till återgång i arbete. Kunskapen om rehabilitering är bristfällig och det saknas studier av god kvalitet. Medan till exempel läkemedel och medicinska behandlingar är föremål för randomiserade studier där deltagarna slumpmässigt fördelas till olika behandlingar för att vetenskapligt fastställa effekten kan arbetslivsinriktad rehabilitering knappast bli föremål för samma typ av uppföljning.

Mellan 65 och 70 procent av dem som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering har förbättrat sin arbetsförmåga sex månader efter det att rehabiliteringen avslutades⁷. Om detta beror på de insatser som individen erbjuds eller något annat vet vi inte. Vad hade hänt om individen inte fått rehabilitering? Hade sjukfallet avslutats ändå? Om ytterligare ett antal individer erbjuds insatser skulle fler då återgå i arbete? Borde några av dem som arbetstränar med rehabiliteringsersättning i stället varit deltidssjukskrivna? Kunde insatsen ha satts in tidigare med samma resultat?

Dåvarande Riksrevisionsverket konstaterade i sin uppföljning av Försäkringskassans samordningsuppdrag⁸ att det inte är möjligt att särskilja resultatet av Försäkringskassans åtgärder från andra aktörers. Det går inte heller att klarlägga vilka andra omständigheter som påverkar resultatet.

Slutsatserna från olika studier av effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering kan sammanfattas i att arbetsträning och utbildning är de åtgärder som mest ökar chanserna till att arbetsförmågan

⁷ Försäkringskassans SAR register år 2004.

⁸ Samordnad rehabilitering 2000:6, Riksrevisionsverket.

återskapas, och att rehabiliteringsåtgärder på kort sikt förlänger sjukfallen, men att de på lång sikt förkortar.

Eftersom vårt uppdrag är att ”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” har vi begränsat vår uppföljning av effekter av rehabiliteringsåtgärder till insatser som Försäkringskassan i dag är med och helt eller delvis finansierar. Vad innehåller de? Vilken effekt har de?

Anpassning av arbetsplatsen och arbetsträning ger effekt

Att anpassning av arbetsuppgifter och arbetsplats efter den anställdes arbetsförmåga är en åtgärd som underlättar återgång i arbete står utom allt tvivel. Samma sak gäller adekvat medicinsk behandling.

I en rapport från Linköpings universitet⁹ redovisas flera studier som funnit att anpassning av arbetsuppgifterna kan fördubbla andelen som återgår i arbete. Även ergonomiska insatser i form av förändrad utrustning och arbetshjälpmiddel visar att chansen för återgång i arbete fördubblas jämfört med om inga åtgärder vidtas respektive endast individinriktade insatser. Man pekar också på att det finns belägg för att förhållningssätt och bemötande på arbetsplatsen har stor betydelse för om en rehabilitering ska bli framgångsrik och hållbar. Gynnsam återgång i arbete är i hög grad resultat av en kombination av olika interventioner, t.ex. medicinsk behandling, arbetsträning, ändring i ergonomi och arbetsorganisation.

Multidisciplinära behandlingsprogram måste sättas in tidigt för att ge effekt

Sett över olika typer av diagnoser varierar resultaten. Bland dem som sjukskrivits för ryggbesvär har de som blivit föremål för åtgärder större möjlighet att ta sig ur sjukskrivningen än de som inte fått åtgärder.

⁹ Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering?, IHS rapport 2003:1.

I en studie av Irene Jensen m.fl., publicerad i Läkartidningen 2006/23 redovisas en långtidsstudie av effekten av två olika rehabiliteringsprogram. Bland annat följande slutsatser redovisas:

- Ett arbetsplatsinriktat multidisciplinärt program på heltid är en kostnadseffektiv rehabilitering för individer sjukskrivna för långvariga icke-specifika nack- eller ryggbesvär.
- En kostnadseffektiv rehabiliteringsinsats kräver att den sjukskrivne får del av insatserna innan sjukskrivningstiden överstigit två månader.
- Försäkringskassan och andra köpare av rehabiliteringsinsatser bör sträva efter att upphandla rehabiliteringsprogram med evidensbaserade metoder som är påvisat effektiva för att återställa arbetsförmåga. Risken finns annars att individer utsätts för ineffektiva behandlingar.

Minskar arbetslivsinriktad rehabilitering chansen till återgång i arbete?

Flera studier har visat att om man bara jämför resultaten mellan dem som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering med dem som inte gjort det så visar det sig att sjukskrivningstiden totalt sett är längre för den som får rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan har i rapporter¹⁰ redovisat att långtidssjukskrivna som fått utredande åtgärder har 70 procents mindre chans till friskskrivning än de som inte fått en sådan åtgärd. Detta beror rimligtvis inte på att åtgärderna i sig haft negativ effekt utan på att det främst är personer med en komplicerad sjukskrivning som bedömts ha behov av insatser.

14.5 Utbildning ger positivt resultat på kort och lång sikt

En rapport från Försäkringskassan¹¹ som omfattar en granskning av 737 sjukfall där Försäkringskassan köpt aktiva insatser visar på en tydlig positiv effekt av utbildning som rehabiliteringsåtgärd både på kort och lång sikt. Däremot finns ingen indikation på att

¹⁰ Arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär, (Rygg och Nacke 6), Försäkringskassan 1997.

¹¹ Analyserar 2005: 21, Försäkringskassan.

de övriga aktiva åtgärderna (exempelvis arbetsträning, aktivering och motivationshöjande åtgärder) förbättrar arbetsförmågan över huvud taget.

Till viss del kan dessa nedslående resultat för andra insatser än utbildning förklaras med att utbildning används för att rusta individen för ett arbete. De övriga aktiva åtgärderna används i nära hälften av fallen för andra syften, exempelvis att fastställa arbetsförmågan eller ökat välmående för individen. Utbildning visar dock ett bättre resultat även när hänsyn tas till denna skillnad.

I likhet med tidigare undersökningar som rör utfallet av olika rehabiliteringsåtgärder kan resultaten förklaras av selektionseffekter. Det är möjligt att de sjukskrivna som får utbildning som rehabiliteringsåtgärd skiljer sig från övriga sjukskrivna ifråga om viktiga egenskaper, exempelvis motivation.

Beslut om att köpa en aktiv tjänst tas sent i sjukfallet – när ärendet i genomsnitt är 470 dagar. Sannolikheten att åtgärden leder till utökad arbetsförmåga minskar signifikant när beslutet tas sent i sjukfallet.

De grupper som här har jämförts har varit lika med avseende på kön, ålder och sjukfallslängd. Däremot saknas information om exempelvis den försäkrades egen motivation, en faktor som förmodligen har stor betydelse för utfallet.

En helt ny studie från Försäkringskassan¹² som har studerat effekten av rehabiliteringsinsatser redovisar följande:

- Aktiv åtgärd ökade återgången i arbete med i genomsnitt 8 procent
- Den totala effekten av arbetsträning för återgång i arbete är 30 procent.
- Resultaten från studien visar tillsammans med resultat från både tidigare och senare studier att utbildningsinsatser för långvarigt sjukskrivna ökar återgången i arbete.
- De aktiva åtgärderna har minskat över tid liksom de positiva resultaten av aktiva åtgärder. År 2003 var sannolikheten att få åtgärd 30 procent lägre än 1999. Samtidigt ökade återgången i arbete efter aktiv åtgärd med 20 procent för sjukskrivningar påbörjade år 1999 men var knappt mätbar under åren 2001 och 2003.

¹² Analyserar 2006:10, Försäkringskassan.

15 EG-rätten och internationella konventioner

15.1 EG:s ramdirektiv om arbetsmiljö

År 1989 antogs det s.k. ramdirektivet, direktiv 89/391/EEG om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Direktivet innehåller allmänna bestämmelser om arbetsmiljön. Reglerna i direktivet är minimiregler och syftar till att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Detta ska inte leda till någon sänkning av de skyddsnivåer som redan uppnåtts i enskilda medlemsstater, eftersom medlemsstaterna i enlighet med fördraget om upprättande av europeiska ekonomiska gemenskapen redan förbinder sig att främja förbättringar av förhållandena inom detta område och harmonisera dessa villkor samtidigt som redan gjorda förbättringar bibehålls. I artikel 5.1 anges att arbetsgivaren har det övergripande ansvaret för att arbetsmiljön innehåller så få risker som möjligt och är skyldig att svara för att arbetstagarnas säkerhet och hälsa tryggas i alla avseenden som är förbundna med arbetet. Arbetsgivaren ska bl.a. anpassa arbetet till den enskilde. I direktivets artikel 16 anges att rådet ska anta särdirektiv i vilka närmare anges de krav som ställs på arbetsplatser, arbetsutrustning, personlig skyddsutrustning, arbete vid bildskärm, hantering av tunga laster med risk för ryggsador, tillfälliga eller rörliga arbetsplatser samt inom fiske och jordbruk. Ramdirektivet har genomförts i svensk rätt genom bestämmelser i AML och föreskrifter utfärdade av Arbetsmiljöverket¹.

¹ Birgitta Nyström, EG och arbetsrätten, 2002, s. 329.

15.2 Arbetslivsdirektivet

År 2000 antogs det s.k. arbetslivsdirektivet, direktiv 2000/78/EG om inrättande av en allmän ram för likabehandling i arbetslivet. Direktivet innehåller förbud mot diskriminering på grund av bl.a. funktionshinder. Förbuden mot diskriminering avser bl.a. villkor för tillträde till anställning och i fråga om anställnings- och arbetsvillkor. Av artikel 5 i direktivet framgår att arbetsgivare, under vissa förutsättningar ska vidta rimliga anpassningsåtgärder för personer med funktionshinder. I förslaget till arbetslivsdirektivet angav kommissionen att reglerna i nämnda artikel är tänkt att komplettera och förstärka arbetsgivarnas skyldigheter att anpassa arbetsplatsen till arbetstagare med funktionshinder enligt ramdirektivet. Arbetslivsdirektivet fastställer minimikrav vilket innebär att medlemsstaterna har möjlighet att införa eller behålla mer förmånliga bestämmelser.

Regeringen har i maj 2006 till riksdagen överlämnat propositionen 2005/06:207 Skäliga stöd- och anpassningsåtgärder för arbetstagare med funktionshinder. Propositionen ska behandlas i riksdagen under hösten 2006. Ändringarna innebär att arbetslivsdirektivet i den del som avser skäliga stöd- och anpassningsåtgärder fullt ut genomförs i Sverige.

Förslagen i propositionen gäller lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder. Bestämmelsen om arbetsgivarens skyldigheter i fråga om skäliga stöd- och anpassningsåtgärder för personer med funktionshinder föreslås ändrad på så sätt att tillämpningsområdet vidgas. Enligt förslaget avskaffas den hittills gällande begränsningen till situationerna när arbetsgivaren beslutar i en anställningsfråga, tar ut arbetssökande till anställningsintervju eller vidtar annan åtgärd under anställningsförfarandet respektive beslutar om befordran eller tar ut en arbetstagare till utbildning för befordran. Arbetsgivarens skyldigheter kommer i stället att gälla i alla de sju fall då diskrimineringsförbudet gäller enligt lagen. Skyldigheten föreslås således nu gälla även i förhållande till arbetstagare under pågående anställning i alla situationer som avses i lagens förbud mot direkt diskriminering. Ändringarna i lagen föreslås träda i kraft den 1 december 2006.

15.3 Europarådets sociala stadga

Den europeiska sociala stadgan är en internationell överenskommelse som utarbetats inom Europarådet. Stadgan trädde i kraft år 1965. Syftet är att garantera sociala rättigheter samt höja levnadsstandarden och öka den sociala välfärden. Stadgan handlar om regler om sociala rättigheter för arbetstagare. I första delen av stadgan anges bl.a. att arbetstagare ska ha rätt till säkra och hälsosamma arbetsförhållanden. I andra delen anges rättigheter som konventionsstaterna förbundit sig att garantera. Konventionsstaterna har bl.a. förbundit sig att utforma och genomföra en enhetlig nationell politik avseende säkerhet, hälsa på arbetsplatser och arbetsmiljö.

Den sociala stadgan har omarbetats och från och med år 1996 föreligger den reviderade sociala stadgan. Sverige har, med undantag av vissa artiklar, ratificerat den reviderade sociala stadgan den 19 maj 1998².

15.4 ILO-konvention nr 159 och rekommendation nr 168

15.4.1 Innehåll

Av Internationella arbetsorganisationens (ILO) stadga följer att ILO kan besluta om internationella konventioner som är avsedda att ratificeras av organisationernas medlemmar eller om rekommendationer som är avsedda att övervägas vid lagstiftning eller på annat sätt men utan den bindande karaktär som en ratificerad konvention har.

ILO antog år 1983 en konvention (nr 159) och en rekommendation (nr 168) om yrkesinriktad rehabilitering och arbete (personer med handikapp). Konventionen, som kom till på svenskt initiativ, ratificerades av Sverige år 1984³. Utöver Sverige är det 77 länder som har ratificerat konventionen.

Konventionen bygger på och syftar till att stärka det viktiga sambandet mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och handikappades möjligheter till arbete och därmed deltagande i samhällslivet i övrigt. Konventionens första del innehåller definitioner och anger tillämpningsområden. I del två ställs det upp principer för arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning av handikappade.

² Prop. 1997/98:82, bet. 1997/98AU12, rskr. 1997/1998:187.

³ Prop. 1983/84:139.

Konventionens tredje del föreskriver åtgärder på det nationella planet för att utveckla yrkesinriktad rehabilitering och förmedlings-service på landsbygden och i glesbygder. ILO-kommittén fann vid sin genomgång av konventionstexten att den innehåller viktiga principer som stämmer väl överens med svenskt synsätt. Enligt kommitténs uppfattning föranledde konventionen inte någon ändring av svensk lagstiftning eller praxis. Departementschefen anslöt sig till kommitténs bedömning.

Följande artiklar kan, med hänsyn till utredningens direktiv, vara av intresse.

- Med uttrycket ”person med handikapp” avses en person vars utsikter att erhålla, behålla och bli befördrad i lämpligt arbetet är väsentligt begränsade till följd av en i vederbörlig ordning konstaterad fysisk eller psykisk skada (artikel 1, punkt 1).
- Vid tillämpningen av rekommendationen bör målet för den yrkesinriktade rehabiliteringen vara att göra det möjligt för en person med handikapp att erhålla, behålla och bli befördrad i lämpligt arbete och därigenom främja en sådan persons integration eller återintegration i samhället (artikel 1, punkt 2).
- Varje medlemsstat ska, i enlighet med nationella förhållanden, praxis och möjligheter, fastställa, genomföra och regelbundet se över ett nationellt program för yrkesinriktad rehabilitering (artikel 2).
- Vederbörande myndigheter ska vidta åtgärder i syfte att tillhandahålla och utvärdera arbetsvägledning, yrkesutbildning, arbetsplacering, arbetsförmedlingsservice och andra likartade tjänster för att möjliggöra för personer med handikapp att erhålla, behålla och bli befördrade i en anställning (artikel 7).

Rekommendationen är ett komplement till 1955 års rekommendation (nr 99) om arbetsvård för partiellt arbetsföra. Den innehåller detaljerade anvisningar om hur handikappade genom åtgärder på olika områden ska kunna integreras i arbetslivet och därigenom i samhällslivet i övrigt. Enligt ILO-kommitténs uppfattning föranledde rekommendationen ingen åtgärd från statsmakternas sida. Departementschefen instämde i den bedömningen.

Med hänsyn till utredningens direktiv kan bl.a. följande bestämmelser vara av intresse.

- Yrkesinriktad rehabilitering bör påbörjas så tidigt som möjligt. I detta syfte bör hälso- och sjukvården och andra organ som ansvarar för medicinsk och social rehabilitering regelbundet samarbeta med dem som är ansvariga för den yrkesinriktade rehabiliteringen (punkt 6).
- Åtgärder för yrkesinriktad rehabilitering bör följas upp så att resultaten av dess åtgärder kan utvärderas (punkt 14).
- Yrkesinriktad rehabilitering bör organiseras och genomföras med största möjliga samhällsmedverkan, i synnerhet av företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer och handikappades organisationer (punkt 15).
- Arbetsgivarna och arbetstagarernas företagsrepresentanter bör, om det är möjligt och lämpligt, samarbeta med lämpliga specialister för att överväga möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering och omplacering av personer med handikapp (punkt 34)
- När det är möjligt och lämpligt bör företagen uppmuntras att inrätta eller behålla egen yrkesinriktad rehabilitering i nära samarbete med samhällelig och annan rehabiliteringsservice.

15.4.2 Genomförande av konventionen

Enligt ILO:s stadga ska medlemsländerna regelbundet rapportera till ILO om genomförandet av konventioner. Med anledning av rapporterna riktar ILO:s expertkommitté direkta frågor eller observationer till regeringen. Såvitt vi har kunnat finna lever Sverige upp till de krav som ställs i konventionen

15.5 ILO-konvention nr 158

Artikel 5 och 6 i konventionen om anställningsskydd innehåller en uppräknning av omständigheter som inte ska vara acceptabla för uppsägning⁴. Bl.a. nämns tillfällig frånvaro på grund av arbetet på grund av sjukdom eller skada, civilstånd, familjeansvar, havandeskap, religion, politisk uppfattning, nationell härstamning eller socialt ursprung.

⁴ Sverige har ratificerat konventionen, se prop. 1982/83:124.

16 En översiktlig jämförelse med Norge, Finland, Danmark, Tyskland och Nederländerna

Uppgifterna i detta avsnitt är i huvudsak hämtade från slutbetänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78), RFV Analyserar 2003:16 (Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder) och från den rapport som upprättats inför Nordiska ministerrådets konferens om sjukfrånvaron, som hölls i Köpenhamn den 25 april 2005. Eventuella ändringar i den nationella lagstiftningen i tiden därefter har således inte alltid beaktats.

16.1 Norge

Den norska försäkringen för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension administreras och organiseras inom ramen för en offentlig och obligatorisk socialförsäkring. Ansvarig försäkringsmyndighet är Trygdekontoret.

Arbetsgivaren betalar 100 procent av inkomsten under de 16 första kalenderdagarna i sjukfallet. Därefter finansieras sjukpenningen av sjukförsäkringen, delvis genom arbetsgivaravgifter, delvis genom skatt/trygdeavgiften. Sjukpenning kan utbetalas för maximalt 52 veckor under en treårsperiod. Det finns ingen karenstid innan sjuklön kan betalas ut.

Sjukfrånvaron i Norge ökade under hela 90-talet och då främst den långa frånvaron. Efter tio år av ökade utgifter för sjukpenning sjönk utgifterna för första gången från åren 2003 till 2004. Sjukfrånvaron fortsatte att sjunka även under det första kvartalet år 2005. Nedgången var störst i den grupp som varit sjukskrivna i mer än ett halvt år. Enligt Rikstrygdeverket beror nedgången på flera orsaker. Arbetet med ett mer inkluderande arbetsliv och aktivitetskravet för sjukpenning har haft stor betydelse¹.

¹ Pressmeddelande från Rikstrygdeverket den 22 juni 2005, www.trygdeetaten.no.

I Norge har regeringen och arbetsmarknadens parter träffat ett avtal, Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Avtalet gällde inledningsvis för en fyraårsperiod från oktober 2001 till den 31 december 2005. I december 2005 träffade parterna ett nytt avtal som gäller från och med den 1 januari 2006 till och med år 2009². Målet med avtalet är bl.a. att minska sjukfrånvaron och hindra utstötning av personer med funktionshinder och äldre arbetstagare från arbetslivet.

Norge har genomfört omfattande ändringar när det gäller uppföljning av sjukfrånvaron. Både vid förstagångs- och senare sjukskrivning ska en läkare uttala sig om huruvida det föreligger en medicinsk grund för att personen ska vara borta från arbetet. Om sjukskrivning befinns nödvändigt ska deltidssjukskrivning vara förstahandsalternativet och härefter ska aktiv sjukskrivning övervägas.

Den sjukskrivne ska så tidigt som möjligt delta i någon arbetsrelaterad aktivitet, antingen genom deltidssjukskrivning eller genom aktiv sjukskrivning. Vid sjukskrivning över åtta veckor utan deltagande i arbetsrelaterad aktivitet ska läkaren skicka ett s.k. utvidgat läkarutlåtande, i vilket den medicinska grunden är dokumenterad. Deltidssjukskrivning är en kombination av arbete och sjukpenning som kan användas i situationer då arbetstagaren delvis saknar arbetsförmåga. De flesta deltidssjukskrivna utför sina normala arbetsuppgifter men har reducerad arbetstid. Aktiv sjukskrivning innebär en möjlighet att betala ut sjukpenning i kombination med aktivering eller arbetsträning på arbetsplatsen i fyra eller eventuellt åtta veckor. Vid aktiv sjukskrivning ska inte den sjukskrivna utföra några av sina vanliga arbetsuppgifter. Aktiv sjukskrivning bygger på tanken att genom att vara på arbetsplatsen skapas trivsel och aktivitet i sjukdomsperioden. Vidare kan kontakten med arbetsplatsen underlätta återgång i arbete³.

I Norge delas ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som är kopplad till socialförsäkringen av försäkringsmyndigheten och arbetsmarknadsmyndigheten.

Senast efter 8 veckors sjukskrivning ska arbetsgivaren i samråd med arbetstagaren utarbeta en uppföljningsplan för snabbast möjliga återgång i arbetet. Planen ska bl.a. innehålla uppgifter om arbetstagarens arbetsuppgifter, restarbetsförmåga, eventuella åtgärder samt plan för vidare uppföljning. Arbetstagaren är skyldig att

² Pressmeddelande från Arbeids- og sosialdepartementet den 14 december 2005, www.trygdeetaten.no.

³ Rikstrygdeverkets rapport nr 10/2003 Effekt av aktiv sykmelding?

medverka vid planens upprättande och genomförande. Om arbetstagaren inte inom 12 veckor har påbörjat någon arbetsrelaterad aktivitet ska Trygdekontoret inhämta uppföljningsplanen från arbetsgivaren.

I Norge finns ett lagstadgat förbud mot att säga upp en arbetstagar som är frånvarande på grund av sjukdom de första tolv månaderna. Detta gäller oavsett hur lång tid anställningen har varat. Utgångspunkten är således att när sjukfrånvaron har varat i ett år kan arbetstagaren sägas upp från sin anställning. Arbetsgivaren måste dock först beakta om det finns utsikt till förbättring inom rimlig tid och om det är möjligt att finna andra lösningar än uppsägning. I praktiken är det därför omplaceringsmöjligheten som avgör om en arbetstagar kan sägas upp eller inte⁴.

16.2 Finland

Folkpensionsanstalten har ansvaret för den obligatoriska sjukförsäkringen. Folkpensionsanstalten har tillsynen över att sjukförsäkringslagen och de förordningar och föreskrifter som utfärdas genomförs och följs. Arbetsplatskassorna deltar i administrationen. Utgifterna för ersättningar och utbetalningar betalas av sjukförsäkringsfonden. Sjukförsäkringsfondens utgifter finansieras i sin tur av de försäkrades sjukförsäkringspremier, sjukförsäkringsfondens intäkter, statens bidragsdel och övriga eventuella intäkter.

I Finland har en arbetstagar rätt till lön under sjukdomstiden. Om anställningsförhållandet har varat minst en månad, har arbetstagaren rätt till sjuklön i nio dagar. I ett anställningsförhållande som varat mindre än en månad har arbetstagaren på motsvarande sätt rätt att få 50 procent av sin lön. I allmänhet finns det i kollektivavtalet på branschnivå en överenskommelse om utbetalning av lön för en längre tid, t.ex. 1–2 månader.

Från åren 1995 till 1998 sjönk antalet sjukdagar per sysselsatt person. Sedan dess har sjukfrånvaron ökat betydligt. Antalet sjukskrivningar hade dock inte ökat under år 2004. I Finland är det i stället för att bara minska sjukfrånvaron ett centralt mål att förlänga arbetskarriären och höja den genomsnittliga pensionsåldern.

I Finland ansvarar ett flertal organ för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

⁴ Arne Fanebust, *Oppsigelse i arbeidsforhold*, 1995, s. 197 f.

Folkpensionsanstalten ska, när det finns behov, undersöka den försäkrades behov av rehabilitering. Detta ska dock ske senast när antalet dagar för sjukpenning överstiger 60 dagar.

Arbetspensionssystemet ombesörjer riktad rehabilitering för dem som är i behov av rehabilitering för att förebygga arbetslöshet. Målet är att upprätthålla och främja personens arbets- och förvärvsduglighet och att således stödja personen att stanna kvar i arbetet eller återgå i arbete och på så sätt skjuta upp pensioneringen.

I syfte att tidigarelägga den yrkesinriktade rehabiliteringen förnyades rehabiliteringslagstiftningen från och med början av år 2004. Lagstiftningen gäller Folkpensionsanstalten och arbetspensionsförsäkringen. I lagen om rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten infördes en bestämmelse som innebär att risken för arbetsoförmåga kan användas som grund för yrkesinriktad rehabilitering. Därmed är det arbetspensionsanstalterna som primärt ska ordna den yrkesinriktade rehabiliteringen för personer som är med i arbetslivet eller som inte ännu har förlorat sin kontakt med arbetslivet. Denna rehabilitering var tidigare en avvägningsfråga.

I Finland finns en särskild lagstiftning om företagshälsovård och en utvecklad offentlig styrning. Enligt företagshälsovårdslagen är arbetsgivaren skyldig att anordna företagshälsovård och stå för kostnaden. Skyldigheten inträder så fort det finns någon anställd, men tillfälligt anställda omfattas dock inte⁵. Enligt lagen är målet att skapa en sund och säker arbetsmiljö samt en välfungerande arbetsgemenskap, att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och upprätthålla och främja arbets- och funktionsförmågan och utreda, utvärdera och följa arbets- och funktionsförmågan.

Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser, kallad TYKY-verksamhet, pågår sedan ett tiotal år på nio av tio finska arbetsplatser. Verksamheten omfattar olika typer av åtgärder i syfte att upprätthålla och främja arbetsförmåga och funktionsförmåga samt att främja kompetensutveckling, bland annat genom motivationsarbete. Initiativ tas oftast av företagshälsovården men också av de anställda, arbetsgivare och skyddskommittéer.

Anställningstryggheten för sjuka i Finland är stark. I extrema fall har arbetsgivaren enligt Arbetsdomstolen varit skyldig att skräddarsy arbetsuppgifter för en anställd som efter sjukdom eller skada

⁵ Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113) s. 166 f.

inte har kunna utföra sina ordinarie arbetsuppgifter. Efter ett år kan arbetsgivaren dock säga upp den anställde om arbetsgivaren inte kan ordna en omplacering till ett lämpligt arbete.

16.3 Danmark

I Danmark har de enskilda kommunerna ansvaret för sjukförsäkringen och det är också de som sköter utbetalningen av sjukpenningen.

Arbetsgivaren betalar sygedagpenge under de första två veckorna i sjukperioden. Därefter får arbetsgivaren ersättning för kostnaderna upp till en viss nivå från kommunen, som i sin tur får ersättning från staten. Maximitid för utbetalning är 52 veckor under en period om 18 månader. Det finns dock en rad möjligheter att få förlängd sjukpenningperiod, t.ex. vid mycket allvarlig sjukdom, vid behandling av arbetsskade- och sjukersättningsärenden och när rehabilitering kan vidtas. I Danmark gäller ingen karensdag. Det är vanligt att det utöver den lagstadgade sjukpenningnivån utgår ersättning enligt kollektivavtal som innebär att arbetsgivaren betalar hela eller del av mellanskillnaden mellan sjukpenningen och ordinarie lön⁶.

Sjukfrånvaron i Danmark har stigit de senaste åren men är dock låg i jämförelse med sjukfrånvaron i andra västeuropeiska länder. Den samlade sjukfrånvaron uppgår till omkring 140 000 helårspersoner som är borta från arbetet hela året. Den korta sjukfrånvaron (under två veckor) utgör omkring hälften av den samlade sjukfrånvaron⁷.

Rehabiliteringsarbetet i Danmark ligger på nationell nivå under beskaeftigelsesministeriet. På regional och lokal nivå administreras rehabiliteringen av kommunerna. Det är också kommunerna som har det övervägande ansvaret för att ta initiativ och driva på rehabiliteringsarbetet. Kommunerna ska senast efter åtta veckor från den första sjukdagen göra en uppföljning av sjukfrånvaron. Kommunerna ska därefter fortlöpande följa upp de pågående sjukfallen. Senast efter 16 veckor från den första sjukdagen ska kommunerna utarbeta en skriftlig plan för hur den enskilde ska komma tillbaka till arbetsmarknaden. Syftet är att arbetstagaren ska stanna kvar på

⁶ A. betänkande s. 172.

⁷ Rapport som upprättats inför Nordiska ministerrådets konferens om sjukfrånvaron, som hölls i Köpenhamn den 25 april 2005.

arbetsmarknaden. Normalt föregås rehabiliteringen av en utredning – förrehabilitering – för att klarlägga den sjukskrivnes färdigheter. Syftet är att utreda den enskildes möjligheter att rehabiliteras och i förekommande fall upprätta en rehabiliteringsplan. Förrehabilitering kan omfatta arbetsprövning, arbetslivsintroduktion, grundutbildning och andra förberedande eller utredande aktiviteter. Det övergripande målet är att återvända till arbetsmarknaden och till vanlig lön.

Om det saknas förutsättningar för rehabilitering till förvärvsarbete på normala villkor kan den enskilde få ett så kallat flexjobb. Flexjobb ges till personer som inte mottar pension och som inte kan erhålla eller behålla en anställning på normala villkor på arbetsmarknaden. Kommunen ger arbetsgivaren ett lönebidrag och ersättningsnivån sätts i förhållande till hur mycket arbetsförmågan är nedsatt.

I Danmark är anställningstryggheten för sjukskrivna i jämförelse med andra nordiska länder svag. Anställda inom den privata sektorn kan sägas upp efter att ha varit sjukskrivna 120 dagar under ett år. De offentliganställda har genom kollektivavtal avskaffat denna möjlighet. Arbetstagarna har generellt sett korta uppsägningstider. I gengäld finns det dock ett offentligt system som säkrar för den enskilde. Det är en del av den s.k. Flexcurity-modellen. Detta system illustreras också av att frågor om längre uppsägningstider och anställningstrygghet vid sjukdom inte är krav som framställs från arbetstagsidan vid förhandlingar.

16.4 Tyskland

Sjukförsäkringen är obligatorisk för alla anställda i Tyskland. Det finns olika typer av offentliga försäkringskassor som var och en är organiserad och indelad på olika sätt. Det finns även privata försäkringskassor som försäkrar omkring tio procent av befolkningen. Sjukförsäkringsavgiften fastställs av försäkringskassorna.

De främsta ansvarsområdena för försäkringskassorna är dels utbetalning av sjukpenning, dels finansiering och administration av sjukvård samt medicinsk rehabilitering.

Arbetsgivaren betalar normalt full lön från den första dagen i sjukfallet upp till sex veckor. Därefter betalas sjukpenning ut för samma sjukdom i högst 78 veckor under en treårsperiod.

Försäkringskassorna har sedan 1990-talet en lagstadgad skyldighet att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete på arbetsplatser. Verksamheten är fortfarande under uppbyggnad. Ett viktigt redskap för försäkringskassorna i deras förebyggande arbete är väl utvecklade databaser med uppgifter om all sjukfrånvaro utöver de två första sjukdagarna. Med hjälp av statistiken kan de identifiera så kallade riskarbetsgivare och rikta särskilda insatser mot dessa.

I Tyskland är arbetsgivare skyldiga att ordna och bekosta företagshälsovård för sina anställda arbetsplatsens storlek. Företagsläkarens huvuduppgift består av rådgivning när det gäller arbetsplatsens utformning.

Sjukvård och medicinsk rehabilitering administreras och bekostas av sjukförsäkringen i Tyskland. Vad gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är försäkringskassan rådgivare medan pensionssystemet, arbetsskadeförsäkringen eller arbetsmarknadsverket står för kostnaderna. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan bestå av utbildning, arbetsträning, rådgivning och stöd i att hitta adekvat arbete och olika stödåtgärder för att kunna behålla sitt jobb.

I Tyskland har arbetstagare ett starkt anställningsskydd. De har dock inte alltid rätt till sitt gamla arbete efter en sjukskrivningsperiod. Vid lång frånvaro, sannolikt bestående hälsoproblem och om återgång inte ligger i företagets intresse kan arbetsgivaren ansöka om tillstånd att avskeda den anställda hos arbetsrådet, en särskild statlig myndighet. Om arbetsrådet inte vill godkänna avskedandet, kan arbetsgivaren vända sig till Arbetsdomstolen för avgörande.

16.5 Nederländerna

I Nederländerna ersätts inkomstbortfall på grund av tillfällig arbetsoförmåga av arbetsgivaren i form av sjuklön. Arbetsgivaren betalar sjuklön i två år. Även rehabilitering bekostas av arbetsgivaren. De flesta arbetsgivare återförsäkras sig för sjukfrånvarons kostnader i privata försäkringsbolag och betalar differentierade premier för sin försäkring. Sjuklönen motsvarar 70 procent av bruttolönen oavsett lönenivå och är skattepliktig. Kollektivavtal, som i stort sett alla anställda omfattas av, kompletterar ersättningen med resterande 30 procent. Komplettering är dock inte tillåtet under det andra året. De flesta anställda har ingen karensdag men upp till två karensdagar kan ingå i kollektivavtal eller i det enskilda anställningsavtalet.

Sjukförsäkringen har reformerats under 1990-talet och arbetsgivarna har successivt fått allt större kostnadsansvar för de anställdas sjukfrånvaro. I praktiken privatiserades de anställdas sjukpenningförsäkring i samband med reformen år 1996. Riksförsäkringsverket beskrev i sin rapport "Att förhindra och förkorta sjukfrånvaron – erfarenheter från fyra länder"⁸ att befarade negativa effekter av privatiseringen, t.ex. ökad hälsorelaterad selektion i samband med nyanställningar, har förekommit i någon mån. Medicinska kontroller före nyanställning har förbjudits i lag, om det inte är absolut nödvändigt, för att motverka selektionen. Tillfälliga anställningar och köp av tjänster från bemanningsföretag har ökat i antal på senare år. Detta gäller särskilt små och medelstora företag. På detta sätt försöker företagen minska risken för stora kostnader vid sjukfrånvaro och förtidspensionering.

Nederländerna har en obligatorisk lagstadgad företagshälsovård. Företagshälsovården ska stödja arbetsgivaren i frågor om sjukfrånvaro. Den ska genomföra en karläggning av de sjukskrivnas hälsa efter sex veckors sjukskrivning, föreslå adekvata åtgärder för att återskapa arbetsförmågan och underlätta återgång i arbete samt hänvisa till adekvat rehabilitering. Vidare ska företagshälsovården följa upp arbetsgivarens genomförande av åtgärder.

Arbetsgivaren ska upprätta en plan för den sjukskrivnes rehabilitering och återgång i arbete inom åtta veckor. Det finns tydliga riktlinjer för vad planen ska innehålla. Planen ska upprättas tillsammans med den anställde och vid behov konsulteras företagsläkaren. Företagshälsovården ska även följa upp arbetsgivarens genomförande av planerade åtgärder för återgång i arbete var sjätte vecka efter färdigställandet av rehabiliteringsplanen. Efter 13 veckors sjukskrivning ska arbetsgivaren skicka en lägesrapport till Institute om Employee Benefit Schemes, UWV. Den åttonde frånvaromånaden ska arbetsgivaren och den sjukskrivne lämna en rapport till UWV om och hur återgång i arbete ska bli möjligt. Vidare ska den sjukskrivne i månad nio skicka en rapport och ansökan om förtidspension till UWV för beslut om förtidspension efter att sjuklönen från arbetsgivaren upphör. Arbetsgivaren kan även erbjuda den anställde olika alternativ av tjänster för en snabbare återgång i arbete. Det kan exempelvis vara ryggrehabilitering, stresshantering, samtalsterapi och hjälp att söka ett nytt arbete om en återgång till tidigare arbete är omöjligt.

⁸ Analyserar 2003:16 s. 25, Försäkringskassan.

En anställd kan i princip inte sägas upp av arbetsgivaren under sin sjukskrivning eller under de två första åren med förtidspension. Om arbetstagaren inte kan återgå i sitt tidigare arbete ska arbetsgivaren erbjuda ett annat arbete eller betala en straffavgift som motsvarar arbetstagarens lön. Enligt den s.k. portvaktslagen är en arbetsgivare som uttömt alla möjligheter till intern omplacering av anställda som varit sjukskrivna skyldig att hitta externa omplaceringsmöjligheter. Arbetsgivare som vill avskeda en anställd på grund av nedsatt arbetsförmåga måste söka tillstånd hos en regional arbetsförmedling eller länsrätt. Endast i fall där det är uppenbart att den anställde inte längre kommer att kunna arbeta hos arbetsgivaren kan avsked beviljas.

17 Lönebidrag

17.1 Uppdraget enligt tilläggsdirektivet

Av budgetpropositionen för år 2006 framgår att regeringen har prövat frågan om möjligheten att lämna lönebidrag för en arbetstare som under pågående anställning drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att hans eller hennes arbetsgivare överväger uppsägning. Regeringen har dock funnit att det kan finnas negativa effekter på bl.a. arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och ansåg mot denna bakgrund att effekterna på arbetsgivarens rehabiliteringsansvar borde utredas ytterligare.

Denna utredning fick därför i uppdrag att också analysera konsekvenserna för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande lämnas lönebidrag då en arbetstare under anställningstiden drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

17.2 Syftet med lönebidrag

Arbetsgivare som anställer personer med nedsatt arbetsförmåga kan erhålla lönebidrag. Syftet med lönebidrag är att öka anställningsbarheten för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga genom att arbetsgivaren kompenseras för den anställdes nedsatta arbetsförmåga. Målet med en anställning med lönebidrag är att subventionens storlek ska avta efterhand som den anställdes arbetsförmåga ökar. Bidragets storlek beror dels på lönekostnaden för den anställde dels på dennes arbetsförmåga i förhållande till arbetets krav. Arbetsgivare, arbetstare och Arbetsförmedling måste tillsammans komma fram till i vilken omfattning som arbetsförmågan är nedsatt för att bidragsnivån ska kunna fastställas. En anställning med lönebidrag föregås, enligt uppgifter från

Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), ofta av en tid i konjunkturpolitiskt program eller insats, vanligtvis i Arbetslivsinriktad rehabilitering som också har inslag av arbetspraktik.

17.3 Gällande regelverk

Bestämmelser om lönebidrag finns i 25–31 §§ förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

Av 25 § framgår att lönebidrag innebär ekonomiskt stöd till arbetsgivare för personer som har funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga och som anvisats anställning hos arbetsgivaren. Stödet är ett bidrag till arbetsgivarens lönekostnad för den anställde.

Lönebidrag får enligt 26 § lämnas om en person med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga bedöms inte kunna få eller behålla ett arbete om inte stödet lämnas. Bidraget får lämnas

- vid nyanställning,
- när en anställd återgår till arbetet efter att ha haft hel tidsbegränsad sjukersättning eller hel aktivitetsersättning,
- när en arbetstagare som tidigare haft en anställning med lönebidrag får sin arbetsförmåga försämrad inom tre år från det att lönebidrag senast lämnades och det finns behov av att lönebidrag lämnas på nytt,
- för en arbetstagare som övergår från skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare till en annan anställning hos arbetsgivaren.

Lönebidrag får enligt 26 a § också ges till en arbetsgivare som i samråd med länsarbetsnämnden anställer en person med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga när denne lämnar en annan anställning med lönebidrag. Lönebidrag lämnas i detta fall för den tid som återstår av den period för vilken lönebidrag beviljats (26 a §).

Lönebidrag får enligt 26 b § ges till en arbetsgivare som i samråd med länsarbetsnämnden anställer en person med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga, när denne lämnar en anställning som inte finansierats med lönebidrag. Som förutsättning för lönebidrag i detta fall gäller att den som anställs är långtidssjukskriven från sin anställning. Det krävs också att arbetsgivaren ska ha

fullgjort sin rehabiliteringsskyldighet men arbetstagaren ändå bedöms inte kunna återgå till anställning.

Av 27 och 28 §§ framgår att lönebidraget lämnas med ett bestämt belopp per arbetsdag och att det fastställs med hänsyn till graden av nedsättning i arbetsförmågan hos arbetstagaren och till hur stor del av arbetsgivarens lönekostnad som är bidragsgrundande. Den del av lönekostnaden vid heltidsarbete som överstiger en bruttolön om 15 200 kr per månad läggs inte till grund för bidrag.

Om lönebidrag ges till en allmännyttig organisation med mer än 80 procent av den bidragsgrundande lönekostnaden lämnas enligt 29 § även ersättning för merkostnader med 70 kr per dag och person.

Enligt 30 § får lönebidrag beviljas under maximalt fyra år. Stödet får förlängas utöver det fjärde anställningsåret endast om det efter en särskild prövning bedöms motiverat med hänsyn till arbetstagarens arbetsförmåga.

Länsarbetsnämnden ska enligt 31 § verka för att arbetstagaren övergår till en anställning utan lönebidrag. En individuell handlingsplan ska upprättas.

17.4 Tidigare bestämmelse som gällde lönebidrag till redan anställda

För tiden den 1 juli 1994 till den 31 december 1998 gällde att lönebidrag fick beviljas även för en arbetshandikappad anställd om denne riskerade att förlora anställningen i samband med personalminskningar eller omstruktureringar av verksamheten och som bedömdes därefter bli långvarigt arbetslös. Lönebidrag kunde enligt bestämmelserna för den tillfälliga åtgärden omfatta högst 500 personer per månad.

Under år 1998 omfattades i genomsnitt 225 personer per månad av denna åtgärd till en kostnad av 30,2 miljoner kr.¹ Arbetsförmedlingen bedömde dock att betydligt fler personer omfattades av denna möjlighet att kunna vara kvar i sin anställning med stöd av lönebidrag än vad som faktiskt redovisades. Det var en möjlighet för Arbetsförmedlingen att stärka den enskildes möjligheter att behålla ett arbete och därmed förhindra utslagning från

¹ AMS: s årsredovisning för 1998.

arbetsmarknaden. AMS har i flera anslagsframställningar till regeringen föreslagit att denna möjlighet ska återinföras.

17.5 Anställda med lönebidrag – statistik²

I maj 2006 fanns närmare 60 000 personer anställda med lönebidrag vilket är en ökning med drygt 2 800 personer jämfört med maj 2005. Ökningen kan enligt AMS bero på dels en relativt god arbetsmarknad dels ett särskilt uppdrag i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

I tabell 1 redovisas nya anställda med lönebidrag.

Tabell 17.1 Nya anställda med lönebidrag fördelade på ålder och kön budgetåret 2005

Ålder	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
–19	89	1	25	0	114	0
20–24	1 160	8	402	5	1 562	7
25–34	2 584	18	1 452	16	4 036	17
35–44	3 685	25	2 747	31	6 432	27
45–54	3 991	27	2 484	28	6 475	28
55–60	2 355	16	1 316	15	3 671	16
61–	736	5	411	5	1 147	5
Totalt	14 600	100	8 837	100	23 437	100

Källa: AMS

Männen utgjorde 62 procent av nyanställda med lönebidrag under 2005. Denna fördelning är oförändrad över tid. Könsfördelningen bland samtliga nyinskrivna med funktionshinder var 56 procent män och 44 procent kvinnor.

Fördelningen av typ av funktionshinder bland de nyanställda med lönebidrag håller sig konstant över tiden. Flertalet nyanställda med lönebidrag hade rörelsehinder som orsak till nedsättning av arbetsförmågan, 42 procent under 2005. Andel personer med psykiskt funktionshinder har dock ökat över tiden från 10 procent år 2002 till 13 procent år 2005.

Drygt hälften av anställda med lönebidrag under budgetåren 2002–2005 är anställda hos enskilda företag men historiskt sett har

² Källa: AMS.

statliga myndigheter haft många anställda med lönebidrag på grund av en stor grupp tidigare arkivarbetare. Andelen anställda med lönebidrag i allmännyttiga organisationer har varit oförändrat under de senaste åren men en minskning skedde under år 2005.

Tabell 17.2 Anställda med lönebidrag i december 2005 fördelade på anställningstid och kön

Anställningstid med lönebidrag (antal år)	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
-1	12 685	35	8 144	36	20 829	36
1-2	4 901	14	3 002	13	7 903	14
2-3	3 412	10	2 126	9	5 538	9
3-4	3 015	8	1 862	8	4 877	8
4-5	2 223	6	1 359	6	3 582	6
5-6	1 212	3	754	3	1 966	3
6-	8 424	23	5 421	24	13 845	24
Totalt	35 872	100	22 668	100	58 540	100

Källa: AMS

Av tabell 2 framgår att drygt 13 800 personer eller 24 procent av de anställda med lönebidrag i december 2005 haft en anställningstid på sex år eller längre. Det är en minskning från 2004, då motsvarande andel var 29 procent. Könsfördelningen i anställningstid var jämn. Drygt 15 000 personer hade en tid i lönebidrag som översteg maxtiden.

Tiden i lönebidrag är starkt åldersrelaterad. Bland personer med lönebidrag som är yngre än 50 år har var tredje haft en anställning kortare tid än ett år. Bland dem som är över 60 år hade var sjätte haft en anställning kortare än ett år.

Av samtliga som avslutade en anställning med lönebidrag under år 2005 övergick 20 procent till en anställning utan lönebidrag och drygt 40 procent till arbetslöshet. Det finns ett starkt positivt samband mellan tid i lönebidrag och möjlighet till arbete efter att lönebidraget upphör. Av dem som lämnar en anställning med lönebidrag inom ett år går drygt hälften till öppen arbetslöshet. En förklaring till detta är enligt AMS att många anställningar är visstidsanställningar där det redan då anställningen börjar är klart att det är en tidsbegränsad anställning.

Av dem som lämnade en lönebidragsanställning under år 2004 gjorde 42 procent det inom ett år. År 2005 ökade andelen till 53 procent. Denna ökning beror enligt AMS sannolikt på att ett ökat antal personer fått anställning med lönebidrag genom samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dessa lönebidrag, som under en viss tid finansieras med Försäkringskassans samverkansmedel³, innebär som regel beslut för en kortare tidsperiod.

17.6 Betänkandet Arbetskraft SOU 2003:95

Bakgrunden till såväl vårt tilläggsdirektiv om lönebidrag som till Lönebidragsutredningens uppdrag var att riksdagen givit regeringen i uppdrag att överväga om det fanns situationer där det kunde vara befogat med lönebidrag även i ett bestående anställningsförhållande. Lönebidrag är annars en lönesubvention som kommit till för att stödja nyanställning av personer med arbetshandikapp (Bet. 1999/2000: AU1, rskr. 1999/2000:83).

Med anledning av detta redogör vi i detta avsnitt relativt noggrant för Lönebidragsutredningens betänkande Arbetskraft.

17.6.1 Direktivet

Lönebidragsutredningen skulle bl.a. överväga för- och nackdelar med att bevilja lönebidrag för anställda som under sin anställning på grund av skada eller sjukdom har förlorat stora delar av sin arbetsförmåga. Utredningen skulle också föreslå vilka villkor som borde gälla för att lönebidrag skulle kunna lämnas i sådana fall. Utgångspunkten var att arbetsgivarens ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för anställda inte fick urholkas.

17.6.2 Utredningen

Utredningen redovisade bl.a. för vad som framkommit vid seminarier med medarbetare vid Arbetsmarknadsverket. Följande frågor hade diskuterats.

³ Av sjukpenninganslaget kan högst fem procent användas till samverkansinsatser, se kapitel 13.

1. Vilka för- och nackdelar ett eventuellt lönebidrag till redan anställda skulle innebära.
2. Hur stort behovet bedömdes vara.
3. Vid vilka situationer ett lönebidrag för redan anställda skulle behövas.
4. Vilka avgränsningsproblem som skulle kunna uppstå.
5. Vilka villkor som skulle gälla för ett sådant bidrag.

För- och nackdelar

Fördelar:

- den anställde är kvar på arbetsplatsen, slipper sluta och börja om igen på en annan arbetsplats för att få lönebidrag,
- samma arbetskamrater och sociala miljö,
- lättare att få anpassad arbetstid och arbetsuppgifter,
- trygghetsfaktor för andra anställda,
- förhindrar arbetslöshet och utslagning från arbetsmarknaden,
- trygghet för den anställde att arbetsgivaren fortsätter att ta ansvar,
- att Arbetsförmedlingen kan ”marknadsföra” nyanställningar vid förhandling av redan anställda och arbetsgivaren kan se det positiva med att ha en anställd med funktionshinder och eventuellt anställa fler personer med arbetshinder,
- skapar löneutrymme för att nyanställa ytterligare en person med arbetshandikapp,
- bra rent samhällsekonomiskt att arbeta i stället för att finnas i en åtgärd utanför arbetslivet,
- skapar mjukare arbetsklimat, förståelse för olikheter individer emellan,
- rörlighet på arbetsmarknaden,
- arbete i stället för arbetslöshet,
- kommer inte till Arbetsförmedlingen,
- man kan behålla jobbet efter skada, allvarlig sjukdom etc.,
- minska antalet sjukskrivningar och
- minska antalet förtidspensionärer.

Nackdelar:

- arbetsgivaren kan utnyttja systemet för att få bidrag,
- svårigheter om Arbetsförmedlingen har brist på pengar,
- risk för särskild "lönestat" i t.ex. kommuner,
- risk för sämre löneutveckling,
- risk för sämre utveckling av arbetsuppgifterna,
- ett uppdämt behov kan bli följden,
- ekonomiskt kännbart för samhället,
- 4-årsgränsen kan vara svår att tillämpa på en redan anställd,
- stoppar inflödet, när man "marknadsför" nya kanske arbetsgivaren vill titta på de redan anställda,
- tidskrävande åtgärd,
- höga krav på utredning innan anställda kan få lönebidrag, svårt för en enskild handläggare att hinna med hela utredningen,
- kan utnyttjas på ett felaktigt sätt,
- det är kanske inte lämpligt för individen att återgå till samma arbetsplats,
- efterfrågan på eller behovet av åtgärden blir större än tillgången,
- att arbetsgivaren fjärmar sig från arbetsmiljöansvaret,
- inläsningseffekt och
- risk för att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar urholkas.

Hur stort behovet bedömdes vara

Det konstaterades att det generellt var svårt att bedöma behovet av en möjlighet att bevilja lönebidrag under pågående anställning. De försök till uppskattningar som ändå gjordes var allt ifrån att behovet "inte är så väldigt stort" och "vi får inte många förfrågningar i dag" till att det fanns "ett mycket stort uppdämt behov" av en sådan åtgärd. Behovet bedömdes även kunna öka om möjligheten infördes. Några av dem som bedömde att behovet sannolikt är mycket stort relaterade detta till de stora sjukskrivnings- och ohälsotalen.

Vid vilka situationer skulle ett eventuellt lönebidrag för redan anställda behövas?

Det konstaterades att lönebidrag behövs när Försäkringskassan och arbetsgivaren har vidtagit alla åtgärder inom respektive ansvarsområden och alla möjligheter till omplacering har prövats. Det ska finnas ett utlåtande från den fackliga organisationen att den anställde står inför risken att bli uppsagd på grund av funktionshindret. Syftet ska vara att motverka att individen sägs upp från sin anställning.

Vilka avgränsningsproblem som skulle kunna uppstå

De flesta var överens om att det kunde uppstå avgränsningsproblem gentemot andra politikområden och regelverk. Man menade att reglerna behövde bli tydligare beträffande vad som är arbetsgivarens ansvar och vad som är Försäkringskassans ansvar i dessa frågor. Det händer att läkare och Försäkringskassan bedömer individens arbetsförmåga på ett annat sätt än Arbetsförmedlingen och relaterar till en arbetsmarknad som, enligt flera medarbetare, inte var realistisk eller som inte ens fanns. En fråga som ställdes var vid vilken situation eller tidpunkt Arbetsförmedlingen ska ta över. Även "rättviseaspekten" lyftes fram – på vilka grunder ska ett företag få bifall till en sådan åtgärd och ett annat avslag? Ska det finnas olika regelverk för stora respektive små företag? Vilka undanträngningseffekter kan ett lönebidrag för redan anställda ge upphov till? De flesta ansåg också att det är viktigt med tätare samverkan mellan Arbetsförmedlingen och andra aktörer för att vars och ens ansvarsområde ska bli tydligare.

Vilka villkor som skulle gälla

Det ansågs att villkoret för att bevilja ett lönebidrag för redan anställda var att individen var "färdigutredd". Arbetsgivaren ska ha uttömt alla andra möjligheter och kunna erbjuda individen ett särskilt anpassat arbete. Det är mycket viktigt att kontrollera att arbetsgivaren har gjort det som ligger inom arbetsgivarens eget ansvar. Några ansåg att det borde genomföras en opartisk rehabiliteringsutredning. Hos större arbetsgivare ska den anställde först ha prövat flera olika arbetsuppgifter. Några menade att bidraget, lik-

som för lönebidrag rent generellt, ska lämnas i relation till funktionshindret och arbetsuppgifterna. Men vissa tyckte mena att villkoret för att bevilja lönebidrag för redan anställda borde vara att arbetsgivaren nyanställer en annan person som är arbetslös. Flera talade för att det borde finnas något krav på någon motprestation om lönebidrag skulle lämnas för en redan anställd. Det framfördes även att det borde finnas ett tak för insatsen, både antalsmässigt och procentuellt. Åtagandet ska vara tidsbegränsat och genomföras i samverkan med arbetsgivaren, företagshälsovården och fackliga organisationer m.fl. Det ansågs även angeläget att i första hand använda en sådan insats för de individer som har en "realistisk chans" att komma tillbaka i arbete.

17.6.3 Lönebidragsutredningens förslag

Lönebidragsutredningen föreslog att regeringen skulle ge AMS i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet med möjlighet att bevilja lönebidrag under en pågående anställning enligt samma regler som för andra lönebidrag och att försöksverksamheten skulle utvärderas efter två år.

Utredningen anförde till stöd för detta förslag i huvudsak följande. Under förutsättning att alternativet annars är uppsägning och arbetslöshet finns det i många fall uppenbara fördelar med att öppna för en möjlighet att bevilja lönebidrag till en person som har en anställning. Om regelverket, som nu, medför att individer blir satta i arbetslöshet bara för att därefter kunna bli anvisade en ny anställning med lönebidrag finns det anledning att fundera över konsekvenserna av en sådan regel.

Men det finns även nackdelar. Många framhåller risken med att arbetsgivarens ansvar trots allt skulle kunna komma att urholkas. Andra nackdelar är sådana som är förknippade med anställningar med lönebidrag i ett generellt perspektiv, såsom inlåsnings effekter och sämre utvecklingsmöjligheter i arbete.

Det finns skäl som talar för att ett lönebidrag för redan anställda bör prövas under en bestämd tid. Möjligheten till att lämna lönebidrag under en pågående anställning får dock inte leda till att vissa arbetsgivare kan undandra sig sitt ansvar enligt exempelvis lagen om anställningsskydd och arbetsmiljölagen. De fackliga organisationerna måste här spela en aktiv roll.

Det betyder att alla andra insatser som olika aktörer redan har ett uttalat ansvar för ska ha prövats innan ett lönebidrag övervägs och beslutas av Arbetsförmedlingen. Berörd facklig organisation ska bekräfta att alla dessa insatser har prövats och att uppsägning blir resultatet om inte lönebidrag beviljas. Under en försöksverksamhet ska i övrigt samma regler för lönebidraget gälla som för alla andra anställningar med lönebidrag.

Galaxen

Galaxen är en verksamhet inom byggbranschen som har vissa beröringspunkter med frågan om ett eventuellt lönebidrag för redan anställda och som inte ska byta arbetsgivare. Verksamheten bygger på att branschens parter har tagit ett särskilt ansvar för att byggnadsarbetare som fått ett funktionshinder ska rehabiliteras genom arbete. Personer med funktionshinder som är arbetslösa eller riskerar att bli arbetslösa och som har dokumenterad anknytning till bygg-, anläggnings-, väg- och bygghantverkssektorerna ges möjlighet till rehabilitering genom arbete via en anställning med lönebidrag i ett regionalt Galaxenbolag.

Galaxen har verksamhet i hela landet och i samtliga län finns en länsgrupp för anpassningsfrågor inom byggnadsverksamheten. I denna grupp ingår parterna på den lokala byggarbetsmarknaden och Länsarbetsnämnden/Arbetsförmedlingen. Representanter för företagshälsovården och Försäkringskassan kan kallas in vid behov.

De som lämnar verksamheten för en heltidsanställning utan lönebidrag har i medeltal varit anställda i Galaxen i mellan 2,5 och 3 år. Totalt 507 personer lämnade verksamheten år 2005. Av dessa gick 150 personer till ordinarie osubventionerad anställning i branschen och 34 personer till en ordinarie osubventionerad anställning utanför byggbranschen. Övriga som lämnade Galaxen år 2005 påbörjade utbildning, blev långtidssjukskrivna eller fick ålderspension, sjukpension, sjukbidrag m.m. 149 personer lämnade Galaxen i brist på anpassat arbete⁴.

⁴ Uppgifterna som inhämtats från Centralgalaxen Bygg AB avser år 2005.

18 Varför har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte fungerat?

Lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) anger detaljerat hur rehabiliteringsprocessen ska gå till: Arbetsgivaren ska i samverkan med den anställde upprätta en rehabiliteringsutredning senast efter fyra veckors sjukfrånvaro.

Utredningen ska lämnas till Försäkringskassan senast efter åtta veckor. Försäkringskassan ska, om det inte är obehövt, kalla till ett avstämningsmöte senast inom två veckor därefter. Senast två veckor efter att rehabiliteringsutredningen inkommit eller senast två veckor efter avstämningsmötet ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan om den anställde behöver insatser som ger rätt till rehabiliteringsersättning.

I kapitel 7 har vi redovisat i vilken utsträckning som lagstiftningen följs.

Den statistik vi tagit fram visar att det finns stora brister i lagens tillämpning: Knappt 10 procent får en rehabiliteringsutredning inom föreskriven tid, mindre än en procent får ett avstämningsmöte och ungefär lika få får en rehabiliteringsplan i rätt tid. 60 procent får en rehabiliteringsutredning under det första året. Det dröjer närmare ett år innan Försäkringskassan reagerar på en rehabiliteringsutredning genom att kalla till ett avstämningsmöte.

Ovanstående resultat ger anledning att fundera över vad det är som gör att rehabiliteringsprocessen inte fungerar som lagen avsett. Vi har under utredningens gång funnit bland annat följande förklaringar.

18.1 Lagstiftningens krav uppfattas som svåra eller meningslösa att leva upp till

De allra flesta sjukskrivna återgår i arbete utan några andra åtgärder än medicinsk behandling och de avslutar sjukskrivningen inom någon/några dagar. Av de sjukfall som pågått i 30 dagar, dvs.

passerar den tidpunkt då en rehabiliteringsutredning enligt lagen ska påbörjas, är 75 procent av sjukfallen avslutade inom tre månader. Trots det ska arbetsgivaren efter fyra veckor alltid påbörja en rehabiliteringsutredning vilket kan upplevas som onödigt och fyrkantigt och minska respekten för lagens krav.

I de fall arbetsgivaren upprättar en rehabiliteringsutredning innehåller den i ungefär vartannat fall ingen annan information än att man avvaktar medicinsk läkning/behandling. Det är ingen information som Försäkringskassan har någon nytta av i den fortsatta handläggningen. Från arbetsgivarhåll framhålls inte sällan att de frågor som ställs i den av Försäkringskassan framtagna blanketten för rehabiliteringsutredning inte går att besvara så tidigt i sjukfallet.

18.2 Brist på ekonomiska drivkrafter för individen

Den enskildes motivation att vilja avsluta sjukskrivningen och återgå i arbete är av avgörande betydelse för en lyckosam rehabilitering. För den enskilde saknas i många fall ekonomiska drivkrafter för att förkorta sjukskrivningstiden. Ett flertal utredningar, bland annat Långtidsutredningen¹ visar att skillnaden i disponibel inkomst om man är sjukskriven eller arbetar är mindre än 10 procent för var tredje individ. I utredningen görs en jämförelse mellan Sverige och några andra europeiska länder (Danmark, Finland, Storbritannien, Italien, Nederländerna och Spanien). Ersättningsgraden vid sjukpenning är i Sverige ungefär som i övriga länder medan ersättningen vid förtidspension (numera sjuk – eller aktivitetsersättning) är *högre* än 100 procent i Sverige, Danmark, Italien och Spanien vid låg inkomst jämfört med arbete.²

18.3 Bristen på sanktioner

Försäkringskassan ska utöva tillsyn över arbetsgivarens rehabiliteringsarbete, men AFL innehåller inga möjligheter till sanktioner. Den möjlighet som står till buds för Försäkringskassan är att aktualisera försumliga arbetsgivare hos Arbetsmiljöverket. Försäkringskassan har under senare år utvecklat sitt samarbete med Arbets-

¹ Långtidsutredningen 2003/04 SOU 2004:2 s. 9.

² A.a. s. 14.

miljöverket kring bland annat uteblivna rehabiliteringsutredningar. Försäkringskassan ska enligt en överenskommelse mellan myndigheterna anmäla till Arbetsmiljöverket då en arbetsgivare trots påminnelse underlåtit att komma in med en rehabiliteringsutredning.

Enligt den statistik som finns tillgänglig ledde Försäkringskassans anmälningar under år 2005 till 1 868 inspektionsmeddelanden från Arbetsmiljöverket. Med tanke på att ungefär 335 000 sjukfall under år 2005 pågick mer än 30 dagar och att mindre än 10 procent av rehabiliteringsutredningarna kommer in i tid är det uppenbart att i de allra flesta fall händer ingenting om arbetsgivaren inte uppfyller lagens krav på rehabiliteringsutredning.

Det är inte bara arbetsgivaren som inte gör vad denne ska enligt lagstiftningen, utan i ännu högre grad Försäkringskassan. En betydande del av de sjukskrivna saknar arbetsgivare. Det har varit svårt att få fram en exakt uppgift om gruppens storlek men olika uppföljningar visar att mellan 30 och 50 procent av de sjukskrivna saknar arbetsgivare och för dem har Försäkringskassan ansvaret att upprätta en rehabiliteringsutredning. Den statistik vi har tillgång till visar att Försäkringskassan under år 2005 endast i 3 procent av sjukfallen som rör arbetslösa gjort en rehabiliteringsutredning inom föreskriven tid och att 10 procent får en utredning inom sex månader. Det är givetvis ett problem när statens aktör inte förmår leva upp till statens krav.

Den enda sanktionsmöjlighet som finns är den som kan riktas mot individen själv. Den som är sjukskriven är skyldig att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen³. Försäkringskassan kan annars dra in eller sätta ner ersättningen till individen⁴. Individen riskerar i detta fall också sin anställning. I praktiken torde det dock var rätt sällan som sanktioner mot den enskilde blir aktuellt.

18.4 Kunskapsbrist hos arbetsgivare

96 procent av företagen i Sverige, enmansföretagen inräknade, har färre än 10 anställda och av totalt 267 myndigheter är det 86 dvs. ca 30 procent som har färre än 50 anställda. Vår bild av det som

³ 22 kap. 4 § AFL.

⁴ 20 kap. 3 § AFL.

brukar beskrivas som passivitet eller underlåtenhet från arbetsgivarnas sida är att det inte beror i första hand på ovilja att följa lagen. Snarare är det ett uttryck för oförmåga att hitta lösningar på ett många gånger komplicerat problem. För en liten arbetsgivare kan det vara långt mellan varje tillfälle då man har någon anställd som är sjukskriven och det är därför förklarligt om arbetsgivaren kan vara osäker på vad som förväntas av denne vad gäller rehabiliteringsutredning och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Det kan också finnas en osäkerhet kring vilka åtgärder som är effektiva. Vi vill dock betona att detta inte är liktydigt med att den anställda inte får stöd och insatser från arbetsgivaren för att kunna återgå i arbete.

18.5 Brist på omplaceringsmöjligheter

I många sammanhang påpekas att de alltmer nedbantade organisationerna i sig är en grund till den ökade sjukfrånvaron. Fler ska göra mer. Ett annat problem som de "slimmade" organisationerna lett till är att enklare arbetsuppgifter har försvunnit och det ställs därför högre krav på prestation hos den som ska vara i arbete. Arbetsgivarens möjlighet att erbjuda lämpligt arbete har minskat. Enkla arbetsuppgifter har försvunnit genom ny teknik och nya sätt att organisera arbetet.

Även en långt gången delegation av arbetsuppgifter och budget har bidragit till de problem som kan uppstå med att finna nya arbetsuppgifter. Förlust av medverkan från strategisk ledningspersonal och indragning av nödvändiga ekonomiska resurser och omplaceringsbemyndiganden för arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga är ett problem.

Förr hade stora arbetsgivare ofta möjlighet att inrätta s.k. personliga befattningar för personer som inte längre kunde arbeta fullt ut i det egna yrket, men som ändå ville vara kvar i arbetslivet. Man hade råd med det. I dagens strama budgetläge tillåter inte ekonomin detta, utan man får hålla sig till de befattningar som finns. Trenden i dag är snarare att man drar in befattningar än utökar. Enklare arbetsuppgifter finns inkilade mellan tyngre uppgifter, vilket i sig också är det bästa ur arbetsmiljösynpunkt, men för den som endast klarar av de enklare uppgifterna är det ett problem.

18.6 Brister inom vården

Det är svårt att få fram uppgifter på vilken betydelse resursbrister inom vården har på sjuktalet. Det är dock givet att väntetider på återbesök för att få nytt läkarintyg påverkar sjukskrivningstidens längd. Det händer att läkarintygen, omfattar flera månader, ibland upp till ett halvår. Detta på grund av att läkare vill undvika besök som endast är påkallade av behovet av förlängning av läkarintyget.

Den nya vårdgarantin bör rimligen göra att problemet med väntetider till vård och behandling minskar, även om den innebär att man kan få vänta 90 dagar på att få komma till en specialist och sedan upp till 90 dagar på behandling.

Kommunikationen mellan läkare och arbetsgivare är viktig. Från arbetsgivarhåll framhålls inte sällan svårigheten att få till stånd ett möte eller samtal med den sjukskrivande läkaren som ett problem. Utan att ha en klar bild av vilka medicinska hinder som finns för att den anställde ska kunna återgå i arbete är det svårt att planera. En väl utvecklad och väl använd företagshälsovård torde kunna göra stor skillnad i detta sammanhang.

18.7 Bristande kunskap om effekterna av rehabiliteringsåtgärder

Det finns brister inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. I en rapport av Alexanderson m.fl.⁵ pekar man på tre grundläggande problem.

- Det saknas kunskap om konsekvensen av sjukfrånvaro och om optimal sjukskrivningstid.
- Det saknas kunskap om behandling och rehabilitering vid de stora diagnosgrupperna bakom sjukfrånvaron.
- Begreppet arbetsförmåga är inte klart definierat.

Det har gjorts ett antal försök att studera effekten av olika typer av rehabiliteringsinsatser, men med mycket liten framgång. Det finns ett ökat antal individer med en komplex diagnos och det råder brist på evidensbaserade behandlingsmetoder.

Riksrevisionen konstaterar i sin uppföljning av Försäkringskassans samordningsuppdrag⁶ att det inte är möjligt att särskilja

⁵ Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Alexandersson m.fl. 2005 s. 19 ff.

resultatet av Försäkringskassans åtgärder från andra aktörers. Det går inte heller att klarlägga vilka andra omständigheter som påverkar resultatet. En utförligare beskrivning av gjorda uppföljningar återfinns i kapitel 14.

18.8 Osäkerhet om vilka åtgärder som ska finansieras av arbetsgivaren respektive Försäkringskassan

När de särskilda medlen för Försäkringskassans köp av tjänster infördes i samband med rehabiliteringsreformen slogs det fast att arbetsgivaren bör stå för de insatser som behövs på eller i nära anslutning till arbetsplatsen för att den anställde ska kunna återgå i arbete. Det har sedan påpekats i den ena utredningen och rapporten efter den andra. De särskilda medlen skulle kunna användas då ansvaret inte åvilade någon annan men detta har aldrig reglerats i lag och det är fortfarande otydligt vad som ska gälla. Det finns inte heller några regler för vad som ska gälla när arbetsgivaren inte kan eller vill betala för en insats. Ska individen då inte få någon? Försäkringskassan har hamnat i en svår förhandlingsroll och har många gånger med individens bästa för ögonen gått in och betalat om det visat sig svårt att få arbetsgivaren att ta en kostnad. Detta har definitivt inte bidragit till att göra rehabiliteringsansvaret tydligare, även om det varit bra i det pågående ärendet. För ytterligare belysning av frågan kring kostnadsansvaret vid rehabiliteringsinsatser hänvisar vi till kapitel 13.

18.9 Brist på resurser och kompetens på Försäkringskassan

Från Försäkringskassan har i olika sammanhang framförts att det är otillräckliga resurser som är anledningen till de brister i administrationen som redovisats ovan. Den stora ökningen av sjukskrivningarna som ägde rum från 1997 och framåt motsvarades inte av en motsvarande ökning av resurser för ohälsöarbete inom Försäkringskassan. Organisationen var inte förberedd för denna snabba förändring.

Ett särskilt program för att vända utvecklingen startades 2002. Programmet innehöll en samlad satsning på hela området i form av

⁶ Samordnad rehabilitering 2000:6, Riksrevisionsverket.

nya resurser (från regeringen), nya metoder, kompetenssatsningar, utbildning av läkare, mer samverkansinsatser m.m. Satsningarna har medfört förbättrade resultat. Det finns dock fortfarande kvar brister inom administrationen som yttrar sig i form av en långsam utveckling av t.ex. antalet avstämningsmöten och andra mått inom rehabiliteringsområdet. De uppföljningssystem som Försäkringskassan på riksnivå har för att följa upp sitt samordningsuppdrag inom rehabiliteringsområdet har också stora brister.

Vår uppfattning är att Försäkringskassans tillkortakommande till stor del är en lednings/styrnings- och organisationsfråga.

18.10 Brister i arbetsgivarnas stödsystem

Enligt en rapport från Arbetslivsinstitutet⁷ är en av huvudförklaringarna till den kraftiga ökningen av långa sjukfall att de anpassningsgrupper som fanns i kommunerna under 1980- och 1990-talet kollapsade. Det saknas en övergripande strategisk planering av rehabiliteringssituationen på arbetsplatsen i samråd mellan bemyndigade företrädare för arbetsgivaren, de anställda, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. I anpassningsgrupperna deltog företrädare för kommunledningen, arbetsgivare och styrelseledamöter i de fackliga organisationerna samt som regel även Försäkringskassan, företagshälsovård, Arbetsförmedlingen samt berörda individer. Den finansiellt relativt oberoende företagshälsovården fungerade som ett opartiskt expertstöd till parternas samråd i anpassningsgrupps- och skyddskommittéverksamheten.

Ungefär samtidigt som rehabiliteringsreformen infördes försvann det statliga stödet till företagshälsovården. Statsbidraget avvecklades år 1993 och därmed ändrades företagshälsovårdens förutsättningar i grunden. Detta bidrog också i sin tur till att underminera fundamentet för anpassningsgrupperna. Det samordningsansvar som Försäkringskassan har i det enskilda sjukfallet har enligt rapporten inte kunnat ersätta den strategiska samordningen på aggregerad nivå som anpassningsgrupperna tidigare ansvarade för.

En kompetent företagshälsovård har avsevärt bättre möjligheter än primär- eller sjukhusvården att bedöma den enskildes arbetsförmåga eller rehabiliteringsbehov. I detta ligger en stark potential för minskad ohälsa och minskad sjukfrånvaro.

⁷ Den galopperande sjukfrånvaron, RAR:s forskningsrapport nr 1, 2005.

Det är en tendens att allt färre har tillgång till företagshälsovård. Under de senaste femton åren har andelen anställda med tillgång till företagshälsovård minskat med 10 procentenheter. Enligt Arbetsmiljö 2003 har mellan 65 och 70 procent av de anställda tillgång till företagshälsovård⁸. Vissa rapporter hävdar att det är ännu färre⁹. Kvinnor, som står för en högre andel av sjukskrivningarna har i mindre omfattning tillgång till företagshälsovård.

18.11 Oklara begrepp inom rehabiliteringsområdet

Rehabilitering i vid mening omfattar medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering avser närmast att återställa grundläggande funktioner. Till social rehabilitering kan man räkna 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 arbetsmarknaden¹⁰. Gränserna mellan olika former av rehabilitering är oklar vilket självklart återspeglar sig i de olika aktörernas ansvar. Inte minst gäller det gränsen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassans möjlighet att finansiera tjänster som ligger i gråzonen till hälso- och sjukvården har också gjort att den typen av åtgärder aktualiseras i diskussionen kring vad som kan och bör göras för att en individ skall kunna återgå i arbete. De krav den sjukskrivne borde ställa på sin vårdgivare har i stället riktats mot arbetsgivaren och/eller Försäkringskassan. För ytterligare belysning av de olika rehabiliteringsbegreppen hänvisar vi till kapitel 10.

⁸ Arbetsmiljön 2003, Sveriges officiella statistik, Arbetsmiljöverket och Statistiska Centralbyrån.

⁹ Arbetsmiljön 1991–2003 Klass och kön s.22, Gellerstedt, LO.

¹⁰ Prop. 1990/91:141 s. 39.

19 Utgångspunkter för överväganden och förslag

19.1 Inledning

Den s.k. rehabiliteringsreformen som genomfördes 1992 består av tre delar, en sjuklöneperiod för arbetsgivarna, föreskrifter i lagen om allmän försäkring om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar samt regler i arbetsmiljölagen om organiserad verksamhet för arbetsanpassning och rehabilitering för att arbetsgivaren ska kunna fullgöra de uppgifter som åvilar honom enligt lagen om allmän försäkring. Ett syfte med reformen var att åstadkomma ökad aktivitet hos arbetsgivarna i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Härigenom skulle skador och sjukdomar som har sin orsak i arbetet kunna undvikas.

Sedan reglerna infördes har flera statliga utredningar tillsatts. Bakgrunden har varit gemensam, nämligen att rehabiliteringsreformen inte har fungerat som det var tänkt. Sjukskrivningarna och förtidspensioneringarna ökade. Det finns ett antal förklaringar till detta. Vi har i tidigare kapitel redovisat utredningarna och de förslag på förbättringar som har presenterats. Likaså har vi redovisat olika förklaringar till att det ser ut som det gör. En del av dessa förklaringar är att hänföra till förhållanden som ligger utanför denna utrednings uppdrag. Andra förklaringar har tydliga kopplingar till frågor som vi har att ta ställning till. Exempelvis kan nämnas bristen på sanktioner när lagstiftningen inte efterlevs och otydlig ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna.

19.2 Förstärkning av den enskildes ställning och effektivare rehabilitering

Vårt uppdrag är att pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i vissa avseenden samt se över den enskildes ansvar i rehabiliteringsprocessen och Försäk-

ringskassans möjligheter att finansiera arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är alltså inte frågan om att förändra systemet i grunden utan snarare att pröva olika lösningar inom ramen för de rådande strukturerna. Avsikten med uppdraget är dock enligt direktiven att vi ska lämna förslag som stärker den enskildes ställning och skapar en effektivare rehabilitering. Detta har varit vägledande för våra överväganden och förslag till förändringar. Särskilt tydligt blir det i våra överväganden rörande en arbetsrättslig reglering av arbetsgivarens ansvar. Avgörande för vårt ställningstagande har varit om en sådan reglering kan antas leda till en förbättring för den enskilde arbetstagaren.

I vårt uppdrag ingår att se över den enskildes ansvar i rehabiliteringsprocessen. I den delen har vi tidigt kunnat konstatera att en arbetstagares skyldighet att medverka till sin rehabilitering är väl reglerad och sanktionerad i den befintliga lagstiftningen. Underlåter en arbetstagare att medverka i rehabiliteringsprocessen riskerar han eller hon att sjukpenningen dras in och att arbetsgivaren har saklig grund för att avsluta anställningen. Med hänsyn till detta har vi ansett att det inte krävs ytterligare regler om arbetstagarens ansvar.

Som har framgått av genomgången i de föregående kapitlen finns det ett antal omständigheter som har försvårat ett effektivt rehabiliteringsarbete hos såväl arbetsgivarna som Försäkringskassan.

När det gäller arbetsgivarna är det främst två saker som kan lyftas fram. Den ena är otydligheten om var gränsen går för vad som kan krävas av arbetsgivarna, vilket får anses bero på att arbetsgivarens ansvar är reglerat i flera lagar utan att de är samordnade. Den andra är den oklara fördelningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivarna av kostnadsansvaret för vissa åtgärder.

Det största hindret för Försäkringskassan att fullgöra sina lagstadgade uppgifter, synes vara den stora volymen ärenden. Om rehabiliteringsutredningar hade upprättats i samtliga fall där lagen så kräver, skulle Försäkringskassan under år 2005 ha haft drygt 260 000 utredningar för anställda sjukskrivna att hantera. I verkligheten upprättades knappt i 80 000 rehabiliteringsutredningar, varav 65 000 gällde arbetstagare. Avstämningsmöte hölls i 33 200 fall. Det finns alltså en stor diskrepans mellan vad som förväntas enligt lagstiftningen och vad som hittills visat sig vara praktiskt genomförbart. Som kommer att utvecklas närmare i kapitel 23 anser vi att antalet potentiella ärenden hos Försäkringskassan måste minska. Tanken bakom detta är att kassans resurser härmed kan

koncentreras till de ärenden där den enskilde annars riskerar att fastna i långa sjukskrivningar. Härmed kan uppnås en effektivare rehabiliteringsprocess i de fall där Försäkringskassans insatser verkligen behövs.

19.3 Några utgångspunkter

19.3.1 Tydligare ansvarsfördelning

Vi har utgått ifrån att Försäkringskassan även i fortsättningen ska ha en samordnings- och tillsynsroll. För att åstadkomma en effektivare rehabilitering är det emellertid nödvändigt att de olika aktörerna vet vad som är deras uppgift och att den som är bäst skickad att genomföra en åtgärd också ska bära ansvaret. En sådan ordning förutsätter en tydlig rollfördelning och ett väldefinierat ansvarsområde. Det är också nödvändigt att skapa förutsättningar så att det blir praktiskt möjligt för den ansvarige att ta det ansvar som krävs. I annat fall riskerar varje förändring att stanna på papperet. Det är meningslöst att föreskriva ett ansvar om ansvarsfördelningen är så otydlig att ingen kan stå till svars. Ett tydligare ansvar innebär samtidigt en förbättring av den enskildes ställning i den bemärkelsen att hon eller han vet vem som krav ska riktas mot.

Som nämndes inledningsvis har den oklara fördelningen mellan arbetsgivarna och Försäkringskassan av kostnadsansvaret för vissa rehabiliteringsåtgärder bidragit till en betydande otydlighet om vilka krav som kan ställas på arbetsgivaren. De åtgärder det handlar om har ofta visat sig vara sådana som ligger i gränslandet mellan sjukvård och arbetslivsinriktad rehabilitering och andra insatser utanför arbetsplatsen. När det gäller åtgärder på arbetsplatsen som arbetsgivaren är skyldig att genomföra enligt arbetsmiljölagen torde det inte råda någon tvekan om arbetsgivaren också ska bekosta dessa. Vad det nu handlar om är att dra gränsen mellan vad som åvilar arbetsgivaren, Försäkringskassan och sjukvården. I det sammanhanget blir det särskilt viktigt att ta ställning till de särskilda medel, som anvisats till Försäkringskassan för köp av bland annat utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Att Försäkringskassan har dessa medel har lett till en betydande osäkerhet om aktörernas ansvar, vilket i många fall har försenat rehabiliteringsprocessen.

En tydlig ansvarsfördelning är också en förutsättning för att knyta sanktioner till underlåtenhet att fullgöra ett lagstadgat ålig-

gande. Med ett delat eller otydligt ansvar är det vanskligt med sanktioner som påtryckningsmedel. Risken är att de upplevs som orättvisa eller slumpartade och därmed undergräver respekten för lagstiftningen. En sanktion markerar emellertid vikten av att en bestämmelse efterlevs och bör införas om man kan förvänta sig att det leder till en effektivare rehabiliteringsprocess.

19.3.2 Renodling av begreppen

Ett hinder för att få till stånd ett effektivt rehabiliteringsarbete synes vara den begreppsbildning som finns på området. Redan ordet rehabilitering bidrar till oklarheten. I AFL sägs att rehabiliteringen ska syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. I detta ligger medicinsk rehabilitering, social rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Den sistnämnda typen brukar delas upp i rehabilitering, som syftar till den försäkrades återgång till arbetsmarknaden i stort, och rehabilitering där målet är återgång i arbete hos den nuvarande arbetsgivaren. Vidare föreskrivs i AFL att arbetsgivaren i samråd med den försäkrade ska svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Visserligen framgår det närmare av förordningen om rehabiliteringsutredning att inriktningen i första hand är vilka åtgärder som arbetsgivaren kan vidta på arbetsplatsen, men fortfarande råder en osäkerhet om vad som förväntas av arbetsgivaren. Man kan inte gärna säga att arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar som går ut på att återge arbetstagaren arbetsförmågan. Vad det egentligen handlar om är vilka åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen för att arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga kan behålla sin anställning. Det är något annat än rehabilitering i AFL:s mening. Därför bör det vidsträckta begreppet rehabilitering utmönstras när arbetsgivarens ansvar beskrivs. Hittills har ordet mera bidragit till att skapa en passiviserande oklarhet än att vara en vägledning för arbetsgivarna. Många arbetsgivare har uppfattat att deras ansvar sträcker sig över områden där de saknar möjligheter att påverka skeendet. Härmed är risken stor att ansvaret känns så övermäktigt att inte ens möjligheten att vidta åtgärder på arbetsplatsen blir prövad.

19.3.3 Arbetsgivarens ansvar bör preciseras så långt det är möjligt

För att uppnå en tydligare ansvarsfördelning bör det klargöras vad som ingår i arbetsgivarens skyldighet. En rimlig utgångspunkt är att det arbetsrättsliga ansvaret, med inriktning på vilka åtgärder som kan genomföras i arbetsgivarens verksamhet, överensstämmer med vad som krävs av arbetsgivaren enligt AFL. Ett sätt att åstadkomma detta är att slå fast att arbetsgivaren enbart ansvarar för åtgärder som kan vidtas i hans verksamhet i syfte att bereda arbetstagen fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Dessa åtgärder är anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter, införskaffande av arbets hjälpmedel, arbetsträning, omplacering, ändring av arbetsorganisation, arbetstider och liknande. Utgångspunkten bör således vara en geografisk begränsning. Även till exempel utbildning som anordnas på annan plats än i arbetsgivarens verksamhet får dock anses innefattas i begreppet. Vad gäller frågan om omfattningen av arbetsgivarens ansvar för utbildning är det enligt vår mening rimligt att hämta ledning av de förarbeten och rättspraxis som gäller för begreppet ”tillräckliga kvalifikationer” enligt 7, 22 och 25 §§ lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Av Arbetsdomstolens praxis följer att en arbetstagare vid omplacering inte från första dagen skall behärska de nya arbetsuppgifterna (se t.ex. AD 1999 nr 24). En viss upplärningstid är vanlig vid rekrytering av nyanställda och en sådan upplärningstid bör arbetsgivaren acceptera även när det är fråga om en omplacering av arbetstagare (se t.ex. AD 1993 nr 197). Arbetsgivaren är dock inte skyldig att enligt LAS verkställa en omplacering som kräver omskolning av arbetstagen för de nya arbetsuppgifterna.

I förarbetena till rehabiliteringsreformen nämns att det i en del fall inte kommer vara möjligt att finna lösningar som möjliggör att anställningen består och att arbetsgivaren i åtskilliga fall med hjälp av företagshälsovården bör kunna medverka till att finna en lösning, som är bra för den enskilde utan att samhället behöver ingripa. Exempelvis nämns att arbetsgivaren bör kunna medverka till att finna träningsplatser utanför den egna arbetsplatsen och medge tjänstledighet från anställningen när det behövs för att genomföra en rehabilitering utanför arbetsplatsen¹. Enligt vår mening ska det inte ingå i arbetsgivarens ansvar att på sätt som beskrivs i förarbetena medverka till att arbetstagen finner arbete hos en annan arbetsgivare. Syftet

¹ Prop. 1990/91:141 s. 43.

med en åtgärd från arbetsgivarens sida måste vara att arbetstagaren ska komma tillbaka i arbete hos samma arbetsgivare, vilket även framgår av Arbetsdomstolens praxis.

19.3.4 Fokus på åtgärder och minskad administration

Den gällande lagstiftningen förlitar sig i hög grad på ett formaliserat förfarande som innebär en avsevärd administration hos såväl arbetsgivarna som Försäkringskassan. Arbetsgivaren ska göra en rehabiliteringsutredning och på grundval av denna ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan, om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken ersättning kan utges. Det måste starkt ifrågasättas till vilken nytta arbetsgivarna inom åtta veckor upprättar och skickar rehabiliteringsutredningar till Försäkringskassan, när hälften av utredningarna enbart innehåller en uppgift om att man avvaktar medicinsk behandling. Dessutom avslutas flertalet sjukfall inom åtta veckor genom att den sjukskrivne tillfrisknar och återgår i arbete.

Vi anser att det finns goda skäl för att skapa en ordning där fokus är inställt på att det vidtas åtgärder i stället för ett ifyllande av blanketter med upplysningar, som i de flesta fall inte leder rehabiliteringsprocessen framåt. Processen riskerar snarare att avstanna, då arbetsgivaren uppfattar sig ha fullgjort sin skyldighet enligt AFL genom att i rätt tid ge in en bristfällig rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan, som inte har någon nytta av utredningen. Därför bör inriktningen vara att Försäkringskassan ska komma in i processen vid en tidpunkt när det finns ett ordentligt medicinskt underlag och en utredning av förhållandena på arbetsplatsen. Först då kan Försäkringskassan på ett meningsfullt sätt samordna de insatser som behövs.

Den utredning av förhållandena på arbetsplatsen som nu avses ska inte vara en rehabiliteringsutredning av dagens snitt. I stället bör den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersättas av en plan för åtgärder på arbetsplatsen. Det är effektivast och mest ändamålsenligt att arbetsgivaren upprättar planen. Arbetsgivaren har bäst kunskap om sin verksamhet. Typiskt sett har också arbetsgivaren bäst kunskap om vilka åtgärder som är möjliga att genomföra på arbetsplatsen. Naturligtvis kan en arbetsgivare utan tidigare erfarenhet av rehabilitering känna osäkerhet om vilka lösningar som står till buds. I sådana situationer är det arbetsgivarens ansvar

att anlita utomstående expertis som exempelvis företagshälsovården. Förutom att arbetsgivaren bäst känner sin verksamhet är det arbetsgivaren som beslutar om hur denna ska vara organiserad. Försäkringskassan har vanligtvis inga kunskaper om arbetsplatsen och inte heller några befogenheter att bestämma hur verksamheten där ska bedrivas. Däremot kan de fackliga organisationerna genom sin kännedom om arbetsgivarens verksamhet i många fall bidra till att föra rehabiliteringsprocessen framåt. Det finns därför skäl att de fackliga organisationerna på ett tidigt stadium får en signal från arbetsgivaren när denne påbörjar arbetet med att upprätta en plan för åtgärder på arbetsplatsen.

20 Kan en arbetsrättslig reglering bidra till lösningen på de problem som finns i dag?

Utredningens ställningstagande:

Utredningen anser inte 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, se kapitel 21–24. Utredningen anser att det liksom i dag inte ska gälla någon tidsgräns för när rehabiliteringsåtgärder ska vara påbörjade.

20.1 Uppdraget

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 anställda ska återgå i arbetsgivarens verksamhet.

I direktiven nämns inte uttryckligen att det är en arbetsrättslig reglering som ska prövas även såvitt avser skyldigheten att genomföra rehabiliteringsåtgärder och om det ska anges en tidsgräns för när åtgärderna ska vara påbörjade. Med beaktande av det sätt på vilket direktiven är utformade och eftersom arbetsgivaren redan i dag är skyldig att vidta rehabiliteringsåtgärder är det dock den tolkningen som enligt vår mening ligger närmast till hands. Uppdraget får alltså anses innebära att vi inte bara ska pröva möjligheten att införa en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning utan

även om en sådan rätt ska avse rehabiliteringsåtgärder och om dessa åtgärder ska vara påbörjade inom viss tid.

Att vi ska "pröva möjligheten" till en arbetsrättslig reglering kan inte gärna uppfattas som att uppdraget är begränsat till att endast omfatta frågan om hur en arbetsrättslig reglering rent lagtekniskt kan utformas. Eftersom det övergripande syftet med utredningen är att stärka den enskildes ställning och skapa en effektivare rehabilitering, får det betraktas som en naturlig del av vårt uppdrag att också ta ställning till om en arbetsrättslig reglering är lämplig för att uppnå detta syfte.

20.2 Offentligrättslig och civilrättslig lagstiftning

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar består i dag av olika delar. I 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) finns själva rehabiliteringsansvaret inskrivet, d.v.s. att arbetsgivaren ska svara för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. I rehabiliteringsansvaret ingår bl.a. att vidta de anpassningsåtgärder som arbetsgivaren är skyldig att vidta enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Arbetsgivaren ska vidare enligt 3 kap. 2 a § tredje stycket AML se till att det i dennes verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av det ansvar som följer av AFL och AML. 3 kap. 3 § andra stycket AML föreskriver att arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ska ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.

Såväl AFL som AML är offentligrättsliga lagar vilket bl.a. innebär att det finns myndigheter som har tillsyn över att respektive lag tillämpas på ett korrekt sätt. Att AFL är en offentligrättslig lag innebär också att en arbetstagare, som anser att arbetsgivaren inte lever upp till sitt ansvar, saknar möjligheter att ställa rättsliga anspråk mot arbetsgivaren med den lagen som grund för sin talan. I AFL finns det för övrigt, till skillnad mot AML, inga sanktionsregler alls.

I dag saknas sanktionerade lagregler som en arbetstagare kan åberopa om han eller hon under pågående anställning anser att arbetsgivaren inte lever upp till sin skyldighet att upprätta en rehabiliteringsutredning eller vidta rehabiliteringsåtgärder. Arbetsgiva-

rens passivitet grundar alltså ingen rätt till skadestånd för den enskilde arbetstagaren. I normalfallet är det först om arbetsgivaren beslutar att skilja arbetstagaren från sin anställning på grund av nedsatt arbetsförmåga som frågan om arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar kan komma att prövas. En förutsättning är emellertid att arbetstagaren gör gällande att uppsägningen inte är sakligt grundad enligt 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Vid en efterföljande domstolsprövning av uppsägningen har arbetsgivaren att visa att han fullgjort sina skyldigheter enligt AFL. Misslyckas arbetsgivaren med detta är uppsägningen normalt inte sakligt grundad. Vid sådant förhållande är arbetstagaren berättigad till skadestånd för brott mot 7 § LAS. Prövningen av om arbetsgivaren fullgjort sina åligganden i rehabiliteringshänseende sker alltså i efterhand och inom ramen för en tvist om uppsägning.

Utmärkande för den civilrättsliga lagstiftningen, till vilken en arbetsrättslig reglering av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar skulle hänföras, är att det är de enskilda parterna själva som har att bevaka sina rättigheter och agera om dessa har åsidosatts. Inom arbetsrätten spelar arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer en viktig roll när det gäller att kontrollera efterlevnaden av lagarna och kollektivavtalen. Påföljden för överträdelser är skadestånd. När vi fortsättningsvis kommer att diskutera frågan om en arbetsrättslig reglering är det den nyss nämnda delen av arbetsrätten som vi avser.

20.3 Hur skulle en arbetsrättslig reglering kunna se ut?

Innan vi redovisar fördelar och nackdelar med en arbetsrättslig reglering kan det vara på sin plats att säga något om hur en sådan skulle kunna utformas. Det som redovisas i det följande är en skiss över en tänkbar reglering. Den gör alltså inga anspråk på att vara fullständig utan är enbart en kortfattad beskrivning och ska närmast ses som en inledning till den följande framställningen.

20.3.1 Reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning

I princip skulle en bestämmelse rörande en arbetsrättslig rätt till en rehabiliteringsutredning kunna utformas med utgångspunkt från de nuvarande reglerna i 22 kap. 3 § AFL. Där slås fast att arbetsgivaren ska svara för att arbetstagarens behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Vidare föreskrivs när en rehabiliteringsutredning ska påbörjas och när den senast ska vara avslutad. En fråga i sammanhanget blir om utredningen såsom hittills ska tillställas Försäkringskassan eller om en arbetsrättslig reglering innebär att Försäkringskassan fränkopplas och rehabiliteringsutredningen i stället enbart ska överlämnas till arbetstagaren. Eftersom direktiven inte säger något om att Försäkringskassans roll som samordnare av rehabiliteringsinsatser ska förändras, ligger det närmast till hands att utgå ifrån att såväl arbetstagaren som Försäkringskassan ska tillställas rehabiliteringsutredningen.

En arbetsrättslig regel skulle materiellt kunna föreskriva att arbetsgivaren i samråd med arbetstagaren ska genomföra en rehabiliteringsutredning i de fall som i dag beskrivs i 22 kap. 3 § AFL. Utredningen ska i första hand rikta in sig på vilka åtgärder som ska vidtas av arbetsgivaren. Resultatet av utredningen ska redovisas skriftligt och tillställas arbetstagaren och Försäkringskassan inom viss föreskriven tid. Underlåtenhet från arbetsgivaren att genomföra utredningen sanktioneras med skadestånd. Samma sak gäller också om utredningen upprättas för sent liksom om den inte tillställs arbetstagaren inom den angivna tiden.

20.3.2 Reglering av arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder och tidsgräns för påbörjande

En reglering av skyldigheten att genomföra åtgärder skulle kunna knyta an till innehållet i den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren ska göra enligt ovan. I rehabiliteringsutredningen ska redovisas vilka åtgärder som ska genomföras och tidpunkten för dess påbörjande. Det som anges i utredningen får sålunda betraktas som en bindande utfästelse från arbetsgivarens sida att verkligen genomföra de angivna åtgärderna. Att inte genomföra dem skulle utgöra ett lagbrott som är skadeståndssanktionerat.

Den lösning som nyss skisserats skulle helt bygga på att arbetsgivaren verkligen upprättar en rehabiliteringsutredning och att den kvalitativt har ett sådant innehåll att den blir användbar. Arbetstagarens rätt till åtgärder skulle i så fall bli beroende av att arbetsgivaren fullgör vad som åligger honom i det inledande skedet. Underlåter arbetsgivaren att göra rehabiliteringsutredningen finns det inget att hänga upp åtgärderna på. En arbetsrättslig reglering av arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder skulle istället – för att bli effektiv – behöva utformas som en självständig regel. En sådan regel skulle kunna föreskriva att arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som erfordras för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete. Någon närmare precisering av vilka åtgärder det ska vara frågan om torde inte vara möjlig, annat än att det ska röra sig om åtgärder som redan i dag ingår i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Vad som kan krävas i ett enskilt rehabiliteringsärende skulle få bli en bedömning från fall till fall.

Vad gäller tidsgränsen för åtgärdernas påbörjande kan en variant vara att föreskriva att åtgärder ska påbörjas inom ett antal dagar från att rehabiliteringsutredningen ska vara upprättad. En annan variant kan vara att hämta ledning från den nuvarande regeln i 22 kap. 5 § sista stycket AFL. Där föreskrivs att Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt. En arbetsrättslig regel skulle på motsvarande sätt kunna gå ut på att arbetsgivaren ska påbörja rehabiliteringsinsatser senast inom ett antal dagar från att det är möjligt av medicinska och andra skäl.

20.4 Vad talar för respektive emot en arbetsrättslig lagstiftning?

20.4.1 Systematiken

När man ska överväga möjligheten att flytta arbetsgivarens rehabiliteringsansvar från AFL till en arbetsrättslig/civilrättslig lagstiftning finns det anledning att granska om dessa frågor rent systematiskt är bättre lämpade för en arbetsrättslig reglering än för en offentlighetsrättslig.

Generellt kan sägas att det som skulle kunna tala för en arbetsrättslig reglering är att en sådan reglerar just förhållandet mellan arbetstagare och arbetsgivare. I dag är reglerna om själva

rehabiliteringsansvaret placerade i AFL som i övrigt endast reglerar rättigheter och skyldigheter mellan individen och det offentliga genom Försäkringskassan. Genom en arbetsrättslig reglering skulle möjligen arbetsgivarens ansvar synliggöras på ett annat sätt än vad som är fallet i dag. I den bemärkelsen kan man också säga att frågor om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar systematiskt passar bättre in i en arbetsrättslig lagstiftning än i en offentligrättslig. Å andra sidan har rehabiliteringsfrågor nära koppling till arbetsmiljöfrågor som i sin tur regleras i AML. Det bör i sammanhanget beaktas att AML, som är en offentligrättslig lagstiftning, i allra högsta grad även reglerar frågor mellan arbetsgivare och arbetstagare. Rehabiliteringsansvaret hänger även samman med medicinska frågor och frågor om rätt till ersättning för individen. Dessa frågor kan anses ha närmare anknytning till socialförsäkringsområdet än arbetsrätten. Vid en samlad bedömning av vad som sagts ovan anser vi inte att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar systematiskt skulle passa bättre in i en arbetsrättslig reglering än i en offentligrättslig.

20.4.2 Fördelar

Om man bortser från hur arbetsgivarens rehabiliteringsansvar rent systematiskt skulle passa in i en arbetsrättslig reglering kan vi dock se vissa fördelar med ett sådant system. Det har från olika håll framförts att det är en brist i dagens lagstiftning att det saknas sanktionsmöjligheter i fall där arbetsgivaren inte lever upp till sitt ansvar. Vi vet också, som vi närmare redogjort för i kapitel 7, att arbetsgivare endast inkommer med rehabiliteringsutredning i rätt tid i omkring tio till femton procent av sjukfallen. Med en arbetsrättslig reglering skulle det finnas en given sanktion, nämligen skadestånd, för det fall arbetsgivaren inte följer gällande regler och individens rätt skulle på det sättet stärkas. Rehabiliteringsfrågor skulle också bli en del av arbetsrätten redan under pågående anställningsförhållande. Som det är i dag aktualiseras dessa frågor normalt först i och med en tvist om uppsägning. Vid utredningens träffar med olika fackliga organisationer har flera av dessa ansett att det är en brist med dagens lagstiftning att regler som direkt berör den enskilde arbetstagarens arbetssituation och eventuellt fortsatta anställning återfinns i offentligrättslig lagstiftning. Det har sagts att arbetsrättsliga regler med de sedvanliga sanktionerna skulle vara ett effektivt påtryckningsmedel för att få till stånd åtgärder från

arbetsgivarens sida. I det sammanhanget har nämnts att arbetsrättens system för tvistelösning är känt och vant att hanteras av fackliga företrädare, medan de sanktionslösa reglerna i AFL gör fackets roll mer diffus. Enligt vår bedömning skulle en arbetsrättslig reglering kunna leda till att arbetstagarorganisationerna får en mer aktiv och naturlig roll i rehabiliteringsprocessen.

20.4.3 Nackdelar

Även om en arbetsrättslig reglering typiskt sett skulle kunna stärka den enskildes ställning och ge de fackliga organisationerna bättre verktyg att företräda sina medlemmar, finns det emellertid nackdelar som inte bör underskattas. Nedan kommer dessa nackdelar att behandlas var för sig.

1. Arbetstagaren får själv bevaka sina rättigheter

En arbetsrättslig reglering skulle innebära att det är individen själv som måste agera om inte arbetsgivaren sköter sitt rehabiliteringsansvar. Försäkringskassans tillsynsansvar skulle således flyttas över till individen som redan genom sin sjukdom befinner sig i en utsatt position och härigenom får antas ha begränsade möjligheter att hävda sin rätt. Den effekten av en arbetsrättslig reglering skulle kunna godtas för det fall den alldeles övervägande delen av landets arbetstagare är fackligt anslutna samt arbetstagarorganisationerna har resurser och kompetens att företräda och ta tillvara enskilda medlemmars intressen i rehabiliteringsprocessen. Det rör sig här emellertid om delvis andra frågeställningar än de traditionellt fackliga och det kan ifrågasättas om de fackliga organisationerna generellt kan sägas ha den kompetens och de resurser som krävs på detta område. På större arbetsplatser med hög facklig anslutning och väl organiserad facklig verksamhet torde arbetstagare i behov av rehabiliteringsåtgärder få ett gott stöd av sin fackliga organisation. Större arbetsplatser utgör emellertid snarare undantag än regel inom den privata sektorn där de flesta företag är små. Av Sveriges drygt 900 000 företag är 650 000 s.k. enmansföretag och närmare 200 000 företag har 1–9 anställda¹. I den mån det finns fackliga företrädare på de små arbetsplatserna kan man nog inte i allmänhet utgå ifrån att de besitter särskilda kunskaper om

¹ Uppgifterna hämtade ur SCB:s Företagsregister avseende år 2005.

rehabilitering. Saknas facklig representation på arbetsplatsen ombesörjs den fackliga bevakningen av det berörda fackförbundets avdelning på orten eller i regionen. Man kan utgå ifrån att kompetensen och erfarenheten på den nivån skiljer sig avsevärt från aktörernas på den lilla arbetsplatsen. Däremot är det mer osäkert vilken kännedom man har om förhållandena på de arbetsplatser som finns inom det aktuella geografiska området.

I sammanhanget kan nämnas en omständighet som har förts fram under utredningens gång. Det är att arbetstagarna inte alltid gärna vill ta hjälp av sin lokala fackliga representant under rehabiliteringsprocessen utan i stället vill rådgöra med en ombudsman eller annan expert på rehabiliteringsfrågor. Man kan på goda grunder anta att det inte är en generell inställning hos arbetstagare utan att det förhållningssättet är vanligare i vissa typer av rehabiliteringsfall. Eftersom den lokala representanten också ofta är en nära arbetskamrat är det förståeligt att individen i ärenden där det förekommer känsliga uppgifter inte alltid vill ha sådan hjälp. Det ska beaktas att denna tveksamhet till arbetstagarorganisationens medverkan gäller dess roll som samarbetspart i rehabiliteringsprocessen. Däremot finns det inget som tyder på att individen inte vill ta hjälp av sin fackliga organisation i de fall det gått så långt att det blivit en reell tvist med arbetsgivaren.

Att arbetstagaren själv får bevaka sina rättigheter innehåller ytterligare en aspekt. Det som nyss har diskuterats har i första hand gällt de fackliga organisationernas möjligheter att för berörda medlemmars räkning bevaka deras rättigheter. Men hur löser man de fall där individen inte är fackligt ansluten? Frågan kan inte negligeras. Omkring 15 procent av arbetstagarna står utanför fackliga organisationer. Anslutningsgraden varierar mellan sektorer och branscher. Enligt direktivet är syftet med en arbetsrättslig reglering att individens ställning i rehabiliteringsprocessen ska stärkas. För de individer som inte är fackligt anslutna skulle en arbetsrättslig reglering i stället innebära en svagare ställning jämfört med gällande lagstiftning där Försäkringskassan har att utöva tillsyn över lagens efterlevnad. En lösning skulle kunna vara att Försäkringskassan behöll sin tillsynsroll i dessa fall. Systematiskt är det dock svårt att se hur Försäkringskassan ska kunna ha kvar sitt tillsynsansvar samtidigt som arbetsgivarens ansvar regleras i en arbetsrättslig lagstiftning. Tanken med en civilrättslig lagstiftning är ju att parterna själva ser till att den efterlevs.

2. Tvist – ingen bra förutsättning för en lyckad rehabiliteringsprocess

En viktig förutsättning för ett lyckat rehabiliteringsarbete torde vara att samarbetet mellan arbetstagaren och arbetsgivaren fungerar på ett tillfredsställande sätt. Det är arbetsgivaren som ytterst fattar de beslut som avgör om arbetstagaren efter sjukdom kan återgå till sitt arbete. Arbetsgivaren leder och fördelar arbetet. Därigenom bestämmer arbetsgivaren också hur mycket en arbetstagers sjukdom ska få inverka på verksamheten och vad som t.ex. kan krävas av andra medarbetare för att underlätta för den enskilde. Arbetsgivaren är, tillsammans med den sjukskrivne själv, huvudaktören i rehabiliteringsprocessen. Om inte båda dessa parter samarbetar och strävar efter det gemensamma målet att arbetstagaren ska återgå i arbete kommer rehabiliteringsprocessen sannolikt inte att lyckas. En tvist eller hot om tvist skulle knappast gagna detta samarbete utan skulle i stället för en lösning kunna leda till att rehabiliteringsarbetet misslyckas. Därmed är emellertid inte sagt att arbetstagaren bör undvika att ställa krav på arbetsgivaren. Tvärtom är arbetstagarens vilja att komma tillbaka i arbete en avgörande faktor i de allra flesta fall. Att arbetstagaren är pådrivande och kanske biträds av sin fackliga organisation leder sannolikt till att aktiviteten ökar i rehabiliteringsprocessen. Som tidigare redovisats i kapitel 12 ger den gällande lagstiftningen goda möjligheter för arbetstagarorganisationerna att ta tillvara sina medlemmars intressen. Erfarenheten har visat att de fall där rehabiliteringsarbetet har lyckats bäst har präglats av lyhördhet, ömsesidigt förtroende mellan parterna och en ambition att hitta en lösning. Saknas detta är utsikterna små att uppnå ett framgångsrikt resultat. Vid en tvist är det ofrånkomligt att fokus flyttas från det gemensamma framåtsyftande arbetet till en diskussion om arbetsgivaren har fullgjort sina skyldigheter eller inte. Risken är uppenbar att själva huvudfrågan om hur arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hamnar i skymundan till förmån för en diskussion om skadestånd för att arbetsgivaren inte har fullgjort sina skyldigheter.

3. Tidsperspektivet

En annan nackdel är att en arbetstvist tar förhållandevis lång tid från uppkomst till slutligt avgörande i domstol. Inledningsvis ska det, om arbetstagaren är fackligt ansluten, hållas lokal och central

tvisteförhandling. Om inte parterna kommer överens i dessa förhandlingar väcks talan i domstol. För en tvist som inleds i Arbetsdomstolen är mediantiden 12 månader från det att talan väcks till dess att dom eller särskilt uppsatt beslut meddelas². För de fall där talan inte kan väckas direkt i Arbetsdomstolen, t.ex. om arbetstagaren inte är medlem i en arbetstagarorganisation eller om kollektivavtal inte gäller på arbetsplatsen kan en talan i stället väckas vid tingsrätt. Om någon av parterna inte är nöjd med tingsrättens dom eller beslut kan överklagande ske till Arbetsdomstolen. Dessa tvister tar generellt sett längre tid än de tvister som inleds direkt i Arbetsdomstolen eftersom de prövas i två instanser.

4. Domstol är fel instans att avgöra vilken rehabiliteringsåtgärd som är lämplig

Inledningsvis bör nämnas att reglerna i den arbetsrättsliga lagstiftningen och kollektivavtalen är föreskrifter om ömsesidiga förpliktelser för arbetsgivare och arbetstagare. De grundläggande skyldigheterna i anställningsavtalet är att arbetstagaren ska utföra arbete och arbetsgivaren utge ersättning för detta. I allmänhet möter det inga svårigheter att identifiera parternas prestationer, exempelvis vilken lön och andra ersättningar som ska betalas, vilken arbetstid som ska fullgöras, vilka förhandlingar en arbetsgivare ska genomföra inför viktiga beslut etc. Utmärkande för domstolsprövningen i arbetstvister är att den är en prövning i efterhand av om part har fullgjort sina lag- eller avtalsenliga förpliktelser.

Vi ska bl.a. pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning samt en skyldighet för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsåtgärder.

En regel om att arbetsgivaren inom viss tid ska göra en rehabiliteringsutredning torde vara relativt oproblematisk att tillämpa för domstolar. En sådan bestämmelse innehåller en klar förpliktelse och domstolsprövningen skulle gå ut på att bedöma om arbetsgivaren har fullgjort sin förpliktelse eller inte. Ur individens synvinkel måste emellertid det mest angelägna vara att arbetsgivaren vidtar rätt åtgärder och inte att denne inom viss tid upprättar en rehabiliteringsutredning. Vi utvecklar detta närmare i kapitel 22.

² Arbetsdomstolens årsredovisning för år 2005.

När det gäller en arbetsrättslig skyldighet för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsåtgärder aktualiseras en annan frågeställning, nämligen om domstol är rätt instans att pröva tvister rörande denna skyldighet. En utgångspunkt för en eventuell lagreglering måste vara att de åtgärder, som arbetsgivaren ska vara skyldig att vidta, åtminstone är ändamålsenliga och kan antas leda till resultat. Arbetsgivaren kan inte gärna förpliktas utge skadestånd för underlåtenhet att genomföra åtgärder, vars effekt man inte vet något om. En tvist om genomförande av rehabiliteringsåtgärder kan exempelvis bestå i att arbetstagaren gör gällande att arbetsgivaren har brutit mot lagen genom att underlåta att genomföra en viss åtgärd, medan arbetsgivaren hävdar att åtgärden är verkningslös eller direkt olämplig. Det bör ifrågasättas om det är en domstol som är bäst skickad att avgöra vilken rehabiliteringsåtgärd som är lämplig i det enskilda fallet. Skillnaden mot dagens förhållanden är påtaglig. Domstolsprövningen kommer sålunda att gå ut på att domstol ska bestämma vilken eller vilka åtgärder som arbetsgivaren skulle ha genomfört. I dag kan en domstol i uppsägningstvister pröva om en arbetsgivare har levt upp till sitt rehabiliteringsansvar. Det som i realiteten har prövats är om arbetsgivaren har underlåtit att vidta eller pröva en viss rehabiliteringsåtgärd som kunde ha lett till att arbetstagaren har kunnat återgå i arbete hos arbetsgivaren (se t.ex. AD nr 2001 nr 92 och 2002 nr 32). Prövningen har skett mot bakgrund av den grundläggande principen i LAS att arbetsgivaren är skyldig att uttömma alla möjligheter för att undvika uppsägning. Här ligger numera att arbetsgivaren ska följa AFL:s regler om rehabilitering. Domstolen har således inte prövat om en viss rehabiliteringsåtgärd är den mest lämpliga och effektiva i det enskilda fallet, utan huvudfrågan har gällt om arbetsgivarens beslut att säga upp arbetstagaren har varit sakligt grundat.

För att kunna avgöra vad som är en lämplig åtgärd krävs i vissa fall att flera berörda parter – arbetstagar-, arbetsgivar- och arbetsgivarorganisation, behandlande läkare, företagshälsovård och Försäkringskassan – bidrar med sin erfarenhet och kunskap på området. En domstolsprövning av individens rätt till viss rehabiliteringsåtgärd skulle bli betydligt mer komplex och omfattande i förhållande till hur prövningen ser ut i dag i en uppsägningstvist. Därtill kommer den omständigheten att individens egna engagemang och motivation är av avgörande betydelse för om en rehabiliteringsåtgärd ska vara framgångsrik. Eftersom en domstol måste hålla sig inom ramen för vad parterna har yrkat och den bevisning

som har förebringats, är det också tveksamt om alla berörda aktörers intressen och sakkunskap alltid kan beaktas i en domstolsprocess. Det finns en klar risk att domstolen tvingas avgöra mål med komplicerade medicinska frågeställningar på ett bristfälligt underlag, något som knappast leder rehabiliteringsprocessen framåt.

Samtidigt som det är viktigt att belysa nackdelarna med att avgöra rehabiliteringsfrågor i domstol bör det understrykas att de flesta arbetsrättsliga tvister redan i dag löses innan det blir en tvist i domstol. Detta kan emellertid inte ha någon avgörande betydelse när lämpligheten av en arbetsrättslig reglering diskuteras. Den avgörande frågan är ändå vad som händer om parterna inte kommer överens.

5. Sanktioner

Ett problem som framhållits med dagens lagstiftning är att Försäkringskassan saknar sanktionsmedel för de fall arbetsgivaren inte följer lagen. I en arbetsrättslig reglering skulle skadestånd vara den givna sanktionen. Skadeståndsmöjligheten är ett naturligt och vanligtvis effektivt påtryckningsmedel mot de arbetsgivare som inte tar sitt ansvar enligt lag eller avtal. Mot detta måste dock ställas det förhållandet att det krävs ett tydligt ansvar för att skadestånd ska vara ett effektivt påtryckningsmedel.

Enligt direktiven ska utredningen pröva det lämpliga i att införa en arbetsrättslig reglering som dels ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning, dels medför en skyldighet för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsåtgärder. Vi anser att skadestånd i och för sig skulle kunna vara en användbar sanktion för det fall arbetsgivare underlåter att upprätta en rehabiliteringsutredning. Att upprätta en utredning är ett tydligt och avgränsat ansvar och arbetsgivare kan förutse att skadestånd kan bli konsekvensen om lagen inte efterlevs. Vad gäller det fallet att arbetsgivare underlåter att vidta rehabiliteringsåtgärder är vi mer tveksamma till om detta ansvar är tillräckligt tydligt för att skadestånd ska vara en lämplig sanktion. Vilken som är den rätta rehabiliteringsåtgärden i det enskilda fallet är en komplex fråga och det kan också vara svårt att på förhand veta vilken åtgärd som är lämplig. Denna svårighet talar emot en arbetsrättslig reglering. Skulle en sådan reglering ändå införas kan ifrågasättas om hot om skadestånd är ett effektivt påtryckningsmedel. Skadeståndsbestämmelserna i

olika arbetsrättsliga lagar har det gemensamt att de föreskriver att skadestånd kan sättas ner eller helt falla bort, om det är skäligt. Utrymmet för att jämka skadestånd synes vara stort i tvister om huruvida arbetsgivaren har underlåtit att vidta lämpliga rehabiliteringsåtgärder. I sådana tvister rör det sig inte om åsidosättande av någon klar förpliktelse, utan om en förpliktelse vars närmare innebörd i efterhand fastställts av domstol. Det kan antas att det i många fall, där arbetsgivaren i och för sig bedöms ha brutit mot lagen, föreligger sådana ursäktliga felbedömningar att skadeståndet skulle falla bort.

Det kan tilläggas att vår bild av det som brukar beskrivas som passivitet eller underlåtenhet från arbetsgivarnas sida inte i första hand beror på ovilja att följa lagen. Snarare är det ett uttryck för oförmåga att hitta lösningar på ett många gånger komplicerat problem. Sjukfrånvaron har ökat sedan år 1998 och det är stressreaktioner, ångestsyndrom och depressioner som har ökat mest. För nästan var tredje långtidssjukskriven har förlusten av arbetsförmågan orsakats av psykiska besvär. Från arbetsgivarhåll har sagts att de allra flesta arbetsgivare är villrådiga i dessa fall. Man saknar kunskaper om vilka insatser på arbetsplatsen som är lämpliga och som leder till återgång i arbete för denna grupp av sjukskrivna. Det är därför tveksamt om skadestånd skulle vara ett verkningsfullt medel för att åstadkomma en förändring.

20.5 Införande av tidsgräns när arbetsgivarens åtgärder ska vara påbörjade?

Frågan om tidiga insatser är av godo eller inte är svår att besvara. Däremot är det givetvis viktigt att på alla sätt försöka eftersträva att undvika meningslösa passiva sjukskrivningar. Det finns sjukfall där åtgärder som inleds tidigt är bra, men det finns också sjukfall där det tvärtom skulle vara skadligt att påbörja en åtgärd inom en viss tid. Att reglera att åtgärder ska påbörjas inom viss tid beräknad från en fast tidpunkt såsom exempelvis sjukfallets början eller sista dag för upprättande av rehabiliteringsutredning synes inte vara en realistisk eller rimlig lösning. Detta gäller särskilt mot bakgrund av att en reglering ska omfatta alla typer av sjukfall. Synsättet är det samma oavsett om en sådan tidsgräns skulle införas i en arbetsrättslig reglering eller i annan lagstiftning.

Som också framgår av direktiven bör tidsgränsen istället anges i relation till när det är medicinskt lämpligt att åtgärder påbörjas. En sådan tidsgräns är inte okomplicerad i en arbetsrättslig lagstiftning. Den avgörande frågan blir hur den medicinskt lämpliga tidpunkten ska fastställas? Ska arbetsgivaren eller någon utomstående göra den bedömningen? Det normala i en civilrättslig lagstiftning är att den förpliktade parten själv under skadeståndsansvar avgör när prestationen ska fullgöras. I så fall skulle det vara arbetsgivarens sak att hålla sig informerad om arbetstagarens hälsotillstånd och bedöma när det är medicinskt lämpligt att påbörja rehabiliteringsinsatser. Det är svårt att tro att arbetsgivare i allmänhet besitter den kompetens som fordras för att göra en sådan bedömning. Det skulle bli nödvändigt för arbetsgivaren att söka stöd hos företagshälsovården eller den behandlande läkaren med de komplikationer sekretessreglerna innebär. Ska bedömningen göras av någon annan än arbetsgivaren ligger det nära till hands att peka ut den behandlande läkaren som har kunskap om patientens hälsotillstånd. För att läkaren ska kunna avgöra när det är medicinskt lämpligt att påbörja rehabiliteringsåtgärder torde det fordras att läkaren har en fullständig överblick, inte bara över förhållandena på arbetsplatsen utan även över vilka arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som står till buds och är lämpliga i det enskilda fallet. Normalt har inte läkare sådana kunskaper om sina patienters arbetsförhållanden. Dessutom saknar läkare anledning att engagera sig i frågan eftersom den ligger utanför sjukvårdens ansvarsområde. Om man ändå skulle låta någon utomstående bedöma när det är dags för arbetsgivaren att påbörja rehabiliteringsåtgärder innebär detta att en tredje part får ett avgörande inflytande över den arbetsrättsliga relationen mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. Det betyder i sin tur att arbetsgivarens ansvar tunnas ut. Härmed torde det bli svårare att fastställa om arbetsgivaren har fullgjort sina åligganden.

I ett tidigare avsnitt har framförts att domstol är fel instans att avgöra vilken rehabiliteringsåtgärd som är lämplig. De skäl som redovisades till stöd för uppfattningen gör sig gällande med ännu större styrka när det kommer till att domstol ska ta ställning till vid vilken tidpunkt det hade varit medicinskt lämpligt att arbetsgivaren påbörjade rehabiliteringsåtgärder.

20.6 Överväganden

Ett införande av en arbetsrättslig lagstiftning på de områden som anges i direktiven skulle innebära ett systemskifte. Den främsta konsekvensen skulle bli att den tillsynsroll staten har genom Försäkringskassan i praktiken skulle flyttas över till den enskilde arbetstagaren. Det är han eller hon som får det yttersta ansvaret för att bevaka sina rättigheter enligt lagen. Saken kan också beskrivas som en ”privatisering” av vissa delar i ett – i varje fall på papperet – sammanhållet system som administreras av staten. Det som privatiseras är alltså tillsynen. Kostnadsansvaret kommer alltså att ligga kvar hos staten, utan att den har några direkta möjligheter att påverka vilka rehabiliteringsinsatser som görs på arbetsplatsen i det enskilda fallet. Förhåller sig arbetsgivaren passiv och arbetstagaren är nöjd med att vara sjukskriven torde statens enda roll bli att betala sjukpenning. En sådan situation är inte önskvärd.

Vi har tidigare konstaterat att omkring 30 procent av de sjukskrivna är arbetslösa vid sjukfallets början eller blir arbetslösa under sin pågående sjukskrivning. För den sistnämnda gruppen skulle en arbetsrättslig reglering innebära att den omfattas av två system, ett civilrättsligt så länge de är anställda och ett offentlighetsrättsligt när anställningen har upphört. Det kan antas att en arbetsgivare är måttligt intresserad av att vidta rehabiliteringsåtgärder för en person vars tidsbegränsade anställning ska upphöra. Samtidigt har Försäkringskassan ingen roll så länge som anställningen pågår. Det kan ifrågasättas om en arbetsrättslig reglering skulle stärka denna grupps ställning och öka möjligheterna för den att komma tillbaka på arbetsmarknaden.

Den nuvarande lagstiftningen i AFL om arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar är till sin utformning både tydlig och detaljerad. Problemet är således inte lagens utformning eller innehåll i sig. Det största problemet är i stället att arbetsgivarna och Försäkringskassan inte efterlever de bestämmelser som finns. Det finns även andra tänkbara förklaringar till varför rehabiliteringen inte har fungerat vilka vi närmare har presenterat i kapitel 18. Ett annat problem i det sammanhanget är att det inte finns några sanktionsmöjligheter enligt AFL. En arbetsrättslig reglering skulle möjligen kunna lösa problemet med bristen på sanktioner vid underlåtenhet att efterleva lagen, men enligt vår mening måste det starkt ifrågasättas om en arbetsrättslig reglering också bidrar till lösningen av

de övriga problem som presenterats och som till stora delar beror på Försäkringskassans tillkortakommanden.

Även om Försäkringskassans arbete med rehabilitering inte alls har nått upp till de ambitionsnivåer som kommer till uttryck i AFL blir ändå frågan om detta är ett tillräckligt skäl för att staten ska överlåta delar av sitt nuvarande ansvar på parterna. Den lösning som ligger närmare till hands synes vara att staten i stället ser till att Försäkringskassan fullgör sina lagstadgade uppgifter. Ska en annan väg väljas bör man vara övertygad om att detta är ett bättre alternativ. Som framgår av de redovisade för- och nackdelarna med en arbetsrättslig reglering är det enligt vår uppfattning klart att följderna av ett sådant förslag övervägande skulle vara negativa. Vi har då särskilt beaktat konsekvenserna av en övergång från en offentligrättslig reglering till en civilrättslig, där arbetstagaren själv får bevaka sina rättigheter samtidigt som han eller hon genom sin sjukdom befinner sig i en utsatt situation. Det är högst tveksamt om en arbetsrättslig reglering skulle stärka individens ställning. I all synnerhet gäller det för individer som inte tillhör en facklig organisation. Samma sak gäller även för fackligt anslutna som av olika skäl inte får stöd och bistånd av sin organisation. Vidare har beaktats att en lyckad rehabiliteringsprocess kräver ett gott samarbete mellan i första hand arbetsgivaren och arbetstagaren men också mellan andra aktörer. Det kan inte nog understrykas att en domstolsprocess skulle kunna äventyra detta samarbete. Vi anser inte att man med fog kan anta att en arbetsrättslig reglering skulle leda till en effektivare rehabilitering. Av det anförda följer att vi inte föreslår en arbetsrättslig reglering som innebär att arbetstagaren ges rätt till en rehabiliteringsutredning och att åtgärder vidtas. Vi anser inte heller att det i en arbetsrättslig reglering – eller i annan lagstiftning – är lämpligt att införa en tidsgräns för när åtgärder ska vara påbörjade. Däremot menar vi att det finns skäl att göra vissa andra ändringar i befintlig lagstiftning, vilket vi återkommer till i följande kapitel.

Som framgått av vad vi tidigare har anfört skulle en arbetsrättslig reglering i och för sig vara möjlig när det gäller arbetsgivarens skyldighet att upprätta en rehabiliteringsutredning. Vi ställer oss emellertid tveksamma till det nuvarande systemet och avser att föreslå att rehabiliteringsutredningen ersätts med en plan för åtgärder på arbetsplatsen. Tankarna bakom denna förändring redovisas i kapitel 22. Av denna anledning föreslår vi ingen arbetsrättslig reglering av arbetsgivarens skyldighet att upprätta en rehabiliteringsutredning.

21 Kan rehabiliteringsreglerna rymmas i Arbetsmiljölagen?

Målsättningen i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) är att förebygga ohälsa och olycksfall¹. Lagen reglerar de övergripande ansvarsfrågorna när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetsmiljöverket ställer krav på arbetsgivaren att vidta åtgärder när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering. Det handlar i huvudsak om att se till att arbetsgivaren har system och rutiner inom området.

22 kapitlet i lagen om allmän försäkring (1962:381) (AFL) reglerar arbetsgivarens, individens och Försäkringskassans ansvar då den anställde är i behov av insatser för att kunna återgå i arbete efter sjukskrivning.

Många av de arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren ska vidta enligt förarbetena till AFL finns angivna i Arbetsarkyddsstyrelsens allmänna råd.

För ytterligare beskrivning av regelverket kring rehabilitering i AFL respektive AML hänvisar vi till kapitel 5 och 6.

Anpassning av arbetsförhållandena till individen och arbetsgivarens skyldighet därvidlag regleras alltså i AML medan AFL reglerar åtgärder för att stärka individens möjlighet att kunna återgå i arbete efter en längre eller kortare tids sjukskrivning och arbetsgivarens ansvar i detta sammanhang.

Tillsynen över arbetsgivarens organisation av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet ligger på Arbetsmiljöverket medan tillsynen över den enskilde personens rehabiliteringsåtgärder ligger på Försäkringskassan.

Arbetsgivarens ansvar för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan omfatta till exempel arbetsprövning, arbetsträning på den egna arbetsplatsen, omplacering och utbildning. Andra exempel är förändring av arbetsorganisation, arbetsmetoder och arbetstider. Arbetsgivaren kan också vara skyldig att vidta tekniska åtgär-

¹ 1 kap. 1 § AML.

der eller att anskaffa särskild utrustning, arbetsredskap och teknisk utrustning². Även personella stödinsatser är sådant som arbetsgivaren kan vara skyldig att tillhandahålla³.

Frågor kring ansvar för anpassning av arbetsplatsen och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i det enskilda fallet hör så nära ihop att det är värt att fundera över om det är rätt att de är placerade i olika lagar. Bör man överväga att reglera arbetsgivarens ansvar för såväl anpassnings- som arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i en och samma lag? Arbetsgivarens ansvar i 22 kap. AFL skulle då kunna överföras till 3 kap. AML och byggas ihop med regelverket om arbetsanpassning och den organiserade arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten.

21.1 Vad talar för att AML ska inrymma även de delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som i dag finns i 22 kap. AFL?

Arbetsmiljöverket har kunskap om arbetsmiljöfrågor och arbetsplatser

Arbetsmiljöverket gör årligen 39 000 systeminspektioner. Även om det innebär att enbart ett fåtal av företagen får ett besök ger det ändå en överblick.

Arbetsmiljöverket skulle få en tydlig roll när det gäller att utöva tillsyn

Arbetsgivare kan ha svårt att särskilja Försäkringskassans uppdrag inom rehabiliteringsområdet från Arbetsmiljöverkets. Det finns också en risk att de olika uppdragen i AML och AFL skapar en situation där ”alla väntar på alla”. Om uppdraget att utöva tillsyn både vad gäller individ- och systemfrågor åvilar en och samma myndighet blir uppdraget tydligare.

Arbetsmiljölagen har ett sanktionssystem

Bristen på sanktioner i AFL nämns ofta som ett problem och en av orsakerna till att AFL inte efterlevs vad gäller rehabiliteringsutredningar i alla sjukfall som pågått minst fyra veckor. Försäkrings-

² Prop. 1990/91:141 s. 42.

³ AFS 1994:1.

kassan och Arbetsmiljöverket har sedan år 2003 ett avtal om samverkan kring uteblivna rehabiliteringsutredningar. Arbetsmiljöverket har efter besked från Försäkringskassan om utebliven rehabiliteringsutredning kontaktat arbetsgivare via brev eller aviserat inspektion. Beskedet från Arbetsmiljöverket om att utebliven rehabiliteringsutredning indikerar brister i lagstadgade rutiner för anpassning och rehabilitering har haft stor effekt på antalet inkomna rehabiliteringsutredningar från arbetsgivare.

Den fackliga organisationens roll framför allt i form av skyddsombudens roll skulle stärkas

De fackliga organisationerna har genom skyddsombuden en god insikt i arbetsmiljöarbetet men deltar mer sällan i den enskildes rehabiliteringsplanering. Genom att låta anpassning och rehabilitering på system- och individnivå sammanföras skulle de fackliga ombuden få en naturlig plats i rehabiliteringsarbetet runt den anställde sjuk-skrivne.

AML reglerar även krav på företagshälsovård

Genom att samla lagstiftningen kring företagshälsovård, förebyggande arbete, anpassning och rehabilitering på system- och individnivå i en lag skapas en överblick över hela kedjan vilket bör gynna att kunskapen inom detta område ökar och att tidiga och förebyggande insatser kommer till stånd i högre grad än i dag. I det praktiska arbetet bör företagshälsovården vara en naturlig part för arbetsgivare att ta hjälp av.

Försäkringskassans roll renodlas till att vara en försäkringsgivare

Försäkringskassans tillsyns- och samordningsuppdrag har aldrig "satt sig". Kanske beroende på att det inte passar i Försäkringskassans verksamhet. Försäkringskassan är av tradition en myndighet för utbetalning av olika typer av socialförsäkringsförmåner. Även om det skett en nyrekrytering av personal med annan kompetens, t.ex. beteendevetenskaplig utbildning är det fortfarande så att större delen av personalen är rekryterad för att handlägga utbetalningsärenden. Genom att lyfta ut uppdraget att utöva tillsyn och

samordna och lägga det i AML skulle Försäkringskassans uppdrag bli tydligare.

21.2 Vad talar emot att AML ska inrymma även de delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som i dag finns i 22 kap. AFL?

Många sjukskrivna saknar arbetsgivare

Ungefär 30 procent av de sjukskrivna är eller blir arbetslösa under pågående sjukskrivning och omfattas då inte av AML. Det innebär att Försäkringskassan (eller någon annan myndighet) måste ha ett ansvar för att bevaka att de som saknar arbetsgivare får sitt behov av insatser tillgodosett.

Det är också ett ökat fokus på att personer som fått sjuk- eller aktivitetsersättning ska få stöd för att på nytt kunna återgå i arbete och deras intresse kan inte tas tillvara inom AML eftersom dessa i ännu högre grad saknar arbetsgivare. Så mycket som 60 procent av dem som har tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning har visat sig sakna arbetsgivare⁴.

Det skulle krävas en avsevärd resursförstärkning till Arbetsmiljöverket

Om denna myndighet även skulle ha ansvar för att bevaka att den enskilde anställde får det stöd i form av rehabilitering och arbetsanpassning som denne behöver krävs en väsentlig resursförstärkning till Arbetsmiljöverket. Detta skulle i och för sig kunna ställas mot att Försäkringskassan rimligen borde behöva motsvarande mindre resurser, men eftersom Försäkringskassan måste ha kvar delar av sitt samordningsansvar (för dem som saknar arbetsgivare) blir det antagligen totalt sett en resursökning.

Det skulle också krävas en resursförstärkning inte bara i form av ett stort antal nya inspektörer utan också sannolikt fler jurister och specialister på rehabiliteringsområdet. Dessutom skulle det krävas arbete med att ta fram nya tillsynsmetoder, utbildning av chefer och inspektörer samt handledningsresurser. Utbildningsinsatsen för de nyanställda inspektörerna skulle bli omfattande då myndig-

⁴ Uppgift: PILA projektet, Försäkringskassan.

heten är inne i en generationsväxling som redan i dag medför en stor arbetsbörda i form av ersättningsrekrytering och utbildning.

Arbetsmiljöverkets inriktning är inte anpassad till individärenden

Arbetsmiljöverket har merparten av sina resurser inom det tekniska, kemiska och medicinska området. Arbetsmiljöverket har i dag god kompetens på det psykosociala området men för ett uppdrag som detta är kompetensen inte avpassad.

Tillsyn av arbetsanpassning och rehabilitering ur ett individperspektiv skulle innebära tillsyn enligt helt andra tillsynsmetoder än de som finns i dag. Tillsyn av enskilda individer mångdubblar ju också antalet tillsynsobjekt till en omfattning som Arbetsmiljöverket inte för närvarande kan överblicka. Tillsynen skulle dessutom bli mer komplicerad och mer tidskrävande genom det nya inslaget att också ställa krav på åtgärder utifrån ett individperspektiv förutom det nuvarande perspektivet om systematiskt arbetsmiljöarbete.

Det finns inget som säger att Arbetsmiljöverket skulle klara uppdraget bättre

Under ett stort antal år har ambitionen varit att förstärka Försäkringskassans kompetens när det gäller individuell rehabilitering. Om man bedömer att detta inte lyckats är frågan om det skulle lyckas bättre i en myndighet där inriktningen av verksamheten i dag huvudsakligen är en annan än individen? Så länge Försäkringskassan har ansvaret för sjukförsäkringen är det där som kompetens och resurser behöver utvecklas så att myndigheten klarar sitt uppdrag. Om bedömningen är att det behövs sanktionsmöjligheter mer direkt kopplade till arbetsgivarens brister i de enskilda ärendena så bör sådana möjligheter snarare ges till Försäkringskassan, i kombination med att arbetsgivarens gränser för rehabiliteringsansvaret tydliggörs.

Många sjukskrivna är i behov av insatser från flera håll

För att kunna bevaka att en individ får de insatser han/hon behöver på arbetsplatsen och dessutom nödvändiga medicinska rehabiliteringsinsatser behövs en samordningsfunktion. För att kunna ta det ansvaret måste man ha tillgång till det medicinska underlaget i sjukfallet. Det krävs också kunskap för att kunna tolka medicinsk information. Försäkringskassan har försäkringsläkare att tillgå medan någon liknande funktion inte finns inom Arbetsmiljöverket. Sådan kunskap går givetvis att bygga upp men innebär en ökad kostnad.

Integritetskänslig information kommer att delges ytterligare en myndighet

Om Arbetsmiljöverket ska ta över ansvaret att bevaka den enskildes rätt till insatser innebär det att ytterligare en myndighet ska ha tillgång till integritetskänslig information, eftersom Försäkringskassan även i fortsättningen måste ha den informationen för att kunna ta ställning till den enskildes rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Arbetsmiljöverkets nuvarande uppdrag kan påverkas negativt

Risken att Arbetsmiljöverkets nuvarande verksamhet försvagas kan inte negligeras. Ett antal faktorer måste noggrant övervägas. Vad skulle förändringen innebära när det gäller tydligheten i Arbetsmiljöverkets myndighetsutövning? Är uppdragen verksamhetsmässigt helt förenliga med varandra eller finns problem? Hur mycket tempo skulle man tappa i utvecklingen mot systemtillsyn? Det finns anledning att överväga förstärkning av Arbetsmiljöverkets resurser för att klara det nuvarande uppdraget.

21.3 Slutsats

Det finns en hel del som talar för att arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering skulle kunna samlas i en och samma lag och på så sätt också få en och samma tillsynsmyndighet.

Det som talar emot det är framför allt att en sådan lagstiftning endast skulle kunna omfatta den som har en anställning under sjukskrivningstiden. Övriga sjukskrivna personer måste få sitt behov av stöd och insatser reglerade i annan lagstiftning. Det skulle leda till att vi fick två parallella spår i rehabiliteringsarbetet, ett för anställda och ett för övriga.

Ytterligare ett problem är att de flesta också behöver insatser från sjukvården och samordningen av dessa insatser med insatser på arbetsplatsen är inte frågor som passar inom ett arbetsgivaransvar som regleras inom AML.

Vi har också övervägt att föreslå att endast den paragraf i AFL som regleras arbetsgivarens skyldighet att upprätta en rehabiliteringsutredning, 22 kap. 3 § AFL, skulle flyttas till AML. Eftersom vi i kapitel 24 föreslår att sanktioner då arbetsgivare inte i föreskriven tid inkommer med plan för åtgärder på arbetsplatsen (som ersätter rehabiliteringsutredning) ska regleras genom en förseningsavgift, anser vi dock att det är mer logiskt att kravet på ett underlag från arbetsgivare efter en viss sjukskrivningstid även fortsättningsvis regleras i AFL.

22 Rehabiliteringsutredning ersätts med en plan för åtgärder på arbetsplatsen

Utredningens förslag:

Arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning ersätts med en skyldighet att upprätta en plan för åtgärder på arbetsplatsen.

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

På begäran av den försäkrade eller Försäkringskassan ska 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 ska utgå från den försäkrades individuella förutsättningar och behov.

Planen ska ges in till Försäkringskassan senast 30 dagar från den dag då begäran enligt andra stycket framställdes hos arbetsgivaren.

Även om ingen begäran har framställts av den försäkrade eller Försäkringskassan ska 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 ska fortlöpande se till att planen följs och att det vid behov görs ändringar i den.

Det formulär som ska användas som underlag till plan för åtgärder på arbetsplatsen bör utformas i nära samarbete mellan arbetsmarknadens parter och Försäkringskassan.

Vi har i kapitel 20 redovisat varför vi anser att en arbetsrättslig reglering inte är en lämplig väg att gå för att få en effektiv rehabiliteringsprocess. Vi tror dock att det finns andra förändringar som skulle kunna skapa en effektivare rehabilitering.

Gällande ordning med en rehabiliteringsutredning som ska påbörjas av arbetsgivaren senast efter fyra veckors sjukfrånvaro och lämnas till Försäkringskassan senast efter åtta veckor bör ändras.

Vi föreslår att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning slopas och ersättas med en *plan för åtgärder på arbetsplatsen*, som arbetsgivaren ska upprätta och lämna till Försäkringskassan.

Planen ska upprättas då den anställde eller Försäkringskassan begär det. Även om en sådan begäran inte gjorts ska en plan alltid upprättas och lämnas till Försäkringskassan senast då den anställde på grund av sjukdom varit frånvarande under 90 dagar i följd. Planen ska redovisa samtliga åtgärder som planeras/genomförs på arbetsplatsen, alltså även sådana som inte ger rätt till rehabiliteringsersättning. På så sätt får man en tydligare bild av de samlade insatserna på arbetsplatsen.

Arbetsgivaren har i allmänhet god kunskap om sina anställda och deras resurser samt vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta återgång i arbete. I detta avseende spelar arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsplatsen stor roll. Även arbetstagarorganisationerna har en viktig roll genom den kompetens och kännedom som de har om arbetsplatsen. Arbetsgivaren har även tillgång till medicinsk information i form av ett läkarutlåtande där funktionsnedsättningen är beskriven. Detta gör sammantaget arbetsgivaren till den lämpligaste parten att ansvara för att den anställdes behov av insatser på arbetsplatsen klarläggs och planeras.

Rehabiliteringsutredningen slopas

Redan ordet rehabiliteringsutredning bidrar till otydligheten om vad arbetsgivarens ansvar egentligen innebär. Arbetsgivaren ska ansvara för att individens behov av åtgärder på arbetsplatsen klarläggs och för att den anställde får de insatser på arbetsplatsen som denne behöver för att kunna återgå i arbete. Däremot har arbetsgivaren inte ansvar för utredning och behandling av medicinsk eller social natur som individen eventuellt behöver. Detta ansvar åvilar andra (hälso- och sjukvården respektive kommunen).

Vi har noterat att rehabiliteringsutredningen i dess nuvarande utformning inte uppfattas som ett verktyg i arbetsgivarens arbete utan som en "läxa" som ska göras och redovisas till Försäkringskassan. Detta har förstås en stor betydelse för den bristande efterlevnaden av lagens krav på en obligatorisk rehabiliteringsutredning efter fyra veckors sjukskrivning. Rehabiliteringsutredningen upplevs svår att fylla i vid denna tidpunkt då den medicinska behandlingen kanske ännu inte gett något resultat. Det är ett välkänt pro-

blem att rehabiliteringsutredningar är ofullständigt ifyllda, vilket också redovisats i olika uppföljningar som gjorts av Försäkringskassan. I de rehabiliteringsutredningar som inkommer är den vanligaste informationen att man avvaktar medicinsk behandling/läkning.

22.1 Arbetsgivaren har ansvar för att tidigt kartlägga, planera och genomföra insatser

Det är eftersträvansvärt att man på alla sätt undviker meningslösa passiva sjukskrivningar både med tanke på individen och med tanke på samhällets kostnader för sjukskrivningar. Så snart en längre sjukskrivning kan förutses bör därför samtal inledas mellan arbetsgivaren och den anställde om vad som kan göras för att förkorta sjukskrivningstiden, till exempel om arbetstagaren kan utföra andra arbetsuppgifter eller om arbetsgivaren på något sätt kan anpassa arbetsuppgifter eller arbetsplats. Den tidiga dialogen på arbetsplatsen är mycket viktig.

Arbetsgivaren är skyldig att anpassa arbetsuppgifterna efter den anställdes förutsättningar¹ vilket innebär att han redan från sjukfallets första dag måste överväga om det finns möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna efter den anställdes nya förutsättningar. Detta ansvar förändras inte av vårt förslag att arbetsgivaren om ingen framställan gjorts från den anställde eller Försäkringskassan alltid ska upprätta en plan för åtgärder på arbetsplatsen *senast* efter 90 dagars sjukfrånvaro.

Arbetsgivarens ansvar att snarast kartlägga den anställdes behov av insatser för att kunna återgå i arbete regleras såväl i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL)² som i Arbetarskyddsstyrelsen kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering³. I kommentaren till sistnämnda föreskrift betonas vikten av tidiga kontakter mellan arbetsgivaren och den anställde vid sjukskrivning:

Det är särskilt viktigt att det finns rutiner för hur kontakt ska tas med de sjukskrivna. Det är angeläget att höra av sig så tidigt som möjligt

¹ 3 kap. 3 § arbetsmiljölagen (1977:1160).

² 22 kap. 3 § AFL.

³ 5 § Arbetarskyddsstyrelsen kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1.

från arbetet och därefter upprätthålla täta kontakter under hela sjukperioden.⁴

22.2 Arbetsgivaren och den anställde ska upprätta planen tillsammans och den anställdes fackliga organisation ska underrättas

De viktigaste personerna då en plan ska upprättas är självklart den anställde och arbetsgivaren. Vi tror dock av flera skäl att det är bra med en facklig medverkan i denna planering och föreslår därför att arbetsgivaren ska vara skyldig att underrätta den anställdes fackliga organisation när det är dags att upprätta en plan. Det är sedan den anställde som själv avgör huruvida denne vill ha med en facklig representant eller inte. För ytterligare belysning av vår syn på den fackliga organisationens roll hänvisas till kapitel 23. Det finns även andra parter som vid behov kan delta i planeringen. Dit hör till exempel den anställdes sjukskrivande läkare eller någon från företagshälsovården. På samma sätt som arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan så är också den anställde skyldig att medverka till detta. I annat fall riskerar denne att få ersättningen från sjukförsäkringen indragen⁵ och riskerar även att mista sin anställning. Självfallet måste de krav och förväntningar som avser den försäkrade ta hänsyn till den enskildes hälsotillstånd och de får inte medföra att arbetsgivarens ansvar reduceras.

22.3 Innehållet i plan för åtgärder på arbetsplatsen

Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som ska genomföras på arbetsplatsen för att göra det möjligt för den anställde att återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder arbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa upp för dem som är berörda (arbetsgivare, anställd, facklig organisation m.fl.). Planen är också en viktig information i Försäkringskassans ställningstagande till den enskildes rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Eftersom arbetsgivarens ansvar ska begränsas till de insatser som ska ske på arbetsplatsen ska också planen innehålla denna begränsning.

⁴ Kommentar till 10 § AFS 1994:1.

⁵ 20 kap. 3 § AFL.

Frågor som kan bli aktuella att ta ställning till i en plan är bl.a. följande.

- Möjlighet till att arbeta viss tid (deltidssjukskrivning).
- Anpassning av arbetsplatsen eller arbetsuppgifter.
- Omplacering, tillfällig eller permanent.
- Behov av arbetstekniska hjälpmedel.
- Behov av utbildning/omskolning till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren.
- Behov av insatser som företagshälsovården kan tillhandahålla.
- Hur kontakten med arbetsplatsen ska ske under pågående sjukskrivning.
- Vid vilka tider som insatser ska göras och hur arbetsgivare och anställd ska följa upp planen.

Precis som vid den ordning som för närvarande gäller vid rehabiliteringsutredningar⁶ ska planen anpassas till de frågor som ska lösas. Om det är uppenbart att några särskilda insatser inte behövs får planen begränsas till uppgifter om orsaken till detta. Samma sak gäller om den anställdes hälsotillstånd vid den tidpunkt då planen ska upprättas inte medger någon planering av insatser på arbetsplatsen.

En plan för åtgärder på arbetsplatsen ska underlätta och göra tydligt de insatser som ska ske och det är därför viktigt att planen utformas på ett sätt som stöder detta arbete samtidigt som den ska var ett beslutsunderlag för Försäkringskassans fortsatta handläggning. Det formulär som ska användas bör därför tas fram i nära samverkan mellan arbetsmarknadens parter och Försäkringskassan.

22.4 Planen ska upprättas på begäran av den anställda eller Försäkringskassan och alltid ges in till Försäkringskassan senast efter 90 dagars sjukfrånvaro

De allra flesta sjukskrivningar kan avslutas utan några extra insatser alls eller efter endast mindre anpassningar av arbetsuppgifter etc. Det vi vill uppnå med vårt förslag är att Försäkringskassans resurser inte ska tas i anspråk i de sjukfall som med små insatser kan hanteras på arbetsplatsen. Arbetsgivaren får ett ansvar att göra en

⁶ Förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. AFL.

planering för åtgärder på arbetsplatsen i de sjukfall som riskerar att bli långa men befrias från en meningslös administrativ insats i sjukfall som avslutas inom de första månaderna. Om det tidigt i sjukfallet finns indikationer på att det kommer att behövas insatser är det givetvis angeläget att dessa sätts in så snart det är lämpligt.

Vi vill genom vårt förslag flytta fokus från Försäkringskassan till arbetsplatsen. Det är där dialogen ska föras. Vi har gjort bedömningen att om man inte inom de första tre månadernas sjukskrivning lyckats finna en lösning på arbetsplatsen som gör att den anställde kan återgå i arbete är det dock rimligt att Försäkringskassans resurser alltid tas i anspråk. Vi föreslår därför att en plan för åtgärder på arbetsplatsen alltid ska ha upprättats och lämnats till Försäkringskassan *senast* då en person varit sjukskriven i 90 dagar i följd. Såväl individen själv som dennes läkare och arbetsgivare bör till dag 90 i sjukskrivningen ha en tydlig bild av hur förutsättningar för återgång i arbete ser ut och i vad mån detta kräver insatser på arbetsplatsen. Om det redan före dag 90 i sjukskrivningen står klart att en plan bör upprättas så bör det givetvis göras så snart det är möjligt.

22.5 Den anställde eller Försäkringskassan kan begära att planen upprättas vid en tidigare tidpunkt

Det kan finnas sjukfall då det tidigt framgår att insatser på arbetsplatsen skulle kunna förkorta sjukskrivningstiden. Försäkringskassan ska då kunna ålägga arbetsgivaren att vid en tidigare tidpunkt än dag 90 i sjukfallet komma in med en plan för åtgärder på arbetsplatsen. Arbetsgivaren måste ges en skälig tid för att upprätta denna plan. Vi föreslår att 30 dagar kan vara en skälig tid för detta. Det innebär att Försäkringskassan även i sjukfall som pågått kortare tid än 60 dagar kan begära in en plan för åtgärder på arbetsplatsen.

Samma sak bör givetvis gälla för den anställde. Om denne upplever att det kan göras insatser i ett tidigt skede kan han/hon begära att arbetsgivaren upprättar en plan och lämnar till Försäkringskassan.

Vi anser inte att det är nödvändigt att sätta upp några kriterier för när den anställde eller Försäkringskassan ska kunna begära en plan före dag 90. Man får utgå ifrån att det i förekommande fall finns fog för en sådan begäran.

22.6 Ökad kvalitet i planerna

Den nu gällande lagstiftningen är utformad på så sätt att när arbetsgivaren har lämnat sin rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan så har denne gjort vad lagen⁷ kräver i form av utredning och Försäkringskassan noterar i sina handläggningssystem att utredningen kommit in. Men om utredningen enbart innehåller information om att arbetsgivaren avvaktar medicinsk behandling, vilket är fallet i ungefär varannan utredning, är det inte någon särskilt användbar information. Någon skyldighet för arbetsgivaren att inkomma med en ny rehabiliteringsutredning då situationen klarnat finns inte. Vi tror därför att genom att senarelägga den tidpunkt då en plan för åtgärder på arbetsplatsen senast ska ges in och att reglera arbetsgivarens ansvar att hålla planen aktuell ökar möjligheten att planen kan vara till nytta i den fortsatta handläggningen. Efter 90 dagars sjukskrivning bör också den medicinska bilden ha klarnat i många fall, vilket underlättar en planering.

Med anledning av att volymerna minskar och att den tidpunkt då planen senast ska vara upprättad flyttas framåt i tiden⁸ bör förutsättningar öka för att arbetsgivare ska kunna upprätta en plan med god kvalitet samtidigt som möjligheterna för Försäkringskassan att ta sitt samordningsansvar och snabbt kalla till ett avstämningsmöte ökar.

Försäkringskassans och den anställdes möjlighet att vid en tidigare tidpunkt begära en plan för åtgärder på arbetsplatsen borgar för att tidiga impulser i sjukfallet tas tillvara.

Vi tror även att ökat inflytande för de fackliga organisationerna kommer att bidra till en god kvalitet på planen. Dels genom den kunskap på området som den fackliga organisationen besitter dels genom att arbetstagarorganisationerna kommer att bevaka att arbetsgivaren tar sitt ansvar.

Såväl den fackliga organisationen som Försäkringskassan har också möjlighet att som i dag anmäla till Arbetsmiljöverket om en arbetsgivare systematiskt brister i sitt rehabiliteringsansvar.

Som framgår av kapitel 24 föreslår vi att en sanktion i form av förseningsavgifter ska användas då en arbetsgivare inte inom 90 dagar inkommer med en plan för åtgärder på arbetsplatsen. Vi anser att man inte ska göra någon kvalitetsbedömning av planen då man

⁷ 22 kap. 3 § AFL.

⁸ 260 000 sjukskrivningar av anställda pågick 30 dagar medan endast hälften så många pågick 90 dagar eller mer (Källa: Försäkringskassan år 2005).

tar ställning till eventuell sanktion mot arbetsgivaren. Det finns i och för sig en risk att mindre seriösa arbetsgivare skickar in en mycket ofullständig plan för att undgå sanktion, men mot bakgrund av ovanstående gör vi bedömningen att den risken inte är särskilt stor.

22.7 Ett alternativ

Som ett alternativ till att en plan ska upprättas senast vid viss tidpunkt har vi även övervägt om en plan möjligen ska upprättas endast på begäran av individen själv enligt följande modell. Om individen gör anspråk på ersättning från Försäkringskassan under den tid denne deltar i olika typer av rehabiliteringsåtgärder får han eller hon ansöka om detta hos Försäkringskassan. Till ansökan ska då bifogas den upprättade planen som utgör ett underlag för Försäkringskassans beslut.

Den sanktion som kan kopplas till detta alternativ är att om individen inte aktivt bidrar till att de insatser som behövs kommer till stånd så kan Försäkringskassan dra in sjukpenningen.

Vi anser dock inte att detta är en framkomlig väg eftersom hela ansvaret för rehabiliteringsprocessen då skulle övervältras på individen. Individens ställning skulle inte stärkas – som det anges i direktivet att syftet med förslagen ska vara – utan tvärtom försvagas.

22.8 Försäkringskassans roll i arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen

Försäkringskassans uppgift är att fortlöpande ta ställning till individens begäran om ersättning från sjukförsäkringen. Försäkringskassans beslut grundar sig på reglerna i AFL⁹. Ett viktigt underlag i denna bedömning är de insatser som planeras eller pågår på arbetsplatsen. En person som vill göra anspråk på rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning eller särskilt bidrag ska precis på samma sätt som i dag ansöka om detta hos Försäkringskassan. Planen för åtgärder på arbetsplatsen är då en del i beslutsunderlaget.

⁹ 3 kap. 7 § och 22 kap. 7 § AFL.

Försäkringskassan kan begära att planen ska kompletteras om den inte ger tillräcklig information för att Försäkringskassan ska kunna fatta ett beslut om ersättning till individen. På samma sätt handläggs ett läkarintyg som måste kompletteras. Bristfälligt ifyllda medicinska underlag kompletteras som regel genom att intyget skickas tillbaka till läkaren som utfärdat intyget.

Försäkringskassan ska inte *godkänna* arbetsgivarens plan utan ha den som ett beslutsunderlag i sin fortsatta handläggning. Vad ska man då göra om arbetsgivaren och Försäkringskassan inte är överens om vad som ska ske på arbetsplatsen? Om Försäkringskassan gör bedömningen att den anställde skulle kunna klara ett arbete hos nuvarande arbetsgivaren efter vissa åtgärder men arbetsgivaren av något skäl inte är beredd att vidta åtgärderna ska Försäkringskassan precis som i dag tillämpa steg för steg modellen och ta ställning till individens möjligheter utanför den nuvarande arbetsplatsen. Det innebär att om den anställde, 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. För ytterligare beskrivning av Försäkringskassans bedömning av individens rätt till sjukpenning hänvisas till kapitel 5.

22.9 Hälsa- och sjukvårdens roll i planeringen

Läkarintyg från och med dag 90 i sjukskrivningen bör vara utformade så att de utgör en plan för de medicinska insatser individen behöver för att kunna återgå i arbete. Inom det pågående regeringsuppdraget att effektivisera sjukskrivningsprocessen¹⁰ pågår en diskussion om hur medicinska underlag bör vara utformade för att kunna fylla sin uppgift som beslutsunderlag i Försäkringskassans handläggning. Vi avstår därför från att lägga något mer detaljerat förslag i denna del.

¹⁰ Regeringsuppdrag (S2005/9201/SF) till Socialstyrelsen och Försäkringskassan att utforma och komma med förslag till en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.

22.10 Avstämningsmötets funktion

Försäkringskassan ska, om det inte är obehövt, kalla till ett avstämningsmöte inom två veckor från det att en plan för åtgärder på arbetsplatsen kommit in från arbetsgivaren. På den punkten föreslås ingen ändring.

Om arbetsgivaren på begäran av den anställda eller Försäkringskassan och senast vid dag 90 i sjukfallet har gjort en plan på vilka insatser som kan göras på arbetsplatsen och hälso- och sjukvården gjort en medicinsk behandlingsplan med en prognos bör förutsättningarna var goda för att ett avstämningsmöte verkligen leder till att den sjukskrivne får ett samlat stöd för att kunna återgå i arbete. I de fall det visar sig att det inte går att åstadkomma de förändringar på arbetsplatsen som krävs, får Försäkringskassan ett underlag för att i samverkan med Arbetsförmedlingen utreda om individen med eller utan arbetsmarknadsinriktade insatser kan ta ett annat arbete.

23 Tydligare roll för de fackliga organisationerna

Utredningens förslag:

Att arbetstagarorganisationernas roll förtydligas på så sätt att arbetsgivaren ska vara skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisation som arbetstagaren tillhör när arbetet med att upprätta en plan inleds.

23.1 Uppdraget

I direktiven framhålls att arbetstagarorganisationerna har en viktig roll i rehabiliteringsarbetet genom den kompetens och kännedom som de har om arbetsplatsen. Vidare sägs att den lagstiftning som trätt i kraft den 1 januari 2005 har tydliggjort vilka förväntningar den försäkrade kan ha på Försäkringskassan när det gäller att upprätta rehabiliteringsplaner och kalla till avstämningsmöte. Det finns, enligt direktiven, nu skäl att även stärka arbetstagarens rätt att genom arbetsgivaren få klarlagt sina möjligheter att återgå till arbete och att lämpliga åtgärder som behövs också kommer till stånd. I det sammanhanget uttalas att det kan övervägas om arbetstagarorganisationerna bör få en tydligare roll då deras engagemang och kunskaper behövs som ett stöd för den enskilde. Direktiven slår fast att aktiva arbetstagarorganisationer har mycket att tillföra rehabiliteringsprocessen och att det därför är viktigt att ge fackliga representanter tillträde till dessa processer.

23.2 Arbetstagarorganisationernas medverkan

För en utförligare redovisning av reglerna om samverkan och fackligt inflytande hänvisas till kapitel 12.

23.3 Hur ska arbetstagarorganisationerna på ett bättre sätt få tillträde till rehabiliteringsprocessen?

När det i direktiven talas om att det bör övervägas om arbetstagarorganisationerna bör få en tydligare roll är det i första hand som stöd för den enskilde. Tanken synes vara att de fackliga organisationernas kompetens och kännedom om arbetsplatsen ska komma rehabiliteringsprocessen till godo och härmed bidra till en högre kvalitet. Det är sålunda som företrädare för den enskilde arbetstagararen i ett rehabiliteringsärende som arbetstagarorganisationernas roll bör förtydligas. I det sammanhanget kan det vara frågan om ett stöd för arbetstagararen i kontakterna med såväl arbetsgivaren som Försäkringskassan.

Samtidigt kan konstateras att en grundläggande förutsättning för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete är att det på arbetsplatsen finns den i AML föreskrivna organiserade verksamheten för arbetsanpassning och rehabilitering. I den delen har de fackliga organisationerna en tydlig roll då det anges i AML att skyddsombud ska vaka över att arbetsgivaren uppfyller lagens krav i detta avseende. Dessutom ska frågor om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på arbetsstället behandlas i skyddskommittén. Till detta kommer bestämmelserna i lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL) om arbetstagarinflytande. Som redan nämnts är arbetsgivaren skyldig att på eget initiativ fortlöpande informera de kollektivavtalsbundna fackliga organisationerna om bl.a. förekommande statistik om personalens hälsotillstånd och sjukfrånvaro. Vidare torde skyldigheten för arbetsgivaren att inom rimliga gränser biträda organisationerna med utredningar omfatta att lämna uppgifter om hur många anställda som är långtidssjuka, om rehabiliteringsutredningar har genomförts och om vilka åtgärder för återgång i arbete som pågår eller planeras.

När det gäller de fackliga organisationernas möjligheter att företräda en enskild medlem i rehabiliteringsprocessen handlar det i huvudsak om två situationer, kontakten med arbetsgivaren och kontakten med Försäkringskassan. I båda fallen är den fackliga

organisationens roll närmast att vara ombud för medlemmen. En grundförutsättning i sammanhanget är givetvis att den berörde medlemmen önskar bli biträdd av sin fackliga organisation. Utan ett uppdrag från medlemmen saknas förutsättningarna för en meningsfull facklig medverkan i det enskilda fallet.

Under utredningens gång har det från fackliga organisationer framförts att ett problem med dagens lagstiftning är att de inte får kännedom om när ett rehabiliteringsärende inleds och därmed inte heller kan ta tillvara sina medlemmars intressen. Av den i kapitel 12 gjorda genomgången av arbetstagarorganisationernas medverkan kan dock konstateras att det inte finns något i *regelverket* som hindrar arbetstagarorganisationerna från att ta tillvara sina medlemmars intressen i rehabiliteringsärenden. Tvärtom finns det, om befintliga bestämmelser och avtal tillämpas, goda förutsättningar för att på ett tidigt stadium få kännedom om ett rehabiliteringsärende. För att detta ska fungera krävs emellertid att arbetstagarorganisationerna på lokal nivå tar egna initiativ för att få reda på hur en sjukskriven arbetstagarare på bästa och snabbaste sätt kan återgå i arbete. En samverkan mellan förtroendevalda med förhandlingsuppdrag och skyddsombud samt företrädare för arbetstagarare i skyddskommittéer torde vara nödvändigt för att de fackliga organisationerna på ett effektivt sätt ska kunna ta tillvara sina medlemmars intressen i rehabiliteringsärenden. Att ett skyddsombud eller företrädare för arbetstagarare i skyddskommittéer inte endast har att syssla med organisationen av arbetsplatser utan även till viss del även med individärenden framgår av kommentaren till 7 § AFS 1994:1. Från fackligt håll har uppgivits att individärenden normalt handläggs av andra fackliga företrädare än skyddsombud, vars främsta uppgift är den övergripande arbetsmiljön.

Även om den befintliga lagstiftningen ger de fackliga organisationerna goda möjligheter att bistå sina medlemmar, kan det ändå övervägas om ytterligare åtgärder bör vidtas för att förtydliga arbetstagarorganisationernas roll. När det gäller den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren ska genomföra enligt 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring är bestämmelsen utformad så att arbetsgivaren har att inhämta arbetstagararens medgivande för att involvera den fackliga organisationen. Om arbetstagarare avböjer facklig medverkan kommer inte de fackliga företrädarnas kunskaper att tas tillvara. Det är för övrigt oklart i vilken utsträckning och hur arbetsgivarna tar upp frågan om facklig medverkan med de berörda arbetstagararna. En ordning där den fackliga organisationen

informerar om att en utredning ska påbörjas, synes därför vara att föredra. Härmed får organisationen en tidig signal och kan efterhöra den berörda medlemmens inställning till fackligt biträde. Det får antas att den fackliga organisationen har bättre förutsättningar än arbetsgivaren att presentera vilket biträde man kan ge den enskilde medlemmen i den aktuella situationen.

För att förtydliga arbetstagarorganisationernas roll föreslår vi alltså att arbetsgivaren ska vara skyldig att informera den fackliga organisationen när arbetet med att upprätta en plan inleds.

23.4 Vilken lokala fackliga organisation ska arbetsgivaren informera?

Om arbetsgivaren inte känner till om arbetstagaren är fackligt ansluten ska denne enligt vår mening vara skyldig att undersöka om så är fallet. När den fackliga organisationen väl blivit informerad får arbetstagaren själv avgöra om denne vill att arbetstagarorganisationen bistår med sin hjälp i rehabiliteringsärendet. Det ska således inte vara fråga om någon självständig rättighet för den fackliga organisationen att medverka i rehabiliteringsärendet.

Eftersom rehabiliteringsärenden är nära förknippade med hur arbetsplatsen är utformad och organiserad skulle man kunna tänka sig att det, i stället för den lokala fackliga organisation som arbetstagaren tillhör, var den lokala fackliga organisation som arbetsgivaren har kollektivavtal med som skulle informeras. Vi anser dock att ett rehabiliteringsärende i högsta grad är knutet till den individ som det berör och att det därför är den fackliga organisation som arbetstagaren tillhör som bör informeras.

Till stöd för vårt ställningstagande kan paralleller dras med bestämmelserna i 11–13 §§ MBL. Enligt 11 § ska arbetsgivare innan han beslutar om viktigare förändring av sin verksamhet förhandla med den eller de arbetstagarorganisationer som han har kollektivavtal med. Avsikten med den s.k. primära förhandlingsskyldigheten är att alla beslut som en facklig organisation ”typiskt sett” vill förhandla om ska omfattas av förhandlingsskyldigheten. I vissa fall är en arbetsgivare skyldig att iaktta 11 och 12 §§ MBL även gentemot sådana organisationer som han inte har kollektivavtal med. Det gäller enligt första stycket i 13 § när en fråga särskilt angår arbets- eller anställningsförhållanden för en medlem i en sådan organisation. Rättsfallet AD 1984 nr 98 gällde frågan om ett företag brutit

mot 13 § genom att inte förhandla med den organisation som inte hade kollektivavtal. Arbetsdomstolen hänvisade till förarbetena¹ och pekade på att lagstiftaren har velat avgränsa tillämpningen av 13 § till frågor som enbart har individuell betydelse för en eller flera medlemmar i den organisation som saknar kollektivavtal. Frågor av mer kollektiv eller allmän karaktär omfattas däremot inte av 13 § även om sådana frågor kan komma att personligen beröra medlemmar i en sådan organisation. Vidare kan en jämförelse göras med 30 § anställningskyddslagen där arbetsgivare som vill avskeda eller säga upp en arbetstagare på grund av s.k. personliga skäl bl.a. ska varsla den lokala arbetstagarorganisation som arbetstagaren tillhör.

¹ Prop. 1975/76:105 s. 360-361.

24 Sanktioner

Utredningens förslag

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, ska betala en förseningsavgift på 10 000 kr.

Beslut om förseningsavgift fattas av Försäkringskassan.

Avgiften får efterges om det finns synnerliga skäl för det.

Förseningsavgiften tillfaller staten.

24.1 Bakgrund

Direktiv:

Pröva vilka konsekvenser som utredarens förslag skall få för tillsynen av hur bestämmelserna efterlevs och föreslå effektivare påföljder vid bristande efterlevnad.

Den utredning och planering för åtgärder på arbetsplatsen som ska göras av arbetsgivaren utgör utgångspunkten i insatserna för att återföra den anställda till arbetslivet. Den nuvarande lagstiftningen i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) saknar sanktionsystem för det fall arbetsgivaren inte uppfyller sitt rehabiliteringsansvar. Enligt vårt förslag i kapitel 22 ska en plan upprättas och ges in till Försäkringskassan på begäran av den anställda eller Försäkringskassan och senast då den anställda helt eller delvis varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom i 90 dagar i följd.

Som vi tidigare redovisat i kapitel 7 finns det stora brister i efterlevnaden av gällande lagstiftning rörande rehabiliteringsutredning och avstämningsmöten. För att uppnå en ökad efterlevnad av lagstiftningen anser vi det därför nödvändigt att någon form av sanktion knyts till utebliven/försenad plan för åtgärder på arbetsplatsen.

För att få acceptans för den föreslagna sanktionen måste emellertid även de övriga delarna i processen fungera på ett betydligt effektivare sätt än vad som nu är fallet. Försäkringskassan måste ha beredskap för att agera utifrån de uppgifter som finns i planen och då det inte är obehövt kalla till ett avstämningsmöte inom två veckor. Hälso- och sjukvården måste leverera medicinska underlag som kan ligga till grund för planering för de insatser en individ behöver. Effektiva evidensbaserade behandlingsprogram för olika diagnoser måste tas fram och den sjukskrivne erbjudas nödvändiga rehabiliteringsinsatser utan alltför lång väntetid osv.

24.2 Allmänt om förseningsavgifter.

I HpH utredningen¹ utvecklades frågan kring avgifter som påtryckningsmedel. Vi väljer att nedan återge den redovisning som gjordes i HpH utredningen kring förseningsavgifter i allmänhet²:

Beträffande användningen av avgifter såsom sanktioner kan följande konstateras. I början av åttiotalet infördes i brottsbalken en ny förverkandebestämmelse som angav att om det med anledning av ett brott begånget i utövningen av näringsverksamhet uppkommit en otillbörlig förtjänst eller besparing, får värdet därav förklaras förverkat. I propositionen³ angavs att den nya bestämmelsen på vissa områden kunde behöva kompletteras med sanktionsavgifter riktade mot företaget.

Utan att lägga något lagförslag angavs i propositionen vissa riktlinjer som skulle gälla för ett sådant avgiftssystem. Enligt departementschefen skulle detta kunna användas på områden där regelöverträdelser var särskilt frekventa eller speciella svårigheter förelåg att beräkna storleken av den vinst eller besparing som uppnås i det enskilda fallet. Vidare angavs att avgifter endast borde få förekomma inom speciella klart avgränsade rättsområden, att det skulle vara möjligt att förutse hur stor avgiften skulle bli i det enskilda fallet, att ett strikt ansvar förutsatte att överträdelser på område inte kunde ske på annat sätt än som en följd av uppsåt eller oaktsamhet, att något hinder inte skulle föreligga att låta de straffrättsliga bestämmelserna vara kvar vid sidan om samt att man i viss utsträckning skulle kunna överlämna åt de administrativa myndigheter som var verksamma på området att ålägga avgiftsskyldighet. Departementschefen betonade också vikten av att avgiftssystem på nya områden infördes först efter noggranna överväganden om behov föreligger.

Sanktionsavgifter har införts i lagstiftningen på flera områden. Exempel härpå är miljöskyddsavgift enligt miljöbalken (1998:808),

¹ Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH, SOU 2002:5.

² A. utredning s. 410-412.

³ Prop. 1981/82:142 s. 77.

överlastavgift enligt lagen (1972:345) om överlastavgift, byggnadsavgift och tilläggsavgift enligt plan- och bygglagen (1987:10) och skattetillägg enligt taxeringslagen (1990:324). Från det arbetsrättsliga området kan nämnas övertidsavgift enligt arbetstidslagen (1982:673). Arbetsgivare som inte iakttar gällande bestämmelser beträffande övertid kan tvingas att betala en avgift som beräknas utifrån hur mycket otillåten övertid som tagits ut. Frågor om övertidsavgift prövas av allmän domstol efter ansökan av allmän åklagare.

Vidare förekommer sanktionsavgifter i Arbetsmiljölagen (1977:1160) AML. Enligt 8 kap. 5 § AML får regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket föreskriva att en särskild avgift ska betalas, om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats med stöd av ett bemyndigande som anges i arbetsmiljölagen. Avgiften ska betalas även om överträdelsen inte har skett uppsåtligt eller av oaktsamhet. Frågor om påförande av sanktionsavgift prövas enligt 7 § av länsrätten efter ansökan av Arbetsmiljöverket. Avsikten är att Arbetsmiljöverket genom föreskrifter efter hand ska pröva om det är lämpligt att införa sanktionsavgifter på angivna områden. I 9 § ges även viss möjlighet att ålägga avgift genom avgiftsföreläggande som utfärdas av Arbetsmiljöverket. Har ett sådant föreläggande godkänts av den det riktar sig till, gäller det som domstols lagakraftvunna avgörande varigenom avgift påförts – Arbetsmiljöverket har i 9 kap. 2 § föreskrifter om tryckkärl och andra tryckbärande anordningar (AFS 1999:6) infört bestämmelser om sanktionsavgift. Dessa bestämmelser innebär att den som använder en tryckbärande anordning utan att denna genomgått föreskriven besiktning ska betala sanktionsavgift.

24.3 Tre tänkbara sanktionssystem

Vi har övervägt tre alternativa sanktionssystem:

1. Förseningsavgift som tas ut av Försäkringskassan
2. Vite/sanktionsavgift som utav Arbetsmiljöverket
3. Förhöjd medfinansiering av kostnader för sjukpenning

Nedan kommer dessa att behandlas var för sig.

24.3.1 Förseningsavgift som tas ut av Försäkringskassan

Arbetsgivaren ska betala en förseningsavgift då denne inte i rätt tid lämnar in plan för åtgärder på arbetsplatsen. Inte bara i HpH utredningen utan även i en tidigare utredning, AGRA-utredningen⁴ övervägdes möjligheten att införa sanktioner mot arbetsgivare som

⁴Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar SOU 1998:104.

inte lever upp till sitt rehabiliteringsansvar. I AGRA-utredningen ansåg man dock att det fanns flera skäl som talade mot att införa sanktionsavgifter på den allmänna försäkringens område. Försäkringskassan är ett utpräglat serviceorgan vilket enligt utredningen gjorde det svårt att också uppträda som en repressiv instans. Man konstaterade också att Försäkringskassan riskerade att förlora det goda samarbete som samverkan med arbetsgivarna förutsätter.

I HpH utredningen föreslogs att en förseningsavgift på 5 000 kr skulle tas ut av arbetsgivaren om rehabiliteringsunderlag inte kommit in till Försäkringskassan i föreskriven tid.

I prop. 2002/03:89 behandlades frågan om förseningsavgift. Regeringen var vid denna tidpunkt inte beredd att föreslå att arbetsgivare som inte har lämnat rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan inom föreskriven tid ska betala en förseningsavgift med 5 000 kronor. Bland annat på grund av de invändningar som inkommit från remissinstanserna. Invändningarna gällde att en enhetlig förseningsavgift drabbar små och stora företag mycket olika samt att förslaget medför en inte obetydligt ökad administrativ börda. Ett antal remissinstanser påpekade också att Försäkringskassan i sitt arbete med rehabilitering alltför sällan använder de rehabiliteringsutredningar som faktiskt kommer in.

Försäkringskassans resurser för rehabiliteringsarbetet har förstärkts väsentligt från och med år 2003. Avsikten är att kassorna ska använda resurserna bl.a. för att se till att rehabiliteringsutredningar kommer in från arbetsgivarna och att kassan aktivt använder dessa utredningar i sitt arbete. Skulle det visa sig att effekten inte blir den avsedda var regeringen beredd att återkomma med ett förslag om någon form av sanktion mot de arbetsgivare som inte fullgör sina skyldigheter att upprätta en rehabiliteringsutredning.

Vi anser att förseningsavgift skulle kunna vara en förhållandevis lättadministrerad form av sanktion. Den kan utformas på olika sätt:

1. En fast avgift, lika för alla, då en plan för åtgärder på arbetsplatsen inte kommit in i tid.
2. En avgift som ökar för varje dag eller vecka som förseningen består.
3. Avgiftens storlek ställs i relation till företagets totala lönesumma.

1) Det första alternativet med en fast avgift är allra enklast att administrera men har nackdelen att då förseningen väl inträtt och

avgiften tagits ut så finns det inget ekonomiskt incitament för arbetsgivaren att upprätta planen. Avgiften måste därför sättas så hög att den upplevs som avskräckande. Ska regeln tillämpas på ett enkelt sätt måste avgiften tas ut även vid enstaka dagars fördröjning och då kan en hög avgift upplevas orimlig.

2) Det andra alternativet, med en förseningsavgift som ökar ju längre tid det dröjer innan arbetsgivaren kommer in med planen ger arbetsgivaren en drivkraft att upprätta planen även efter dag 90 samtidigt som avgiften kan hållas på en låg nivå per vecka och en kortare försening inte behöver bli särskilt kostsam. Däremot blir en sådan variant av sanktioner mer administrativt kostsam. HpH utredningen övervägde att föreslå en förseningsavgift som hade konstruktionen av en dagavgift men kom fram till att det inte var en bra lösning⁵. Anledningen till detta var att man beförde att förseningsavgiften kunde ackumuleras till avsevärda belopp innan Försäkringskassan upptäckte att ett underlag inte lämnats in. Man menade dock att om en fast förseningsavgift inte gav avsedd effekt kunde systemet förfinas genom att införa en avgift som stod i proportion till förseningen.

3) Det är i och för sig möjligt att göra som i alternativ tre, fastställa avgiften i relation till företagets totala lönesumma. Detta kräver dock en större administrativ insats från Försäkringskassan eftersom man måste fastställa lönesumman för att kunna beräkna avgiften. Detta alternativ skulle till skillnad mot en enhetlig förseningsavgift ta hänsyn till de små företagen. Vi anser dock att en sanktion i form av förseningsavgift slår lika hårt mot stora och små arbetsgivare eftersom det inte finns något som säger att risken att inkomma med en plan efter fastställt datum är kopplat till företagets storlek. Till skillnad från den särskilda sjukförsäkringsavgiften som tas ut då en anställd är helt sjukskriven⁶ är förseningsavgift en kostnad som arbetsgivaren kan undgå helt genom att uppfylla lagens krav.

För att nå ut med information om att en plan för åtgärder på arbetsplatsen ska upprättas och senast vid dag 90 lämnas till Försäkringskassan kan man tänka sig att införa en rutin att varje sjuk-anmälan från arbetsgivaren med automatik besvarades med ett underlag till plan för åtgärder på arbetsplatsen. Praktiska frågor av denna typ bör man dock enligt vår mening överlåta på Försäkringskassan att lösa.

⁵ SOU 2002:5 s. 413.

⁶ Lag (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift.

Om en arbetsgivare trots information och förseningsavgift inte kommer in med en plan till Försäkringskassan måste Försäkringskassan på något sätt förhålla sig till detta. Det finns flera alternativ.

- Försäkringskassan kan konstatera att det inte går att ta ställning till den anställdes rätt till fortsatt ersättning från sjukförsäkringen och meddela att man således överväger att avsluta sjukfallet. Detta sätter press både på den anställde och på dennes arbetsgivare, vilket i sig kan vara bra. Men eftersom den anställde inte kan upprätta planen själv, så är det inte rimligt att det blir denne som får ta konsekvensen av arbetsgivarens försumlighet.
- Försäkringskassan kan på arbetsgivarens bekostnad upphandla en plan från exempelvis företagshälsovård eller annan lämplig aktör.
- Försäkringskassan kan kalla till ett avstämningsmöte och i samband därmed upprätta planen. Detta är i enlighet med gällande regler i AFL som säger att Försäkringskassan ska överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen om det finns skäl till det⁷.

24.3.2 Vite eller sanktionsavgift som tas ut av Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) har redan ett system för sanktioner.

Av 7 kap. AML framgår att vite kan dömas ut om arbetsgivaren inte uppfyller bestämmelserna i ett meddelat föreläggande/förbud. Vitet träder in i stället för straff. Arbetsmiljöverket ansöker hos länsrätten om utdömmande av vitet. Det går att utdöma löpande viten.

Enligt 8 kap. AML får regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket föreskriva att en särskild avgift ska betalas om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats med stöd av ett bemyndigande. Sanktionsavgiftens storlek måste bestämmas i förväg, och inte som vitet sättas i relation till arbetsgivarens förhållanden. Avgiften ska betalas även om överträdelsen inte skett uppsåtligt eller av oaktsamhet. Avgiftsbeloppet ska kunna fastställas direkt med ledning av en angiven beräkningsgrund. Avgiften ska vara lägst 1 000 och högst 100 000 kr.

⁷ 22 kap. 3 § AFL.

Om vi vidhåller att planen ska sändas till Försäkringskassan och att en utebliven plan alltid ska medföra en sanktion innebär det att Försäkringskassan i varje enskilt ärende ska göra en anmälan till Arbetsmiljöverket då arbetsgivarens plan inte inkommit.

Arbetsmiljöverket skulle behöva tilldelas resurser för att hantera viten/sanktionsavgifter i en helt annan omfattning än i dag. Viten dömdes till exempel ut vid 575 tillfällen under år 2005. Antalet uteblivna rehabiliteringsutredningar, som är det vi har att jämföra med, var under samma år mer än 200 000.

Om arbetsgivaren trots sanktionen inte kommer in med en plan ska avgiften/vitet höjas. Detta kräver att Försäkringskassan håller Arbetsmiljöverket informerat om när planen kommer in. Endera genom manuella uppföljningar eller genom att Arbetsmiljöverkets personal får tillgång till Försäkringskassans handläggningssystem för att själv följa upp om planen kommit in.

24.3.3 Förhöjd medfinansiering av kostnader för sjukpenning

Ett tredje alternativ för att öka möjligheten för lagstiftningens efterlevnad skulle kunna vara att arbetsgivarens underlåtenhet att lämna in en plan för åtgärder på arbetsplatsen till Försäkringskassan kopplas till medfinansieringen på så sätt att medfinansieringen ökas med en viss angiven procentsats från och med dag 91. Vi anser att detta är i och för sig är ett enkelt och tydligt system som genom sin konstruktion har stora möjligheter att ge effekt. Med tanke på att regeringen i budgetpropositionen för år 2007 aviserat att medfinansieringen ska upphöra vid utgången av år 2006 är detta alternativ dock inte längre aktuellt.

24.4 Slutsatser och förslag

24.4.1 Vilket av de tre alternativa sanktionssystemen är det mest lämpliga?

Vår slutsats är att det i och för sig skulle vara möjligt att inom AML reglera sanktioner gentemot arbetsgivare som brustit i att komma in med en plan i tid, men att det skulle vara en alltför administrativt omständlig väg att gå. Det skulle också kräva ett avsevärt resurstillskott till Arbetsmiljöverket.

Ett skäl till att lägga ansvaret för att hantera sanktionssystemet på Försäkringskassan och inte på Arbetsmiljöverket är att Försäkringskassan då måste bygga upp rutiner för att bevaka att planerna kommer in. Detta bör i sin tur göra att man också bygger upp rutiner för att kalla till avstämningsmöten, som är Försäkringskassans främsta verktyg inom samordningsuppdraget.

Vi anser att medfinansieringen i och för sig är en enkel form för sanktioner vid utebliven plan för åtgärder på arbetsplatsen. Systemet finns redan och administrationen av detta fungerar bra. Det är också en sanktion, som i motsats till en förseningsavgift, fortsätter att kosta arbetsgivaren pengar ända till en plan har lämnats in. Med tanke på regeringens aviserat att medfinansieringen ska upphöra är detta inte längre ett tänkbart alternativ.

Att utfärda en förseningsavgift, lika för alla vid överträdelse, är ett enkelt förfarande. Om man bedömer att detta skulle slå orättvist hårt mot ett litet företag skulle ett alternativ kunna vara att ha förseningsavgifter som är fastställda i relation till företagets lönesumma eller liknande. Detta kräver dock en mer omfattande insats från Försäkringskassan för att beräkna avgiftens storlek.

För att en arbetsgivare som underlåtit att i tid lämna in en plan till Försäkringskassan ska motiveras att upprätta en plan är ett alternativ att avgiften är konstruerad på så sätt att den ökar för varje vecka som planen uteblir. Detta kompliceras dock av att Försäkringskassan har det övergripande ansvaret för att individens behov av insatser snarast blir utredda. Ska Försäkringskassan gå in och utföra arbetsgivarens uppgift att upprätta en plan och därmed också befria denne från fortsatt förseningsavgift eller avvakta, vilket kan få till följd att sjukskrivningen blir längre än nödvändigt? En annan fråga som i det fallet blir svår att hantera är vid vilken tidpunkt som Försäkringskassan ska gå in och agera. Ska man bestämma att det ska ske efter viss tid eller ska de var upp till Försäkringskassans bedömning? I så fall kan det ge upphov till stora skillnader i hanteringen. Vi menar därför att alternativet med en förseningsavgift i form av en engångsavgift är att föredra framför alternativet med en avgift per vecka.

Sammanfattningsvis har vi här för att sanktionssystemet ska vara enkelt, tydligt och inte kräva alltför omfattande administrativa insatser på Försäkringskassan stannat för förslaget med en fast förseningsavgift.

24.4.2 Vårt förslag om en fast förseningsavgift

Som vi nämnt tidigare finns det starka skäl för att införa en förseningsavgift. Rättsområdet är klart avgränsat och en förseningsavgift kan då vara en lämplig åtgärd. Enligt vår bedömning ska arbetsgivaren ha ett strikt ansvar för att planen för åtgärder på arbetsplatsen ges in. Någon bedömning om det föreligger uppsåt eller oaktsamhet från arbetsgivarens sida ska således inte göras.

Om en arbetsgivare underlåter att i tid komma in med en plan för åtgärder på arbetsplatsen ska Försäkringskassan fatta beslut om förseningsavgift. Försäkringskassan ska innan ett beslut om förseningsavgift fattas ha konstaterat att det föreligger en skyldighet för arbetsgivaren att ge in en plan, att planen inte har lämnats i rätt tid och att det inte föreligger synnerliga skäl för att planen inte har getts in i rätt tid.

Försäkringskassan ska ansvara för tillsynen av om planen inkommit i rätt tid. För att göra sanktionsregeln enkel att tillämpa anser vi att Försäkringskassan, inte ska göra något ställningstagande till om planens innehåll är tillräckligt omfattande. Någon prövning av planens kvalitet ska således inte göras. Eftersom bedömningen om arbetsgivaren ska betala en förseningsavgift endast kommer att vara en formell granskning anser vi att uppgiften kan ligga på Försäkringskassan. Har en plan lämnats inom föreskriven tid ska någon sanktion inte utgå. Givetvis måste en ofullständig plan kompletteras men det är ingen förutsättning för att slippa den föreslagna sanktionen. Vi är medvetna om att detta skulle kunna leda till att arbetsgivare för att undgå sanktioner skickar in planer som är högst bristfälliga. Vi tror dock att risken för detta är liten eftersom de allra flesta arbetsgivare tar sitt arbetsgivaransvar på stort allvar. Vi tror också att en facklig medverkan vid de möten då planen ska upprättas kommer att innebära att kvaliteten i planerna upprätthålls.

För att undvika oskäligen konsekvenser föreslår vi att det vid synnerliga skäl ska finnas en möjlighet att underlåta att påföra en förseningsavgift trots att planen inte har kommit in i rätt tid. Förhållanden som exempelvis att planen har varit av särskilt komplicerad beskaffenhet eller om uppgifter saknas på grund av att arbetstagarer inte har velat medverka ska dock inte betraktas som synnerliga skäl. Vid sådant förhållande ska arbetsgivaren lämna de uppgifter som finns att tillgå samt en upplysning om varför det saknas vissa uppgifter.

HpH utredningen föreslog en avgift på 5 000 kr. Vi anser dock att det är en alltför låg summa och föreslår att avgiften ska sättas till åtminstone det dubbla, alltså 10 000 kr. Om arbetsgivaren, trots påminnelse, inte inkommer med plan ska Försäkringskassan anmäla detta förhållande till Arbetsmiljöverket, som i sin tur får besluta om eventuella åtgärder.

Ett beslut om förseningsavgift ska kunna överklagas till länsrätten. För prövning i kammarrätten ska, liksom i dag gäller för försäkringsbeslut enligt AFL, krävas prövningstillstånd.

Efter det att avgiftsbeslutet meddelats ska arbetsgivaren vara skyldig att inom två månader betala avgiften som tillfaller staten. Avgiften ska betalas till länsstyrelsen som redan är betalningsmot-tagare för t.ex. sanktionsavgifter enligt arbetsmiljölagen. Det skulle innebära en onödig administration om Försäkringskassan skulle tvingas bygga upp en organisation för att ta emot dessa förseningsavgifter.

Om Försäkringskassan eller den anställde begär att en plan för åtgärder på arbetsplatsen ska upprättas före dag 90 så ska arbetsgivaren ges skälig tid för detta. Vi föreslår i kapitel 22 att skälig tid är 30 dagar. Frågan är om en sanktionsregel ska finnas i dessa fall eller om sanktionen ska vara knuten till dag 90, lika för alla. Eftersom det kan antas att det endast undantagsvis blir aktuellt att Försäkringskassan tidigare än vid dag 60 (med 30 dagars utredningstid för arbetsgivaren) begär in en plan anser vi inte att det behövs någon särlösning med förseningsavgift vid en tidigare tidpunkt i dessa fall. Vi anser inte heller att det i fall där den anställde begär en plan är lämpligt med en särlösning. För att Försäkringskassan i dessa fall skulle ha ett underlag för att fatta beslut skulle den anställde behöva anmäla detta till Försäkringskassan vilket skulle medföra en ökad administration. Vidare skulle det kunna uppstå bevisfrågor om huruvida arbetsgivaren har fått en begäran av den anställde eller inte. Förseningsavgift ska enligt vårt förslag således endast utgå om inte en plan för åtgärder på arbetsplatsen har inkommit till Försäkringskassan senast dag 90, oavsett på vems begäran planen har upprättats.

25 Finansiering av rehabiliteringsinsatser

Utredningens förslag:

De särskilda medel, som anvisats till Försäkringskassan för aktiva åtgärder och medel för försäkringsmedicinska och andra utredningar avvecklas.

Dessa medel bör istället utnyttjas som förstärkning av statsbidraget till hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ta fram de beslutsunderlag Försäkringskassan behöver.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram riktlinjer för rehabilitering och att utforma evidensbaserade program för behandling av framförallt de stora multidisciplinära diagnosgrupperna.

En rehabiliteringsgaranti bör införas inom ramen för vårdgarantin.

Arbetsgivarens ansvar bör begränsas till åtgärder på arbetsplatsen med syfte att den anställde ska återgå i arbete hos nuvarande arbetsgivare.

25.1 Uppdrag och bakgrund

Direktiv:

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.

Från år 1990 har Försäkringskassan beviljats särskilda medel som bland annat kan användas till köp av utredningar och aktiva rehabiliteringsåtgärder. För år 2006 utgör de särskilda medlen

935,5 miljoner. Under år 2005 användes cirka 660 miljoner kr till utredningar och aktiva åtgärder, inklusive bidrag till arbets-hjälpmiddel. För en fylligare redovisning av Försäkringskassans användning av de särskilda medlen hänvisar vi till kapitel 13.

När medlen infördes betonades att de inte skulle användas till finansiering av medicinska insatser, och inte heller till att förminska arbetsgivarens ansvar. Försäkringskassan har på senare år fått utökade möjligheter att köpa vissa utredningar och utlåtanden av sjukvårdsproducenter. År 1999 fick Försäkringskassan möjlighet att köpa försäkringsmedicinska utredningar och från och med år 2003 särskilda läkarutlåtanden, SLU.

Huvudregeln är dock fortfarande att den allmänna hälso- och sjukvården har ansvar för 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 beslutsunderlag som Försäkringskassan efterfrågar¹.

Gränsen mellan olika typer av rehabiliteringsåtgärder och därmed mellan olika aktörers ansvar för dessa insatser är dock inte självklar. Försäkringskassans möjlighet att köpa aktiva åtgärder och utredningar av olika slag har dessutom bidragit till att göra ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och Försäkringskassan otydlig. Vi anser därför att det är mycket viktigt att inte bara arbetsgivarens utan även hälso- och sjukvårdens ansvar förtydligas.

25.2 Beslutsunderlag

25.2.1 Läkarintyg

Försäkringskassan betalar som regel inte ersättning för läkarintyg. För de läkare som arbetar hos sjukvårdshuvudman – antingen genom anställning hos landsting, genom vårdavtal eller läkarvårdsersättning – ingår kostnaden för utfärdande av läkarintyg i ersättningen från sjukvårdshuvudmannen. Utfärdandet betraktas som en del av ett läkarbesök. Privatläkare anses bli kompenserade för utfärdandet av läkarintyg genom den avgift patienten betalar för läkar-

¹ Prop. 1998/99:76.

besöket, eftersom utfärdandet betraktas som en del av läkarbesöket².

I vissa fall ska Försäkringskassan betala ut ersättning till läkaren för läkarutlåtanden som begärts in. Av förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m. framgår att det endast är läkarutlåtanden som utfärdats av annan än sjukvårdshuvudman som kan ersättas. Hur Försäkringskassan ska ersätta medicinska utlåtanden och med vilka belopp regleras i Försäkringskassans föreskrifter³.

25.2.2 Särskilt läkarutlåtande, SLU

Försäkringskassan ska, enligt gällande regelverk, om det inte bedöms obehövt, kalla till ett avstämningsmöte inom två veckor från det en rehabiliteringsutredning inkommit. Försäkringskassans möjlighet att begära in ett SLU är i första hand tänkt som ett komplement till ett avstämningsmöte. Det gäller till exempel om avstämningsmötet inte ger ett tillräckligt underlag för ett beslut i ett ärende. Det kan även finnas situationer när ett avstämningsmöte av olika skäl inte kan genomföras.

SLU ska i första hand utfärdas av en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin.

Arvodet till de utbildade läkarna vid utfärdande av SLU är 4 500 kr samt 1 500 kr för varje timme som överstiger 3 timmars arbete. Dessa regler om ersättning för SLU gäller från den 1 juli 2005.

Enligt en rapport från Försäkringskassan⁴ har SLU ännu inte kommit i bruk i någon större utsträckning, troligtvis för att många handläggare saknar kunskaper om hur det ska användas. Troligtvis skulle SLU som medbedömning många gånger kunna fylla samma funktion som en försäkringsmedicinsk utredning och därmed förkorta väntetiderna och minska kostnaderna för dessa.

25.2.3 Kompletterande utredningar

I det fall en begäran om sjukpenning kommer in till Försäkringskassan och handlingarna inte ger tillräcklig information för att bedöma om det finns rätt till sjukpenning måste komplettering

² Försäkringskassans vägledning 2004:2 version 5 s. 53.

³ (RFFS 1977:27) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.

⁴ Försäkringskassan analyserar 2005:15.

göras. Försäkringskassan har då möjlighet att köpa kompletterande utredningar. Det är lämpligt att en utredning görs när det behövs en helhetsbedömning som väger in den försäkrades livssituation. Det är fallet när inte enbart sjukdom, diagnos och funktionsnedsättning är avgörande för arbetsförmågan och prognosen⁵. I Försäkringskassans riktlinjer⁶ anges de kvalitetskrav som Försäkringskassan ska ställa vid upphandling av utredningar. Kraven omfattar bemötandet av den försäkrade, kompetens- och utredningskrav, krav på utlåtandet och att producenten har ett kvalitetsystem. Försäkringskassan ansvarar för att fortlöpande bevaka att de producenter som anlitas uppfyller de uppsatta kvalitetskraven.

Försäkringskassan kan även köpa utredningar i syfte att fastställa lämpliga rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassan har under senare år köpt allt färre utredningar av denna typ.

Försäkringskassan kan också göra förfrågan hos den försäkrade, dennes arbetsgivare eller annan som kan antas kunna lämna uppgifter. Detta innebär att Försäkringskassan kan ställa kompletterande frågor direkt till arbetsgivaren utan att behöva gå via den försäkrade⁷.

En kvalitetssäkrad sjukförsäkringsprocess

Regeringen gav den 17 november 2005 Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag⁸ att utforma och komma med förslag om en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Av uppdragsbeskrivningen framgår att det är viktigt att denna process är inriktad på att ta till vara den arbetsförmåga som den försäkrade har. Uppdraget ska redovisas senast den 22 december 2006.

Evidensbaserade försäkringsmedicinska riktlinjer ska tas fram som ska utgå från den arbetsförmåga individen har trots sin sjukdom istället för som idag beskriva det arbetshinder individen har på grund av sin sjukdom. Inom uppdraget kommer man också att ta fram rekommenderade sjukskrivningstider för åtminstone de stora diagnosgrupperna. I uppdraget ingår också att utreda om, och i så fall hur, möjligheten att komplettera och fördjupa beslutsunderlag för rätten till ersättning ska kunna vidareutvecklas.

⁵ Prop. 1998/99:76.

⁶ Riktlinjer (2005:7) om kvalitetskrav på vissa utredningar som Försäkringskassan kan upphandla.

⁷ 3 kap. 8 a § AFL.

⁸ S2005/9201/SF.

Överenskommelse mellan Regeringen och Landstingsförbundet

Mellan Regeringen och Landstingsförbundet träffades i december 2005 en överenskommelse om åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Överenskommelsen innebär att för vart och ett av åren 2007 till 2009 utbetalar staten högst 1 miljard kronor under förutsättning att respektive landsting träffat en överenskommelse med Försäkringskassan. Den länsvisa överenskommelsen ska innebära ett åtagande för landstinget att vidta strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen ska omfatta åtgärder som avser att komma tillrätta med de problem som identifierats inom områdena ledning, kompetens och samverkan såsom till exempel

- utformning av rutiner för hantering av sjukskrivningsärenden
- inrättande av sjukskrivningskommitté
- utbildning och information i försäkringsmedicin
- ökad samverkan mellan både interna och externa aktörer i syfte att åstadkomma tidiga och samordnade insatser.

25.3 Vårt förslag

25.3.1 Hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar för utredningar

Vi föreslår att Försäkringskassans möjligheter att köpa utredningar och läkarutlåtanden av olika slag slopas och att utredningsskyldigheten överförs till hälso- och sjukvården. Försäkringskassan 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 är medvetna om att hälso- och sjukvården för närvarande endast i begränsad omfattning har de paramedicinska resurser i form av ergonomer, arbetsterapeuter och övrig specialistkompetens som behövs för att kunna göra en fördjupad utredning av en individs arbetsförmåga och behov av insatser för att kunna återgå i arbete. Under en inledande period blir hälso- och sjukvården därför antagligen tvungen att i sin tur upphandla tjänster från de privata producenter som finns på området. Det viktiga är att det blir tydligt att den försäkringsmedicinska utredningen av en persons

arbetsförmåga och behov av insatser är en uppgift som hälso- och sjukvården ska ansvara för.

I detta sammanhang borde även en väl fungerande företagshälsovård ha en central uppgift och inget hindrar att landstinget upphandlar tjänsten från företagshälsovården om man inte har tillräckligt med egen kompetens.

Vi anser att när regeringsuppdraget att ta fram en kvalitetssäkrad 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 för att leverera alla de underlag som socialförsäkringen behöver.

25.3.2 Hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar för aktiva åtgärder

Hälso- och sjukvården, i huvudsak landstinget, har ansvar för såväl den medicinska behandlingen som för den medicinska rehabiliteringen.

I en rapport från Socialstyrelsen⁹ återfinns följande definition: ”Rehabilitering inom hälso- och sjukvården är ett samlingsbegrepp för medicinska, psykologiska, pedagogiska, tekniska, sociala och arbetsinriktade åtgärder, som är medvetet inriktade på att kombineras och tidsmässigt samordnas.” Medicinsk rehabilitering avser att återställa grundläggande funktioner och på så sätt öka den sjukskrivne individens förutsättningar att arbeta. Målet för den medicinska rehabiliteringen är att den enskilde ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga sam fysiskt och psykiskt välbefinnande, dvs. god livskvalitet.

Det finns en oklarhet i vilken utsträckning begreppet ”bästa möjliga funktionsförmåga” inkluderar att återställa funktioner att utföra arbetsuppgifter, dvs. återställa en förlorad arbetsförmåga. Hur man definierar målet för den medicinska rehabiliteringen får givetvis stor betydelse för hur man ser på hälso- och sjukvårdens ansvar.

En färsk studie¹⁰ visar att multidisciplinära program för individer med långvariga icke-specifika nack-/ryggbesvär många gånger kan

⁹ 1993:10 Rehabilitering inom hälso- och sjukvården för alla åldrar och diagnoser.

¹⁰ ”Effekter av rehabilitering sju år efter genomgången insats” Jensen m.fl. 2006.

vara ytterst kostnadseffektiva. I studien presenteras en uppföljning sju år efter rehabiliteringsinsatsen med två olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsprogram.

Även en sammanställning från statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU¹¹, redovisar att multidisciplinära insatser har effekt på smärta och funktion vid långvariga ryggbesvär, men bland de multidisciplinära rehabiliteringsprogrammen är dock effekterna mycket skiftande. Det finns över huvud taget ett stort behov av att kvalitetssäkra de rehabiliteringsinsatser, som vidtas för att påskynda individens återgång i arbete. För ytterligare belysning av detta hänvisar vi till kapitel 14.

Vi anser därför att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram effektiva och evidensbaserade rehabiliteringsprogram i första hand anpassade för personer inom de stora diagnosgrupperna till exempel icke-specifika nack-/ryggbesvär och utmattningsdepression. Inom hälso- och sjukvården finns en kompetens och en erfarenhet av att värdera effekten av olika behandlingsinsatser som bör tas tillvara i detta sammanhang.

Försäkringskassan och arbetsgivare finansierar för närvarande en hel del insatser som till stor del handlar om medicinsk (psykiatrisk) behandling/rehabilitering. Exempel på detta är ryggskolor 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

Ovanstående rehabiliteringsinsatser ska i den mån de är nödvändiga erbjudas av hälso- och sjukvården. Vi anser att hälso- och sjukvården även i övrigt ska ha ansvar för de medicinska rehabiliteringsåtgärder individen behöver för att kunna återgå i arbete och att Försäkringskassans möjlighet att upphandla dessa tjänster slopas. Vi är övertygade om att om kostnadsansvaret och ansvaret för att ta fram evidensbaserade behandlingsprogram finns samlat hos hälso- och sjukvården så kommer det att leda till en utveckling inom området som gagnar såväl den enskilde individen som en minskning av sjukskrivningstiderna.

¹¹ SBU:s rapport om behandling av långvarig smärta 2006.

25.3.3 Arbetsgivarens kostnadsansvar

Enligt förarbetena till AFL¹² ska arbetsgivaren ha ansvar för att vidta de rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i nära anslutning till den egna arbetsplatsen. Vad som avses med formuleringen *i nära anslutning till* är osäkert.

Precis som vid medicinska åtgärder så har de särskilda medlen gett utrymme för en mängd producenter som säljer insatser som rimligen arbetsgivaren, eventuellt i samverkan med företagshälsovården, borde erbjuda den anställde. Departementschefen framhöll i samband med införandet av reglerna om rehabiliteringsersättning att avsikten inte var att avlasta arbetsgivarna från deras ansvar enligt arbetsmiljölagen eller annan lag och författning¹³.

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.

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 rörande uppsägning av arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga, får man ett sammanhållet regelverk kring arbetsgivarens ansvar för aktiva åtgärder.

¹² Prop.1990/91:141 s. 42.

¹³ A. prop. s. 62.

25.3.4 Personer i behov av annat arbete

Personer som bedöms ha en arbetsförmåga som med eller utan extra insatser kan tas tillvara i ett annat arbete ska även i fortsättningen få stöd av Arbetsförmedlingen enligt det avtal som Försäkringskassan och Arbetsmarknadsverket årligen ingår. De insatser som kan bli aktuella ska finansieras inom ramen för de fem procent av sjukpenninganslaget som Försäkringskassan kan använda till olika samverkansinsatser (för mer information hänvisas till kapitel 13). Då en plan för åtgärder på arbetsplatsen visar att möjligheterna på arbetsplatsen är uttömda ska Försäkringskassan, om man bedömer att det finns en arbetsförmåga att ta tillvara, precis som idag aktualisera ärendet hos Arbetsförmedlingen.

25.3.5 Övriga åtgärder

Om vi utgår ifrån att arbetsgivaren ska ha ansvar för insatser som syftar till återgång till tidigare arbetsgivare och hälso- och sjukvården för de medicinska insatserna, vilka insatser blir då ”över”?

Aktivering

Försäkringskassan köper, ensam eller tillsammans med arbetsgivaren, åtgärder som i Försäkringskassans redovisning betecknas ”aktivering”. Som vi fått det beskrivet av Försäkringskassan handlar aktivering främst om arbetsvägledning, arbetsträning och karriärplanering men även olika typer av motivationshöjande åtgärder kan ingå. Aktivering innehåller också insatser med fokus på ökad självkänsla och ett ökat välbefinnande i största allmänhet. Huruvida dessa insatser främst erbjudits personer som behöver ett nytt arbete eller personer som förväntas återgå till tidigare arbetsgivare vet vi inte.

För den som har en anställning att återgå till efter viss anpassning av arbetsuppgifter eller arbetsplats ser vi inte behov av att ovanstående typ av insatser ska erbjudas externt. Det bör ingå i arbetsgivarens ansvar att diskutera önskemål om andra arbetsuppgifter och arbetsträning under pågående anställning och i den mån ytterligare stödinsatser behövs, och dessa insatser inte ligger inom hälso- och sjukvårdens ansvar, bör arbetsgivaren kunna ta hjälp av företagshälsovården.

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. Arbetsgivarens ansvar för den anställdes kompetensutveckling och utbildning bör ha samma omfattning som har kommit till uttryck i Arbetsdomstolens praxis rörande tillämpningen av lagen (1982:80) om anställningsskydd.

När det handlar om en utbildning som syftar till ett arbete hos en annan arbetsgivare så är det en fråga för det tidigare redovisade samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och där finansieringen regleras i ett avtal mellan myndigheterna.

Försäkringskassan kan bevilja rehabiliteringsersättning i upp till ett år och inom denna tidsram torde de flesta utbildningar rymmas. Vi vill dock peka på ett problem i sammanhanget. 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.

25.3.6 Behövs det ett skydd för kostnader som annars kan bli orimliga för arbetsgivaren?

Vi vet inte hur stora kostnader arbetsgivare har för rehabilitering och anpassning av arbetsplatsen för den som ska återgå i arbete. De enda uppgifter vi har är Försäkringskassans kostnad och de kostnader arbetsgivaren har då arbetsgivaren och Försäkringskassan delar på kostnaderna. Om arbetsgivarens ansvar begränsas till insatser på arbetsplatsen borde det dock som regel inte handla om särskilt stora kostnader.

Arbetsgivaren har möjlighet att få vissa anpassningskostnader ersatta enligt en förordning om bidrag till arbetshjälpmedel¹⁴. Förordningen ger möjlighet att då det finns synnerliga skäl överskrida den gräns på 50 000 kr i bidrag som normalt är taket. Ett sådant skäl är att individen riskerar arbetslöshet om inte arbetsplatsen

¹⁴ Förordningen (1991:1046) om ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) allmän försäkring i form av bidrag till arbetshjälpmedel.

anpassas och denna anpassning är förenad med en hög kostnad. Denna möjlighet utnyttjas dock endast i liten omfattning.

Vi anser inte att lagstiftningen behöver innehålla något extra skydd mot höga kostnader. Däremot bör det stå arbetsgivare fritt att om de så önskar teckna en försäkring på den privata marknaden för att på så sätt skydda sig mot okända kostnader för rehabiliteringsåtgärder.

26 Konsekvensanalys

Vårt förslag innebär i korthet

260 000 rehabiliteringsutredningar ersätts med ungefär 125 000 planer för åtgärder på arbetsplatsen. Detta ger en besparing på Försäkringskassan med 22 årsarbetare eftersom Försäkringskassans arbete med att påminna om rehabiliteringsutredningar minskar.

Motsvarande besparing på arbetsgivarsidan beräknas till 250 årsarbetare.

Försäkringskassan särskilda medel slopas. Detta ger en minskad administration på Försäkringskassan motsvarande 66 årsarbetare.

De särskilda medlen överförs som en förstärkning till hälso- och sjukvården.

En förseningsavgift införs. Eftersom det är en sanktion som en arbetsgivare helt kan undvika gör vi ingen konsekvensanalys av denna avgift för arbetsgivare.

Försäkringskassan ska fatta beslut om förseningsavgiften.

Avgiften ska betalas till länsstyrelsen.

Beslut om förseningsavgift kan överklagas till länsrätten.

Den ökade administrationen av förseningsavgift hos Försäkringskassa, länsstyrelse och länsrätt täcks väl av de besparingar som görs inom Försäkringskassan.

Vårt förslag ger inga negativa effekter för småföretag.

Vårt förslag har inte heller någon negativ effekt i ett jämställdhetsperspektiv.

Arbetsgivaren

Gällande lagstiftning föreskriver att en rehabiliteringsutredning alltid ska upprättas av arbetsgivaren då ett sjukfall pågått i fyra veckor. Under år 2005 var 261 500 anställda sjukskrivna i mer än 30 dagar och arbetsgivaren borde således i samtliga dessa fall ha

upprättat en rehabiliteringsutredning och lämnat till Försäkringskassan.

Under år 2005 var 125 700 anställda sjukskrivna mer än 90 dagar. Vårt förslag innebär i 2005 års volymsiffror att drygt 260 000 rehabiliteringsutredningar ersätts med knappt hälften, cirka 125 000, så många planer för åtgärder på arbetsplatsen. Försäkringskassan eller den anställde ska kunna begära att en plan upprättas vid en tidigare tidpunkt. Det finns ingen anledning att tro att Försäkringskassan eller den anställde kommer att begära att det upprättas planer i andra sjukfall än där man befarar att sjukfallet blir långt om inga åtgärder vidtas. Det torde därför inte innebära att det totalt sett blir fler planer än de 125 000 vi nämnt ovan, utan att vissa planer kommer att upprättas vid en tidigare tidpunkt än dag 90.

Enligt en rapport från NUTEK¹ går det åt 20 minuter att fylla i blanketten för en rehabiliteringsutredning. Till detta kommer 50 minuter för att samla in information för att kunna upprätta rehabiliteringsutredningen. Genom att antalet ifyllda blanketter enligt vårt förslag kommer att halveras jämfört med de krav som gällande regelverk ställer så sparar arbetsgivarsidan 250 årsarbetare, eller cirka 15 miljoner kr, enligt den beräkningsmodell som används i Nuteks rapport. Vi har då inte räknat in de 50 minuter som informationsinsamlingen tar eftersom arbetsgivarens ansvar att fortlöpande föra ett samtal med den anställde om hur denne ska kunna återgå i arbete inte berörs av vårt förslag vilket vi också utvecklat i kapitel 22.

Planen ska redovisa samtliga insatser på arbetsplatsen som gjorts eller planeras för att underlätta för den anställde att återgå i arbete. Den ska vara tidsatt och även innehålla uppgifter om hur planen ska hållas uppdaterad. En plan för åtgärder på arbetsplatsen är inte detsamma som en rehabiliteringsutredning. Vår bedömning är dock att tidsåtgången bör bli ungefär densamma.

En plan för åtgärder på arbetsplatsen ska inte förväxlas med arbetsgivarens ansvar att hålla kontakt med den anställde under sjukskrivningstiden. Arbetsgivaren är skyldig att så snart det är möjligt påbörja anpassnings- och rehabiliteringsinsatser² och på den punkten föreslår vi ingen ändring.

¹ Mätning av företagens administrativa kostnader på arbetsrättsområdet, R2006:03.

² Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling (AFS) 1994:1 § 5.

Försäkringskassan

Vårt förslag berör endast anställda sjukskrivna och vi tar inte ställning till hur Försäkringskassan ska handlägga ärenden som rör personer som är arbetslösa, egenföretagare eller studerar etc. De förändringar vi föreslår får således bara konsekvenser för en del av Försäkringskassans arbete inom ohälsområdet.

Försäkringskassan har i uppdrag att bevaka att rehabiliteringsutredningen inkommer i tid, att påminna arbetsgivaren om detta och att ta kontakt med Arbetsmiljöverket om en utredning trots påminnelse inte kommer in. Försäkringskassan har också i uppgift att upprätta en rehabiliteringsplan om den sjukskrivne ska delta i åtgärder som ger rätt till rehabiliteringsersättning.

Insatsen att bevaka att underlag i form av plan för åtgärder på arbetsplatsen inkommer från arbetsgivaren minskar i samma omfattning som arbetsgivarens ansvar att upprätta dokumentet, dvs. en halvering jämfört med dagens situation. Enligt Försäkringskassan ska man i dag lägga motsvarande 44 årsarbetare på att påminna om rehabiliteringsutredningen, en halvering innebär således att denna arbetsinsats motsvarar 22 årsarbetare.

Försäkringskassan kommer dock fortfarande att ha kvar sitt samordningsansvar och ska se till att de insatser som ska genomföras på arbetsplatsen går i takt med eventuella medicinska åtgärder.

Försäkringskassan ska också som tidigare ta ställning till individens rätt till ersättning under den tid som åtgärder pågår (sjukpenning eller rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag).

26.1 Förseningsavgift

Arbetsgivare

Vi föreslår att en särskild förseningsavgift ska tas ut då en arbetsgivare inte i tid lämnat in en plan för åtgärder på arbetsplatsen till Försäkringskassan. Eftersom det är rimligt att utgå ifrån att arbetsgivare kommer att följa lagen så finner vi ingen anledning att göra någon kostnadsberäkning kring avgiften. Arbetsgivaren kan genom att ge in planen i tid helt undvika avgiften.

Försäkringskassan

Försäkringskassan ska bevaka att arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen kommer in i tid och om så inte sker ska Försäkringskassan besluta om en förseningsavgift. Om en arbetsgivare underlåter att i tid komma in med en plan ska Försäkringskassan fatta beslut om förseningsavgift. Efter det att avgiftsbeslutet meddelats ska arbetsgivaren vara skyldig att inom två månader betala avgiften som tillfaller staten. Avgiften ska betalas till länsstyrelsen som redan är betalningsmottagare för t.ex. sanktionsavgifter enligt arbetsmiljölagen. Eftersom vi anser att man måste förutsätta att arbetsgivare kommer att följa lagstiftningen är det svårt att beräkna Försäkringskassans arbetsinsats för att fatta beslut om förseningsavgift och meddela länsstyrelsen.

Länsstyrelsen/länsrätten

Länsstyrelsen ska enligt förslaget vara betalningsmottagare av förseningsavgifter. Beslutet ska kunna överklagas till länsrätten. Precis som vad gäller Försäkringskassans del i arbetet med förseningsavgifter anser vi det vara fel att beräkna omfattningen av länsstyrelsernas arbete med att ta in avgifter. Vi avstår också från att göra någon detaljerad beräkning av hur mycket statens inkomster skulle öka genom förseningsavgifterna. Vi har inte heller gjort någon beräkning av de ökade kostnaderna för administration inom länsstyrelser och länsrätter men anser att de administrativa besparingar som vårt förslag medför för Försäkringskassan mer än väl täcker dessa kostnader.

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

Arbetsgivaren

De insatser som kan bli aktuella är framför allt anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter, arbetsträning, omplacering och vissa typer av utbildningsinsatser. Däremot ingår inte externa utredningstjänster för att fastställa individens arbetsförmåga och

behov av insatser och inte insatser som har inslag av vård och behandling. I vilken omfattning arbetsgivare helt eller delvis finansierat denna typ av insatser har inte gått att fastställa. Samma sak gäller i vilken omfattning Försäkringskassan helt eller delvis köpt den typ av insatser som arbetsgivaren enligt vårt förslag alltid ska betala.

Vårt förslag innebär snarast en begränsning av arbetsgivarens ansvar i och med att utredningar och medicinsk rehabilitering helt ska bekostas av hälso- och sjukvården. Insatser som behövs för att individen ska kunna ta ett arbete hos annan arbetsgivare ska bekostas av den samverkan som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedriver.

I de fall individen behöver en anpassning av arbetsplatsen kan den anställde eller arbetsgivaren precis som i dag söka bidrag till arbetshjälpmedel.

Sammanfattningsvis medför förslaget enligt vår mening inga ekonomiska eller andra särskilda konsekvenser för arbetsgivare.

26.3 Försäkringskassans särskilda medel ska slopas

Försäkringskassan

Försäkringskassan köper utredningsinsatser och olika typer av aktiva åtgärder för drygt 600 miljoner kr (2005). Kostnaderna och antalet köp har sjunkit under de senaste åren. Försäkringskassan anser att det dels beror på att allt fler bedöms ha en arbetsförmåga som kan tas tillvara utan extra insatser, dels att de medicinska underlagen blivit bättre. Vårt förslag bör enligt Försäkringskassans beräkningar innebära besparingar på Försäkringskassan motsvarande 66 årsarbetare.

Försäkringskassans särskilda medel ska utnyttjas som förstärkning av statsbidraget till hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ta fram de beslutsunderlag Försäkringskassan behöver. Hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabiliteringsinsatser bör förtydligas och medicinska rehabiliteringsåtgärder, i den mån de är nödvändiga för individens återgång i arbete, bör tillhandahållas inom hälso- och sjukvården.

Hälso och sjukvården

Under år 2005 använde Försäkringskassan 440 miljoner kr till utredningar av arbetsförmåga och behov av rehabiliteringsåtgärder och cirka 160 miljoner till åtgärder av olika slag. Åtgärderna var dels sådana som enligt vårt förslag ska tillhandahållas inom hälso- och sjukvården, alltså av huvudsakligen medicinsk karaktär såsom ryggsador, stresskolor etc. dels sådana åtgärder som ska åvila arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Vårt förslag att de särskilda medlen ska användas som förstärkning inom hälso- och sjukvården innebär dock inte med någon automatik att hälso- och sjukvården inledningsvis kan klara det ökade åtagandet i form av utredningar och insatser utan att man i vart fall under ett inledande skede kommer att tvingas att köpa en del av dessa resurser från de befintliga privata producenterna på marknaden. Detta ser vi inte som något problem utan snarare som något gott då det ger dessa producenter en möjlighet att ställa om sin verksamhet utifrån att Försäkringskassan inte längre kommer att anlitas deras tjänster.

26.4 Förslagets konsekvenser för små företag

Vi anser inte att förslaget kommer att få några särskilda konsekvenser för små företag. De kommer att behöva upprätta färre planer för åtgärder på arbetsplatsen än vad de upprättat rehabiliteringsutredningar. Planerna ska innehålla uppgifter om vilka insatser som kan genomföras på arbetsplatsen vilket borde vara tämligen enkelt för de lilla företaget med begränsade arbetsuppgifter. Arbetsgivarens ansvar blir med vårt förslag tydligare i och med att det ska begränsas till åtgärder på arbetsplatsen och gränsen för detta ska vara Arbetsdomstolens praxis som utvecklats när domstolen, huvudsakligen i uppsägningstvister, prövat om arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

Förseningsavgiften kan som vi tidigare påpekat, helt undvikas genom att arbetsgivaren i tid ger in planen. Avgiften behöver därför inte utgöra något ekonomiskt problem för ett litet företag.

26.5 Förslagets konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv

Vi har redovisat hur de olika verktygen som rehabiliteringsutredning, avstämningsmöte och rehabiliteringsplan används och därvid visat att män och kvinnor får dessa insatser i ungefär lika stor omfattning. Samma sak gäller vid köp av olika typer av utredningar och aktiva åtgärder. Det görs fler köp till kvinnor men det motsvarar kvinnornas större andel av sjukskrivningarna. Vi anser inte att vårt förslag med en plan för åtgärder på arbetsplatsen och med en tydlig ansvarsfördelning mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården har någon negativ effekt ur jämställdhetssynpunkt. Vi tror att både kvinnor och män gynnas av detta.

27 Konsekvensanalys – lönebidrag

27.1 Uppdraget

Enligt direktivet har utredningen i uppdrag att analysera konsekvenserna för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

I direktiven anges vidare bl.a. följande.

Av budgetpropositionen för 2006 framgår att regeringen har prövat frågan om möjligheten att lämna lönebidrag för en arbetstagare som under pågående anställning drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att hans eller hennes arbetsgivare överväger uppsägning. Regeringen har dock funnit att det kan finnas negativa effekter på bl.a. arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som gör att det för närvarande inte bör göras förändringar i denna del. Samtidigt meddelade regeringen att tilläggsdirektiv till utredningen om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar var under beredning.

Regeringen anser mot denna bakgrund att effekterna på arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör utredas ytterligare.

Vid kontakter med Näringsdepartementet har det framkommit att det på departementet finns olika uppfattningar om det redan enligt gällande regler går att lämna lönebidrag i ett befintligt anställningsförhållande om en arbetstagare drabbas av ett funktionshinder på sätt som beskrivits ovan och arbetsgivaren har varslat om uppsägning. Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) har dock uppgett att den inte anser att det i dag är möjligt att lämna lönebidrag i ett befintligt anställningsförhållande och att det också är så som bestämmelserna om lönebidrag har tillämpats i praktiken.

Enligt förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt funktionshinder anges att lönebidrag, såvitt nu är aktuellt, kan utges vid nyanställ-

ning. Med beaktande av denna förordning, på det sätt som direktiven är utformade samt att lönebidrag, enligt AMS, i vart fall inte i praktiken har lämnats i befintliga anställningsförhållanden är vår utgångspunkt när vi nedan kommer att analysera konsekvenserna att det enligt gällande regler inte går att utge lönebidrag i ett befintligt anställningsförhållande.

27.2 Konsekvenser

27.2.1 Utgångspunkter

Som framgår av direktiven ska utredningen endast analysera konsekvenserna för *arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* vilket således innebär att vi inte ska ta ställning till om lönebidrag i befintliga anställningsförhållanden i sig är en lämplig lösning eller inte.

Vår inställning är inledningsvis att lönebidrag under pågående anställning egentligen inte ska få några konsekvenser för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. En seriös arbetsgivare som följer de bestämmelser och den praxis som finns på området ska nämligen inte överväga uppsägning förrän rehabiliteringsansvaret är uppfyllt. Vi inser dock att det, om lönebidrag ska kunna utgå i ett befintligt anställningsförhållande, kan finnas risk för att arbetsgivaren tar ”genvägar” i sitt rehabiliteringsansvar. Vi kommer nedan att redogöra för olika situationer där lönebidrag under pågående anställning kan vara förenade med vissa risker vad gäller arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

27.2.2 I förhållande till anställningsskyddslagen

Enligt direktiven ska ett lönebidrag kunna lämnas om en arbetstagarare drabbas av ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga och arbetsgivaren dessutom överväger uppsägning. För att en arbetsgivare över huvud taget ska kunna överväga uppsägning av en arbetstagarare på grund av sjukdom krävs enligt förarbetena till lagen (1982:80) om anställningsskydd¹ (LAS) och fast praxis från Arbetsdomstolen att det måste vara fråga om en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som är så väsentlig att arbetstagararen inte längre kan förväntas utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren.

¹ Prop. 1981/82:71.

En fråga som uppkommer är då vem som i en lönebidragssituation ska göra den bedömningen. Om det är arbetsgivaren som ska göra bedömningen så föreligger det i vart fall risk för att arbetsgivaren föreslår en lösning med lönebidrag innan arbetsgivaren fullgjort vad denne är skyldig att göra enligt reglerna i lagen (1962:381) om allmän försäkring och arbetsmiljölagen (1977:1160). Samrådsituationen mellan arbetsgivaren och arbetstagaren kan också innebära en fara för arbetstagaren genom att lönebidrag blir en för tidig lösning. Eftersom frågan om saklig grund för uppsägning normalt inte är en fråga för Arbetsförmedlingen är inte heller deras medverkan en garanti för att arbetsgivaren verkligen har uppfyllt sitt rehabiliteringsansvar innan lönebidrag kan bli aktuellt. En negativ konsekvens skulle således kunna bli att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar faktiskt urholkas.

En annan mer generell fråga är vilket arbete som arbetstagaren skulle kunna utföra eftersom man redan ska ha konstaterat att denne inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren. En situation där lönebidrag skulle kunna komma ifråga är om arbetsgivaren gjort allt vad gäller rehabilitering och anpassning och finner att arbetstagaren inte kan utföra något arbete av betydelse såsom verksamheten är organiserad vid den tidpunkten men att arbetsgivaren är villig att inrätta en ny tjänst. Vi kan tänka oss att den situationen kan uppstå om t.ex. en arbetstagare har varit anställd under lång tid och arbetsgivaren vill ta sitt ansvar för att personen ifråga inte ska bli uppsagd och eventuellt hamna i arbetslöshet. En positiv konsekvens av lönebidrag under pågående anställning skulle då å ena sidan vara att en arbetsgivare som har fullgjort sin rehabiliteringsskyldighet ändå har möjlighet att ha kvar en arbetstagare och å andra sidan att arbetstagaren får vara kvar på sin gamla arbetsplats och slippa tvingas ut i arbetslöshet.

En annan negativ konsekvens kan dock bli att när lönebidraget så småningom upphör skulle en sådan tjänst troligen inte rymmas inom verksamhetens budget och det skulle föreligga risk för uppsägning på grund av arbetsbrist. Det grundläggande problemet är således inte löst genom lönebidrag inom ramen för befintlig anställning utan det som skett i praktiken är endast att uppsägningstiden har förlängts. Någon långsiktig lösning har inte skapats för arbetstagaren. Möjligen är det också en komplikation att LAS även gäller för de som är anställda med lönebidrag.

27.2.3 I förhållande till statskassan

Vi har ovan redogjort för risken med att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar urholkas. En annan konsekvens i samband med detta är att samhället får ta kostnader för lönebidrag där arbetsgivaren rätteligen skulle ha fullgjort sin rehabiliteringsskyldighet.

Författningskommentar m.m.

Inledning

För att göra arbetsgivarens ansvar tydligare bör ordet rehabilitering utmönstras ur lagen(1962:381) om allmän försäkring (AFL) i de fall man avser arbetsgivarens ansvar i samband med att en anställd ska beredas stöd för återgång i arbete. Vi har dock valt att avstå från att presentera ett författningsförslag där vi konsekvent bytt ut ordet rehabilitering och rehabiliteringsansvar och inskränkt oss till att göra utbytet i de lagrum i AFL som även av andra skäl bör få ett nytt innehåll. Utmönstringen av ordet rehabilitering får också konsekvenser i vissa delar av arbetsmiljölagen (1977:1160), (AML).

Vårt uppdrag innebär endast en översyn av regelverket kring arbetsgivarens och den anställdes ansvar och vi har därför inte föreslagit förändringar i den lagstiftning som berör individer som saknar arbetsgivare.

Försäkringskassans möjlighet att köpa utredningar och aktiva åtgärder bör slopas och ansvaret och medlen överförs till hälso- och sjukvården, som har ansvar för att individen får den vård och rehabilitering som är nödvändig för att möjliggöra en återgång i arbete. De särskilda medlen har inte varit föremål för lagreglering tidigare och vi anser inte att det heller framdeles är nödvändigt. Något lagförslag lämnas således inte i den delen.

Författningskommentar

20 kap. 10, 10 a, 11 och 13 §§

Ändringarna i dessa paragrafer innebär endast att dessa även blir tillämpliga i ärenden och mål om avgifter.

13 a §

Ändringen innebär att bestämmelserna i 10-13 §§ även gäller i ärenden om förseningsavgift enligt 22 kap. 3 a-c §.

22 kap. 3 §

Ändringen i *första stycket* innebär att arbetsgivaren numera endast ska klarlägga den försäkrades behov av och vidta de åtgärder på arbetsplatsen som den försäkrade behöver för att kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren ska således inte klarlägga individens rehabiliteringsbehov i stort, vilket till exempel även kan innefatta medicinsk rehabilitering. Däremot kan det många gånger finnas skäl att arbetsgivaren i samarbete med exempelvis företagshälsovården klarlägger vilka insatser som är möjliga med hänsyn till arbetstagarens hälsotillstånd.

Arbetsgivarens ansvar att snarast klarlägga den anställdes behov av insatser för att kunna återgå i arbete följer av reglerna i 3 kap. 3 § AML och 5 § AFS 1994:1, Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om anpassning och rehabilitering.

Arbetsgivarens obligatoriska rehabiliteringsutredning slopas och ersätts enligt *andra stycket* med en plan för åtgärder på arbetsplatsen som ska upprättas i samråd med den försäkrade. Försäkringskassan eller den anställda kan kräva att arbetsgivaren upprättar en plan. Några särskilda villkor som ska vara uppfyllda för att kunna göra en sådan begäran finns inte.

Arbetsgivarens ansvar förtydligas och avgränsas till att i princip endast omfatta insatser på arbetsplatsen såsom anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter, införskaffande av arbets hjälpmedel, ändring av arbetsorganisation, omplacering, utbildning, arbets träning med mera. Utgångspunkten är således en geografisk begränsning. Även utbildning som anordnas på annan plats än på

arbetsplatsen får dock anses innefattas i begreppet insatser på arbetsplatsen. För en arbetsgivare med flera arbetsställen ingår samtliga arbetsställen i arbetsplatsen, dvs. med arbetsplats avses hela arbetsgivarens verksamhet. Dock är det givetvis naturligt att arbetsgivaren i första hand försöker finna lösningar på den arbetsplats där arbetstagaren arbetade innan denne insjuknade. Arbetsgivarens ansvar begränsas på samma sätt som idag av dels reglerna i AML, dels av Arbetsdomstolens praxis.

Om Försäkringskassan eller arbetstagaren har begärt att arbetsgivaren ska upprätta en plan ska den enligt *tredje stycket* ges in till Försäkringskassan inom 30 dagar räknat från dagen för en sådan framställan.

Även om en framställan enligt andra stycket inte gjorts ska arbetsgivaren enligt *fjärde stycket* upprätta och ge in en plan till Försäkringskassan senast då den anställdes på grund av sjukdom helt eller delvis varit frånvarande från arbetet under 90 dagar i följd. Den tidigare formuleringen i 22 kap. 3 § om att Försäkringskassan kan ta över ansvaret för att upprätta en rehabiliteringsutredning om det finns skäl till detta får ingen motsvarighet vad gäller plan för åtgärder på arbetsplatsen. Planens innehåll ska anpassas efter den situation som råder och om arbetsgivaren av något skäl, till exempel en konflikt mellan arbetsgivare och arbetstagarare, inte kan upprätta en fullgod plan får kompletteringar göras i samband med det avstämningsmöte som Försäkringskassan ska kalla till enligt 22 kap. 5 §.

Arbetsgivaren ska enligt *femte stycket* se till att planen följs och att det vid behov görs ändringar i den. Dessutom ska arbetsgivaren informera Försäkringskassan om det blir väsentliga ändringar i planen. Det kan handla om att insatser inte kommer att påbörjas vid planerad tidpunkt, ändrad tidsåtgång för olika insatser och annat som kan ha betydelse för individens ersättning från Försäkringskassan eller i övrigt vara av betydelse för den fortsatta handläggningen av ärendet.

Enligt *sjätte stycket* ges de lokala fackliga organisationerna en ökad möjlighet att delta genom att arbetsgivare blir skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisation som arbetstagaren tillhör då en plan för åtgärder på arbetsplatsen ska upprättas. Informationen ska lämnas oberoende av den anställdes inställning till fortsatt medverkan av den fackliga organisationen. Fortfarande ska det dock vara den enskilde som avgör om denne vill att

arbetstagarorganisationen ska delta i arbetet i att upprätta en plan, vilket framgår av *andra meningen* i detta stycke.

Enligt *sista stycket* ska regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, fastställa vad en plan för åtgärder på arbetsplatsen ska innehålla. Eftersom det är viktigt att planen utformas på så sätt att den utgör ett stöd i arbetet på arbetsplatsen bör detta arbete ske i nära samverkan med arbetsmarknadens parter. Följaktligen upphävs förordningen (2003:426) om rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring.

3 a §

Paragrafen är ny. I denna införs en bestämmelse om förseningsavgift. Enligt *första stycket* ska en arbetsgivare betala en förseningsavgift på 10 000 kr, om en plan för åtgärder på arbetsplatsen inte har lämnats senast då den försäkrade på grund av sjukdom helt eller delvis varit frånvarande från arbetet i 90 dagar i följd.

Beslutet fattas enligt *andra stycket* av Försäkringskassan. Försäkringskassan ska inte göra något ställningstagande till om planens innehåll är tillräckligt omfattande. Någon prövning av planens kvalitet ska således inte göras.

Enligt *tredje stycket* får avgiften efterges om det finns synnerliga skäl för det. Enligt vår mening skall förhållanden som exempelvis att planen har varit av särskilt komplicerad beskaffenhet eller om uppgifter saknas på grund av att arbetstagaren inte har velat medverka inte betraktas som synnerliga skäl. I dessa fall får arbetsgivaren i stället lämna de uppgifter som finns att tillgå samt en upplysning om varför vissa uppgifter saknas.

Enligt *fyjärde stycket* tillfaller förseningsavgiften staten.

3 b §

Paragrafen som är ny, innehåller endast en hänvisning till 20 kap. 10-13 §§.

3 c §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om betalning av förseningsavgift enligt 3 a §.

Enligt *andra stycket* ska förseningsavgiften betalas till länsstyrelsen. Behörig länsstyrelse är den länsstyrelsen i det län där Försäkringskassans beslut om förseningsavgift fattades. Betalning ska ske inom två månader från det att beslutet vunnit laga kraft. Har ett överklagande inte inkommit inom klagotiden som är två månader (20 kap. 13 § AFL) har beslutet vunnit laga kraft. I sådant fall ska arbetsgivaren självant betala avgiften. Detta ska anges i beslutet.

I *tredje stycket* anges att dröjsmålsränta ska tas ut om avgiften inte betalas i rätt tid.

Enligt *fjärde stycket* får ett beslut om förseningsavgift efter sista betalningsdagen, dvs. två månader efter det att det har vunnit laga kraft, verkställas såsom en lagakraftvunnen dom. Försäkringskassans beslut utgör således en exekutionstitel, dvs. det kan läggas till grund för indrivning, om betalning inte har skett.

5 §

Rehabiliteringsutredningen är ersatt av en plan för åtgärder på arbetsplatsen. I övrigt ingen ändring. Försäkringskassan ska, om det inte är obehövt, kalla till ett avstämningsmöte inom två veckor från det att arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen inkommit till Försäkringskassan. Syftet med mötet är bl.a. att gå igenom den inlämnade planen och göra eventuella kompletteringar.

6 §

Paragrafen har kompletterats med att rehabiliteringsplan ska upprättas senast två veckor efter det att arbetsgivarens plan för åtgärder på arbetsplatsen inkommit om den försäkrade behöver åtgärder som ger rätt till rehabiliteringsersättning. I övrigt är paragrafen oförändrad. Enligt förarbetena till 22 kap. 3 § har Försäkringskassan ansvar för att göra en utredning motsvarande arbetsgivarens rehabiliteringsutredning för försäkrade som saknar arbetsgivare. Detta ansvar berörs inte av vårt förslag och av denna anledning finns formuleringen "rehabiliteringsutredning" kvar i 6 §.

Övergångsbestämmelser

Enligt första punkten träder lagen i kraft den 1 juli 2007. Enligt punkten 2 ska de nya bestämmelserna tillämpas även på sjukfall som inträffat före den 1 juli 2007 om det i dessa fall inte har upprättats någon rehabiliteringsutredning. Enligt tredje punkten framgår att reglerna om avgifterna i 22 kap. 3 a-c inte ska tillämpas retroaktivt utan endast för sjukfall som anmälts efter lagens i kraftträdande.

Referenser

- Arbetsmarknadsstyrelsens årsredovisning 1998
Arbetsdomstolens årsredovisning 2005
Riksförsäkringsverkets årsredovisning för år 2003
Riksförsäkringsverkets årsredovisning för år 2004
Socialförsäkringen, årsredovisning för 2004
Försäkringskassans budgetunderlag för 2007–2009
Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000 (Analyserar 2003:17), Försäkringskassan
Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur (Analyserar 2005:4), Försäkringskassan
Rehabiliteringsutredning –plan för återgång i arbete.
Försäkringskassans metodundersökning 2004 (Analyserar 2005:17) Försäkringskassan
Hur hanterar företagen medfinansieringen? Företagarna september 2005
Sjukfrånvaro, Arbetskraftsundersökningar (AKU) för 2004, Statistiska Centralbyrån (SCB)
Regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen S 2005/10219/SF
Statistik från PILA projektet, Försäkringskassan 2006
Statens beredning av medicinsk utvärdering, SBU, rapport om behandling av långvarig smärta 2006.
Den höga sjukfrånvaron – Sanning och konsekvens, Statens Folkhälsoinstitut 2004
Den galopperande sjukfrånvaron, RARs forskningsrapport nr. 1: 2005 Larsson Marklund, Westerholm, Arbetslivsinstitutet 2005
Arbetsmiljön 1991–2003 Klass och kön, Gellerstedt, LO 2005
Bergkvist, Lunning och Toijer, Medbestämmandelagen, 1999
Nyström, Birgitta, EG och arbetsrätten, 2002
Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005

- Arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär. (Rygg och Nacke 6). Försäkringskassan 1997
- Hållbar hälsa i kommuner och landsting, Karolinska Institutet 2004
- 2003 års Arbetsmiljöundersökning, SCB
- Vilja och villkor - en studie om långtidssjukskrivnas situation, Göransson, Antonsson, Melin, Arbetslivsinstitutet 2002
- Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning? (Analyserar 2003:10) Försäkringskassan
- Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken (Analyserar 2006:6) Försäkringskassan
- Kunskaps- och attitydstudie avseende sjukförsäkringen, Försäkringskassan 2005
- Arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenningen, regeringsrapport, Försäkringskassan 2006
- Utveckling av effekterna av arbetsgivarens medfinansiering av sjukpenningkostnader, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU, 2006
- Medfinansieringsreformen – piska, morot eller ingetdera? Erfarenheter av effekter av arbetsgivarens medfinansiering i tre nordliga och tre sydliga län, Umeå universitet 2006
- Regleringsbrev för budgetåret 2006 avseende Försäkringskassan
- Försäkringskassornas arbete med arbetshjälpmedel. (RFV Redovisar 2004:6) Försäkringskassan
- Sjukersättning och aktivitetsersättning utbetalade i december 2003 och 2004 (Statistik 2005:5) Försäkringskassan
- Medfinansieringen ur ett arbetsgivarperspektiv delrapport, handelshögskolan i Göteborg 2006 Försäkringskassan åiterrapportering av regeringsuppdrag 2005.08
- Regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen S2005/9201/SF
- Kvinnors sjukskrivning, Renstig, Sandmark, Karolinska Institutet 2005
- Sjukpenning och samordnad rehabilitering, Vägledning 2004:2, Försäkringskassan
- Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassans metodundersökning 2004 (Analyserar 2005:17) Försäkringskassan
- Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Alexandersson m.fl. Karolinska Institutet 2005

- Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?, Eklund, Lidwall, Marklund, Arbetslivsinstitutet 2005
- Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete (Analyserar 2006:10) Försäkringskassan
- Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser (Analyserar 2004:8) Försäkringskassan
- Sjukskriven i onödan? (Analyserar 2005:5) Försäkringskassan
- Samordnad rehabilitering 2000:6 riksrevisionsverket, RRV
- Tekniska nomenklaturcentralen, TNC, Arbetslivsfonden, 1995
- Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Rapport 2003:1 Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet 2003
- Köp av aktiva tjänster – mål och resultat (Analyserar 2005:21) Försäkringskassan
- Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder (Analyserar 2003:16)
- Nordiska ministerrådets rapport om sjukfrånvaron, 2005
- Rikstrygdeverkets rapport nr 10/2003, Effekt av aktiv sjukmedling?
- Fanebust, Arne, Oppsigelse i arbetsförhåll, 1995
- Morgondagens rehabilitering – om Försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter RFV ANSER 1998:8
- 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

Propositioner

- Proposition 1973:129, Anställningsskydd m.m.
- Proposition 1976/77:149, Arbetsmiljölag m.m.
- Proposition 1981/82:142, Ändring i brottsbalken (ekonomiska sanktioner vid brott i näringsverksamhet)
- Proposition 1982/83:124, Med anledning av beslut som har fattats av internationella arbetskonferensen vid dess sextioåttende möte
- Proposition 1983/84:139, Med anledning av vissa beslut fattade av internationella arbetskonferensen vid dess sextionionde möte

Proposition 1984/85:89, Företagshälsovård och arbetsanpassning
Proposition 1990/91:140, Arbetsmiljö och rehabilitering
Proposition 1990/91:141, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning
Bet. 1990/91: SfU16, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning
Proposition 1996/97:28, Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension
Proposition 1996/97:63, Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.
Proposition 1997/98:82, Europarådets sociala stadga
Bet. 1997/98AU12, rskr. 1997/1998:187
Proposition 2002/03:2, Vissa socialförsäkringsfrågor m.m.
Proposition 2002/03:89, Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet
Proposition 2004/05:21, Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro
Proposition 2005/06:207, Skäliga stöd- och anpassningsåtgärder för arbetstagare med funktionshinder

SOU

Arbete och hälsa SOU 1990:49
Främjandelagen – en översyn SOU 1998:07
Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar SOU 1998:104
Rehabilitering till arbete SOU 2000:78
Sjukfrånvaro och sjukskrivning SOU 2000:121
Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH, slutbetänkande SOU 2002:5
Analys av hälsa och arbete, AHA utredningen SOU 2002:62
Arbetskraft SOU 2003:95
Vem tjänar på att arbeta? SOU 2004:2
Långtidsutredningen 2003/04 SOU 2004:19
Utveckling av god företagshälsovård SOU 2004:113

Kommittédirektiv



Översyn av vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Dir.
2005:48

Beslut vid regeringssammanträde den 21 april 2005

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med 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 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 skall 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.

Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 april 2006.

Bakgrund

Den s.k. rehabiliteringsreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992, innebär att arbetsgivaren har fått ansvar för rehabiliteringsåtgärder för sina anställda. I och med reformen har arbetsgivaren också fått ansvaret för ersättningen till de sjukskrivna under sjukskrivningens första två veckor (sjuklöneperioden). Reformen innebär också att Försäkringskassan har fått ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne skall kunna återfå sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har dessutom sedan 1990 tilldelats medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna.

Sedan rehabiliteringsreformen genomfördes har ansvarsfördelningen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vad avser arbetsgivarens skyldigheter och Försäkringskassans möjligheter att finansiera åtgärder utretts vid olika tillfällen. Flertalet utredningar menar att det finns behov av att förtydliga arbetsgivarens respektive Försäkringskassans ansvar för att finansiera rehabiliteringsåtgärder.

För att förtydliga arbetsgivarens rehabiliteringsansvar gäller fr.o.m. den 1 juli 2003 att arbetsgivaren alltid har skyldighet att utreda en arbetstagares behov av rehabiliteringsåtgärder. Rehabiliteringsutredningen skall 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, skall upprätta en rehabiliteringsplan om det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering.

Regeringen beslutade den 26 juni 2003 om en översyn av vissa frågor som gäller företagshälsovården (dir. 2003:87). Utredaren fick till uppgift att bl.a. överväga hur den särskilda kompetens som finns inom företagshälsovård bättre skall kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I december 2004 avlämnade utredningen, benämnd 2003 års företagshälsovårdsutredning, sitt betänkande Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113).

Regeringen enades om en avsiktsförklaring tillsammans med Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna den 18 december 2003 i syfte att uppnå målet att halvera antalet sjukdagar till år 2008. I avsiktsförklaringen anges bl.a. att möjligheten till en arbetsrättslig

reglering som ger arbetstagare rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning skall prövas.

Regeringen beslutade den 23 juni 2004 om en översyn av vissa delar av arbetsmiljölagen (dir. 2004:91). Utredaren skall bl.a. utreda frågan om hur bestämmelserna om systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabilitering i arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter skulle kunna göras dispositiva för att ge möjlighet åt arbetsmarknadens parter att genom kollektivavtal reglera vad arbetsgivaren skall göra för att fullgöra sina skyldigheter. Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 1 mars 2006.

I budgetpropositionen för år 2005 anges att en särskild utredare avses få i uppdrag att se över arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Syftet är att tydliggöra arbetsgivarens ansvar för att göra en rehabiliteringsutredning och vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder för den enskilde så snart det är medicinskt lämpligt. Avsikten är att i denna översyn även utreda i vilka fall som Försäkringskassan skall kunna köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Nuvarande bestämmelser

Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivaren har en central roll när det gäller anställdas arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning finns i arbetsmiljölagen (1977:1160, AML). Enligt 3 kap. 2 a § AML skall arbetsgivaren se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt AML och 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) åvilar denne. Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för den enskildes rehabilitering finns i AFL. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar i arbetsrättsligt hänseende har utvecklats genom Arbetsdomstolens praxis rörande saklig grund för uppsägning enligt 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS).

Enligt 22 kap. 3 § AFL gäller att arbetsgivaren har skyldighet att utreda en arbetstagares behov av rehabilitering, när den anställde till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor i följd, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om arbetstagaren begär det. Utredningen skall

genomföras i samråd med arbetstagaren och med hans eller hennes arbetstagarorganisation, om arbetstagaren medger detta.

Rehabiliteringsutredningen är ett verktyg för att arbetsgivaren skall kunna leva upp till sitt rehabiliteringsansvar och ett viktigt underlag i det systematiska arbetsmiljöarbetet samtidigt som den är ett mycket viktigt underlag när Försäkringskassan skall bedöma den försäkrades behov av och möjlighet till rehabilitering.

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skall lämnas till Försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor. Utredningen kan användas som utgångspunkt för planering av rehabiliteringsåtgärder av såväl arbetsgivaren som Försäkringskassan. Utredningen är också viktig för att Försäkringskassan skall kunna fullgöra sin roll som samordnare av den enskildes rehabilitering. Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det. Ett sådant skäl kan vara att relationen mellan arbetsgivaren och den anställde är sådan att det är olämpligt att arbetsgivaren genomför utredningen.

Enligt AFL skall den försäkrades arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. I förarbetena (prop. 1990/91:141) anges att det bör ingå i arbetsgivarens ansvar att vidta de arbetslivsinriktade åtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Exempel på sådana åtgärder är arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Det kan även vara aktuellt att vidta tekniska åtgärder eller anskaffa särskild utrustning för att ändra den fysiska miljön i syfte att minska den anställdes arbetsbelastning. Det kan även gälla åtgärder beträffande arbetsinnehåll och arbetsorganisation.

Arbetsgivaren skall enligt 3 kap. 3 § andra stycket AML genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. I förarbetena (prop. 1990/91:140) anges att vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder för att arbetstagaren skall kunna fortsätta sin anställning bara kan avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in. Dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen har preciserat arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § AML genom 12 § i föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1.

Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att rehabiliteringsbehovet klarläggs för en försäkrad som drabbats av sjukdom eller skada och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Detta ansvar omfattar alla försäkrade, både de som har en arbetsgivare och de som saknar anställning. I ansvaret ingår att vara ett stöd för den försäkrade och motivera och stimulera honom eller henne till en aktiv medverkan i rehabiliteringen. Rehabiliteringen skall syfta till att den försäkrade får tillbaka sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Enligt 22 kap. 5 § AFL skall Försäkringskassan samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra myndigheter som kan vara berörda. I detta sammanhang skall Försäkringskassan verka för att berörda aktörer, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan har också möjlighet att bedriva finansiell samordning och på lokal nivå ingå i samordningsförbund tillsammans med länsarbetsnämnden, landsting och kommun. Den finansiella samordningen syftar till att personer med behov av samordnande rehabiliteringsinsatser uppnår eller förbättrar sin förmåga till förvärvsarbete.

I Försäkringskassans ansvar ingår att upprätta en rehabiliteringsplan om en försäkrad behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken rehabiliteringsersättning kan betalas ut enligt AFL. Rehabiliteringsplanen grundas på arbetsgivarens eller Försäkringskassans rehabiliteringsutredning, medicinskt underlag och eventuellt ytterligare material från andra rehabiliteringsansvariga. Planen skall, om det är möjligt, upprättas i samråd med den försäkrade.

Från och med den 1 januari 2005 gäller att Försäkringskassan, om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan utges, skall upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter det att en rehabiliteringsutredning har kommit in från arbetsgivaren eller efter det att

Försäkringskassan har gjort rehabiliteringsutredningen. Om en rehabiliteringsplan kan upprättas först sedan ett avstämningsmöte mellan den anställde, arbetsgivaren, Försäkringskassan och behandlade läkare har genomförts skall Försäkringskassan kalla till ett sådant möte senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredningen kommit in till Försäkringskassan. Om det vid ett avstämningsmöte framkommer att det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter avstämningsmötet.

Sedan 1990 har Försäkringskassan tilldelats medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. För år 2005 har 971,5 miljoner kronor anslagits för detta ändamål. Enligt förarbetena (prop. 1989/90:62) kan Försäkringskassan köpa sådana tjänster som bedöms nödvändiga för att återföra en försäkrad i arbete. Det gäller tjänster dels för utredning av förutsättningarna för rehabilitering, dels för direkta åtgärder som syftar till att underlätta återgång till förvärvsarbete. Åtgärderna bör således vara arbetslivsinriktade. Insatser av rent medicinsk natur bör däremot inte kunna köpas på detta sätt.

I regleringsbrevet för budgetåret 2005 avseende Försäkringskassan anges att aktiva rehabiliteringsåtgärder i första hand bör köpas för anställda långtidssjukskrivna då det är klarlagt att den anställde inte kan återgå i arbete hos den nuvarande arbetsgivaren. Vidare anges att medlen inte får användas för köp av aktiva rehabiliteringsåtgärder för sjukskrivna arbetslösa.

Den enskildes ansvar

Enligt 22 kap. 2 § AFL skall rehabiliteringsåtgärder planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov. Enligt förarbetena (prop. 1990/91:141) innebär detta att hänsyn tas till den försäkrades ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och andra speciella omständigheter. Därför bör också utredning, planering och genomförande av rehabiliteringen ske i nära samarbete med den försäkrade.

Enligt förarbetena (prop. 1990/91:141) skall Försäkringskassan motivera den försäkrade att delta aktivt i rehabiliteringen med målet att han eller hon så snabbt som möjligt skall kunna återgå till arbetslivet. Försäkringskassan kan dessutom ställa krav på den försäkrade att delta i utredning och planering av lämpliga rehabiliter-

ingsåtgärder. Den försäkrade skall, enligt 22 kap. 4 § AFL lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. Enligt 20 kap. 3 § AFL får ersättning förvägras om den försäkrade vägrar att utan anledning genomgå behandling, utredning eller rehabilitering eller delta i ett avstämningsmöte.

Tidigare utredningar och förslag

Sedan rehabiliteringsreformen genomfördes 1992 har ansvarsfördelningen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vad avser arbetsgivarens skyldigheter och Försäkringskassans möjligheter att finansiera åtgärder utretts vid olika tillfällen. I det följande redovisas kortfattat slutsatserna från några av de utredningar som genomförts sedan rehabiliteringsreformen trädde i kraft.

Utredningen om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Utredningen om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (AGRA-utredningen) gavs i uppdrag att utreda arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar och hur gränsen skall dras mellan det rehabiliteringsansvar som åligger arbetsgivaren å ena sidan, och det som åligger i första hand Försäkringskassan men även övriga berörda aktörer å den andra. I betänkandet *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (SOU 1998:104) föreslog AGRA-utredningen att arbetsgivaren skall 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 skall vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att även undersöka ett eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering. Utredningen föreslog vidare att arbetsgivaren skall svara för att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder vidtas som behövs för att arbetstagaren skall kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren eller behålla arbetet hos denne.

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 varar har ansvar enligt AML att genom att anpassa ar-

betsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar. Utredningen stannade därför för att föreslå att arbetsgivaren skall ha kvar sitt ansvar så länge anställningen varar.

Utredningen föreslog vidare att det i AFL skall slås fast att arbetsgivaren skall bekosta de rehabiliteringsåtgärder som följer av ansvaret. Utredningen ansåg att detta bör kombineras med möjligheter för arbetsgivaren att kompensera sig för rehabiliteringskostnaderna och föreslog att arbetsgivaren skall kunna få halva kostnaden betald av den allmänna sjukförsäkringen.

Rapporten Morgondagens rehabilitering

I rapporten Morgondagens rehabilitering (RFV Anser 1999:8) föreslog Riksförsäkringsverket (RFV) att arbetsgivaren skall ansvara för att genomföra och bekosta sådana rehabiliteringsåtgärder som syftar till att den enskilde skall kunna fortsätta arbeta i arbetsgivarens verksamhet. Arbetsgivaren skall dock inte vara skyldig att bekosta och genomföra sådana insatser som faller inom kommunens, hälso- och sjukvårdens eller annans ansvarsområde. Genom detta förslag skulle, enligt RFV, ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivarna bli tydlig.

Förslaget lämnades med anledning av att RFV ansåg att det finns otydligheter i arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsåtgärder. Otydligheterna gäller vilken typ av åtgärder arbetsgivaren är skyldig att vidta och bekosta, om denna eventuella skyldighet även gäller att vidta och bekosta åtgärder som syftar till att den anställde skall kunna arbeta hos annan arbetsgivare samt om arbetsgivaren är skyldig att bekosta vissa rehabiliteringsåtgärder helt eller endast till viss del. I många fall leder enligt RFV dessa oklarheter till att arbetsgivaren och Försäkringskassan förhandlar över huvudet på den enskilde.

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2000:78) att rehabiliteringsreformen inte har nått sitt fulla syfte, eftersom sjukfrånvaron har ökat samtidigt som rehabiliteringsinsatser inte kommit igång i tillräcklig

utsträckning. Utredningen menade att arbetsgivaren genom denna reform fick ett stort men otydligt ansvar för de anställdas rehabilitering och att detta ansvar rymmer olika tolkningsproblem. Utredningen ansåg att det praktiska ansvaret har förskjutits från arbetsgivaren till myndigheterna inom den offentliga sektorn: hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Utredningen föreslog att det borde skapas en ny försäkring – rehabiliteringsförsäkring – som bedriver och vid behov finansierar insatser i syfte att den sjukskrivne så fort som möjligt skall komma i arbete. Den föreslagna försäkringen skulle innehålla rätt till rehabiliteringsstöd, mer kraftfulla medel för aktiva insatser och en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten. För att rehabiliteringen skall bli effektiv föreslogs dessutom att det skapas en ny statlig myndighet, Rehabiliteringsstyrelsen. Myndighetens huvuduppgifter skulle vara att ansvara för den sektorsövergripande rehabiliteringen, betala ut kontantersättningar vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom samt administrera och utveckla den föreslagna rehabiliteringsförsäkringen. Utredningen föreslog att arbetsgivarens skyldighet att genomföra en rehabiliteringsutredning omformas till en rättighet för individen genom en lagstadgad och överklagningsbar rätt till en rehabiliteringsutredning. Ansvaret för att utredningen genomförs föreslogs åvila Rehabiliteringsmyndigheten.

Utredning av Försäkringskassans rehabiliteringsarbete och köp av rehabiliteringstjänster

På uppdrag av Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) utredde Statskontoret Försäkringskassans rehabiliteringsarbete och köp av rehabiliteringstjänster (Ett effektivt rehabiliteringsarbete? – om Försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster, Statskontoret [2001]). Statskontoret ansåg att arbetsgivarnas ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder behöver förtydligas. Arbetsgivarna borde, enligt Statskontorets förslag, ha ett ansvar för att vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering till arbete hos dem. Ansvaret för att vidta åtgärder skulle därmed ligga på arbetsgivaren så länge som målet med rehabiliteringen bedöms vara återgång i arbete till dennes verksamhet.

Statskontoret ansåg att handläggarna på Försäkringskassan ofta saknar en gräns mellan vad som är arbetsgivarens respektive Försäkringskassans ansvar när det gäller att finansiera rehabiliteringsåtgärder. Enligt Statskontoret visade deras undersökningar och många andra utredningar och studier på att en stor del av fokus ligger på Försäkringskassans medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, medan det centrala i rehabiliteringsprocessen istället är Försäkringskassans samordningsansvar. Statskontoret ansåg att det är samordningsansvaret som bör ligga i fokus snarare än Försäkringskassans möjlighet att i vissa fall köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) föreslog i sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) att Försäkringskassans möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster skall begränsas till försäkringsmedicinska utredningar, underlag från företagshälsovård samt rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivarens ställe. Enligt HpH-utredningen medför nuvarande ordning att finansieringen av en rehabiliteringsåtgärd blir föremål för förhandling mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan, vilket innebär stora risker för godtycke och olika behandling beroende på arbetsgivarens vilja och ekonomiska möjligheter, Försäkringskassans tillgång till medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och enskilda handläggares agerande.

Granskning av Försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Vid en granskning av Försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster ansåg Riksrevisionen att Försäkringskassan inte har förutsättningar att hantera köp av tjänst på ett effektivt sätt, eftersom det är oklart för vilka syften som medlen skall användas (Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering, RiR 2004:21). Riksrevisionen menade att Försäkringskassans hantering av köp av tjänst har en negativ inverkan på ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren. Dels ansågs

ansvarsfördelningen påverkas negativt av att målsättningen är oklar, eftersom köp av tjänst hanteras på olika sätt inom Försäkringskassan. Dels ansågs ansvarsfördelningen påverkas av att lagstiftningen är oklar när det gäller kostnadsansvaret för rehabiliteringsåtgärder.

Mot bakgrund av granskningen rekommenderade Riksrevisionen en översyn av AFL för att klargöra gränsdragningen mellan Försäkringskassan och arbetsgivaren, en precisering av målsättningen i syfte att ge bättre förutsättningar för likabehandling och uppföljning samt att det utarbetas riktlinjer som stöd för Försäkringskassans prioriteringar och agerande gentemot arbetsgivaren.

Utredning av vissa frågor som gäller företagshälsovården

2003 års företagshälsovårdsutredning lämnade i december 2004 sitt betänkande Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder (SOU 2004:113). I betänkandet föreslås att en företagshälsovårdslag införs i syfte att främja utvecklingen av god företagshälsovård, genom att enskilda företagshälsovårdsenheter ges möjlighet att få ett samhälleligt godkännande av sin verksamhet. Så kallad godkänd företagshälsovård skall ha kompetens inom områdena medicin, teknik, beteendevetenskap och ergonomi. Den skall arbeta tvärdisciplinärt och på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillämpa ett kvalitetssystem. Vidare föreslås att det inrättas en företagshälsovårdsnämnd som består av representanter för Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet, Försäkringskassan, arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdsbranschen. I nämnden skall frågor om utvecklingen av företagshälsovården behandlas. Nämnden skall också ansvara för godkännandet av företagshälsovårdsenheter. Utredningen föreslår att Arbetslivsinstitutet ges ett tydligt ansvar för företagshälsovårdsutbildningen och utvecklingen av denna. Utredningen föreslår också en satsning på forskning om företagshälsovård.

Utredningen föreslår flera åtgärder för att stimulera användandet av ”godkänd företagshälsovård”. Det föreslås t.ex. att Försäkringskassan skall anlita sådan företagshälsovård om det i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är aktuellt med fördjupade arbetsförmågebedömningar och rehabiliteringsutredningar. Vidare föreslår utredningen att näringsidkares avdragsrätt för företagshälsovård i inkomstskattelagen knyts till användandet av ”godkänd företagshälsovård”.

Utredningen föreslår att det i AML ställs tydligare krav på arbetsgivaren att bedöma behovet av extern expertis såsom företagshälsovård i arbetsmiljöarbetet. Utredningen föreslår dock inte några skärpningar av arbetsgivarens skyldighet att anlita företagshälsovård. Utredningen betonar fördelarna med ett utvecklat samarbete mellan företagshälsovård och den allmänna hälso- och sjukvården. Samarbetet bör utgå från företagshälsovårdens huvuduppgifter, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen föreslår ett samverkansprojekt som syftar till att godkända företagshälsovårdsenheter skall kunna teckna samarbetsavtal med landstingen.

Behovet av en översyn

Allmänt

En viktig utgångspunkt i ohälsöarbetet är ett effektivt förebyggande arbete. Genom ett väl fungerande förebyggande arbetsmiljö- och folkhälsoarbete minskas risken för skador och sjukdomar. En viktig princip i det förebyggande arbetet är att arbetsmiljöarbetet integreras i planering, ledning och drift. Detta är kärnan i begreppet systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljölagen klargör arbetsgivarens ansvar i detta avseende.

Om en sjukskrivning inte kan undvikas är det viktigt att nödvändiga rehabiliteringsinsatser kommer igång snarast. En grundläggande utgångspunkt för en effektiv rehabilitering är betydelsen av tidiga åtgärder. All erfarenhet visar att tidiga åtgärder är viktiga för en framgångsrik rehabilitering. Ju längre en person är borta från arbetslivet på grund av sjukdom desto svårare är det att komma tillbaka till arbetslivet. Det är därför angeläget att nödvändiga åtgärder påbörjas så snart det är möjligt. Det är också viktigt att rehabiliteringen kännetecknas av ett genomgående jämställdhetsperspektiv och att både kvinnor och män får del av den rehabilitering som är nödvändig.

En annan grundläggande utgångspunkt är arbetsplatsens betydelse för möjligheterna till återgång i arbete. Arbetsgivaren har i allmänhet god kunskap om sina anställda och deras resurser samt vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta återgång i arbete. I detta avseende spelar arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsplatsen stor roll. Även arbetstagarorganisationerna har en viktig

roll genom den kompetens och kännedom som de har om arbetsplatsen.

Ytterligare en utgångspunkt är att den försäkrade deltar aktivt i rehabiliteringen. Den enskildes engagemang och motivation är avgörande för möjligheterna att återgå i arbete. Det är dessutom angeläget att den försäkrade kan hålla kontakten med arbetslivet under tiden som den enskilde får ersättning från sjukförsäkringen.

Ansvaret för rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder

Enligt bestämmelserna i AFL skall den försäkrades arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Det saknas dock bestämmelser om sanktioner för att genomdriva att arbetsgivaren uppfyller de nämnda skyldigheterna.

Enligt bestämmelserna i AML skall arbetsgivaren se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Dessa bestämmelser är sanktionerade genom bestämmelser om tvångsåtgärder (föreläggande och förbud) i 7 kap. AML samt 8 kap. samma lag.

Enligt bestämmelserna i AFL skall arbetsgivaren lämna rehabiliteringsutredningen till Försäkringskassan senast när sjukfallet har pågått i åtta veckor. Utredningen kan användas som utgångspunkt för planering av rehabiliteringsåtgärder av såväl arbetsgivaren som Försäkringskassan. Enligt nuvarande bestämmelser saknas emellertid en tidsgräns för när arbetsgivaren skall ha påbörjat nödvändiga rehabiliteringsåtgärder. Enligt 22 kap. 5 § skall Försäkringskassan se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

Enligt förarbetena (prop. 1990/91:141) har arbetsgivaren ansvaret för de rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten för att arbetstagaren skall beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Det finns emellertid omständigheter som medför svårigheter för arbetsgivaren att uppfylla ansvaret att vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder och som aktualiserar behovet av att förtydliga hur omfattande arbetsgivarens ansvar är och när detta ansvar skall anses vara uppfyllt.

För det första kan vissa rehabiliteringsåtgärder som arbetstagaren behöver innebära orimligt stora kostnader för arbetsgivaren. Detta skulle kunna leda till att sådana rehabiliteringsåtgärder som

utifrån den försäkrades situation är de mest lämpliga inte kommer till stånd. För det andra har arbetsgivare olika ekonomiska förutsättningar att finansiera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Särskilt mindre företag kan ha svårt att klara exempelvis en mer omfattande rehabiliteringsinsats. För det tredje finns det former av arbetslivsinriktad rehabilitering som innehåller betydande inslag av såväl medicinsk som social rehabilitering.

Den enskildes ställning

Den försäkrades engagemang och motivation är avgörande för om och när åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete kan ske. Arbetsgivaren, Försäkringskassan och andra myndigheter kan i första hand ge både kvinnor och män bra förutsättningar och erbjuda lämpliga insatser. Likväl kan det ifrågasättas om nuvarande lagstiftning ger den sjukskrivne tillräckligt inflytande över sin egen rehabilitering och om de förväntningar som man bör kunna ha på den enskilde kommer till uttryck i lagstiftningen.

Genom lagstiftning som trätt i kraft den 1 januari 2005 har det tydliggjorts vilka förväntningar den försäkrade kan ha på Försäkringskassan när det gäller att upprätta rehabiliteringsplaner och att kalla till avstämningsmöte. Det finns nu skäl att även stärka arbetstagararens rätt att genom arbetsgivaren få klarlagt sina möjligheter att återgå till arbete och att lämpliga åtgärder som behövs också kommer till stånd. I detta sammanhang kan det övervägas om arbetstagarorganisationerna bör få en tydligare roll då deras engagemang och kunskaper behövs som ett stöd för den enskilde. Aktiva arbetstagarorganisationer har mycket att tillföra rehabiliteringsprocessen och det är därför viktigt att ge fackliga representanter tillträde till dessa processer.

Kraven bör dock inte ensidigt ställas på arbetsgivaren utan arbetstagararen skall också vara skyldig att aktivt medverka till att behovet av insatser klarläggs och att nödvändiga åtgärder också genomförs. Det är viktigt att arbetsgivaren och den anställde fortlöpande håller kontakt under sjukskrivningstiden och att den sjukskrivne när så är lämpligt kan vistas på arbetsplatsen. Självfallet måste de krav och förväntningar som avser den försäkrade ta hänsyn till den enskildes hälsotillstånd och de får inte medföra att arbetsgivarens ansvar reduceras.

Uppdraget

En särskild utredare skall, i syfte att stärka den enskildes ställning och skapa en effektivare rehabilitering, tillkallas för att pröva möjligheten att reglera arbetsgivarens rehabiliteringsansvar samt för att se över den enskildes ansvar i rehabiliteringsprocessen och Försäkringskassans möjligheter att finansiera arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utredaren skall pröva möjligheten till en arbetsrättslig reglering som ger arbetstagaren rätt till en av arbetsgivaren utförd rehabiliteringsutredning. Utredaren skall även pröva möjligheten att införa en reglering gällande arbetsgivarens skyldighet att genomföra rehabiliteringsåtgärder. För att nödvändiga åtgärder skall vidtas så snart det är medicinskt lämpligt skall utredaren också utreda möjligheten att ange en tidsgräns för när åtgärder skall vara påbörjade som syftar till att en anställd skall återgå i arbetsgivarens verksamhet. Utredaren skall vidare överväga om det behövs ytterligare lagstiftning för att säkerställa den enskildes inflytande över den rehabilitering som skall genomföras. Utredaren skall också överväga om det behövs ytterligare lagstiftning angående den enskildes skyldighet att medverka vid utredning av rehabiliteringsbehov, att aktivt medverka i rehabiliteringen och att under sjukdomstiden hålla kontakt med arbetsplatsen.

Utredaren skall pröva vilka konsekvenser som utredarens förslag skall få för tillsynen av hur bestämmelserna efterlevs. Utredaren skall också pröva vad förslagen skall få för konsekvenser i form av effektivare påföljder vid bristande efterlevnad.

Utredaren skall också 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. Utredaren skall pröva om det är förenligt med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar att Försäkringskassan finansierar sådana rehabiliteringsåtgärder. Om utredaren finner det förenligt skall utredaren föreslå i vilken utsträckning och i vilka fall som Försäkringskassan, inom ramen för sitt samordningsansvar, skall kunna finansiera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder där målet med rehabiliteringen är återgång i arbete hos nuvarande arbetsgivare. Utredaren skall i detta sammanhang beakta särskilt mindre arbetsgivares möjligheter att finansiera olika rehabiliteringsåtgärder.

Utredaren skall lämna de förslag till författningsändringar och andra åtgärder som uppdraget kan ge anledning till. Sammantaget skall förslagen syfta till att ge bättre förutsättningar för likabehandling och en effektiv rehabiliteringsprocess. Utredaren skall vidare analysera och bedöma förslagets samhällsekonomiska effekter. Utredaren skall även analysera förslagets effekter ur ett jämställdhetsperspektiv.

Utredaren skall under arbetet samråda med arbetsmarknadens parter och i lämplig utsträckning även med myndigheter och andra organisationer som berörs. Utredaren skall också samråda med den utredare som ser över vissa delar av arbetsmiljölagen (dir. 2004:91). Utredaren skall, när det gäller förslagets konsekvenser för små företag, samråda med Näringslivets nämnd för regelgranskning.

Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 april 2006.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (S 2005:05)

**Dir.
2005:127**

Beslut vid regeringssammanträde den 1 december 2005

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall 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.

Utredningens nuvarande uppdrag

Den 21 april 2005 beslutade regeringen direktiv (dir. 2005:48) som gav en särskild utredare i uppdrag att pröva möjligheten att reglera arbetsgivarens rehabiliteringsansvar samt för att se över den enskildes ansvar i rehabiliteringsprocessen och Försäkringskassans möjligheter att finansiera arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredaren skall lämna de förslag till författningsändringar och andra åtgärder som uppdraget kan ge anledning till. Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 april 2006.

Bakgrund

Den arbetsmarknadspolitiska insatsen lönebidrag innebär ekonomiskt stöd till den arbetsgivare som nyanställer en person som har ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga. Stödet är ett bidrag till arbetsgivarens lönekostnad och skall fastställas med hänsyn till graden av nedsättning i arbetsförmågan. Lönebidrag är en lönesubvention som skall kompensera arbetsgivaren för den nedsatta arbetsförmågan och som kommit till för att stödja nyan-

ställning av personer som har ett funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga.

Av budgetpropositionen för 2006 framgår att regeringen har prövat frågan om möjligheten att lämna lönebidrag för en arbetstagarare som under pågående anställning drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att hans eller hennes arbetsgivare överväger uppsägning. Regeringen har dock funnit att det kan finnas negativa effekter på bl.a. arbetsgivarens rehabiliteringsansvar som gör att det för närvarande inte bör göras några förändringar i denna del. Samtidigt meddelade regeringen att tilläggsdirektiv till utredningen om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar var under beredning.

Regeringen anser mot denna bakgrund att effekterna på arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bör utredas ytterligare. Utredaren får därför i uppdrag att också analysera konsekvenserna för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande lämnas lönebidrag då en arbetstagarare under anställningstiden drabbats av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till
Rehabiliteringsutredningen (S 2005:05)**

**Dir.
2006:51**

Beslut vid regeringssammanträde den 20 april 2006

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 21 april 2005 tillkallade statsrådet Karlsson en särskild utredare med uppdrag att utreda vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Vid regeringssammanträde den 1 december 2005 beslutade regeringen att ge utredaren i uppdrag att även analysera vilka konsekvenserna blir för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbas av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

Tiden för utredningsuppdraget förlängs. Utredarens uppdrag skall istället vara avslutat senast den 1 oktober 2006.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till
Rehabiliteringsutredningen (S 2005:05)**

**Dir.
2006:92**

Beslut vid regeringssammanträde den 31 augusti 2006

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 21 april 2005 tillkallade statsrådet Karlsson en särskild utredare med uppdrag att utreda vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Vid regeringssammanträde den 1 december 2005 beslutade regeringen att ge utredaren i uppdrag att även analysera vilka konsekvenserna blir för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar om det i ett befintligt anställningsförhållande lämnas lönebidrag då en arbetstagare under anställningstiden drabbas av ett funktionshinder som medför så nedsatt arbetsförmåga att arbetsgivaren överväger uppsägning.

Vid regeringssammanträde den 20 april 2006 förlängdes utredningsuppdraget till den 1 oktober 2006.

Tiden för utredningsuppdraget förlängs ytterligare. Utredarens uppdrag skall istället vara avslutat senast den 1 december 2006.

(Socialdepartementet)

Kortfattade referat av domar i vilka Arbetsdomstolen berört frågan om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Domar som refereras

AD 1982 nr 99
AD 1993 nr 42 och 96
AD 1994 nr 12
AD 1996 nr 109 och 115
AD 1997 nr 39, 52, 73 (berör endast omplaceringsskyldigheten),
115 och 145
AD 1998 nr 13, 20, 30, 57 och 67
AD 1999 nr 2, 10, 26 och 124
AD 2000 nr 111
AD 2001 nr 1, 55, 59 och 92
AD 2002 nr 32 och 33
AD 2003 nr 44 och 45
AD 2005 nr 86 och 105
AD 2006 nr 11, 57, 83 och 90

AD 1982 nr 99

En lastvagnsmekaniker sade upp sig efter en längre sjukskrivningsperiod. Fråga bl.a. om arbetsgivaren förmått mekanikerna att lämna anställningen och om detta var att jämställa med en uppsägning från arbetsgivarens sida. Vidare bl.a. fråga om arbetsgivaren genom att underlåta att vidta åtgärder för att möjliggöra mekanikerns återgång i arbetet i så väsentlig grad åsidosatt sina åligganden enligt anställningsavtalet att mekanikern hade rätt att häva detta.

Arbetsdomstolen behandlade frågan om vad som allmänt sett bör åvila en arbetsgivare. Enligt domstolen bör det självfallet åvila en arbetsgivare att ta tillvara de möjligheter som finns för att underlätta arbetet för en anställd. Detta åliggande innefattar i förekommande fall att inom rimliga gränser anskaffa tekniska

hjälpmedel. Vid bedömandet av hur långt ett sådant åliggande kan sträcka sig spelar givetvis bl.a. tekniska och ekonomiska faktorer in vid sidan av bedömningar i vilken utsträckning arbetstagaren blir mer varaktigt hjälpt av en ifrågasatt anordning.

I det aktuella fallet riktade Arbetsdomstolen kritik mot arbetsgivaren för att på ett tidigt stadium ha ställt sig skeptisk eller avvisande till tanken att hjälpmedel skulle kunna underlätta för arbetstagaren. Inom anpassningsgruppen diskuterades inga konkreta och detaljerade förslag till hjälpmedel. Bolaget lade för egen del inte heller fram några förslag. Bolaget höll sig vidare passivt och visade ointresse när tekniska hjälpmedel kom på tal. Kritiken riktade sig framför allt mot dels den attityd som bolaget visade när tekniska hjälpmedel kom på tal, dels bolagets underlåtenhet att på något sätt ta initiativ i saken och att i någon form utreda eller på annat sätt klargöra vilka möjligheter som skulle ha kunnat föreligga att med tekniska hjälpmedel underlätta för arbetstagaren. Samtidigt beaktade Arbetsdomstolen att det i målet inte hade förebringats någon utredning som visade att tekniska hjälpmedel verkligen skulle ha kunnat möjliggöra för arbetstagaren att utföra sina arbetsuppgifter.

Arbetsdomstolen avlog arbetstagsidans talan.

AD 1993 nr 42

Fråga om ett bolag som bedrev elinstallationsarbete hade saklig grund för uppsägning av två montörer som på grund av förslitningsskador respektive kärlförträngningar i fingrarna (s.k. vita fingrar) inte kunde utföra vissa vanligt förekommande arbetsmoment. Från arbetstagarparternas sida åberopades bl.a. de skyldigheter en arbetsgivare har för arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetsdomstolen uttalade att 1991 års ändring i arbetsmiljölagen innebär att arbetsgivaren har getts ett större och tydligare ansvar för att utveckla sin arbetsorganisation, skapa meningsfullt och utvecklande arbete, anpassa arbetet till de enskilda anställdas förutsättningar och genomföra rehabiliteringsinsatser. Arbetsdomstolen slog också fast att bestämmelserna i anställningsskyddslagen om saklig grund för uppsägning och om arbetsgivarens omplaceringskyldighet måste ses i belysning av de rättigheter och skyldigheter som arbetsgivare och arbetstagare har antingen dessa grundas på särskilda föreskrifter i anställningsskyddslagen eller annan lag eller på avtal som parterna är bundna av. Häri ligger att även ändringarna

i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring får betydelse vid prövningen.

I det aktuella fallet ansåg Arbetsdomstolen att det, med beaktande av att det var ett litet företag med endast fem anställda, var uppenbart att det skulle medföra framför allt stora praktiska problem för företaget om bolaget skulle tvingas organisera om arbetet så att de båda montörerna inte kunde tas i anspråk för utförande av arbeten som innehåller vanligt förekommande moment. Domstolen ansåg det inte heller rimligt att fördela dessa tunga arbetsmoment på andra arbetstagare då detta skulle medföra en risk för arbetsskador för dessa.

I målet konstaterades att utredningen angående tekniska hjälpmedel var bristfällig (t.ex. effekterna av detta och kostnaderna). Arbetsdomstolen ansåg dock ändå att det stod klart att införskaffande av hjälpmedel endast skulle ha haft marginell betydelse.

Arbetstagersidan gjorde gällande att arbetsgivaren hade kunnat utöka sin verksamhet till att även omfatta ritningsverksamhet och reparationer av hushållsapparater. Utredningen visade att arbetsgivaren tidigare endast i enstaka fall utfört reparationsarbeten och att ritningsarbeten över huvud taget inte förekommit som arbetsuppgift. Arbetsdomstolen konstaterade även att arbetsgivaren även efter de aktuella lagändringarna måste anses ha en principiell rätt att besluta om sin verksamhet och att det således inte kan ha varit arbetsgivarens skyldighet att på sätt arbetstagersidan hävdade utvidga verksamheten för att på detta sätt kunna förse arbetstagarna med arbetsuppgifter.

Vad gäller betydelsen av att arbetstagarna vid uppsägningarna uppbar sjukpenning uttalade Arbetsdomstolen följande. I förarbetena har det uttalats att det knappast torde bli aktuellt att bedöma en uppsägning från arbetsgivaren som sakligt grundad under tid då det pågår åtgärder för att stärka den enskilde arbetstagaren och öka dennes förutsättningar att arbeta (prop. 1990/91:140 s. 52). Utta-landet kunde emellertid enligt domstolens mening inte antas ta sikte på andra situationer än sådana då fråga är om åtgärder för att arbetstagaren ska kunna återkomma till sin arbetsgivare eller situationer då det ännu är oklart om arbetstagaren kan återkomma. Domstolen ansåg att det redan vid uppsägningstillfällena hade stått klart att arbetstagarna inte kunde förväntas komma tillbaka i arbete hos bolaget och att bolagets ansvar för deras rehabilitering därmed upphörde.

Arbetsdomstolens slutsats blev att det förelåg saklig grund för uppsägningarna.

AD 1993 nr 96

Ett landsting sade upp ett köksbiträde som under flera år varit sjukskrivnen och även uppburit sjukbidrag på grund av brösttryggbesvär. Vid uppsägningstillfället hade arbetstagaren bestämt sig för att återgå i arbete på halvtid men vägrade infinna sig för arbete på den arbetsplats som arbetsgivaren anvisat. I målet var bl.a. fråga om vilken betydelse det har att en arbetstagare som uppbär sjukbidrag vägrar att inställa sig till arbete som arbetsgivaren erbjuder.

Vad gäller frågan om arbetstagarens egen medverkan uttalade Arbetsdomstolen följande. De insatser som krävs för att en arbets-skadad ska kunna komma tillbaka i arbete utgår ifrån en samverkanssyn, där denne förväntas medverka på ett aktivt och positivt sätt. Någon möjlighet att rent fysiskt tvinga en arbetsskadad till arbetsprövning finns inte. Om den arbetsskadade utan giltig anledning vägrar att underkasta sig sådan arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan, kan Försäkringskassan besluta att tillsvidare vägra denne sjukbidrag. De bestämmelser som finns lagen om allmän försäkring för att komma till rätta med en arbets-skadad som vägrar att medverka i arbetslivsinriktad rehabilitering utgör inte någon uttömmande reglering. Bestämmelserna tar endast sikte på vad Försäkringskassan kan göra.

Arbetsdomstolen konstaterade vidare att arbetsgivarens ansvar inte kan sträcka sig längre än att medverka till sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna komma tillbaka till denne. Detta innebär att om arbetstagaren utan giltigt skäl vägrar att delta i en rehabilitering av sådant slag, måste dennes handlande få den effekten att arbetsgivaren får anses ha fullgjort sitt rehabiliterings-ansvar och därmed också att arbetstagaren inte längre kan göra anspråk på att få behålla sin anställning hos arbetsgivaren. Detta dock under förutsättning att det är fråga om en arbetsprövning som kan antas bidra till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete och att detta arbete är av sådant slag att arbetstagaren skäligen bör godta en omplacering till det.

Arbetsgivaren ansågs i detta fall inte haft skyldighet att ge arbetstagaren möjlighet till någon annan omplacering. Arbetsdomstolens slutsats blev att det förelegat saklig grund för uppsägning.

AD 1994 nr 12

En arbetstagare som arbetade med glasstillverkning hade en medfödd ortopedisk sjukdom. Arbetstagaren blev efter några års anställning sjukskriven på grund av sina besvär under längre perioder. I rehabiliteringssyfte genomgick arbetstagaren en längre gymnasieutbildning. Under den tiden opererades han för att motverka besvären. Efter detta begärde arbetstagaren att få gå tillbaka till arbetet vilket arbetsgivaren vägrade och därefter sade upp arbetstagaren.

Arbetsdomstolen konstaterade att arbetsgivaren som grund för uppsägning endast åberopade de risker för arbetstagarens hälsa som förelåg vid återgång i arbete. De hälsorisker som bolaget gjorde gällande var risker knutna till att arbetstagaren kunde behöva tidigarelägga en operation i höften. Bolaget hade inte ens påstått att arbetstagarens nuvarande sjukdomstillstånd var sådant att det skulle begränsa hans arbetsförmåga eller innebära andra olägenheter för bolaget. Enligt Arbetsdomstolens mening borde frågan om uppsägning på grund av sjukdom som inte påverkar arbetsgivarens verksamhet bedömas än mer restriktivt. Endast i yttersta undantagsfall torde enbart faran för en arbetstages hälsa kunna accepteras som argument från arbetsgivarens sida i en uppsägningstvist.

Arbetsdomstolen konstaterade att den bevisning som hade förebbringats i målet vad gäller arbetstages hälsorisker var delvis motsägelsefull. Det beaktades även att det var ostridigt i målet att arbetstages efter operationen var smärtfri och att när han tidigare i sin anställning varit smärtfri hade han under åtskilliga år utfört arbete åt bolaget utan problem. Vidare beaktades arbetstages uppgift att hans mål var att söka sig ett arbete som passar hans tekniska utbildning som han numera hade. Den tid som arbetet hos bolaget skulle avse fick därför antas vara begränsad. Sammanfattningsvis fann Arbetsdomstolen att hälsorisken inte medförde saklig grund för uppsägning.

AD 1996 nr 109

En arbetstagare som arbetade inom plastindustrin fick problem med värk i överarmarna och nedsatt rörlighet. Hon sade själv upp sig från sin anställning. Fråga bl.a. om hennes arbetsgivare åsidosatt sitt rehabiliteringsansvar och därigenom föranlett henne att själv säga upp sig från anställningen.

Arbetsdomstolen fann att arbetsgivaren inledningsvis hade kunnat tilldela arbetstagaren arbetsuppgifter som var bättre anpassade för hennes hälsotillstånd. Med hänsyn till omständigheterna, att arbetstagaren enligt sitt schema ändå inte hade arbetat så mycket under den korta tiden, menade dock domstolen att arbetsgivarens underlåtenhet under den inledande perioden inte kunde tillmätas avgörande betydelse. Arbetsgivaren hade till en början överlåtit till arbetstagaren att själv se till att arbetsuppgifterna anpassades till hennes förmåga. Detta ansåg domstolen vara olämpligt. De uppenbara svårigheter som arbetstagaren mötte i arbetet efter sjukskrivningsperioden måste enligt domstolens mening ställas samman med hur hennes hälsotillstånd var att uppfatta under den aktuella perioden. Bolaget hade att utgå från vad som framgick av det läkarintyg som man mottagit. Läkaren synes ha överskattat hennes arbetsförmåga. Domstolen ansåg inte att arbetsgivaren kunnat vidta någon mera betydelsefull ytterligare åtgärd därefter i rehabiliteringssyfte. Arbetstagarens problem synes inte vara att hänföra till brister i de rehabiliterande insatserna utan i stället till att hennes sjukdom visade sig allvarligare än det fanns anledning att anta. Arbetsdomstolen ansåg sammanfattningsvis inte att arbetsgivaren hade åsidosatt sin rehabiliteringsskyldighet. Arbetstagarans talan avslögs.

AD 1996 nr 115

En arbetstagare hos Posten, som under lång tid hade undergått rehabilitering, var sjukskriven på halvtid och arbetade på halvtid som brevbärare. Arbetstagaren hade en ryggskada som lett till bestående men. Arbetstagaren sades upp på grund av sjukdom.

Arbetsdomstolen konstaterade att utredningen inte gav stöd för någon alldeles bestämd slutsats i fråga om arbetstagarens framtida arbetsförmåga. Arbetsgivaren hade inte gjort gällande att det varit förenat med några olägenheter för verksamheten att arbetstagaren arbetat halvtid. Enligt domstolens mening fanns det i den aktuella

situationen inte något befogat intresse för arbetsgivaren att söka få till stånd en omreglering av arbetstagarens anställning till att gälla halvtid och än mindre att helt skilja henne från anställningen. Situationen kunde visserligen tänkas bli en annan om och när arbetstagaren inte längre var sjukskriven på halvtid och påfordrade arbete på heltid hos Posten. Parterna hade olika uppfattningar om postens möjligheter att i framtiden erbjuda arbetstagaren arbetsuppgifter på heltid som hon kunde förväntas klara utan större problem. Detta var emellertid en fråga som enligt domstolens mening fick bedömas när den blev aktuell. Bedömningen får göras med ledning av de förhållanden som då föreligger med avseende på arbetstagarens arbetsförmåga och de närmare organisatoriska förhållandena. Arbetsdomstolen fann att det i den angivna situationen inte förelåg saklig grund för uppsägning.

AD 1997 nr 39

En sorterare vid Posten hade på grund av ryggbesvär varit frånvarande i förhållandevis stor omfattning. Fråga om arbetsgivaren hade uppfyllt sin skyldighet att verka för rehabilitering av arbetstagaren. I målet uppkom särskilt fråga om betydelsen av arbetstagarens egen medverkan till åtgärder i sådant syfte.

Arbetsdomstolen konstaterade att det av utredningen i målet framgick att arbetsgivaren under flera år vidtagit relativt omfattande åtgärder i syfte att rehabilitera arbetstagaren. Arbetstagaren deltog dock inte i kurser som arbetsgivaren kallade till då denne helt enkelt inte ansåg att det fanns skäl att delta i dessa. Arbetsgivaren hade klargjort för arbetstagaren vikten av att medverka i rehabiliteringen. Arbetsgivaren hade även försökt att rehabilitera arbetstagaren till arbete hos annan arbetsgivare vilket domstolen uttalade att denne inte haft någon skyldighet till. Arbetsgivaren hade enligt domstolens mening vidtagit relativt omfattande åtgärder för att rehabilitera arbetstagaren. Arbetsdomstolen konstaterade att arbetstagaren inte på det sätt som låg honom hade medverkat i de insatser som arbetsgivaren gjorde för hans räkning. Förklaringen till hans förhållningssätt förefaller ha varit att han räknade med att få sysselsättning på annat håll. Arbetsdomstolens slutsats blev att arbetsgivaren måste anses ha fullgjort sina skyldigheter angående rehabilitering och uppsägningen ansågs sakligt grundad.

AD 1997 nr 52

En mekaniker i en gruva hade ådragit sig en skada som hindrade honom från att fortsätta sitt arbete som mekaniker. Fråga om arbetsgivaren brustit i uppfyllandet av de krav som kan ställas när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering av en anställd som drabbats av en arbetskada.

Arbetsdomstolen fann att arbetsgivaren under årens lopp hade gjort betydande ansträngningar för att utreda vilka arbetsuppgifter som kunde lämpa sig för arbetstagaren. Vidare framgick att bolaget också berett arbetstagaren möjlighet att i praktiken pröva skilda arbetsuppgifter som kunde tänkas vara lämpade för honom. Domstolen fann även att arbetstagaren med hänsyn till omständigheterna hade medverkat på ett tillfredsställande sätt. Däremot fann domstolen vid prövningen av omplaceringsskyldigheten att det inte fanns något annat arbete att omplacera arbetstagaren till. Arbetsgivarens uppsägning bedömdes vara sakligt grundad.

AD 1997 nr 73

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en landstingsanställd sjuksköterska som på grund av en s.k. pisksnärtskada fått nedsatt arbetsförmåga.

I målet gjorde landstinget gällande att uppsägningen var sakligt grundad eftersom alla rimliga rehabiliterings- och omplaceringsskyldigheter hade prövats utan att man funnit arbetsuppgifter som arbetstagaren hade fysiska möjligheter att utföra. Vid prövningen om saklig grund hade förelegat valde Arbetsdomstolen att först pröva om landstinget hade fullgjort sin omplaceringsskyldighet. Vid en samlad bedömning fann domstolen att det förelegat sådan oklarhet beträffande frågan om omplacering hade kunnat ske att landstinget inte kunde anses ha fullgjort sin omplaceringsskyldighet. Arbetsdomstolens slutsats blev således att det inte förelegat saklig grund för uppsägning.

AD 1997 nr 115

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av ett vårdbiträde i Perstorps kommun som på grund av en s.k. pisksnärtskada hade nedsatt arbetsförmåga och som därför enligt arbetsgivarens mening inte

längre kunde utföra arbetet av någon betydelse för kommunen. Arbetstagarsidan gjorde i målet gällande att kommunen inte fullgjort sitt rehabiliterings- och anpassningsansvar och inte heller sina skyldigheter i omplaceringshänseende, vilket arbetsgivaren menade sig ha gjort.

Arbetsdomstolen konstaterade att det av utredningen framgick att det vidtagits ett flertal åtgärder för att utreda vilka arbetsuppgifter som varit lämpliga för arbetstagaren med hänsyn till hennes skada. Arbetsprövningar hade skett på flera arbetsplatser. En datautbildning påbörjades som dock avbröts. Företrädare för arbetsgivaren hade även försökt motivera arbetstagaren för någon utbildning som skulle kunnat bedrivas med utbildningsbidrag men någon sådan kom dock inte till stånd. Arbetstagaren hade även fått vissa tekniska hjälpmedel. Domstolen konstaterade att det av arbetsgivaren gjorts betydande ansträngningar för att ge arbetstagaren varierade arbetsuppgifter anpassade efter hennes arbetsförmåga. Det stod emellertid klart att det med hänsyn till arbetstagarens begränsade arbetsförmåga varit svårt att finna lämpliga arbetsuppgifter. Det framgick vidare att arbetstagaren trots den arbetsanpassning som gjorts på grund av hennes hälsotillstånd inte klarade av att fortsätta arbetsprövningen. Domstolen fann att utredningen inte gav något belägg för att ytterligare anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder skulle kunnat leda till att arbetstagaren kunnat beredas fortsatt arbete hos arbetstagaren. Det konstaterades att arbetsgivaren inte hade någon skyldighet att utvidga sin verksamhet för att på så sätt bereda arbetstagaren lämpliga arbetsuppgifter. De arbeten som var lediga vid uppsägningstillfället var inte lämpliga för arbetstagaren, varför det inte var möjligt att omplacera henne. Arbetsdomstolen fann att ingenting tydde på att arbetstagaren inte efter bästa förmåga har medverkat i de åtgärder som vidtagits. Slutsatsen blev att det förelegat saklig grund för uppsägning.

AD 1997 nr 145

En arbetsgivare sade upp en arbetstagare som ostridigt led av kronisk alkoholism. Fråga bl.a. om arbetstagaren hade underlåtit att medverka till sin egen rehabilitering på sådant sätt att arbetsgivaren haft saklig grund för uppsägning.

Arbetsdomstolen konstaterade att arbetstagaren olovligen uteblivit från ett behandlingstillfälle. Orsaken var återfall. Enligt dom-

stolens mening fanns det inget som tydde på att arbetstagaren allmänt sett var ovillig att medverka till sin rehabilitering. Det fanns således inte fog från arbetsgivaren att dra slutsatsen att hon inte ville medverka i sin rehabilitering. Tvärtom fanns det belägg för att hon kommit till insikt med att hon måste göra sig fri från sitt alkoholberoende. Arbetsdomstolen ansåg att arbetsgivaren vidtog den yttersta åtgärden uppsägning i ett läge då möjligheterna till rehabilitering var långt ifrån uttömda. Slutsatsen blev att det inte förelåg saklig grund för uppsägning.

AD 1998 nr 13

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en städare som hade nedsatt arbetsförmåga på grund av nack- och skulderbesvär och som därför enligt arbetsgivarens mening inte längre kunde utföra arbete av betydelse. Arbetstagsidan gjorde i målet gällande att arbetsgivaren, en kommun, inte fullgjort sina skyldigheter vad gäller rehabilitering, anpassning och omplacering.

Arbetsdomstolen konstaterade att det inte var klarlagt i målet att arbetstagaren helt saknade förmåga att utföra arbete av betydelse för kommunen. Domstolen behandlade inledningsvis frågan om kommunen fullgjort sina skyldigheter att försöka omplacera arbetstagaren. Sammanfattningsvis fann domstolen att det visserligen var möjligt att det förhöll sig på det sätt som kommunen gjorde gällande, nämligen att det saknades omplaceringsmöjligheter. Men med hänsyn till hur kommunens arbete med omplaceringsfrågan bedrivits uppkom det en osäkerhet i den frågan. Enligt domstolens mening innebar denna osäkerhet att kommunen inte kunde sägas ha fullgjort sina skyldigheter när det gällde att utreda och utnyttja eventuella möjligheter att omplacera arbetstagaren. Uppsägningen ansågs således inte sakligt grundad.

AD 1998 nr 20

Fråga om en arbetsgivare hade saklig grund för att säga upp en vårdare vid ett häkte. Vårdaren led av kronisk alkoholism och hade vid uppsägningen vid skilda tillfällen under flera år varit frånvarande från sitt arbete. I målet uppkom frågan om arbetsgivaren uppfyllt sitt rehabiliteringsansvar bl.a. med hänsyn till att vårdaren omkring två

år före uppsägningen avböjt erbjudande från arbetsgivaren om institutionell behandling för sin sjukdom.

Arbetsdomstolen ansåg att arbetsgivaren inte med befriande verkan såvitt avser arbetsgivarens ansvar kan åberopa att arbetstagaren underlåtit att medverka till sin rehabilitering. Domstolen beaktade då att arbetstagaren visserligen avstått från erbjudna vårdinsatser och själv skulle ta ansvar för sitt missbruk men ansåg att sjukdomen knappast gav utrymme för ett sådant löfte, i vart fall inte gällande under någon längre tid. Domstolen konstaterade även att arbetsgivaren trots att den ansåg att arbetstagaren behövde vård och att det var motiverat med fortsatta behandlingsinsatser inte vidtog någon åtgärd under de två år som löpte från det att arbetstagaren avstått från behandling fram till uppsägningen. Domstolen ansåg att utredningen visade att ytterligare rehabiliteringsinsatser var motiverade och att arbetstagaren också var beredd att medverka i dessa. Sammantaget ansåg domstolen därför inte att det förelåg saklig grund för uppsägning.

I målet hade arbetstagersidan även gjort gällande att arbetsgivaren inte hade upprättat någon rehabiliteringsutredning och inte heller, såvitt känt, haft någon kontakt med Försäkringskassan. Domstolen fann att det inte fanns anledning att gå in på denna fråga eftersom man som tidigare nämnts funnit att det av andra skäl inte förelegat saklig grund för uppsägning. Arbetsdomstolen gjorde ändå följande uttalanden i denna fråga.

Av 22 kap. 3 § lagen om allmän försäkring framgår att en arbetsgivare under de förutsättningar som anges där, är skyldig att utföra en rehabiliteringsutredning och överlämna den till Försäkringskassan. Av lagen och dess förarbeten följer att man med bestämmelserna i 22 kap. eftersträvar en samverkan mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och Försäkringskassan och i förekommande fall också andra samhällsorgan, t.ex. arbetsförmedling och socialtjänst. Om det inte går att finna en lösning som gör det möjligt att arbetstagarens anställning består, blir det en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna något annat och lämpligare arbete. Om inte heller detta går, får övervägas vilket stöd i övrigt som samhället kan erbjuda (se närmare prop. 1990/91:141).

För arbetstagaren är det av vitalt intresse att den i lagen föreskrivna ordningen iakttas. Genom en samverkan mellan arbetsgivaren och berörda samhällsorgan stärks, till fördel också för arbetsgivaren, den samlade kompetensen avseende den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vidare medför Försäkringskassans ansvar för samordning och tillsyn över de insatser som krävs enligt lagen om allmän försäkring för den enskildes rehabilitering bl.a. den tryggheten för arbetstagaren, att

om hans anställningsförhållande upplöses kan samhället direkt gå in och erbjuda det ytterligare stöd som står till buds.

En arbetsgivare som säger upp en arbetstagare utan att ha iakttagit sina nu nämnda skyldigheter enligt 22 kap. lagen om allmän försäkring måste därför normalt anses sakna saklig grund för uppsägningen, om denna beror på förhållanden hänförliga till arbetstagarens sjukdom.

AD 1998 nr 30

En arbetsgivare avskedade en anställd på Posten som misshandlat en annan anställd. Bl.a. fråga om betydelsen av den omständigheten att arbetstagaren när misshandeln ägde rum befunnit sig i ett labilt sinestillstånd som har samband med psykiska besvär.

Arbetsdomstolen ansåg att arbetstagaren genom arbetsgivarens arbetsplacering erhöll ett arbete som förefaller ha varit väl anpassat för honom. Arbetsgivaren synes också ha förvissat sig genom rehabiliteringsutredningen om att några lämpliga åtgärder i syfte att förbättra arbetstagarens arbetssituation inte stod till buds. Enligt domstolens mening bottnade arbetstagarens svårigheter i väsentlig utsträckning i problem som närmast var av medicinsk natur och några insatser från arbetsgivarens sida på detta område synes inte ha varit påkallade vid den tid då den händelse som ledde till avskedande ägde rum. Domstolen kunde inte finna något tydligt samband mellan den aktuella händelsen och arbetstagarens anpassning på arbetsplatsen. Enligt domstolens mening kunde därför inte frågor kring arbetstagarens anpassning och rehabilitering ges någon betydelse vid prövningen av avskedandefrågan. Arbetstagaridans talan avslogs.

AD 1998 nr 57

En arbetstagare inom den kommunala äldreomsorgen sades upp på grund av dåliga arbetsprestationer. I målet uppkom frågor om arbetstagarens problem hade något samband med den sjukdom som hon led av och om arbetsgivaren hade fullgjort sitt ansvar för rehabilitering och arbetsanpassning.

I målet var parterna oense om arbetstagarens psykiska besvär helt eller delvis var orsaken till att hennes arbetsprestationer inte varit tillfredsställande. Vid tidpunkten för uppsägningen fanns det olika uppfattningar i den frågan. Enligt den medicinska expertis

som hade anlitas kunde det inte uteslutas att det förhöll sig på det sättet. Enligt Arbetsdomstolen kunde det av utredningen i målet inte dras någon säker slutsats om ett sådant samband. Det måste enligt domstolens mening vid uppsägningstillfället på grundval av den dåvarande utredningen anses ha varit oklart om problemen med arbetstagarens insatser kunde avhjälpas genom någon form av ytterligare rehabilitering. En uppsägning på skäl som arbetsgivaren anfört var enligt domstolens mening godtagbar endast när det inte är möjligt att på ett meningsfullt sätt vidta ytterligare åtgärder i syfte att åstadkomma en förbättring av hennes arbetsprestationer genom anpassningsåtgärder eller omorganisering av hennes arbetsuppgifter. Att denna förutsättning varit uppfylld var inte visat i målet. Sammanfattningsvis ansåg domstolen att arbetsgivaren vidtagit uppsägningen utan att det förelegat saklig grund för denna.

AD 1998 nr 67

En kommun sade upp en lärare på grund av personliga förhållanden. Arbetstagaren led av hyperreaktiva slemhinnor i luftvägarna vilket visades sig i form av andningssvårigheter och astma. I målet uppkom bl.a. frågan om kommunen fullgjort sin skyldighet att omplacera och rehabilitera läraren.

Arbetsdomstolen gjorde bedömningen att kommunen hade lämnat sju skilda erbjudanden om arbete som innebar mer eller mindre beaktansvärda försök att bereda arbetstagaren ett arbete som var anpassat till hennes situation. Domstolen ansåg att tre av dessa försök innebar att hon erbjöds arbete som inte var lämpat för henne med hänsyn till hennes hälsotillstånd eller som inte kunde komma ifråga utan att hon kunde lastas för detta. Arbetstagaren hade dock föranlett att någon arbetsprövning inte kunde komma till stånd i fråga om fyra arbetsplaceringar som avsett arbete som kunde ha varit lämpliga för henne. Domstolen konstaterade att det inte kunde begäras av kommunen att driva rehabiliterings- och omplaceringsförsöken vidare när kommunen inte fick svar på om de föreslagna alternativen var godtagbara. Särskilt gällde detta eftersom kommunen hade anledning att känna sig mycket osäker i frågan om hur en lämplig arbetsplacering skulle vara beskaffad. Enligt domstolens mening fick kommunen anses ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar vid tidpunkten då arbetstagaren varslades om

uppsägning. Sammanfattningsvis fann domstolen att saklig grund fick anses ha förelegat.

AD 1999 nr 2

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en arbetstagare som skadat material ingående i arbetsgivarens tillverkning och som enligt arbetstagsidan gjort detta under påverkan av sjukdom.

Enligt Arbetsdomstolens mening visade utredningen att bolaget åtminstone vid uppsägningen kände till att arbetstagaren vid den aktuella händelsen befann sig i ett tillstånd av allvarlig psykisk ohälsa. Trots detta verkar bolaget inte alls ha beaktat detta eller närmare undersökt om den psykiska ohälsan kunde ha inverkat på arbetstagarens handlande. Domstolen uttalade att det inte fanns något som tydde på att arbetstagaren efter rehabilitering skulle göra något liknande. Uppsägningen ansågs inte sakligt grundad.

AD 1999 nr 10

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en arbetstagare hos ett slakteriföretag. Arbetstagaren hade på grund av en knäskada nedsatt arbetsförmåga och kunde därför enligt arbetsgivarens mening inte längre utföra arbete av någon betydelse för företaget. Fråga om arbetsgivaren hade fullgjort sin skyldighet att medverka till arbetstagsidans rehabilitering och sin skyldighet att försöka omplacera denna.

Av utredningen i målet framkom att arbetsgivaren inte hade upprättat några skriftliga rehabiliteringsutredningar. Med anledning av detta uttalade Arbetsdomstolen följande.

Arbetsgivarens skyldigheter enligt lagen om allmän försäkring innefattar ett åliggande att inom viss tid tillställa försäkringskassan en skriftlig utredning rörande arbetstagsidans behov av rehabilitering och de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. En arbetsgivare som underlåter detta åsidosätter alltså sina skyldigheter i detta hänseende. Detta utesluter givetvis inte att en arbetsgivare faktiskt kan vidta olika utredningsåtgärder i syfte att klarlägga frågorna och främja arbetstagsidans rehabilitering. Det måste dock framhållas att skyldigheten att upprätta en skriftlig rehabiliteringsutredning inte bara är en formalitet. Det är nämligen tydligt att rehabiliteringsutredningen under tillsyn av försäkringskassan normalt knappast kan bedrivas på ett effektivt sätt om det inte förekommer någon form av skriftlig redovisning från arbetsgivarens sida.

Med detta konstaterande övergick domstolen sedan till att granska vad som faktiskt hade gjorts från arbetsgivarens sida. Vid bedömningen av om det fanns andra arbetsuppgifter som arbetstagaren kunde utföra uttalade domstolen bl.a. följande.

Enligt Arbetsdomstolens mening är det inte uteslutet att det förhöll sig på det sätt som arbetsgivaren gjort gällande, d.v.s. att fortsatt arbete inte kunde beredas arbetstagaren utan att företaget utvidgade verksamheten. Utredningen i målet tillåter emellertid ingen bestämd slutsats angående detta. Det måste därför konstateras att det inte är klarlagt i målet att det fullständigt har saknats arbetsuppgifter för arbetstagaren inom ramen för den verksamhet som bedrevs. En annan sak är att det sannolikt förhåller sig så att det för att sysselsätta honom hade krävts en viss omorganisation där för honom passande arbetsuppgifter samlades från olika håll. Arbetsdomstolen har fått intrycket att bolaget inte har sett som sin skyldighet och i varje fall inte har gjort några egentliga ansträngningar i syfte att åstadkomma en lösning av detta slag.

Sammanfattningsvis ansåg domstolen att bolaget inte fullgjort sin skyldighet att utreda möjligheterna till fortsatt anställning för arbetstagaren innan man vidtog åtgärden att säga upp honom. Saklig grund för uppsägning förelåg inte.

AD 1999 nr 26

En forskare sades upp från sin anställning med hänvisning till att hans arbetsförmåga varit varaktigt nedsatt på grund av sjukdom. Forskaren som led av psykisk sjukdom hade då under en följd av år varit sjukskrivnen och även uppburit sjukbidrag. Fråga bl.a. om arbetsgivaren fullgjort sina skyldigheter vad gäller omplacering, rehabilitering och arbetsanpassning.

Arbetsdomstolen konstaterade att den övergripande bilden av de rehabiliteringsinsatser som hade gjorts för arbetstagaren var att påtagligt få åtgärder hade vidtagits sedan sjukfrånvaron påbörjades. Frågan om bolaget uppfyllt sina skyldigheter måste emellertid bedömas efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet, där såväl arbetstagarens som bolagets förhållanden och förutsättningar måste vägas in. Vidare ansåg domstolen att det särskilt måste beaktas att utredningen i målet visade att bolaget i stort sett helt saknat information om arbetstagarens hälsostatus. Som en följd av att arbetstagaren inte velat medverka till att bolaget fått ta del av läkarutlåtanden om honom hade bolaget således inte haft

tillgång vare sig till information om närmare vilken sjukdom arbetstagaren lidit av, vilken medicinsk rehabilitering som pågått och hur prognosen för framtiden sett ut. Bolagets förutsättning att klarlägga och göra en bedömning av vilka rehabiliteringsinsatser som behövts för att arbetstagaren skulle kunna återgå i arbete försvårades därigenom väsentligt. Bedömningen måste göras mot bakgrund av att bolaget rent faktiskt saknade information. Enligt domstolen hade det i praktiken inte varit möjligt för arbetsgivaren att vidta några rehabiliterande åtgärder. Ytterligare krav på bolaget kunde inte ställas. Att bolaget inte tillställt Försäkringskassan någon skriftlig rehabiliteringsutredning ändrade inte den bedömningen. Domstolen beaktade att bestämmelserna om detta tillkom först sedan frågan om rehabilitering aktualiserats. Sammanfattningsvis ansågs arbetsgivaren ha vidtagit de rehabiliteringsinsatser som kunde krävas. Domstolen ansåg även att det inte funnits möjligheter att omplacera arbetstagaren eller att anpassa arbetsuppgifterna. Uppsägningen ansågs vara sakligt grundad.

AD 1999 nr 124

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en installationselektriker. Han hade till följd av en s.k. pisksnärtskada nedsatt arbetsförmåga och kunde därför enligt arbetsgivarens mening inte längre utföra arbete av någon betydelse för företaget. Fråga om arbetsgivaren hade fullgjort sina skyldigheter vad gäller rehabilitering, arbetsanpassning och omplacering. Arbetstagersidan har särskilt framhållit att arbetsgivaren brustit i sin skyldighet till samråd med arbetstagaren.

I målet gjorde arbetstagersidan gällande bl.a. att bolagets brist bestått i att bolaget inte hade samrått med arbetstagaren om rehabilitering utan skjutit över ansvaret på Försäkringskassan. Detta hade enligt arbetstagersidan påverkat arbetstagarens rehabilitering och möjlighet att finna andra arbetsuppgifter såväl inom som utom bolaget. Arbetsdomstolen uttalade följande i denna fråga.

Det är tydligt att samrådet med den anställde fyller en viktig funktion i en rehabiliteringssituation och det får förutsättas att den anställde själv har den bästa kännedomen om sitt behov av rehabiliteringsåtgärder. Det är också klart att den enskilde individens intresse och medverkan behövs för att en rehabilitering ska lyckas. Arbetstagaren har därför ålagts en egen skyldighet att efter bästa förmåga medverka i rehabiliteringen (se 22 kap. 4 § lagen om allmän försäkring). Mot den här

bakgrunden och med beaktande av syftet med en rehabilitering är det också tydligt att arbetsgivarens skyldighet att enligt 22 kap. 3 § samråda med den anställde inte utgör något självändamål. Som framgår av bestämmelsen ingår samrådet med den enskilde istället som ett naturligt led i arbetsgivarens åligganden när det gäller att klarlägga behovet av rehabilitering och vidta de åtgärder som behövs för att en effektiv rehabilitering kommer till stånd när det visar sig att det finns ett sådant behov.

Arbetsdomstolen konstaterade vidare att när det gällde de rehabiliteringsinsatser som hade gjorts för arbetstagaren var den övergripande bilden, oavsett vem som hade stått för insatsen att det hade vidtagits många insatser för arbetstagaren. Annat hade inte heller framkommit än att de olika rehabiliteringsutredningarna hade genomförts med arbetstagarens medverkan. Flertalet av de konkreta åtgärder som hade vidtagits hade visserligen föranstaltats av Försäkringskassan och inte av arbetsgivaren. Enligt domstolens bedömning fanns det dock inte anledning att av det skälet anse att bolaget inte hade fullgjort sina skyldigheter i rehabiliteringshänseende. Vidare ansågs att Försäkringskassans medverkan i sig var naturlig eftersom det åligger även Försäkringskassan att vidta rehabiliteringsåtgärder. Detta gäller inte minst i ett fall som det förevarande där såväl det tillgängliga medicinska underlaget som arbetstagarens önskemål föranledde åtgärder utanför bolagets verksamhet. Till detta kom att bolaget inte hade förhållit sig passiv. Domstolen fann med hänvisning till det anförda att några krav på ytterligare rehabiliteringsinsatser eller andra sådana insatser inte hade kunnat ställas på bolaget. Domstolen fann även att arbetstagaren med hänsyn till omständigheterna inte hade kunnat omplaceras till andra arbetsuppgifter hos bolaget och att bolaget inte heller med hänsyn till dess verksamhet och till hur arbetet bedrivs haft utrymme att inom verksamheten anpassa arbetsuppgifterna till arbetstagarens förutsättningar. Saklig grund för uppsägning ansågs föreligga.

AD 2000 nr 111

En gymnasielärare hade under många år haft hög frånvaro på grund av alkoholmissbruk. I tvist om uppsägning uppkom frågan om alkoholmissbruket var att jämställa med sjukdom. Vidare uppkom bl.a. frågan om lärarens arbetsförmåga vid tidpunkten för uppsägningen

var så nedsatt att han inte kunde utföra arbete av betydelse för arbetsgivaren.

Arbetsdomstolen konstaterade inledningsvis att arbetstagarens alkoholbesvär var av sådan karaktär att de kunde jämföras med sjukdom. Av utredningen framgick att arbetsgivaren under hela 1990-talet hade vidtagit olika åtgärder i syfte att rehabilitera arbetstagaren. Det framgick också av utredningen att åtgärderna också ledde till en avsevärd förbättring. Domstolen konstaterade vidare att arbetstagaren hade haft en låg frånvarofrekvens under de två år som närmast föregick den händelse som sedan föranledde uppsägningsförfarandet. Mot bakgrund av den nämnda låga frånvarofrekvensen ansåg domstolen inte att arbetstagarens arbetsförmåga varit nedsatt i så hög grad att en uppsägning varit motiverad.

AD 2001 nr 1

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en ingenjör som led av s.k. elöverkänslighet och som av arbetsgivaren ansågs inte kunna utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren.

Arbetstagaren hade på grund av sin sjukdom inte kunnat komma till arbetsplatsen under lång tid utan hade i stället arbetat hemifrån. Arbetsgivarparternas uppfattning var att de begränsningar i möjligheterna att arbeta på arbetsplatsen som arbetstagaren själv redovisat – nämligen att han endast kunde ta sig till arbetsplatsen i skyddsdräkt och delta på möten under högst en timme cirka två gånger per månad samt att arbetskamraterna inte i hans närhet fick använda mobiltelefon eller annan elektronisk utrustning – inte kunde förenas med de krav som arbetet hos bolaget ställde. Parterna var överens om att det inte fanns några kända rehabiliteringsåtgärder som skulle kunna förbättra arbetstagarens situation. Enligt Arbetsdomstolens mening framstod det också som klart att det inte på något sätt gick att ytterligare utföra några anpassningsåtgärder. Det var inte heller möjligt att låta arbetstagaren arbeta på distans då bolagets verksamhet krävde larmanordning för utrustningen vilken i sig skulle försämra arbetstagarens hälsotillstånd. Någon omplaceringsmöjlighet fanns inte. Saklig grund för uppsägning ansågs föreligga.

AD 2001 nr 55

En brevbärare rev sönder och slängde bort ett antal försändelser. Bl.a. fråga om arbetsgivaren brustit i sin rehabiliteringsskyldighet och därmed provocerat fram en uppsägning av arbetstagaren.

I fråga om arbetsgivaren hade brustit i sin rehabiliteringsskyldighet fann Arbetsdomstolen bl.a. att arbetstagaren vid den aktuella händelsen led av en djup depression men att detta inte stått klart för arbetsgivaren. Domstolen ansåg inte heller att arbetsgivaren kunde kritiserats för att inte ha anpassat arbetsuppgifterna eller vidtagit någon annan åtgärd. Sammanfattningsvis ansågs arbetsgivaren inte ha underlåtit att vidta rehabiliteringsåtgärder.

AD 2001 nr 59

En kommun sade upp en lönebidragsanställd vaktmästare som enligt arbetsgivaren bl.a. varit olovligen frånvarande. Arbetstagsidan gjorde gällande att arbetsgivaren inte fullgjort sina skyldigheter när det gäller rehabilitering och omplacering.

Arbetsdomstolen fann att det av utredningen framgick att arbetsgivaren under i stor sett hela arbetstagarens anställningstid hos kommunen verkat för att denne skulle ta emot vård- och rehabiliteringsåtgärder. Arbetsgivaren lämnade förslag som arbetstagaren avvisade. Enligt domstolen kunde arbetsgivaren inte utan arbetstagarens medverkan göra något mer i detta avseende. Sammanfattningsvis ansågs arbetsgivaren ha fullgjort sina skyldigheter i fråga om rehabilitering och att det inte kunde krävas att arbetsgivaren skulle vidta ytterligare omplacering. Saklig grund för uppsägning ansågs således ha förelegat.

AD 2001 nr 92

Fråga huruvida en mindre arbetsgivare som drev fastighetsförvaltning på entreprenad hade saklig grund för att säga upp en fastighetsskötare som på grund av astma och allergi inte kunde utföra den mindre del av sitt arbete som innefattade städning.

Arbetstagaren hade haft en s.k. kombitjänst. I arbetet ingick städning med fyra timmar per vecka vilket utgjorde cirka 10 procent av hans arbetstid. Bolaget hade fem fastighetsskötare anställda. Efter det att arbetstagaren fått astmabesvär ansåg förbundet att

lösningen på problemet var att dela ut städuppgifterna på de övriga anställda och att de i stället skulle lämna ifrån sig annat arbete. Bolaget ansåg inte att detta var en lösning och ville i stället att arbetstagaren skulle använda skyddsutrustning. Bolaget ansåg även att risken för förslitningsskador ökade för övriga arbetstagare om de skulle få utföra mer städning. Dessutom ansåg bolaget att arbetstagaren inte medverkat eftersom han vägrat att pröva skyddsutrustning.

Arbetsdomstolen uttalade bl.a. att det i och för sig var fråga om en liten arbetsplats där möjligheterna till organisatoriska förändringar eller omfördelning av arbetsuppgifterna normalt sett är begränsade. I förevarande fall var dock att beakta att omfattningen av det arbete som skulle bli föremål för en omfördelning var mycket begränsad. Visserligen skulle en omfördelning av arbetsuppgifter medföra vissa problem för bolaget. Men under alla förhållanden hade det enligt domstolens mening inte framkommit något som gav anledning till antagandet att det förelegat några beaktansvärda hinder mot att i vart fall pröva och utvärdera den av förbundet föreslagna lösningen. Det hade sålunda varit skäligt att kräva av bolaget att pröva möjligheten att genom en omfördelning av arbetsuppgifterna mellan fastighetsskötarna omplacera arbetstagaren. Domstolens slutsats blev därför att bolaget inte fullgjort sin skyldighet att utreda möjligheterna till fortsatt anställning. Det sagda påverkades inte av att arbetstagaren valt att inte medverka till den av arbetsgivaren anvisade lösningen på hans problem. Saklig grund för uppsägning ansågs inte ha förelegat.

Domstolen satte däremot ned det allmänna skadeståndet med anledning av att arbetstagaren inte medverkat genom att hörsamma arbetsgivarens begäran. Domstolen uttalade att arbetstagaren inte vid något tillfälle hörsammat begäran och tydligen inte heller klargjort för arbetsgivaren hur riskfyllt han ansåg att städarbetet var för honom även med andningsskydd. Detta fick enligt domstolen anses ha bidragit till den situation som lett fram till att han blivit uppsagd.

AD 2002 nr 32

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en heltidsanställd brandman som inte klarade de tester som en brandman måste genomgå för att få utföra rök- och kemdykning.

Arbetsdomstolen konstaterade att det inte hade visats i målet att arbetstagaren skulle ha saknat förmåga att utföra övriga arbetsuppgifter som ankommer på en brandman. Det var enligt domstolens mening befogat att i ett fall som det förevarande ställa särskilt stränga krav på arbetsgivaren när det gäller att vidta åtgärder för att kunna bereda arbetstagaren fortsatt arbete. Arbetstagaren hade varit anställd under lång tid och sagts upp på grund av att han inte längre kunde utföra en mindre del av sitt arbete. Arbetsgivaren hade inte närmare bemött förbundets uppgift att arbetstagaren kunde användas i räddningstjänstens förebyggande arbete, d.v.s. att han som brandman skulle kunna utföra arbete av betydelse för arbetsgivaren. Arbetsgivaren hade alltså inte klargjort om denna möjlighet övervägts. Domstolens slutsats blev därför att arbetsgivaren inte fullgjort sin skyldighet att utreda möjligheterna till fortsatt anställning. Saklig grund för uppsägning ansågs inte ha förelegat.

AD 2002 nr 33

Fråga huruvida en kommun hade rätt att avskeda en chaufför som i sin anställning gjort sig skyldig till grovt rattfylleri. Även fråga om betydelsen av den omständigheten att arbetstagaren vid tidpunkten för händelsen led av ett alkoholberoende av sjukdomskaraktär.

Arbetsdagarsidan gjorde bl.a. gällande att bolaget brustit i sin rehabiliteringsskyldighet. Rehabilitering skulle ha påbörjats när misstanke om missbruk uppkom. Arbetsgivaren gjorde gällande att de inte vid uppsägningen kände till missbruket.

Arbetsdomstolen konstaterade att arbetstagaren i sin anställning hade kört en tung lastbil med hög alkoholhalt i blodet. Detta innebär enligt domstolens mening att han grovt åsidosatt sina åligganden mot arbetsgivaren. Handlandet var alltså av ett sådant allvarligt slag att det kan föranleda ett avskedande.

Därefter behandlade domstolen frågan om vilken betydelse som skulle tillmätas arbetstagarens personliga förhållanden, dvs. att han vid den aktuella tidpunkten led av ett sjukligt alkoholberoende.

Som Arbetsdomstolen har konstaterat i domen 1998 nr 30 förekommer i förarbetena till 1974 års anställningsskyddslag ett uttalande som ger en viss belysning åt frågeställningen. Uttalandet, som återfinns i motiveringen till avskedandebestämmelsen i 18 §, har följande lydelse. ”Har arbetstagaren gjort sig skyldig till ett sådant allvarligt förfarande som nu avses, bör det normalt sakna betydelse om han är äldre eller yngre, har längre eller kortare anställningstid, är handikappad etc.”.

Uttalandet har föregåtts av en beskrivning av sådana förfaranden som bör kunna föranleda avskedande (se anf. prop. s. 255). I 1998 års dom anförde domstolen att det återgivna motivuttalandet är ett uttryck för uppfattningen att vid bedömningen av om avskedande får ske med anledning av ett visst förfarande från en arbetstagares sida det föreligger anledning att i första hand beakta graden av åsidosättande av arbetstagarens åligganden mot arbetsgivaren. I domen anfördes vidare att till skillnad från vad som gäller vid en prövning av om saklig grund för uppsägning föreligger sådana omständigheter, som i och för sig skulle kunna tala för att arbetstagaren ändå ska få behålla anställningen, normalt inte ska vägas mot det förfarande som ifrågasätts ska leda till ett avskedande.

Det anförda innebär annorlunda uttryckt att personliga förhållanden typiskt sett endast i undantagsfall har en sådan tyngd att de kan få betydelse vid bedömningen av ett handlande som i och för sig är av sådant allvarligt slag att det kan motivera ett avskedande (jfr domen 1999 nr 31). I det föreliggande fallet anser domstolen att handlandet har varit av sådant allvarligt slag att vad som framkommit om hans personliga förhållanden inte bör tillmätas en sådan betydelse vid bedömningen att avskedandet har skett i strid med anställningsskyddslagen.

Sammanfattningsvis ansåg domstolen att arbetsgivaren hade haft rätt att skilja arbetstagaren från anställningen på det sätt som skett.

AD 2003 nr 44

En busschaufför vid ett större transportföretag återkom efter en längre tids sjukskrivning till arbetsplatsen för arbete på halvtid. Han var då av medicinska skäl förhindrad att köra buss, men stod till förfogande för andra arbetsuppgifter som utförs hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren ansåg emellertid att det saknades möjlighet att erbjuda arbetstagaren sådana arbetsuppgifter. I tvist om arbetstagarens rätt till lön under den aktuella tiden uppkom särskilt fråga om betydelsen av att arbetsgivaren hade åsidosatt sin skyldighet att vidta åtgärder i syfte att rehabilitera arbetstagaren.

Arbetsdomstolen konstaterade att det hade ålegat bolaget att påbörja en rehabiliteringsutredning om detta inte framstod som obehövligt. Bolaget vidtog emellertid inte någon sådan åtgärd med sikte på rehabilitering då arbetstagarens sjukskrivning inleddes. Bolaget mottog under denna tid fortlöpande kopior av läkarintyg som låg till grund för sjukskrivningen och höll en viss kontakt med arbetstagaren men vidtog alltså för egen del inga andra åtgärder. Först i samband med arbetstagarens återkomst till arbetsplatsen, nära två år senare, började bolaget medverka till rehabiliteringen genom att delta i ett sammanträde som tillkom på initiativ av För-

säkringskassan. Arbetsgivarparterna anförde att det under arbetstagarens sjukskrivningsperiod framstod som obehövt att påbörja en rehabiliteringsutredning mot bakgrund av att denne inte var medicinskt färdigbehandlad. Domstolen uttalade att den inte kunde ansluta sig till detta synsätt. Det förhöll sig förvisso så att ansvaret för den medicinska behandlingen åvilade landstingen, men att det ändå hade varit värdefullt om bolaget på ett tidigt stadium hade närmare informerat sig om arbetstagarens hälsoförhållanden och möjligheter att återkomma till arbetet. Enligt domstolen måste det för bolaget ha framstått som antagligt att arbetstagarens allvarliga hjärtproblem kunde ha betydelse för hans möjligheter att i framtiden köra buss. Eftersom bolaget faktiskt inte påbörjade någon rehabiliteringsutredning kunde man givetvis inte säkert slå fast vad denna hade lett till, men det framstod enligt domstolens mening som troligt att bolaget på ett tidigare stadium än som blev fallet hade fått klart för sig att arbetstagaren av medicinska skäl förmodligen inte skulle kunna återgå i sin tidigare arbetsuppgift.

Sammanfattningsvis kom Arbetsdomstolen till följande slutsatser. Bolaget uppfyllde under sjukskrivningsperioden inte sina skyldigheter i rehabiliteringshänseende. Den slutsatsen ändras inte av att arbetstagaren såvitt framkommit inte antydde för bolaget annat än att han efter medicinsk rehabilitering skulle kunna återgå i arbete som bussförare eller av att arbetsgivarparterna oemotsagt uppgett att Försäkringskassans företrädare angav att en rehabiliteringsutredning inte behövdes. Det är antagligt att bolagets underlåtenhet i rehabiliteringshänseende ledde till att bolaget var sämre förberett för arbetstagarens återkomst till arbetet än vad som skulle ha varit fallet om bolaget hade vidtagit vederbörliga åtgärder. Beträffande bolagets möjligheter att omplacera arbetstagaren har det av utredningen inte skapats någon klarhet i frågan. De uppgifter som lämnats av bolagets företrädare tyder på att deras undersökningar var inriktade på att undersöka förekomsten av lediga befattningar. Bolaget hade emellertid enligt domstolens mening en skyldighet att undersöka även möjligheterna att genom viss omorganisation, i första hand genom omfördelning av arbetsuppgifterna finna sysselsättning åt arbetstagaren. Huruvida bolaget verkligen undersökte sådana möjligheter framstår som oklart. Vid bedömningen av bolagets möjligheter att lösa frågan på detta sätt bör beaktas dels att det är fråga om ett större företag och dels att arbetstagarens arbetsinsats var begränsad till fyra timmar om dagen.

Sammanfattningsvis fann domstolen att bolaget inte fullgjort sin skyldighet i fråga om rehabiliteringsutredning och det inte visats att det skulle ha saknats arbetsuppgifter även om skyldigheten hade fullgjorts. Slutsatsen blev att arbetstagaren ansågs ha stått till förfogande för arbete på sådant sätt att han var berättigad till lön.

AD 2003 nr 45

En chaufför och lagerarbetare som under lång tid haft problem med smärtor och stelhet i sin ena höft sades upp från sin anställning. Fråga bl.a. om betydelsen av att arbetstagaren vid uppsägningstillfället fortfarande uppbar sjukpenning.

Arbetstagsidan gjorde bl.a. gällande att arbetstagarens sjukdom inte borde accepteras som saklig grund för uppsägning eftersom arbetstagaren fortfarande uppbar sjukpenning. Arbetsdomstolen ansåg att det vid uppsägningstillfället måste ha stått klart att arbetstagaren inte kunde förväntas komma tillbaka i arbete hos bolaget. Det förhållandet att Försäkringskassan inte vid det tillfället hade beslutat om någon mer permanent sjukersättningsform medförde enligt domstolens mening inte någon annan bedömning i frågan om det förelåg saklig grund för uppsägning än den tingsrätten hade gjort.

Tingsrätten hade i sin dom konstaterat att arbetsgivaren hade gjort försök med olika omplacerings- och rehabiliteringsåtgärder men att dessa inte lett till att arbetstagaren kunnat återgå i arbete. Tingsrätten fann att arbetstagaren på grund av sitt hälsotillstånd inte kunde fullgöra något arbete av betydelse för arbetsgivaren och att det inte heller funnits utrymme för arbetsgivaren att inom ramen för sin verksamhet anpassa arbetsuppgifterna till arbetstagarens förutsättningar. Sammanfattningsvis ansågs arbetsgivaren ha haft saklig grund för uppsägning.

AD 2005 nr 86

Fråga om det förelåg grund för avskedande eller saklig grund för uppsägning av en kriminalvårdare som dömts för narkotikabrott och dopningsbrott.

Arbetstagsidan gjorde bl.a. gällande att arbetsgivaren varit skyldig att utreda behovet av rehabiliteringsåtgärder för arbetstaga-

ren och ge honom behandling och stöd i stället för att avskeda honom. Arbetsdomstolen konstaterade att det av utredningen i målet framkommit att vidden av arbetstagarens personliga problem kom att stå klart för arbetsgivaren först omkring tre månader före avskedandet och att det var först då som arbetstagarens arbetsförmåga påverkades. Domstolen fann sammanfattningsvis att arbetsgivaren haft grund för att avskeda kriminalvårdaren och att det vid sådant förhållande inte förelegat någon skyldighet för arbetsgivaren att försöka omplacera eller rehabilitera honom.

AD 2005 nr 105

En arbetstagare hos en arbetsgivare inom träindustrin led sedan många år av alkoholism av sjukdomskaraktär. Fråga huruvida det förelåg saklig grund för uppsägning av arbetstagaren mot bakgrund bl.a. av de rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren vidtagit och av arbetstagarens arbetsförmåga.

Arbetsdomstolen konstaterade att det av utredningen i målet framgick att arbetsgivaren under i varje fall åtta års tid vidtagit olika åtgärder i syfte att åstadkomma en rehabilitering för arbetstagarens del. Rehabiliteringsverksamheten synes ha bedrivits på ett professionellt och seriöst sätt i samråd med Försäkringskassan och den lokala fackliga organisationen. Domstolen fann att arbetsgivaren uppfyllt sina åtaganden i rehabiliteringshänseende. När det gällde arbetstagarens arbetsförmåga konstaterade domstolen att det i arbetsgivarens verksamhet fanns mycket få enkla arbetsuppgifter kvar och att åtskilliga av befattningarna inom produktionen var antingen förenade med viss risk för arbetsskada eller i varje fall olämpliga för personer som inte klarar stress. Sammanfattningsvis ansåg domstolen att det inte funnits några andra arbetsuppgifter inom arbetsgivarens verksamhet som arbetstagaren lämpligen kunde omplaceras till. Arbetstagaren ansågs inte kunna utföra något arbete av betydelse. Uppsägningen ansågs sakligt grundad.

AD 2006 nr 11

Fråga om en kommun haft saklig grund att säga upp ett vårdbiträde som var sjukskriven på grund av besvär med rygg och höfter. Har kommunen fullgjort sin skyldighet att rehabilitera och omplacera arbetstagaren?

Arbetsdomstolen fann att arbetstagaren, genom att avbryta planerade studier och på eget initiativ ändra inriktning på studierna, inte medverkat i sin rehabilitering på sätt som kunde krävas av honom. Enligt Arbetsdomstolen kunde det vid det förhållandet inte krävas av arbetsgivaren att denne skulle ha fortsatt att driva rehabiliteringsförsöken vidare. Slutsatsen blev att kommunen måste anses ha fullgjort sina skyldigheter avseende rehabiliteringen.

Vad gäller frågan om omplacering hade kommunen erbjudit en tjänst som skolmältidsbiträde med en sysselsättningsgrad om drygt 50 procent av en heltidstjänst. Arbetstagaren hade vid tiden för uppsägning en anställning med en sysselsättningsgrad om 81 procent. Arbetstagaren tackade nej till detta erbjudande. Arbetsdomstolen fann att arbetstagaren borde ha prövat det erbjudna arbetet och att erbjudandet, med hänsyn till omständigheterna i målet, var skäligt trots att det var fråga om en lägre sysselsättningsgrad.

Sammanfattningsvis fann Arbetsdomstolen att kommunens uppsägning var sakligt grundad.

AD 2006 nr 57

En arbetstagare blev efter en längre tids sjukskrivning uppsagd från sitt arbete som postsorterare med motiveringen att hans oförmåga att utföra arbetet var varaktigt nedsatt och att omplaceringsmöjligheter saknades. Från arbetstagarparternas sida gjordes gällande att arbetsgivaren inte fullgjort sin skyldighet beträffande rehabilitering, arbetsanpassning och omfördelning av arbetsuppgifter.

Arbetstagaren hade vid tiden för uppsägningen varit sjukskriven nästan två år för värk från nacke, höger axel och höger arm. Enligt Arbetsdomstolen visade utredningen i målet att arbetstagaren på grund av sjukdom saknade arbetsförmåga för arbetet som postsorterare och att arbetsförmågan i det avseendet var varaktigt nedsatt. Domstolen konstaterade även att några ytterligare medicinska rehabiliteringsåtgärder inte var aktuella.

Arbetsstagarparterna hävdade i målet att det hade varit möjligt att genom anpassning av arbetsuppgifter och viss omfördelning och omorganisation finna arbetsuppgifter som arbetstagaren kunnat utföra och som Posten borde ha låtit honom pröva på innan Posten tog ställning till frågan om uppsägning. Enligt Arbetsdomstolens mening var arbetstagarens hälsotillstånd sådant att Posten haft skäl för att underlåta att pröva huruvida han skulle kunna utföra sorteringsarbete med vänster hand vilket arbetsstagarparterna gjort gällande. Vidare fann Arbetsdomstolen att utredningen visade att arbetet som postsorterare också innehåller vissa lättare moment som i sig är av sådan karaktär att arbetstagaren måhända skulle klara av att utföra dem. Den omfördelning av arbetsuppgifter som arbetsstagarparterna i detta fall förespråkar skulle då innebära en omorganisation där arbetsuppgifter från olika håll samlas ihop. Domstolen hänvisade till AD 1999 nr 10 och konstaterade att en arbetsgivaren kan vara skyldig att försöka åstadkomma även den typen av lösning inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet. Arbetsdomstolen gjorde sammanfattningsvis den bedömningen att det inte varit skäligt att kräva att Posten i detta fall omfördelade arbetsuppgifter på det sätt som förbundet förespråkat. Vid den bedömningen beaktade Arbetsdomstolen bl.a. att det i förevarande fall inte var fråga om att avlasta arbetstagaren en mindre del särskilt påfrestande arbetsmoment utan i stället att befria honom från merparten av de arbetsuppgifter som ingår i en postsorterares normala arbete. Det kunde enligt domstolens mening ifrågasättas om en sådan lösning över huvud taget var möjlig utan att verksamheten utökas på ett sätt som går utöver de skyldigheter en arbetsgivare har i rehabiliteringshänseende. Domstolen beaktade även den aspekten att en omfördelning, på sätt som gjorts gällande, rimligen medför ökad risk för förslitnings- och belastningsskador för de arbetstagare som fräntas mindre ansträngande uppgifter.

Förbundet gjorde även gällande att Posten i vart fall borde ha låtit arbetstagaren arbetsträna innan beslut om uppsägning fattades. Domstolen delade arbetsgivarparternas bedömning att Posten inte varit skyldig att låta arbetstagaren arbetsträna eftersom en sådan arbetsträning ändå inte hade kunnat leda till fortsatt anställning inom posten. Att arbetstagaren under sådana omständigheter inte getts möjlighet att arbetsträna innebar därför inte att Posten brustit i sin rehabiliteringsskyldighet.

Arbetsdomstolen fann sammanfattningsvis att det förelegat saklig grund för uppsägning.

AD 2006 nr 83

Ett bolag sade upp en sjukskriven ambulanssjukvårdare med artros i knäna. Den huvudsakliga tvistefrågan gällde i vilken omfattning en arbetsgivare är skyldig att omorganisera sin verksamhet för att undvika uppsägning av en arbetstagarare.

Arbetstagararen hade vid tiden för uppsägningen varit sjukskriven i nästan två år för artros i knäna. Förbundet gjorde i målet huvudsakligen gällande att det fanns arbetsuppgifter inom bolaget som arbetstagararen klarade av att utföra och som genom omorganisation kunde samlas ihop och läggas samman till en tjänst åt henne. Arbetsgivarparternas inställning var att arbetstagararen inte längre kunde utföra de centrala arbetsuppgifterna i en anställning som ambulanssjukvårdare, dvs. att transportera patienter på bår och se till dem även i miljöer som kräver obekväma arbetsställningar. De anförde vidare att övriga arbetsuppgifter i bolagets verksamhet dels var chefsuppgifter, dels var integrerade i ambulanssjukvårdarnas och –sjuksköterskornas arbeten.

Arbetsdomstolen fann att utredningen gav stöd för den slutsatsen att arbetstagararen vid uppsägningstidpunkten varaktigt saknade förmåga att kunna återgå till sitt arbete som ambulanssjukvårdare och att detta också var den bedömning som bolaget då gjorde. Enligt domstolens mening kunde inte heller den medicinska utredning som tillkommit därefter ge stöd för slutsatsen att den utredning som förelåg som underlag för bolagets bedömning kunde betraktas som ofullständig. När det gällde andra arbetsuppgifter än de som ingår i arbetet som ambulanssjukvårdare visade utredningen att arbetstagararen i vart fall delvis kan komma att få tillbaka sin förmåga till arbete.

Arbetsdomstolen fann vidare att det inte torde föreligga någon skyldighet för bolaget att omorganisera sin verksamhet så att arbetsuppgifter, avseende bl.a. personalfrågor och kvalitetssäkring som bolaget hade valt att lägga på chefsnivå i stället skulle utföras av en ambulanssjukvårdare. Vad gällde arbetsuppgifter som utfördes av den operativa ambulanspersonalen konstaterade domstolen att om de aktuella arbetsuppgifterna sammanfördes till ett särskilt arbete åt arbetstagararen skulle bolaget ändå inte kunna minska ner på ambulanspersonalen. En omorganisation av det slag som förbundet förespråkade skulle alltså komma att förutsätta en utökning av bolagets verksamhet. Sammanfattningsvis gjorde Arbetsdomstolen den bedömningen att det inte var skäligt att kräva att bolaget

i detta fall omorganiserade sin verksamhet på det sätt som förbundet föreslagit.

Arbetsdomstolen fann att det förelåg saklig grund för uppsägning.

AD 2006 nr 90

Fråga om det förelåg saklig grund för uppsägning av en arbetstagare som drabbats av förslitningsskador i axlarna och om arbetstagaren på grund av sin sjukdom inte längre hade förmåga att utföra arbete av betydelse för arbetsgivaren.

Vad gäller arbetstagaren hälsotillstånd och arbetsförmåga konstaterade Arbetsdomstolen att parterna fick anses vara överens om att denne på grund av sin sjukdom, vid uppsägningstidpunkten, saknade förmåga att utföra sitt arbete som svetsare på det sätt han gjorde före sjukskrivningen. Enligt Arbetsdomstolens bedömning fick arbetstagarens arbetsförmåga i det avseendet anses vara varaktigt nedsatt. Frågan var dock om det var utrett om hans arbetsförmåga var så nedsatt att han inte kunde anses utföra något arbete av betydelse för bolaget.

Förbundet gjorde gällande att med viss anpassning av arbetstagarens arbetsuppgifter och med stöd av tekniska hjälpmedel skulle det varit möjligt att åtgärda de problem som hans skada medförde. Bolaget borde ha genomfört en riktig arbetsplatsergonomisk utredning och berett honom möjlighet till arbetsträning samt utrett vilka hjälpmedel eller annan anpassning som skulle kunna medföra återgång i arbete. Arbetsgivarparterna anförde att ytterligare ergonomisk utredning inte behövdes och att några hjälpmedel som helt skulle kunna lösa arbetstagarens problem inte fanns. De anförde vidare att arbetsanpassning, i form av annan arbetsfördelning, inte heller var möjligt dels med tanke på att man vid arbetsplatsen för undvikande av belastningsskador tillämpade en sorts arbetsrotation som innebär att alla svetsare får ömsom tunga, ömsom lätta arbetsuppgifter att utföra, dels med hänsyn till att produkterna tillverkas på beställning med mycket kort framförhållning och att det därmed inte går att planera arbetsuppgifterna så att det hela tiden finns lätta arbetsuppgifter att tillgå.

Arbetsdomstolen konstaterade att parterna under hela rehabiliteringsfasen haft olika syn på vilka åtgärder som skulle vidtas för att arbetstagaren skulle kunna återgå i arbete. Bolaget synes tidigt

ha varit av uppfattningen att fortsatt anställning hos bolaget inte varit möjlig och därför varit mer inriktat på att medverka till åtgärder som skulle kunna leda till arbete hos annan arbetsgivare medan förbundet i första hand förordat utredning och åtgärder för att möjliggöra för arbetstagaren att komma tillbaka till arbetet.

Enligt Arbetsdomstolens mening förelåg det osäkerhet i frågan om vilka arbetsuppgifter eller arbetsmoment som arbetstagaren klarade av att utföra eller inte klarade av att utföra och därmed om det var möjligt att efter arbetsträning, anpassning av arbetsuppgifter och med tekniska hjälpmedel öka arbetsförmågan. Arbetsdomstolen ansåg mot bakgrund av den utredning som fanns i målet att det inte gick att dra slutsatsen att det var tillräckligt klarlagt att arbetstagaren inte skulle kunna komma tillbaka till arbete hos bolaget. Det hade inte enligt Arbetsdomstolens mening förelegat några beaktansvärda hinder mot att på det sätt som förbundet föreslagit närmare utreda vilken arbetsförmåga som arbetstagaren hade som svetsare samt om det fanns hjälpmedel som just han kunde ha hjälp av. Det har varit skäligt att kräva en sådan utredning av bolaget. Arbetsdomstolens slutsats blev således att bolaget inte hade fullgjort sin skyldighet att utreda möjligheterna till fortsatt anställning.

Arbetsdomstolens slutsats blev att arbetsgivarparterna inte visat att bolaget hade saklig grund för uppsägning.

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrolluppgifter. Fi.
36. För studenterna ...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma. Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.
41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut ...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.

46. Jakten på makten. Ju.
47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.
50. En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. Fi.
51. Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. U.
52. Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. Ju.
53. Partierna nominerar. Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. Ju.
54. Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. S.
55. Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. Fi.
56. Ansvarfull servering – fri från diskriminering. S.
57. En bättre tillsyn av missbrukarvården. S.
58. Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. Jo.
59. Arbetslivets (o)synliga murar. Ju.
60. På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. Ju.
61. Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. UD
62. Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. N.
63. Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. Ju.
64. Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. Fi.
65. Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. S.
66. Hästtävlingar – på lika villkor. Jo.
67. Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. N.
68. Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. U.
69. Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. Fi.
70. Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. Ju.
71. Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. S.
72. Öppna möjligheter med alkohol. N.
73. Den segregeringande integrationen. Om social sammanhållning och dess hinder. Ju.
74. En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. Fi.
75. Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. U.
76. Otillbörliga affärsmetoder. Jo.
77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. U.
78. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Ju.
79. Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. Ju.
80. Patent och innovationer för tillväxt och välfärd. N.
81. Mervärdesskatt. Del 1. Förslag och ställningstaganden. Del 2. Utredningens underlag A. Del 3. Utredningens underlag B, bilagor. N.
82. Patientdatalag. S.
83. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. U.
84. Deluppföljning av den kommunal-ekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. Fi.
85. Drogtestning av totalförsvarspålitliga. Fö.
86. Mera försäkring och mera arbete. S
87. Arbetskraftsinvandring till Sverige – förslag och konsekvenser. N.
88. Effektivare LEK. N.
89. Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerar. Fi.
90. På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. Fi.
91. Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. S.
92. Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. Ju.

93. Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. U.
94. Översvämningshot. Risker och åtgärder för Mälaren, Hjälmaren och Vänern. M.
95. Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. S.
96. Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. Ju.
97. Arbetstagares medverkan vid gränsöverskridande fusioner. N.
98. Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. Ju.
99. En ny konkurrenslag. N.
100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. S.
101. Se landsbygden! Myter, sanningar och framtidsstrategier. + Populärversion. Jo.
102. Samverkan för ungas etablering på arbetsmarknaden. + Forskarrapporter: Hur påverkar demografin arbetsmarknaden för unga? U.
103. Översyn av den rättsmedicinska verksamheten. Tillsyn, Rättsliga rådet och rättsläkarens roll. Ju.
104. En strategi för landsbygdsforskning. Underlag till Landsbygdskommittén. Rapport. Jo.
105. Verkligheten som kraftkälla. Lokala exempel från utvecklingsarbetet på landsbygden samt exempel från våra grannländers landsbygdsarbete. Rapport. Jo.
106. Fakta – omvärld – inspiration. Underlagsrapporter i arbetet med en strategi för hållbar landsbygdsutveckling. Jo.
107. Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. S.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omrövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]
Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]
Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]
Jakten på makten. [46]
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. [47]
Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. [52]
Partierna nominerar.
Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. [53]
Arbetslivets (o)synliga murar. [59]
På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. [60]
Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. [63]
Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. [70].
Den segregering integrationen.
Om social sammanhållning och dess hinder. [73]

- Hälsa, vård och strukturell diskriminering. [78]
Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. [79]
Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. [92]
Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. [96]
Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. [98]
Översyn av den rättsmedicinska verksamheten.
Tillsyn, Rättsliga rådet och rättsläkarens roll. [103]

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]
Internationella sanktioner. [41]
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]
Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. [61]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]
Drogtestning av totalförsvarspliktiga. [85]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]

Teckenspråk och teckenspråkiga.
Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Översyn av teckenspråkets ställning. [54]
Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. [56]
En bättre tillsyn av missbrukarvården. [57]
Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. [65]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. [71]
Patientdatalag. [82]
Mera försäkring och mera arbete. [86]
Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. [91]
Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. [95]
Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. [100]
Fokus på åtgärder
– En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. [107]

Finansdepartementet

Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]
Nya upphandlingsregler 2. [28]
Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]
Bidragsbrott. [48]
En ny lag om värdepappersmarknaden.
+ Författningsbilaga. [50]
Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. [55]
Internationella kasinon i Sveige. En utvärdering. [64]
Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. [69]
En ny lag om värdepappersmarknaden.
Supplement. [74]
Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. [84]
Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat. [89]
På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. [90]

Utbildnings- och kulturdepartementet

Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]
Anställ unga! [31]
Den professionella orkestermusiken i Sverige. [34]
För studenterna...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. [36]
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]
Plats på scen. [42]
Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport:
”Det ser lite olika ut...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. [45]
Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor.
+ Daisy. [51]
Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. [68]
Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. [75]
Ungdomar, stress och psykisk ohälsa.
Analyser och förslag till åtgärder. [77]
Radio och TV i allmänhetens tjänst.
Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. [83]
Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. [93]
Samverkan för ungas etablering på arbetsmarknaden.
+ Forskarrapporter: Hur påverkar demografien arbetsmarknaden för unga? [102]

Jordbruksdepartementet

Djurskydd vid hästavel. [13]
Samernas sedvanemarkar. [14]
Sanktionsavgift i stället för straff
– områdena livsmedel, foder och djurskydd. [58]
Hästtävlingar – på lika villkor. [66]
Otillbörliga affärsmetoder. [76]
Se landsbygden! Myter, sanningar och framtidsstrategier.
+ Populärversion. [101]

En strategi för landsbygdsforskning.
Underlag till Landsbygdskommittén.
Rapport. [104]

Verkligheten som kraftkälla. Lokala exempel från utvecklingsarbetet på landsbygden samt exempel från våra grannländers landsbygdsarbete. Rapport. [105]

Fakta – omvärld – inspiration. Underlagsrapporter i arbetet med en strategi för hållbar landsbygdsutveckling. [106]

Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat
[89]

Arbetsstagares medverkan vid gränsöverskridande fusioner. [97]

En ny konkurrenslag. [99]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

Ett utvidgat miljöansvar. [39]

Översyn av atomansvaret. [43]

Översvämningshot. Risker och åtgärder för Mälaren, Hjälmaren och Väneren. [94]

Näringsdepartementet

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. [3]

Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [4]

Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [5]

Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. [25]

God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. [32]

Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]

Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. [44]

Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. [62]

Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. [67]

Öppna möjligheter med alkohol. [72]

Patent och innovationer för tillväxt och välfärd. [80]

Mervärdesskatt.
Del 1. Förslag och ställningstaganden.
Del 2. Utredningens underlag A.
Del 3. Utredningens underlag B, bilagor. [81]

Arbetskraftsinvandring till Sverige – förslag och konsekvenser. [87]

Effektivare LEK. [88]