

Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

*Betänkande av Utredningen
Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*

Stockholm 2020



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2020:24

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25047-1

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Ardalan Shekarabi

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – med uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Som särskild utredare förordnades från och med den 5 maj 2018 med. dr. och leg. psykolog Mandus Frykman.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 5 september 2018 departementssekreterare Sara Bivebäck (Finansdepartementet), kanslirådet Klara Granat (Socialdepartementet), departementssekreterare Abukar Omarsson, (Arbetsmarknadsdepartementet) och ämnesrådet Peter Wollberg (Socialdepartementet). Från och med den 2 juni 2019 entledigades Klara Granat och från och med den 3 juni 2019 förordnades kanslirådet Sara Johansson (Socialdepartementet) som sakkunnig i utredningen. Från och med den 15 september 2019 entledigades Sara Johansson och från och med den 16 september 2019 förordnades departementssekreterare Anne Wisten (Socialdepartementet) som sakkunnig i utredningen. Från och med den 16 mars 2020 entledigades Anne Wisten.

Som sekreterare i utredningen förordnades från och med den 6 augusti 2018 utredaren Sofie Östling och från och med den 20 augusti 2018 jur. kand. Marie Jakobsson Randers. Från och med den 13 januari 2019 entledigades Marie Jakobsson Randers och från och med 1 december 2018 förordnades med. dr. Nina Karnehed som sekreterare i utredningen.

Betänkandet är skrivet i vi-form och med detta avses utredaren och utredningssekretariatet. Jag som utredare är dock ensamt ansvarig för utredningens rekommendationer. Utredningen, som har haft namnet *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*, överlämnar härmed sitt betänkande *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* (SOU 2020:24). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i april 2020

Mandus Frykman

/Nina Karnehed
Sofie Östling

Innehåll

Sammanfattning	17
1 Uppdraget och dess genomförande.....	27
1.1 Uppdraget.....	27
1.1.1 En process i förändring	28
1.1.2 Utredningens kommentarer till uppdraget	29
1.2 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	31
1.2.1 Ingen gemensam definition.....	32
1.2.2 Att närma sig en definition – begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process.....	33
1.2.3 Processens början och slut.....	34
1.2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte	35
1.2.5 Begreppen sjukdom och arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	38
1.2.6 Ekonomisk trygghet och stöd till återgång	38
1.3 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	38
1.4 Metod.....	39
1.4.1 Utredningens utåtriktade arbete	40
1.4.2 Referensgruppernas arbete.....	41
1.4.3 Kvalitativ information	42
1.4.4 Kvantitativ information.....	45
1.4.5 Analys av nuvarande förhållanden när det gäller samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	46

1.4.6	Översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete.....	46
1.5	Disposition av betänkandet	48
2	Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	49
2.1	Individen	49
2.1.1	Ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.....	49
2.1.2	Individens rehabilitering.....	51
2.2	Arbetsgivaren.....	52
2.2.1	Arbetsgivarens ansvar och skyldigheter enligt arbetsmiljölagen	52
2.2.2	Arbetsgivares plan för återgång i arbete	53
2.2.3	Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.....	53
2.2.4	Arbetsgivaren ska lämna upplysningar till Försäkringskassan och vidta åtgärder för rehabilitering	54
2.2.5	Saklig grund för uppsägning när arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.....	54
2.2.6	Arbetsdomstolen prövar arbetsgivarens rehabiliteringsansvar	55
2.2.7	Företagshälsovård	56
2.3	Hälso- och sjukvården.....	57
2.3.1	Hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla god hälsa och en vård på lika villkor	57
2.3.2	Hälso- och sjukvården intygar nedsatt arbetsförmåga	58
2.3.3	Samverkan.....	59
2.4	Försäkringskassan.....	60
2.4.1	Samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten.....	61

2.5	Kommunen.....	62
2.6	Arbetsförmedlingen.....	63
2.7	Andra aktörer	64
2.7.1	Myndigheten för arbetsmiljökunskap	64
2.7.2	Arbetsmiljöverket.....	65
2.7.3	Socialstyrelsen.....	65
2.7.4	Sveriges kommuner och regioner (SKR)	67
2.7.5	Samordningsförbunden.....	67
3	Individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	71
3.1	Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inkluderar nästan alla individer i arbetsför ålder varje år	71
3.1.1	Anställda med sjuklön.....	72
3.1.2	Individer med ersättning från Försäkringskassan.....	73
3.1.3	Individer som blir arbetsoförmögna under tid i arbetsmarknadspolitiskt program hos Arbetsförmedlingen	76
3.1.4	Studenter	76
3.1.5	Individer utan sjukpenninggrundande inkomst	77
3.1.6	Individer som får stöd via samordningsförbunden	79
3.2	Individens upplevelse.....	79
3.2.1	Intervjuer med sjukskrivna	80
3.2.2	Individsynpunkter från andra källor	91
3.2.3	Information från patient- och brukarorganisationer	92
3.3	Utredningens slutsatser.....	93
3.3.1	För de flesta fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl	94
3.3.2	Individer uttrycker missnöje över lagstiftningen	95
3.3.3	Individen efterfrågar en mer förutsägbar process.....	95

3.3.4	De individer som behöver mer stöd efterfrågar ett stöd som ingen aktör har ett uttalat ansvar att ge.....	99
3.3.5	Individer som nekats ersättning från sjukförsäkringen vill ha mer stöd.....	99
4	Samverkan i teori och form	101
4.1	Samverkan.....	101
4.1.1	Behovet av samverkan – sektorisering av offentlig verksamhet.....	102
4.1.2	Strukturell och operativ samverkan	104
4.2	Teoretiska perspektiv på samverkan.....	104
4.2.1	Olika former av samverkan	105
4.2.2	Hinder och framgångsfaktorer för samverkan....	107
4.2.3	Styrning och samverkan.....	110
4.3	Former för samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	112
4.3.1	Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras på olika sätt	112
4.3.2	Nationella samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	117
4.3.3	Försäkringskassans inriktning för samverkan.....	121
4.3.4	Överenskommelser som medel för samverkan mellan Försäkringskassan och övriga aktörer på regional och lokal nivå	123
4.3.5	Regioners strukturella samverkan med aktörer i processen – några exempel	126
4.3.6	Kontaktvägar är en förutsättning för samverkan	129
4.3.7	Utredningens slutsatser gällande former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	137
5	Analys av nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	143
5.1	Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox.....	144
5.1.1	Utredningens slutsatser	146

5.2	Regler som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns i flera olika lagar	147
5.2.1	Arbetsgivarens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera lagrum...	148
5.2.2	Omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken	149
5.2.3	Flera aktörer utformar planer för återgång i arbete för individen	152
5.2.4	Utredningens slutsatser	153
5.3	Medicinska uppgifter	155
5.3.1	Hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter	155
5.3.2	Individens behov av medicinska uppgifter.....	158
5.3.3	Arbetsgivarens behov av medicinska uppgifter ...	159
5.3.4	Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter.....	162
5.3.5	Arbetsförmedlingens behov av medicinska uppgifter.....	164
5.3.6	Socialtjänstens behov av medicinska uppgifter....	165
5.3.7	Utredningens slutsatser	166
5.4	Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer.....	168
5.4.1	Användning av begreppet rehabilitering vid uppdateringen av Arbetsmiljöverkets föreskrift	170
5.4.2	Användning av begreppet rehabilitering när Försäkringskassan beviljar rehabiliteringspenning.....	172
5.4.3	Utredningens slutsatser	174
5.5	Individen tycker att den egna arbetsförmågan bedöms olika av olika aktörer i processen	175
5.5.1	Individer tycker att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågan än den behandlande läkaren	175

5.5.2	Individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedömer arbetsförmåga olika och myndigheternas olika uppdrag kan leda till konsekvenser för individen	177
5.5.3	Utredningens slutsatser	181
5.6	Att det finns olika förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar skapar problem i samverkan.....	183
5.6.1	Myndigheternas serviceskyldighet	184
5.6.2	Försäkringskassans utredningsskyldighet	185
5.6.3	Försäkringskassans samordningsansvar.....	186
5.6.4	Utredningens slutsatser	190
5.7	Aktörerna vill utveckla metoder som hjälper dem att hitta de individer som har behov av stöd.....	190
5.8	Aktörsspecifika förutsättningar som påverkar samverkan i processen	194
5.8.1	Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen önskar mer kunskap, mer tid och mer stöd i sitt arbete.....	194
5.8.2	Försäkringskassans personalomsättning är en utmaning för samverkan.....	198
5.8.3	Reformeringen av Arbetsförmedlingen påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	199
5.8.4	Utredningens slutsatser	200
5.9	Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk	201
5.9.1	Aktörerna utgör förutsättningar för varandras arbete.....	201
5.9.2	Exempel på förändringar och oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	202
5.9.3	Oönskade konsekvenser identifieras i efterhand.....	204
5.9.4	Komplexitet påverkar förekomst av oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	205
5.9.5	Utredningens slutsatser	206

5.10	Utredningens slutsatser om nuvarande förhållanden som påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	207
6	Översyn av utvecklingen av förebyggande och stöd för återgång för anställda.....	209
6.1	Utvecklingen inom kunskapsområdet stöd för återgång i arbete	210
6.1.1	Nationella och internationella kunskapsöversikter om återgång i arbete.....	210
6.1.2	ADA – en metod för återgång i arbete.....	212
6.1.3	Utredningens slutsatser om kunskaps-utvecklingen inom området stöd för återgång i arbete.....	214
6.2	Aktuella initiativ för att stärka förebyggande arbete och stöd för återgång för anställda	215
6.2.1	Parternas avsiktsförklaringar	216
6.2.2	Myndigheten för arbetsmiljökunskap	229
6.2.3	Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets gemensamma arbete för att främja arbetsgivarnas ansvarstagande.....	231
6.2.4	Ny lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter kan leda till att fler individer får stöd att återgå i arbete.....	235
6.2.5	Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.....	237
6.3	Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete	247
6.3.1	Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete.....	248
6.3.2	Otydlighet i roller och ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång	254
6.3.3	Företagshälsovården.....	261
6.4	Andra aspekter av förebyggande och stöd för återgång	266
6.4.1	Den sjukpenninggrundande inkomsten skyddas inte under tid med ersättning från en av de kollektivavtalade sjukförsäkringen.....	266

6.4.2	Försäkringskassans tillämpning av hur arbetstid ska förläggas är stelbent vid deltidssjukskrivning och arbetsträning.....	267
6.4.3	Stöd till företagare.....	268
7	Översyn av stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa	271
7.1	Stöd för återgång i arbete genom det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen	272
7.1.1	Rehabiliteringssamverkan – gemensam kartläggning och aktiva insatser	274
7.1.2	Övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden – kontaktmöten och omställningsmöten.....	275
7.1.3	Resultat av det förstärkta samarbetet	276
7.1.4	Regelkonflikter som försvårar det förstärkta samarbetet.....	278
7.1.5	Från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan	279
7.1.6	Utredningens slutsatser	281
7.2	Stöd för återgång i arbete för individer som uppstår försörjningsstöd.....	286
7.2.1	Viljeinriktning om samverkan kring individer som saknar SGI	287
7.2.2	Den nya funktionen för koordinering kan leda till att fler individer som saknar SGI får sitt behov av rehabilitering utrett av Försäkringskassan	288
7.2.3	Utredningens slutsatser	288
7.3	Stöd för återgång i arbete genom samordningsförbund	291
7.3.1	Utredningens slutsatser	296
7.4	Europeiska socialfonden (ESF) finansierar projekt som stödjer individer åter till arbete.....	297

8	Rekommendationer och överväganden	299
8.1	Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte	299
8.2	Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.....	300
8.2.1	Aktörerna behöver samverka på strukturell nivå	303
8.2.2	Är ett förtydligande i myndigheternas respektive instruktioner tillräckligt för att alla aktörer ska medverka i samverkan?	304
8.2.3	Företrädare för verksamheter ska samverka	304
8.2.4	Varför ska Försäkringskassan samordna samverkan?	305
8.2.5	Former för samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess	306
8.3	En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	312
8.3.1	Mer förutsägbarhet skulle underlätta individens process.....	313
8.3.2	Individen behöver hjälp att bära information genom sjukskrivnings- och rehabiliterings- processen.....	314
8.3.3	En gemensam digital planeringsyta kan även underlätta för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	315
8.3.4	De juridiska förutsättningarna för en gemensam digital planeringsyta behöver utredas	315
8.4	Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade.....	318
8.4.1	Individer har behov av avlastning vad gäller förmedling av information	318
8.4.2	Ingen aktör har i dag uppdraget att bistå individerna genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	319
8.4.3	En ny lagstadgad uppgift för Försäkringskassan.....	320

8.4.4	Individens egen bedömning av behov av stöd bör vara vägledande	321
8.4.5	Övervägande om hela samordningsuppdraget behöver förtydligas	323
8.5	Stärkta drivkrafter för arbetsgivare	323
8.5.1	Frågan om drivkrafter bör utredas vidare	325
8.5.2	Drivkrafter genom redovisningskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro.....	326
8.5.3	Arbetsgivarföreträdarnas kritik till ökade ekonomiska drivkrafter.....	328
8.6	Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete	329
8.6.1	Att arbetsgivare själva bedömer behovet av expertstöd har både för- och nackdelar.....	330
8.6.2	En precisering av utredningens rekommendation	331
8.6.3	Risk att frågan om arbetsplatsinriktat stöd blir för komplicerad.....	333
8.6.4	Rekommendation om expertstöd i relation till 2018 års reformer för stärkt stöd för återgång i arbete	334
8.6.5	En principiell fråga om kvalitetssäkring	335
8.7	En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete	335
8.7.1	Ansvaret ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap	336
8.8	Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd	338
8.8.1	Individen väljer själv om hen vill ha stöd i övergången mellan myndigheterna	339
8.8.2	Försäkringskassan behöver göra mer för att fler individer ska ges stöd genom myndig- heternas rehabiliteringssamverkan	339
8.8.3	Ett utvecklat stöd till individer som har nedsatt hälsa men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga	340

8.8.4	Mer behöver göras för att säkerställa att individer inte förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen	342
8.8.5	Övergången från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan	344
8.9	Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppstår försörjningsstöd	346
8.9.1	En utredning bör tillsättas om hur socialtjänsten kan ges ett utökat ansvar	347
8.9.2	Socialtjänsten behöver få förutsättningar att bedöma medicinska begränsningar	348
8.9.3	Socialtjänsten bör ha det samordnade ansvaret ...	349
8.9.4	Överväganden om att socialtjänsten ges uppdraget	350
8.10	Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas	352
8.10.1	Aktörernas behov av medicinska uppgifter för att kunna utföra sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver klargöras	354
8.10.2	Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att kunna lämna de medicinska uppgifter som efterfrågas måste klargöras	355
8.10.3	Former för medicinskt uppgiftslämnande	356
8.10.4	Förvaltning av former för utbyte av medicinska uppgifter	358
9	Konsekvenser av rekommendationerna	359
9.1	Rekommenderar fyra utredningar	359
9.2	Konsekvenser för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	359

9.3	Ekonomiska konsekvenser.....	361
9.3.1	Konsekvenser för statens budget	361
9.3.2	Ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare	364
9.3.3	Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället	364
9.4	Konsekvenser för individen	365
9.5	Konsekvenser för Försäkringskassan	366
9.6	Konsekvenser för hälso- och sjukvården	367
9.7	Konsekvenser för arbetsgivare.....	368
9.8	Konsekvenser för Arbetsförmedlingen.....	369
9.9	Konsekvenser för Myndigheten för arbetsmiljökunskap ..	370
9.10	Konsekvenser för övriga myndigheter och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	370
9.11	Konsekvenser för jämställdhet	371
9.12	Övriga konsekvenser.....	371

Källor och litteratur 373

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2018:27.....	387
Bilaga 2	Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess vill ta del av era synpunkter	395
Bilaga 3	Undersökning bland sjukskrivna.....	399
Bilaga 4	Inbjudan till, och svar från, landstingskommunala sektorn.....	407
Bilaga 5	Inbjudan till, och svar från, privata sektorn.....	409
Bilaga 6	Inbjudan till, och svar från, statliga sektorn	413

Sammanfattning

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – med uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Enligt direktiven ska samordnaren analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen, se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete, främja dialog för att skapa en smidigare process för individen så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete, samt lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Målet med samordnarens uppdrag är att bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Uppdragets genomförande

Arbetet har utförts i nära samarbete med aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi har genomfört ett hundratal möten och dialoger med aktörer runt om i landet. Utredningens två referensgrupper har bestått av representanter från Arbetsförmedlingen, Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, LO, Region Jönköping, Region Västerbotten, Saco, SKR, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Läkarförbund, TCO, och Västra Götalandsregionen. Inom ramen för utredningens arbete har vi genomfört en aktgranskning, en enkätstudie, intervjuer och inhämtat underlag från statistikförande myndigheter. Individsynpunkter har inhämtats direkt i intervjuer med individer och indirekt genom patient- och

brukarorganisationer, arbetstagarorganisationer och andra aktörer och myndigheter.

Beaktat uppdragets omfattning har vi prioriterat en bred genomlysning av de områden som omfattas av direktiven. Inom de områden där vi bedömt att författningsförslag är en möjlig väg framåt, har vi strävat efter att utreda dessa så långt som varit praktiskt möjligt.

Individens upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Bland de individer som passerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns personer med olika diagnoser, i olika åldrar, med olika sjukskrivningshistorik och med olika förankring på arbetsmarknaden. Individerna har olika förutsättningar att ta till sig information och att föra sin talan. Många individer upplever att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar väl, vilket bland annat framgår av de intervjuer vi låtit göra. Det finns också individer som inte tycker att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar bra. Detta kommer till uttryck i så väl intervjuer som i den stora mängd individberättelser vi tagit del av. Vår bedömning är att det finns flera områden som är angelägna att utveckla för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli mer välfungerande.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför när allt mer komplexa välfärdstjänster ska tillhandahållas av myndigheter och andra aktörer i ett sektoriserat landskap. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett sådant sammanhang och aktörernas uppdelade ansvar ställer stora krav på dialog och samverkan.

Vår bedömning är att många av de hinder för samverkan som vi identifierat kan vara svåra att lösa genom lagstiftning. Hinder som kommer av att ansvarsområden överlappar, att begrepp definieras och används olika samt att aktörerna ibland har begränsad förståelse för varandras perspektiv och förutsättningar är sådant som behöver hanteras av aktörerna gemensamt i samverkan. Utredningen lämnar därför rekommendationer som syftar till att stärka den strukturella

samverkan och därmed möjligheterna för aktörerna att själva skapa goda förutsättningar för sitt gemensamma arbete.

Bättre stöd för återgång i arbete

Vi ser flera områden där stödet för återgång i arbete kan stärkas och där vi ger rekommendationer om förbättringar. Utredningen visar att individer inte får del av tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd, att arbetsgivares kunskap om återgång i arbete har brister och att företagshälsovård, eller annan expertresurs, används i alltför begränsad utsträckning. Vår bedömning är därför att arbetsgivare behöver ges bättre förutsättningar att ge sina anställda stöd för återgång i arbete. Därutöver behöver Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare stärka sitt samarbete för att ge individer som går mellan myndigheterna bättre stöd. Vi ser också att stödet till de individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, behöver utvecklas.

Våra rekommendationer

Utredningen ger tio rekommendationer som redovisas nedan och som syftar till att stärka stödet till individen och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Fyra av dessa rekommendationer avser nya utredningar inom områden som vi identifierat som viktiga, men som till följd av sin komplexitet och omfattning inte varit möjliga att hantera inom ramen för denna utredning.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Det saknas i dag såväl en aktörsgemensam definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som en gemensam syn på vad processen syftar till. Vår bedömning är att samsyn kring vad som avses med processen och vad den ska leda till ger bättre förutsättningar för dialog och samverkan mellan aktörerna i processen.

Vi rekommenderar därför att det med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska avses den process som börjar då individens

arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås. Vi rekommenderar vidare att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ska vara *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Vår bedömning är att nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.

Vi rekommenderar att Försäkringskassan ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Med aktörer avses här Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Socialstyrelsen, SKR som företrädare för hälso- och sjukvård och för socialtjänsten, Arbetsgivarverket, SKR, och Svenskt Näringsliv som företrädare för arbetsgivarna, samt företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning. Även fackförbunden LO, TCO och Saco ska medverka i samverkan.

Vi rekommenderar också att aktörerna utvecklar former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och ger förutsättningar att hantera sådana brister i samverkan som utredningen identifierat och redogör för i betänkandet. Vi menar att aktörerna bör teckna en överenskommelse som tydliggör hur de ska samverka, skapa en styrgrupp för en sådan överenskommelse, dela information om processpåverkande förändringar med varandra på ett strukturerat sätt och gemensamt ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Vår bedömning är att många individer och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle ha nytta av bättre möjligheter till överblick över de olika aktörernas planering för individen. Hinder för en digital planeringsyta är juridiska snarare än tekniska. De juridiska frågorna är komplexa och kräver helhetsperspektiv.

Vi rekommenderar därför att de juridiska förutsättningarna för att dela den planering, de åtgärder och de beslut som rör en individs sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, digitalt mellan aktörerna i processen utreds vidare.

Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ställer krav på individen att själv administrera sin process. Individen ska bland annat lämna relevant information, samt efter bästa förmåga medverka i åtgärder som underlättar återgång i arbete. Individen behöver, för att processen ska fungera, förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

De individer som får rehabiliterande insatser samordnade av Försäkringskassan får stöd av Försäkringskassan att överföra information mellan de aktörer som ansvarar för de samordnade insatserna. För de individer som inte har behov av att rehabiliterande insatser samordnas saknas sådant stöd. Konsekvenserna av att göra fel vid administration av sin sjukskrivning kan vara stora för dessa individer. Vår bedömning är att stöd att förmedla information och att ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt ska ges till den individ som behöver det oavsett om de har behov av att rehabiliteringsinsatser samordnas eller inte.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan ges i uppgift att, inom ramen för sitt ansvar i 30 kap. SFB, bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Ökade drivkrafter och ökat stöd för arbetsgivares förebyggande insatser och arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Tillgänglig kunskap gör gällande att ökade ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare kan bidra till högre aktivitet i arbetsgivares förebyggande arbete och stödjande insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringens tidigare förslag om ökade drivkrafter, den så kallade *hälsövaxlingen*, drogs tillbaka i samband med att arbetsmarknadens parter i avsiktsförklaringar kom överens om åtgärder för en bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Parternas avsiktsförklaringar innehåller åtgärder som kan bidra till bättre arbetsmiljö och minska sjukfrånvaro. Avsaknad av utvärderingar gör dock att det inte går att uttala sig om effekter av parternas åtgärder. Avsiktsförklaringarna innehåller inte några åtgärder som påverkat arbetsgivares ekonomiska drivkrafter. Det har inte heller genomförts andra förändringar under senare år som väsentligen påverkat arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete eller återgång i arbete. Utredningens bedömning är därför att arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete bör stärkas.

Vi rekommenderar att regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter genom utökat kostnadsansvar för arbetsgivare (*Hälsövaxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*) bör övervägas på nytt och kompletteras med en utredning om redovisningsskyldighet av ekonomiska kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Utredningen ska ge svar på hur sådan redovisningsskyldighet kan utformas och om redovisningsskyldighet kan komplettera (eller ersätta) regeringens tidigare förslag om hälsövaxling.

Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Vår bedömning är att det arbetsplatsinriktade stödet för återgång i arbete behöver stärkas. Mellan 16 och 35 procent av sjukskrivna individer med en anställning bedöms få otillräckligt arbetsplatsinriktat stöd. Arbetsgivare har ansvaret för sådana insatser och ska ta hjälp av företagshälsovård eller annan expertresurs i de fall den egna kompetensen inte räcker till. Arbetsgivare konstateras ha låg kompetens inom området och uppskattas ta hjälp av företagshälsovård i 10–15 procent av fallen. Internationella och nationella kunskapsöversikter

betonar betydelsen av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete och kortare sjukfrånvaro.

Vi rekommenderar därför att arbetsgivaren, när en plan för återgång i arbete tas fram, ska konsultera en expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som stöd i en kvalificerad bedömning om vilka insatser som behöver genomföras på arbetsplatsen för att ge individen stöd att återgå i arbete. Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § SFB. Genom ökade krav på konsultation av expert förväntas fler stödjande insatser utformas med utgångspunkt i kunskap och erfarenhet.

En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* har stor betydelse för utformning av arbetsplatsinriktat stöd till individen. Vi konstaterar att det i dag inte finns någon aktör med ansvar att samla in, sammanställa och sprida kunskap inom området. Vår bedömning är att en aktör med sådant ansvar skulle öka möjligheterna för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att använda sig av vetenskapligt förankrad kunskap om återgång i arbete. Därmed skulle stödet till individen stärkas.

Vi rekommenderar därför att Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete.

Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd

Vi bedömer att nuvarande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte i tillräckligt hög utsträckning tillgodoser de behov individer har av stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga när de går från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vidareutvecklar sin samverkan. För det första behöver fler individer få stöd genom rehabiliteringssamverkan. För det andra behöver de individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till

ersättning från sjukförsäkringen, få ett bättre stöd för att kunna tillvarata sin arbetsförmåga. För det tredje behöver alla individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen, få information om vilka krav de behöver uppfylla för att deras sjukpenninggrundande inkomst ska vara fortsatt skyddad. För det fjärde behöver aktuell information hos Arbetsförmedlingen om en individs arbetsförmåga, vägas in i Försäkringskassans bedömning om arbetsförmågans nedsättning när individen ansöker om sjukpenning.

Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppbär försörjningsstöd

Vi bedömer att det finns en betydande risk för att individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, inte får det stöd de behöver för att kunna återgå i arbete. Stödet till dessa individer behöver stärkas. Nuvarande ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och Försäkringskassan gör att det finns risk för att dessa individers behov av stöd att kunna återgå i, eller få, ett arbete inte identifieras. Ett stärkt stöd behöver tillse att individen får en bedömning av sin förmåga att delta i aktivitet eller att kunna söka arbete samt att insatser, vid behov, samordnas. Vår bedömning är att socialtjänsten ska ges detta ansvar.

Vi rekommenderar att en utredning ges i uppdrag att se över hur ett utökat ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten gällande de individer som har medicinska begränsningar, saknar sjukpenninggrundande inkomst och uppbär försörjningsstöd.

Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas

Rehabiliteringsansvariga aktörer är beroende av medicinska uppgifter om individen för sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att förse aktörerna med medicinska uppgifter tar stora resurser i anspråk från hälso- och sjukvården. Utbyte av medicinsk information är viktigt i individärenden, men också en fråga som ställer stora krav på samverkan och i vissa fall skapar problem i samverkan mellan aktörerna. Att lämna medicinska uppgifter kräver

samverkan både för själva överföringen och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas.

Vi rekommenderar därför att det bör utredas hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan underlättas.

Konsekvenser av rekommendationerna

Våra rekommendationer förväntas bidra till tydlighet i aktörernas gemensamma ansvar för processen och därmed främja samverkan.

För individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förväntas rekommendationerna leda till både generella förbättringar som når stora grupper och mer specifika förbättringar som stärker stödet till individer med särskilt behov av stöd. I huvudsak är vår bedömning att processen kommer att bli lättare att förstå och att individen får ett bättre och mer sammanhållet stöd tack vare bättre samverkan. Risken att falla mellan myndigheternas ansvar minskar. Vi menar också att våra rekommendationer kommer att beröra fler kvinnor än män och att kunskapen om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete i kvinnodominerade yrken kommer att öka.

Rekommendation om konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete leder till kostnader som bör finansieras av staten och arbetsgivare gemensamt. Staten bedöms kunna ge bidrag till arbetsgivare genom det befintliga *arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet* utan att ytterligare anslag behöver ges. Arbetsgivare kommer att beröras ekonomiskt av rekommendationen med totala kostnader om 52 miljoner kronor.

Rekommendationerna bedöms leda till ökade kostnader för Försäkringskassan om 15,3 miljoner. Finansiering föreslås genom omfördelning av medel inom statens budget.

1 Uppdraget och dess genomförande

1.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – för att med individens och samhällets bästa i fokus främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.¹ Utredningens arbete ska ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för de som arbetar inom hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Det är flera aktörer som har ett ansvar att ge individen stöd i sjukskrivningsprocessen. För att individen ska få ett bra stöd behöver respektive aktör ta sitt ansvar, men det behöver också finnas en dialog och samverkan mellan aktörerna. Samverkan kan ske i det enskilda fallet där stödet kan vara avgörande för individens möjligheter till återgång i arbete och det kan ske på strukturell nivå där överenskommelser och gemensamma uppdrag är viktiga för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.

Strukturerna för ansvarsfördelning och samverkan kan vara komplicerade och svåröverskådliga. När samverkan brister finns risk att individen inte ges tillräckligt stöd med konsekvenser för individ såväl som för samhället.

Samordnaren ska därför

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,

¹ Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Målet med samordnarens uppdrag är att bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret. Utredningen lämnade en delrapportering den 7 maj 2019 och uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.²

1.1.1 En process i förändring

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen³ är omfattande. År 2018 blev drygt 640 000 individer sjukskrivna med sjukpenning⁴ och statens försäkringsutgifter uppgick till 36 325 miljoner kronor.⁵ Därtill betalade arbetsgivare 23 703 miljoner kronor i sjuklön.⁶

Flera samverkansproblem i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har varit kända en längre tid. Samtidigt med vårt arbete har det genomförts och genomförs flera regeringsuppdrag och förändringar i lagstiftning eller i överenskommelser som på olika sätt syftat till att komma tillrätta med kända hinder för samverkan mellan

² Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

³ Som del av vårt uppdrag har vi definierat sjukskrivningsprocessen och övergått till att benämna processen *sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*, vilket är det begrepp som vi använder i betänkandet. Våra resonemang om processens benämning, definition och syfte utvecklas i avsnitt 1.2.

⁴ I det statistikuttag som utredningen fått av Försäkringskassan juni 2019.

⁵ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 24.

⁶ www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuklonekostnader. Hämtad 2020-03-19.

aktörerna.⁷ Det har också pågått och pågår andra statliga utredningar som angränsar denna utredning.⁸ Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och samverkan i densamma, kontinuerligt utvecklas gör att förutsättningarna för analys och översyn förändrats under utredningens arbete vilket vi har haft att förhålla oss till. Förändringstakten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan också ses som ett tecken på processens komplexitet och utmaningen att skapa ett välfungerande system som spänner över flera politikområden, aktörer och lagrum. I avsnitt 5.9 utvecklar vi resonemang om processens komplexitet.

Vi har haft kontakt med de arbetsgrupper på myndigheterna som arbetat med nämnda regeringsuppdrag samt med de statliga utredningar som angränsar utredningens arbete.

1.1.2 Utredningens kommentarer till uppdraget

Uppdraget att analysera samverkan mellan aktörerna i processen har konkretiserats som att; identifiera problem i samverkan, att utreda orsaker till problem samt att utreda konsekvenser som följd av problem i samverkan. Konsekvenser av bristande samverkan ska, enligt direktiven, särskilt belysa, men begränsas inte till, konsekvenser för individen.

En utgångspunkt för vår analys av samverkan har varit att faktorer som påverkar samverkan i vissa fall kan härledas till regelverkets utformning, men att samverkan också behöver förstås genom analys av organisatoriska och mellanmännsliga mekanismer. Orsakssambanden kan vara komplicerade och tidigt i utredningens arbete gjorde vi därför en sammanställning av samverkansforskning som varit vägledande för vår analys. Sammanställningen presenteras i avsnitt 4.2.

Utöver analys av samverkan har utredningen sett över nuvarande utveckling av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar lyfts fram i direktiven och ges särskilt fokus i vår översyn, avsnitt 6.2.1.

⁷ Översyn av sådana uppdrag och förändringar är en del av uppdraget och redovisas löpande i betänkandet.

⁸ Dir. 2015:138, *Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa* (S 2015:09); Dir. 2017:97, *Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01); Dir. 2017:39, *Utredningen Framtidens socialtjänst* (S 2017:03); Dir. 2017:44, *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring* (S 2017:04); Dir. 2018:26, *Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05).

Översyn av regelverkets ändamålsenlighet ses som att, med individen i fokus, identifiera brister i regelverket som leder till att individen inte får det stöd hen behöver för att komma åter i arbete. Översyn av regelverket har integrerats i vår analys av samverkan samt i översyn av förebyggande insatser och stödet för återgång. Identifierade brister som gäller sjukförsäkringens utformning har vidarebefordrats till utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05).

Uppdraget gör tydligt att vi ska utgå från ett individperspektiv. Vi har strävat efter att identifiera problem ur individens perspektiv och sökt lösningar på de problem som individen har. I utredningen har vi arbetat med att dels identifiera moment i processen som kan leda till att individen faller mellan system dels moment där individen inte får tillräckligt stöd för att återgå i arbete.

Utöver uppdragen att analysera och se över, vilka har en utredande karaktär, har vi också haft ett främjande uppdrag. Vi har främjat på framför allt två sätt. Dels genom att samla aktörerna till dialog eller på andra sätt bidra till ett konstruktivt samtal mellan aktörerna dels genom detta betänkandes rekommendationer som syftar till att bidra till mer gynnsamma förutsättningar för samverkan mellan aktörerna.

Utredningen har enligt direktiven möjlighet att lämna författningsförslag om utredaren bedömer det nödvändigt. Beaktat uppdragets omfattning har vi prioriterat en bred genomlysning av de områden som omfattas av direktiven och, inom de områden där författningsförslag är en möjlig väg framåt, strävat efter att utreda dessa så långt som varit praktiskt möjligt.

Avgränsningar

Förebyggande arbete handlar om att identifiera och sätta in åtgärder för att motverka eller hantera risker för ohälsa och sjukskrivning. I arbetslivet ska det förebyggande arbetet bidra till en god arbetsmiljö där risken att skadas eller på annat sätt utveckla ohälsa och sjukskrivning är låg. Det förebyggande arbetsmiljöarbetets regelverk är omfattande och inkluderar ledningssystemet systematiskt arbetsmiljöarbete⁹ samt, exempelvis, reglering för organisatorisk och social

⁹ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

arbetsmiljö¹⁰ samt branschspecifika regelverk kring fysisk eller social arbetsmiljö. Av praktiska skäl har vi avgränsat vår översyn av det förebyggande arbetet till sådana förebyggande insatser som kan göras i nära anslutning till sjukskrivning, det vill säga där individen uppvisar tecken på sjukdom och risk för nedsättning av arbetsförmåga och där de förebyggande insatserna i huvudsak regleras genom arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering.¹¹

Företagares förutsättningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har utretts parallellt i en annan utredning och redovisats i betänkandet *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.¹² Vi har därför inte särskilt undersökt utvecklingen av förebyggande och stödet för återgång för företagare. Däremot gör vi en sammanfattning och kommentar till sådana frågor om företagares villkor som tas upp i betänkandet *Företagare i de sociala trygghetssystemen* och som är relevant för denna utrednings uppdrag, se avsnitt 6.4.3.

1.2 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Bedömning: En gemensam definition av vad som menas med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vad processen syftar till kan bidra till tydlighet i aktörernas gemensamma uppdrag att stödja individen i nämnda process.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte bör definieras som *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

I följande stycken redogör vi för vår syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och de utgångspunkter som ligger till grund för detta synsätt. I arbetet att definiera processen har vi efter samråd med processens aktörer gjort bedömningen att *sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen* är ett bättre begrepp som fler aktörer kan samlas kring. Det är därför det begrepp som vi, med undantag av sammanfattning av vårt uppdrag i avsnitt 1.1, använder i betänkandet. Båda begreppen sjukskrivningsprocess och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har sedan tidigare använts av myndigheter och andra

¹⁰ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.

¹¹ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

¹² SOU 2019:41. *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

aktörer för att beskriva processen och vår bedömning är att begreppen i allt väsentligt används synonymt.

1.2.1 Ingen gemensam definition

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förekommer ofta som begrepp i myndighetsvärlden, i forskning och i olika aktörers språkbruk och kommunikation. I vissa fall ges en beskrivning av vad som avses med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men ofta lämnas den utan beskrivning och utredningen har inte identifierat någon formell definition. I allmänhet används begreppet sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för att beskriva olika aktörers aktiviteter för individer som är, eller riskerar att bli, sjukskrivna. Det finns dock skillnader i aktörernas beskrivning av processen och det kan inte tas för givet att det råder samsyn kring vad som avses med begreppet.¹³

Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag och processens definition har i sig ingen formellt reglerande betydelse för aktörernas agerande. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör snarare ses som en beskrivning av hur de olika aktörernas lagstadgade och uppdelade ansvar hänger ihop och bildar en helhet. Det är också i beskrivning av en helhet som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blir relevant, inte minst för individen då det är helheten som rimligtvis har betydelse för de individer som får stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Helhetsperspektivet speglar så att säga individens behov av, och förväntan på, en sammanhållen process och ett sammanhållet stöd.

Processens helhetsperspektiv belyser också utmaningar som inte är tydliga när fokus ligger på de olika delarna. Det är med andra ord inte tillräckligt att aktörernas uppdelade ansvar för processens delar är väl kända och ändamålsenligt utformade, utan aktörer och aktiviteter måste också fungera väl tillsammans för att processen som helhet ska leda till resultat. Dialog och samverkan mellan aktörerna kan därmed förväntas vara en förutsättning för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

¹³ I våra dialoger med aktörerna har frågor om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte lett till mycket diskussion som speglat aktörerna delvis olika syn på processen.

Aktörerna har större eller mindre ansvar i processen och vilka av aktörerna som är involverade i processen, och i vilken utsträckning, beror på individens behov.¹⁴ Om det finns en arbetsgivare spelar den ofta en viktig roll. I andra fall kan det vara Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården som är viktiga för individens stöd. Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten kan också finnas som centrala aktörer för de individer som inte har en arbetsgivare eller som har behov av särskilt stöd. Ofta är flera aktörer involverade samtidigt och förhållandena är sådana att respektive aktörs uppdrag samspelar och överlappar. De olika aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen beskrivs i kapitel 2.

1.2.2 Att närma sig en definition – begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en sammanslagning av begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process. Sjukskrivning är en åtgärd som blir aktuell när en individ är helt eller delvis oförmögen att arbeta till följd av sjukdom eller skada.¹⁵ Rehabilitering är insatser som syftar till att återställa förlorad funktion, i sammanhanget sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen sådan förlorad funktion som uppkommit till följd av sjukdom eller skada.¹⁶ Begreppet process kan ha olika betydelse beroende på sammanhang, men används ofta för att beskriva en serie aktiviteter som har en början och ett slut och som producerar ett visst resultat. Till exempel en skrivprocess, en beslutsprocess eller en produktionsprocess. En generell definition av process är *förlopp som innebär att något förändras eller utvecklas*.¹⁷

Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar om individer som har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom betraktas som givet. Med vägledning av ovanstående bör en definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen rimligtvis också ha en början, ett slut och en beskrivning av sitt syfte, det vill säga vad processen ska

¹⁴ I kapitel 2 ger vi en fördjupad beskrivning av respektive aktörs ansvar.

¹⁵ *Nationalencyklopedin*, sjukskrivning. /uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjukskrivning. Hämtad 2020-03-19.

¹⁶ *Nationalencyklopedin*, rehabilitering. /uppslagsverk/encyklopedi/lång/rehabilitering. Hämtad 2020-03-19.

¹⁷ Svensk ordbok (2009) definierar process som *förlopp som innebär att ngt förändras eller utvecklas*.

leda till. Att benämna någonting som process är förpliktigande och ställer krav på konkretisering av vad som avses.

1.2.3 Processens början och slut

Utredningens synsätt är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar då individens arbetsförmåga riskerar att bli nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller söka, arbete, eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås. En sådan definition innebär att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i de flesta fall är synonym med att vara sjukskriven från arbete eller annan sysselsättning, eller från att vara arbetssökande. Det finns dock sådant som kan diskuteras och förtydligas avseende när sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar.

Individer som har en sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk som kan påverka hens arbetsförmåga har i dag möjlighet att få sjukpenning i förebyggande syfte. Det innebär att individen kan få sjukpenning när hen får medicinsk behandling eller rehabilitering med syfte att förebygga eller förkorta sjukdomstid eller förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmåga.¹⁸ Individer i risk för sjukskrivning kan också få stöd från sin arbetsgivare. Arbetsgivare har skyldighet att anpassa arbetsplatsen utifrån arbetstagarnas förutsättningar.¹⁹ Bland annat ska arbetsgivaren uppmärksamma arbetstagare som har behov av anpassning, till exempel vid funktionsnedsättning till följd av sjukdom, med eller utan sjukskrivning. Arbetsgivare ska också uppmärksamma mönster i korttidssjukfrånvaro som kan vara tecken på behov av anpassning av arbetsituationen.²⁰ Sjukpenning i förebyggande syfte och arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering kan alltså riktas mot individer som är i risk för, eller som redan har utvecklat, sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, men som inte nödvändigtvis är sjukskrivna. Vi menar att dessa individer bör omfattas av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att processen därför ska börja då individen uppvisar tecken på sjukdom och ned-

¹⁸ 27 kap. 6 § SFB.

¹⁹ 2 kap. 1 § AML.

²⁰ 4–6 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering, inklusive 4–6 §§ Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

satt arbetsförmåga. Med ett sådant synsätt betonas betydelsen av viktiga tidiga insatser för att undvika längre sjukskrivning. Ett alternativt synsätt är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar då individen sjukskriver sig själv eller då individen blir ordinerad sjukskrivning av hälso- och sjukvården. Utredningen anser dock att ett sådant sätt att definiera processens början riskerar att bli alltför snävt då det utesluter aktörernas viktiga tidiga och förebyggande insatser.

1.2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Ett syfte är en beskrivning av vad någonting ska leda till. En intention eller en följd av ett handlande. I ett sammanhang där flera aktörer ska samverka och agera gemensamt kan samförstånd kring vad som ska uppnås sägas vara särskilt viktigt för att insatser ska kunna samordnas och leda i samma riktning. Syftet med ett syfte kan således sägas vara att hitta riktning och kraft i ett gemensamt agerande.

Utredningen har inte identifierat någon formell definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte. Däremot beskrivs det i utredningens direktiv som att *stödja individen åter till hälsa och arbete*. I utredningens dialoger med aktörerna i processen framgår att det finns olika uppfattning om processens syfte och hur ett sådant syfte relaterar till aktörens ansvar i processen. Att aktörernas syn på syftet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt är intressant i sig och kan antas spegla att aktörerna delvis har olika utgångspunkter för sitt arbete i processen. Våra dialoger med aktörerna om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte har visat på stort engagemang och intresse.

Att stödja individen åter till hälsa och arbete

Med utgångspunkt i utredningens dialoger med aktörerna och med fokus på direktivens skrivelse om att *stödja individen åter till hälsa och arbete* konstateras att *återgång i arbete* delvis ifrågasätts som ett syfte i processen. Ifrågasättandet handlar om att *arbete* uppfattas ha ett snävt fokus som riskerar att exkludera de som återgår till att söka arbete, till studier eller de som inte kan återfå arbetsförmåga och som behöver livslångt ekonomiskt stöd. Ett inkluderande förhållnings-

sätt som omfattar alla som är sjuka med nedsatt arbetsförmåga, oaktat om de har arbete eller inte, anses bättre spegla alla de individer som kan ingå i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska syfta till att individen ska *återfå hälsa* ifrågasätts regelmässigt i utredningens dialogarbete. Utredningen kommenterar därför här i korthet begreppet hälsa och de komplikationer användandet av hälsa som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan innebära. Hälsa är ett subjektivt och svårfångat begrepp. En vanligt förekommande definition är Världshälsoorganisationens: *ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning*.²¹ Att begreppet är subjektivt gör det svårt att utvärdera och därmed svårt att svara på i vilken utsträckning processen leder till att hälsa uppnås. Begreppets breda definition riskerar också att göra det allmängiltigt i relation till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är så att säga svårt att se hur en process som handlar om att stödja en individ, vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom, åter till arbete eller annan sysselsättning, inte skulle handla om hälsa. Däremot är det oklart på vilket sätt begreppet *hälsa*, i kombination med *återgång i arbete*, bidrar till tydlighet om vad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska syfta till. Snarare finns en risk att begreppet hälsa bidrar med osäkerhet och otydlighet för de många aktörer som ska förhålla sig till syftet och tolka det utifrån sitt ansvar i processen. Flera av aktörerna stärker individens hälsa inom ramen för sitt lagstadgade ansvar, och i vissa fall gör de det i nära anknytning till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det innebär dock inte att det är vad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen primärt syftar till. Vi menar därför att *hälsa* som en del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte inte bidrar väsentligt till att tydliggöra vad som ska åstadkommas i processen utan snarare riskerar att leda till otydlighet för de aktörer som i samverkan ska ge stöd till individen.

Vid sidan av *åter till hälsa och arbete* är begreppet *arbetsförmåga* ofta förekommande i samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Till exempel anges syftet med Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans så kallade förstärkta samarbete som

²¹ Världshälsoorganisationens konstitution. Antogs vid International Health Conference i New York 19 juni–22 juli 1946 och trädde i kraft den 7 april 1948.

att individen ska *utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få, arbete*.²²

I utredningens dialoger har aktörerna uttryckt en positiv syn på *återfå arbetsförmåga* som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ett centralt argument är att arbetsförmåga är någonting som alla aktörerna i processen kan påverka i jämförelse med att *återgå i arbete*. Att återgå i arbete är förvisso en direkt följd av att ha återfått arbetsförmåga för de som har en anställning, men inte för de som inte hade ett arbete när de blev sjuka eller de som inte kan återgå i sitt tidigare arbete. Arbetsförmåga anses därmed inkludera fler individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att återfå arbetsförmåga anses också vara en beskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte som ger individen mer realistiska förväntningar på vad processen ska leda till, det vill säga att individen kan förvänta sig att hen inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska få hjälp att återfå arbetsförmåga, men inte ett arbete. Det kan också ses som vägledande att gällande lagstiftning beskriver syftet med de rehabiliteringsåtgärder som regleras i Socialförsäkringsbalken som att *den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga*.²³ En farhåga gällande begreppet arbetsförmåga som lyfts i utredningens dialoger är att arbetsförmåga är ett komplicerat begrepp som inte används på ett entydigt sätt av aktörerna. Att enkom hänvisa till arbetsförmåga som processens syfte skulle därmed kunna bidra med begreppsförvirring och otydlighet.

Utredningens syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Utredningens bedömning är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte bör definieras som *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete*. Skälen till bedömningen är att arbetsförmåga betraktas spegla vad aktörerna själva anser sig kunna påverka och att fokus på arbetsförmåga inkluderar alla individer, även de som inte har ett arbete. Tillägget om att återgå i, eller kunna söka, ett arbete görs för att tydliggöra att arbete är det som processen i förlängningen syftar till.

²² Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan och Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.

²³ 29 kap. 2 § SFB.

1.2.5 Begreppen sjukdom och arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

För många är en avslutad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess synonymt med att bli återställd från sin sjukdom, återfå sin arbetsförmåga och återgå till det arbete man är sjukskriven ifrån. Men det är också många som aldrig blir återställda från sjukdom utan hittar sätt att ta tillvara sin arbetsförmåga trots sjukdom genom olika former av anpassningar och hjälpmedel, eller som hittar ett nytt arbete där sjukdomens konsekvenser inte utgör hinder för arbete och där arbetsförmågan därmed kan tas tillvara. Sjukdom eller skada är således en förutsättning för inträde i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men frånvaro av sjukdom eller skada är inte ett kriterium för att lämna den. Det är sjukdomens påverkan på individens arbetsförmåga som är central i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

1.2.6 Ekonomisk trygghet och stöd till återgång

Det stöd som individen ges inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen består i huvudsak av ekonomisk trygghet under en period av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, och stödjande insatser för att arbetsförmåga ska kunna återfås. Många individer som blir sjuka med nedsatt arbetsförmåga har främst behov av rätt att vara frånvarande från arbetet och ekonomisk trygghet under frånvaron. De återfår arbetsförmåga och kan återgå i arbete efter en kortare tids sjukfrånvaro och med marginella eller inga stödjande insatser. I andra fall finns behov av olika, och ibland omfattande, stödjande medicinska eller arbetsplats- eller arbetslivsinriktade insatser. Det är i allmänhet i sådana mer komplicerade fall, som aktörerna behöver samverka för att individen ska få ett ändamålsenligt stöd och kunna återgå i arbete och försörja sig själv så snart som möjligt.

1.3 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Samverkan är ett vanligt förekommande begrepp i det politiska samtalet och centralt i myndighetsspråket. Samverkan har under lång tid uppmärksammat som en möjlig lösning på många av samhällets

utmaningar där olika aktörer gemensamt ska erbjuda kvalitativa och kostnadseffektiva samhällstjänster till medborgare.²⁴ Samtidigt med höga förhoppningar på samverkan som en lösning beskrivs påfallande stora utmaningar att omsätta samverkan i praktiken.²⁵ Utredningen introducerar här sin syn på samverkan och fördjupar begreppet och teoretiska perspektiv på samverkan i kapitel 4.

Enligt myndighetsförordningen ska myndigheter verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta tillvara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.²⁶ Samverkan kan därmed betraktas som integrerat i myndighetsuppdraget, och i det komplexa sammanhang som många myndigheter verkar i är samverkan ofta en nödvändighet för att uppfylla krav på effektivitet och hushållning med statliga medel.

I utredningen används begreppet samverkan för att beskriva *en gränsöverskridande aktivitet där minst två aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen agerar gemensamt med ett visst syfte*. Det handlar om strukturell samverkan med syfte att nå samsyn om vad som ska uppnås i samverkan och hur samverkan ska organiseras. Till exempel genom överenskommelser mellan aktörerna i processen. Strukturell samverkan skapar förutsättningar för de medarbetare som arbetar nära individer, att i samverkan stödja individer att återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.

1.4 Metod

I detta avsnitt redogör vi för datakällor, metoder för insamling av data och hur vi tagit oss an utredningsuppdraget. En inledande kommentar är att utredningen i sitt arbete strävat mot att hitta en balans mellan ett utåtriktat och främjande arbete, och konventionellt utredningsarbete i de frågor som omfattar utredningens uppdrag. Vad gäller det utredande arbetet, det vill säga analys av samverkan, översyn av förebyggande och stöd för återgång samt översyn av regelverkets ändamålsenlighet har utredningens ambition varit att prioritera en bred och övergripande beskrivning av dessa områden, snarare än att för-

²⁴ Danermark, B. och Kullberg, C. (1999), *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

²⁵ Se till exempel Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, eller Andersson, J, et al. (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

²⁶ 6 § myndighetsförordning (2007:515).

djupa i enskilda problemområden. Att hålla sig på en övergripande nivå har varit viktigt för att omfatta alla de områden som ingår i uppdraget.

1.4.1 Utredningens utåtriktade arbete

Utredningen har haft ett utåtriktat arbetssätt där en stor del av uppdraget genomförts i nära dialog med aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Dialog har förts med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och har dels handlat om att inhämta information för utredningens arbete dels om att dela iakttagelser och diskutera utvecklingen inom utredningens områden. Totalt har ett hundratal sådana möten och dialoger förts. Utöver möten med aktörerna har utredningen träffat, eller på andra sätt inhämtat kunskap från, forskare, processens professioner, representanter för patient- och brukarorganisationer, privata aktörer och andra individer och grupper med kunskap inom relevanta områden.

Utredningens utåtriktade arbete har haft flera syften. Ett sådant har varit att bidra till en transparent dialog där aktörerna kan föra samtal om de utmaningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där lösningen kan ligga i samverkan. Utredningen har till exempel samlat aktörerna kring frågor som vi identifierat som viktiga att komma vidare med. Ett annat syfte har varit att göra aktörerna delaktiga i utredningens arbete, för att få ta del av aktörernas expertis om utredningens frågor, och för att skapa legitimitet kring utredningens bedömningar och rekommendationer. Här har utredningens referensgrupper spelat en viktig roll. Ett tredje syfte har varit att sprida kunskap om, och perspektiv på, samverkan. Det har till exempel handlat om att föra samtal med aktörerna som utgår från den forskning som finns om kända hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Vi har sett som en del av vårt uppdrag att påtala behovet av att se samverkan som en kompetens i sig, där alla som är involverade i samverkan behöver ha en förståelse för vad som skapar grogrund för en välfungerande samverkan.

En del av utredningens utåtriktade arbete har förts genom utredningens hemsida²⁷ där vi beskrivit det arbete vi gör och kommenterat

²⁷ www.sjukskrivningsprocessen.se.

aktuella händelser. Vi har diskuterat aktuella frågor i flertalet artiklar och intervjuer i media.

1.4.2 Referensgruppernas arbete

Utredningen har till sin hjälp två referensgrupper, som utredningen själv satt samman. Den stora referensgruppen har bestått av representanter från Arbetsförmedlingen, Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Region Jönköping, Region Västerbotten, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges Läkarförbund, och Västra Götalandsregionen. Referensgruppen har varit utredningen behjälplig med att identifiera och analysera problem och lösningar. Syftet med referensgruppen har varit att dels främja samverkan mellan aktörerna, dels att få del av aktörernas expertis i utredningen. Referensgruppen har varit mycket viktig i detta arbete då det är ett sammanhang där många olika aktörer är representerade samtidigt och frågor kan diskuteras ur flera perspektiv. Processen för referensgruppens möten har delats upp i fyra steg:

1. att identifiera brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
2. att prioritera brister med utgångspunkt i individen
3. att identifiera lösningar
4. att prioritera och förfina lösningar med konsekvensanalys.

Arbetet i referensgruppen har varit praktiskt och deltagarna har bidragit själva vid träffar och förberett utifrån behov och möjlighet tillsammans med andra i den egna organisationen. Referensgruppen har träffats vid sex tillfällen.

Utredningen har också haft en mindre referensgrupp med representanter för arbetstagarorganisationerna LO, TCO och Saco. Denna grupp har bidragit med flera viktiga perspektiv, bland annat ur ett individ och medarbetarperspektiv. Gruppen har träffats vid tre tillfällen.

Båda referensgrupperna har i flera stadier av arbetet läst och kommenterat samtliga texter som utgör betänkandet. Referensgruppernas medverkan har väsentligt bidragit till utredningens arbete.

1.4.3 Kvalitativ information

Utredningen har genomfört flera kvalitativa undersökningar i syfte att få information om individens upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

- enkätstudie med brukarorganisationer. 67 organisationer fick enkäten och 17 organisationer svarade,
- aktgranskning av individärenden (40 individärenden) där Försäkringskassans akt innehöll arbetsgivares *Plan för återgång i arbete*,
- intervjustudie med 250 anställda sjukskrivna individer,
- studie av individsynpunkter
 - individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (281 publicerade berättelser) som inkom till SVT mellan den 27 februari och den 2 mars 2018,
 - muntlig sammanställning av individers synpunkter som inkommit till Försäkringskassan under sista halvåret 2018,
 - individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (114 unika individsynpunkter) som inkommit till Inspektionen för socialförsäkringen under sista halvåret 2018.

Resultaten från respektive undersökning finns beskrivna i betänkandet. I detta metodavsnitt finns endast en beskrivning av hur resultaten tagits om hand.

I följande kapitel citeras ibland individsynpunkter. Citaten används för att konkretisera ett generellt tema som identifierats i den studie citatet hämtats ifrån.

Enkät till brukarorganisationerna

Enkäten till brukarorganisationerna togs fram av utredningen. Enkäten bifogades vår delrapportering som lämnades till regeringen i maj 2019.²⁸ Enkäten finns också i bilaga 2.

²⁸ Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (2019), *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S2018:06*. Komm2018/00656-206.

Svaren från brukarorganisationerna tematiserades i kategorier som definierades efter läsning av alla svar. Följande kategorier var återkommande i svaren:

- brist i dialog och samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården,
- villkoren i sjukförsäkringen är inte tillräckligt flexibla,
- olika arbetsförmågebedömningar,
- betydelse av arbetsgivarens engagemang och behov av företags- hälsovård,
- avsaknad av riktlinjer för sjukskrivning eller synpunkter på försäkringsmedicinskt beslutsstöd,
- ekonomiska konsekvenser,
- negativa upplevelser av att befinna sig i processen som tagit sig uttryck i oro, stress och en känsla av att vara misstänkliggjord,
- brist på samverkan generellt,
- brist på kunskap hos vården eller långa väntetider i vården,
- individen får driva sitt eget ärende i en komplex process.

Svaren sammanställdes både efter tema och per fråga i enkäten.

Aktgranskning av individärenden

Syftet med aktgranskningen var att undersöka arbetsgivares *Plan för återgång i arbete*. Försäkringskassan gjorde urvalet till aktgranskningen. Individakter där plan för återgång i arbete fanns registrerad lämnades i sin helhet till utredningen. Utredningen fick samtliga ärenden som var kopplade till det sjukfall där plan för återgång i arbete fanns. Detta var viktigt för att kunna följa ärendets gång och förstå bakgrunden till att plan för återgång kom ifråga.

Ett aktgranskningsformulär togs fram av utredningen och granskningen gjordes av en av utredningssekreterarna. Resultaten kvalitets-säkrades av en av de andra utredningssekreterarna. Aktgranskningen redovisas i avsnitt 6.2.5.

Intervjustudie

Syftet med undersökningen var att analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och med utgångspunkt i den analysen bedöma om det finns behov av stöd och vägledning genom särskilda moment eller om processen på annat sätt kan göras enklare för individen. Fokus låg på individens kontakter med arbetsgivaren då kunskapen om hur det arbetsplatsinriktade stödet fungerar är relativt låg i relation till andra kunskapsområden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Urvalet till intervjustudien togs fram av Försäkringskassan. Urvalsramen var individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar i augusti 2019. Försäkringskassan tog fram 2 000 individer ut denna urvalsram. Försäkringskassan vidarebefordrade urvalsfil till analys- och undersökningsföretaget Novus som upphandlats som genomförare. När Novus genomfört undersökningen raderade de urvalsfilen. Ingen nyckel mellan individ och svar finns kvar.

Det formulär som användes vid intervjuerna av sjukskrivna individer togs fram i samarbete med Försäkringskassans avdelning för Analys och prognos och med Novus. Intervjuformuläret finns i bilaga 3.

Fritextsvaren har lästs och tematiserats efter läsning. Intervjustudien redovisas i avsnitt 3.2.1.

Individsynpunkter på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Syftet med vår studie av individsynpunkter var att identifiera brister och utvecklingsområden ur ett individperspektiv.

Individsynpunkter inhämtades från tre källor. SVT, Inspektionen för socialförsäkringen och Försäkringskassan. Individsynpunkterna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Två av utredarna har läst respektive material självständigt och identifierat teman i materialet. Identifierade teman har därefter stämts av utredarna emellan. Endast teman identifierade av bägge utredare redovisas i detta betänkande.

Sammanlagd analys av alla kvalitativa textmaterial

Vissa teman är återkommande i alla utredningens textmaterial. Dessa har getts särskilt fokus i resultatsammanställningen.

1.4.4 Kvantitativ information

Vi har inhämtat statistik från ett flertal statistikförande myndigheter:

- Försäkringskassan
 - Tid till första kontakt i ärendet.
 - Andel ärenden som avslutas utan kontakt.
 - Antal och andel pågående fall efter antal dagar i försäkringen.
 - Antal fall som haft ett pågående sjukfall som får SGI=0 inom 180 dagar.
 - Antal individer som saknar SGI och efter ansökan beviljas eller nekas samordnad rehabilitering.
- Socialstyrelsen
 - Antal individer som fått försörjningsstöd med anledning av att de är sjukskrivna med läkarintyg och saknar rätt till sjukpenning, har otillräcklig sjukpenning eller väntar på sjukpenning.
- CSN
 - Antal sjukskrivna studenter.
- SCB
 - Antal personer i befolkningen.
 - Antal sysselsatta.
 - Antal anställda.
 - Antal sjuklönedagar per person och sektor.
 - Antal sjuklönefall.

Den statistik som inhämtats har till syfte att ge en nulägesbild av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen flöden. Den kvantitativa informationen presenteras i kapitel 3.

1.4.5 Analys av nuvarande förhållanden när det gäller samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningens analys har gjorts stegvis och involverat aktörerna i processen, men analysen bygger också på individsynpunkter och tidigare publicerat material om samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. All analys är gjord med hänsyn tagen till det teoretiska rastret om samverkan som presenteras i avsnitt 4.2. Stegen i analysen handlade om att först skapa en bruttolista över alla problem som vi identifierat. Denna bruttolista analyserades och förfinades stegvis genom att gruppera och konkretisera problemen. Alla steg i analysen diskuterades med referensgrupperna och med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

1.4.6 Översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete

Experter inom området fick bedöma utvecklingen inom området

Vi har genomfört ett rundabordsamtal med forskare inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet i syfte att få deras hjälp att bedöma utvecklingen av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Inför samtalet sammanställde vi en bruttolista i form av senaste års förändringar i lagstiftning, riktlinjer och metodik. Bruttolistan diskuterades och utvecklades i samtalet. Experternas värdering har varit en del i det bakgrundsmaterial som legat till grund för de bedömningar vi gör inom området och som i huvudsak presenteras i kapitel 6.

Utredningens arbete med parternas avsiktsförklaringar

Utredningen bjöd in parterna sektorsvis till möten som genomfördes i maj och september 2019 i syfte att få en fördjupad förståelse för hur parterna arbetar med implementering och uppföljning av de insatser som genomförs inom ramen för avsiktsförklaringarna. På detta sätt ville utredningen samla information om hur avsiktsförklaringarna bidrar till en konkret utveckling av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Inför mötet ombads parterna att skriftligen besvara följande frågor:

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering?
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

De frågor som gick ut till parterna och de svar som inkom finns i bilaga 4–6.

Information om stöd för återgång för de som saknar SGI

Utredningen har haft en workshop med deltagare ifrån SKR, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i syfte att diskutera stödet till de individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som inte är anställda och som saknar sjukpenninggrundande inkomst.

Information om arbetet inom samordningsförbunden

Utredningen har haft ett tio-tal möten med olika samordningsförbund i syfte att få information om vad samordningsförbunden har för insatser. Vi har även haft kontakt med Inspektionen för socialförsäkringen eftersom de har pågående utvärderingar av samordningsförbunden.

1.5 Disposition av betänkandet

Vi inleder betänkandet med en kort exposé över sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörers ansvar (kapitel 2). Därefter beskriver vi individen i processen, hur flödena i processen ser ut och hur individer upplever sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (kapitel 3). I kapitel 4 ges en beskrivning av teori kring samverkan i processen och en genomgång av former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Därefter ges en beskrivning av de förhållanden som kan skapa problem i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (kapitel 5). I kapitel 6 och 7 ges en översikt av utvecklingen av det förebyggande och stöd för återgång i arbete. I kapitel 3–7 finns avsnitt med utredningens slutsatser löpande genom kapitlen. Bedömningsrutor finns i kapitel 3–7 när vi särskilt vill belysa en bedömning utredningen gjort. Bedömningsrutan inleder då det avsnitt som bedömningen grundar sig på. Våra rekommendationer redovisas i kapitel 8 och betänkandet avslutas med konsekvensanalys i kapitel 9.

2 Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I kapitel 1 beskriver vi sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I processen finns flera aktörer som har olika roller och ansvar. Huvudaktörer är de aktörer som har direktkontakt med individen. De utgörs av arbetsgivare inklusive företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. De andra aktörerna är de som på olika sätt stödjer huvudaktörernas arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis Arbetsmiljöverket, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen. Därtill beskrivs samordningsförbundens roll.

2.1 Individen

Individen är den centrala aktören i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individen kan ha rätt till ekonomisk ersättning men har också ansvar att bidra till sin egen rehabilitering.

2.1.1 Ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom

När en individ får sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom kan hen ha rätt till ersättning. En individ som är anställd kan få sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna i sjukperioden eller ersättning från sjukförsäkringen. När en anställd inte kan arbeta på grund av sjukdom ska han eller hon lämna en ansökan om att han

eller hon inte kan arbeta på grund av sjukdom. Från den åttonde dagen måste ett läkarintyg lämnas till arbetsgivaren. En arbetsgivare kan begära att en anställd lämnar läkarintyg från första dagen.¹

En individ utan en anställning eller som inte har kvalificerat sig för sjuklön vänder sig direkt till Försäkringskassan första dagen i sjukperioden. Om sjukfallet är längre än sju dagar, ska arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom styrkas med läkarintyg.²

För att Försäkringskassan ska kunna pröva rätten till sjukpenning måste det finnas en sjukanmälan.³ Beroende på hur stor del av arbetsförmågan som är nedsatt lämnas sjukpenning som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.⁴

Rätt till sjukpenning bedöms för anställda enligt rehabiliteringskedjan.⁵ En person lämnar en skriftlig försäkran i början av sjukperioden. Försäkran ska bland annat innehålla information om arbetsuppgifter och hur sjukdomen påverkar möjligheterna att arbeta. Vilka arbetsuppgifter som trots sjukdomen kan utföras och vilka som inte kan utföras.

Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningen av rätten till sjukpenning prövas gentemot olika arbetsuppgifter, beroende av hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. För de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan i förhållande till ordinarie arbetsuppgifter eller annat lämpligt arbete, som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Efter dag 90 bedöms arbetsförmågan även i förhållande till annat arbete hos arbetsgivaren, vilket den försäkrade efter en omplacering skulle kunna försörja sig på. Efter dag 180 bedöms arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbete eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade, om det inte finns särskilda skäl mot det eller det kan anses oskäligt.⁶

Arbetslösa omfattas inte av rehabiliteringskedjan utan arbetsförmågan bedöms redan vid inträde i relation till normalt förekommande arbete. Egenföretagares arbetsförmåga bedöms i förhållande

¹ Lag (1991:1047) om sjuklön.

² 27 kap. 25 § SFB.

³ 110 kap. 4 § SFB.

⁴ 27 kap. 4 § SFB.

⁵ 27 kap. 46–49 §§ SFB.

⁶ 27 kap. 46–48 §§ SFB.

till ordinarie arbetsuppgifter fram till och med dag 180. Därefter görs bedömningen i förhållande till hela arbetsmarknaden.⁷

För att kunna få ersättning från sjukförsäkringen måste individen ha en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).⁸ SGI är den årliga inkomst i pengar som individen kan antas komma att få genom arbete.⁹ Eftersom SGI handlar om ersättning vid inkomstbortfall påverkas den direkt om personen slutar arbeta, arbetar mer eller mindre eller får en annan lön. Den som inte arbetar eller inte uppfyller kraven för skydd av SGI får sin SGI satt till noll. Dock finns olika skyddsregler som gör att en individ kan behålla sin tidigare SGI trots ändrade förutsättningar.¹⁰

2.1.2 Individens rehabilitering

Av socialförsäkringsbalken (SFB) framgår att en person har ett ansvar att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och medverka i att lämna uppgifter.¹¹ Den enskilde individen har enligt SFB också ansvar att delta i rehabiliteringen. Dessutom finns en regel i 110 kap. 14 § SFB som innebär att Försäkringskassan kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte som syftar till att bedöma hans eller hennes behov av och möjligheter till rehabilitering. Om en försäkrad, utan giltig anledning, inte lämnar information för att klarlägga behovet eller inte medverkar i rehabiliteringen kan Försäkringskassan dra in eller minska ersättningen.¹²

En individ som är anställd har särskilda skyldigheter. Arbetstagarens ansvar regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Där står det att arbetstagaren ska medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagaren ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar som finns. Arbetstagaren ska även iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall.¹³ Föreskrifterna gör också gällande

⁷ Prop. 2007/08:136, s. 59.

⁸ 25 kap. SFB.

⁹ 25 kap. 2 § SFB.

¹⁰ 26 kap. SFB.

¹¹ 30 kap. 7 § SFB.

¹² 110 kap. 53 § SFB.

¹³ 3 kap. 4 § AML.

att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet ska organiseras på ett sätt som gör att det kan ske i samarbete med dem som berörs av åtgärderna och med deras företrädare i arbetsmiljöfrågor.¹⁴

Om arbetstagaren vägrar att medverka i rehabiliteringen kan det få arbetsrättsliga konsekvenser. Att vägra medverka kan vara en grund för saklig uppsägning om det bedöms att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

En individ som uppbär försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingen anvisade program och ta lämpliga anvisade arbete. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet.¹⁵

2.2 Arbetsgivaren

Arbetsgivaren har en central roll för arbetstagares arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning och arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet finns i AML. Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns i SFB.

2.2.1 Arbetsgivarens ansvar och skyldigheter enligt arbetsmiljölagen

AML föreskriver att arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Bestämmelserna i AML, som är en ramlag,¹⁶ kompletteras av arbetsmiljöförordningen (1977:1166) samt de mer detaljerade föreskrifterna som Arbetsmiljöverket utformar. Föreskrifter anger *vad* som ska göras, med undantag för föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete som redogör för *hur* det ska göras.¹⁷

Av 1 kap. 1 § AML framgår att lagens övergripande syfte är att trygga en god och säker arbetsmiljö. Det innebär att arbetsmiljöarbetet i första hand ska gå ut på att förebygga ohälsa och olycksfall. AML:s ändamål är också att i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. AML

¹⁴ 7 § AFS 1994:1.

¹⁵ 4 kap. 4 § SoL.

¹⁶ Prop. 1976/77:149 s. 219.

¹⁷ SOU 2017:24, *Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön?* s. 68.

gäller för arbetstagare och andra som arbetar under anställningsliknande förhållanden.

2.2.2 Arbetsgivares plan för återgång i arbete

Sedan juli 2018 är det en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. En plan behöver heller inte upprättas i de fall arbetstagaren kan återgå helt i arbete utan några särskilda insatser. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete. Innehållet i Plan för återgång i arbete beskrivs i större detalj i avsnitt 6.2.5 *Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet*.

2.2.3 Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete

Arbetsgivare kan få bidrag för att anlita expertstöd för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder. Åtgärderna ska vara arbetsplatsinriktade för att förebygga sjukfall eller underlätta för en medarbetare att vara kvar i arbete eller komma tillbaka i arbete. Bidraget kan också utgöra stöd för att ta fram en plan för återgång för en medarbetare som är sjukskriven.

2.2.4 Arbetsgivaren ska lämna upplysningar till Försäkringskassan och vidta åtgärder för rehabilitering

Arbetsgivaren är skyldig att lämna Försäkringskassan de uppgifter som behövs för utredning av rätt till ersättning.¹⁸

Arbetsgivaren är enligt 30 kap. 6 § a första stycket SFB skyldig att efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Det innebär att arbetsgivaren ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Exempel på sådana åtgärder är anpassning av arbetsplatsen, arbetstid eller arbetsuppgifter. Inriktningen bör således vara att den anställde ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Det är individen som står i centrum för rehabiliteringsåtgärderna. Dessa ska därför planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.¹⁹

2.2.5 Saklig grund för uppsägning när arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar

En arbetsgivare har rehabiliteringsansvar för en arbetstagare och under den tiden har arbetstagaren ett förstärkt skydd mot uppsägning på grund av omständigheter som orsakats av sjukdom. Rehabiliteringsansvaret tar sin utgångspunkt i SFB, AML samt lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. Sjukdom i sig utgör inte en saklig grund för uppsägning. Men om nedsättningen medför att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse hos arbetsgivaren kan uppsägning bli aktuell.

Arbetsgivaren måste uppfylla de krav på rehabiliteringsåtgärder som ställs i AML och SFB för att saklig grund för uppsägning ska föreligga.²⁰ Det krävs att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och genomfört omplaceringsutredning (7 § LAS). Omplaceringsskyldigheten är en viktig del av sakliggrundbegreppet. Det föreligger enligt 7 § andra stycket LAS inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbets-

¹⁸ 110 kap. §§ 14 och 31 SFB.

¹⁹ 30 kap. 3 § SFB. Se även prop. 1990/91:141 s. 47 och 88.

²⁰ Prop. 1990/91:140, s. 52.

tagaren ett annat arbete hos sig. Omplaceringsutredningen ska omfatta hela arbetsgivarens verksamhet. Den syftar till att utreda om det finns lediga arbeten som arbetstagaren är kompetent för, eller om arbetstagaren uppfyller minimikraven för tjänsten.

2.2.6 Arbetsdomstolen prövar arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Saklig grund vid uppsägning på grund av sjukdom har ett nära samband med frågan om arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. Var gränserna går för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar har prövats av Arbetsdomstolen i flera mål. Frågan aktualiseras oftast i samband med att en arbetsgivare sagt upp en anställd och frågan är om saklig grund på grund av personliga skäl föreligger.

Arbetsdomstolen har bland annat uttalat att en arbetsgivare inte har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar när det är oklart vilka anpassningsåtgärder som hade kunnat vidtas för att en anställd med nedsatt arbetsförmåga skulle kunna arbeta. Om arbetsgivaren hävdar att rehabiliteringsansvaret är uppfyllt är det också arbetsgivaren som har bevisbördan för påståendet. Ett av Arbetsdomstolens avgöranden gäller en svetsare som hade drabbats av förslitningsskador i axlarna.²¹ Arbetsdomstolen uttalade att arbetsgivare ska göra en noggrann utredning av möjligheterna till rehabiliterings- och anpassningsåtgärder och att de har en skyldighet att vidta alla de åtgärder som skäligen kan krävas för att en anställning ska bestå. I detta fall fanns det inte några beaktansvärda hinder mot att utreda svetsarens arbetsförmåga och behov av hjälpmedel på det sätt som hans fackliga organisation hade föreslagit arbetsgivaren. I och med att arbetsgivaren inte hade gjort en sådan utredning, var det enligt Arbetsdomstolen oklart om svetsaren skulle ha kunnat komma tillbaka till arbete hos bolaget. Arbetsgivaren hade alltså inte fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

När det gäller den generella frågan om arbetsanpassning i form av omfördelning av arbetsuppgifter framgår av praxis att en arbetsgivare kan vara skyldig att åstadkomma även denna typ av lösningar inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet.²² Av rättspraxis framgår å andra sidan också att det inte är skäligt att kräva att arbets-

²¹AD 2006 nr 90.

²² Se till exempel AD 1999 nr 10 och 2001 nr 92.

givaren gör en sådan omfördelning av arbetsuppgifter som medför ökad risk för till exempel förslitnings- och belastningsskador hos de övriga arbetstagarna.²³

2.2.7 Företagshälsovård

AML 3 kap. 2 c § beskriver företagshälsovård som:

[...] en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs är inte obligatorisk, men arbetsgivare är skyldig att tillse att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.²⁴ Tillgång till företagshälsovård betonas i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete:

När kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.²⁵

Företagshälsovården i Sverige består av cirka 130 företag i varierande storlek och organisationsform. Cirka 65 procent av alla anställda har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare.²⁶

Det behövs inget tillstånd för att kalla sig, eller för att bedriva, företagshälsovård. Branschorganisationen Sveriges företagshälsor ställer dock krav för medlemskap vilket i någon mån kan anses utgöra en standard för företagshälsovården. Medlemmar ska ha:

[...] tillgång till kompetens inom områdena arbetsorganisation, betendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik.²⁷

²³ Se till exempel AD 1993 nr 42 och 2006 nr 57.

²⁴ 3 kap. 2 c § AML.

²⁵ 12 § AFS 2001:1.

²⁶ Sveriges företagshälsor. <https://www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard>. Hämtad 2018-10-18.

²⁷ Krav för medlemskap i Sveriges företagshälsor. https://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/ifs/Filer/krav_for_medlemskap_20170101.pdf. Hämtad 2020-03-27.

Branschorganisationen Sveriges företagshälsor definierar särskilda utbildnings- och kompetenskrav för professioner inom respektive kompetensområde som tas upp i citatet ovan.

I sammanhang där företagshälsovård diskuteras beskrivs ofta *företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp*²⁸, *företagshälsovård eller annan liknande expertresurs*²⁹ eller *relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård*³⁰. Betoningen ligger alltså på kompetens inom expertområdena arbetsmiljö och rehabilitering, och inte på benämningen *företagshälsovård*.

2.3 Hälsa- och sjukvården

Hälsa- och sjukvården är inte enbart ett stöd för individens rehabilitering och tillfrisknande utan har också en roll vad gäller att bedöma behov av sjukskrivning och att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Läkaren ska, utifrån sin medicinska kompetens, ta ställning till om patienten inte kan arbeta på grund av sin sjukdom eller om det finns risk för att patientens tillstånd förvärras om patienten arbetar eller står till arbetsmarknadens förfogande.

2.3.1 Hälsa- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla god hälsa och en vård på lika villkor

Hälsa- och sjukvården regleras genom hälsa- och sjukvårdslagen (HSL). I 3 kap. 1 § HSL anges det övergripande målet för all verksamhet inom hälsa- och sjukvård. Det är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälsa- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälsa- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa.³¹

Regionernas vårdansvar enligt 8 kap. 2 § andra stycket är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Begreppet hälsa- och sjukvård omfattar alltså såväl de sjuk-

²⁸ AFS 2001:1.

²⁹ SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*

³⁰ Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

³¹ 3 kap.2 § HSL.

domsförebyggande åtgärderna som den egentliga sjukvården. Av 8 kap. 7 § första stycket HSL framgår att regionen ska erbjuda bland annat rehabilitering till den som omfattas av regionens ansvar. För kommunen gäller att den enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL ska erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabiliteringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller Försäkringskassan från sitt ansvar för rehabilitering.³²

Regionen ska enligt 8 kap. 7 § sista stycket HSL i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas.³³ Enligt 16 kap. 4 § HSL finns en skyldighet för kommuner och regioner att gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.³⁴

Den enskildes samtycke är en förutsättning för att en plan ska upprättas. Kravet att insatser från andra aktörer ska redovisas i planen innebär att huvudmännen och den enskilde tillsammans ska identifiera vilka åtgärder från andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov. Det kan exempelvis handla om insatser från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.

2.3.2 Hälso- och sjukvården intygar nedsatt arbetsförmåga

Det finns ingen lagstadgad skyldighet för läkare att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att rätt till sjuklön och sjukpenning kräver att individen kan tillhandahålla ett sådant intyg.

Hälso- och sjukvården har dock en lagstadgad skyldighet att lämna intyg om vården vad gäller behandling till en individ som efterfrågar ett sådant.³⁵ Enligt 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355), ska den som är skyldig att föra patientjournal på begäran av patienten

³² Prop. 1992/93:159 s. 202.

³³ 12 kap. 5 § andra stycket HSL.

³⁴ Motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § SoL.

³⁵ 10 kap. 3 § patientlag (2014:821).

utfärda intyg om vården. Ytterligare krav för intyg, utlåtanden och andra handlingar om någons hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälsotillståndet finns i Socialstyrelsens intygsföreskrift³⁶, som reglerar läkarnas arbete med intyg.

2.3.3 Samverkan

Regioner får enligt 7 kap. 9 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30; HSL) träffa överenskommelser med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för regionernas uppgifter enligt HSL (inklusive rehabilitering) samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Regionen får också enligt samma paragraf delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Från och med 1 januari 2019 är regionerna enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar skyldiga att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

I februari 2020 infördes en skyldighet för regionerna att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvården och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.³⁷ Rehabiliteringskoordinatorn ska samordna insatserna runt patienten och samverka med vårdenheter och övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. Den externa samverkan bygger på att patienten ger sitt samtycke. Rehabiliteringskoordinatorn kan då kontakta arbetsgivare eller arbetsförmedling för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller arbetslivsriktad rehabilitering. Syftet är att underlätta för patienten att inträda, återgå eller vara kvar i arbete. Andra viktiga samarbetspartners är Försäkringskassan och kommunens socialtjänst.³⁸ Regionens ansvar ska inte

³⁶ Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.

³⁷ Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. Stockholm den 30 augusti 2018.

³⁸ skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/funktionforkoordinering.1033.html. Hämtad 2020-01-07.

omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Regionen ska också, om patienten samtycker till det, informera Försäkringskassan om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB.³⁹

Sedan 2006 har staten och SKR ingått överenskommelser för att stimulera regionerna till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet med överenskommelserna har varit att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.⁴⁰

Utöver detta bereds i skrivande stund, mars 2020, förslaget om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen i Regeringskansliet (Samspel för hälsa, SOU 2018:80). Om dessa förslag omsätts i praktiken kan hälso- och sjukvårdens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förstärkas ytterligare.

2.4 Försäkringskassan

Försäkringskassans roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att bedöma och besluta om rätten till ersättning, betala ut ersättning samt samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsinsatser. Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete.⁴¹ Försäkringskassan administrerar också andra förmåner inom sjukförsäkringen som exempelvis förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning och sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan ansvarar även för att utforma olika blanketter och underlag som andra aktörer ska använda i sjukförsäkringsprocessen, exempelvis ansökan om sjukpenning och läkarintyg.

Försäkringskassan ska också, liksom alla myndigheter enligt förvaltningslagens så kallade *serviceskyldighet*, lämna den enskilde sådan

³⁹ Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. Stockholm den 30 augusti 2018.

⁴⁰ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetsäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner 2020*.

⁴¹ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpens ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål.⁴² I lagens förarbeten skrivs att servicenivån måste anpassas till förutsättningarna i det enskilda fallet.⁴³ Utöver detta ska Försäkringskassan se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver, den så kallade *utrednings-skyldigheten* som regleras i förvaltningslagen⁴⁴ och i SFB⁴⁵.

2.4.1 Samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten.⁴⁶ Av 30 kap. 9 § SFB framgår att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan har också skyldighet att se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.⁴⁷ Av förarbetena framgår att det innebär att Försäkringskassan kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför och att ingenting görs.⁴⁸

Försäkringskassan ska enligt 30 kap. 12 § SFB upprätta en rehabiliteringsplan när den enskilde får sådana åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning. Om det är möjligt ska det göras i samråd med den försäkrade. Det är en plan för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliteringsersättning.

Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med olika aktörer. I 30 kap. 10 § första stycket SFB föreskrivs att Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och

⁴² 6 § förvaltningslag (2017:900).

⁴³ Prop. 2016/17:180, s. 291.

⁴⁴ 23 § förvaltningslag (2017:900).

⁴⁵ 110 kap. 13 §. SFB.

⁴⁶ 30 kap. 8 § SFB.

⁴⁷ 30 kap. 11 § SFB.

⁴⁸ Prop. 1990/91:141, s. 91.

sjukvården samt med vissa myndigheter. Försäkringskassan ska verka för att de organisationer och myndigheter som anges, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att snarast genomföra dem.

Försäkringskassan har tillsynsansvar över den del av rehabiliteringsverksamhet som regleras i SFB. Försäkringskassan ska således följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.⁴⁹ Det finns dock inga sanktionsmöjligheter i SFB i de fall en arbetsgivare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar. När bestämmelserna om rehabilitering infördes uttalades i förarbeten att om en arbetsgivare försummar sitt ansvar för rehabilitering i enskilda fall kan det vara lämpligt att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering fungerar.⁵⁰ I praktiken innebär detta att Försäkringskassan ansvarar för att anmäla fall som dessa till Arbetsmiljöverket.

2.5 Kommunen

En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.⁵¹ Det är kommunens socialtjänst som betalar ut försörjningsstöd och ansvarar för behandling av missbruksproblem, familjerådgivning med mera. Principen om kommunens yttersta ansvar avser inte att förändra det som andra huvudmän eller aktörer har. Med det yttersta ansvaret följer emellertid uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde det stöd som behövs.

Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI kan uppbära ekonomiskt bistånd från kommunen.⁵² Av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Syftet med bestämmelsen är att tillförsäkra den enskilde en rätt till stöd och hjälp från

⁴⁹ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 60.

⁵⁰ Prop. 1990/91:141, s. 50.

⁵¹ 2 kap. 1 § SoL.

⁵² Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges kommuner och landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*

samhällets sida, när han på grund av bristande arbetsförmåga, funktionshinder, ålder eller av annan liknande omständighet befinner sig i en situation som gör insatser från samhällets sida nödvändiga.

En samordnad individuell plan, så kallad SIP, ska tas fram när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är skyldiga att ta initiativ till en SIP när de ser att det behövs samordning för att en person ska få rätt stöd, men arbetet kan också starta med att individen själv ber om att få en SIP. Av den samordnade individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilken aktör som ansvarar för vilken insats, och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen. En SIP kan bara upprättas med individens samtycke.⁵³

En individ kan genom kommunens försorg få ett personligt ombud. Verksamheten personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har en psykisk funktionsnedsättning och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. Ett personligt ombud arbetar på uppdrag av klienten och ska tillsammans med klienten identifiera och formulera behovet av vård, stöd, service, rehabilitering och sysselsättning samt ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården och psykiatri och andra myndigheter.⁵⁴

2.6 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledning, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program.⁵⁵ Arbetsförmedlingen ansvarar för kartläggning och arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetssökande sjuk-

⁵³ <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>. Hämtad 2018-10-15.

⁵⁴ 1–5 §§ förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud.

⁵⁵ 5 § punkten 5, 11 och 12 §§ förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

skrivna hos Arbetsförmedlingen som inte kan söka arbete på grund av sjukdom.⁵⁶

Arbetsförmedlingen har till uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom de arbetsmarknadspolitiska programmen. Det kan bland annat handla om anställningsstöd till personer med svag position på arbetsmarknaden, utvecklingsanställning som ger en person möjlighet att genom arbete i kombination med andra insatser, öka sin förmåga och anställbarhet. De olika formerna av lönebidrag är anställningsstöd som kan beviljas för att en person ska få eller behålla en anställning och där arbetet organiseras med hänsyn till nedsättningen.

Arbetsförmedlingen ska samverka med de andra aktörerna. I myndighetsinstruktionen 14 § anges att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

2.7 Andra aktörer

2.7.1 Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har till uppgift att arbeta med kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten för arbetsmiljökunskap ska även arbeta med utvärdering och analys inom dessa områden. Syftet är att kunskapen ska komma till användning i praktiken.⁵⁷ Myndighetens arbete ska ske i samverkan med arbetsmarknadens parter.⁵⁸ Utredningen har betraktat Myndigheten för arbetsmiljökunskap som en del av utvecklingen inom förebyggande arbete och stöd för återgång och myndigheten ges därför en mer ingående beskrivning i avsnitt 6.2.2.

⁵⁶ 11 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

⁵⁷ Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

⁵⁸ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

2.7.2 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har till uppgift att ha tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs och planerar tillsynen främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket.⁵⁹

Arbetsmiljöverket är enligt 7 kap. 1 § AML ansvarig över att AML och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen följs. De föreskrifter som främst är viktiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är AFS 2001:1 om systematiskt arbetsmiljöarbete och AFS 1994:1 om arbetsanpassning och rehabilitering. I föreskrifterna finns även allmänna råd och kommentarer till enskilda paragrafer.

Arbetsmiljöverkets tillsyn syftar till att stärka arbetsplatsens egen förmåga att förebygga risker samtidigt som arbetsgivaren får besked om vad som behöver göras för att förbättra arbetsmiljön. Om arbetsgivaren inte uppfyller kraven i AML, arbetsmiljöförordningen och föreskrifterna kan arbetsmiljöverkets inspektör kräva att arbetsgivarens rättar till bristerna (föreläggande) eller förbjuda viss hantering eller viss verksamhet (förbud). Om föreläggandet eller förbudet inte följs kan Arbetsmiljöverket sätta ut ett vite. Vitet kan överklagas till Förvaltningsdomstol.⁶⁰ Sedan den 1 juli 2014 är delar av regelverket kombinerat med sanktionsavgift. Det innebär att Arbetsmiljöverket vid inspektion där det identifieras brister i bestämmelse som är förenad med sanktionsavgift, kan utfärda sådan sanktion.

Arbetsmiljöverket har också i uppdrag att samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.⁶¹

2.7.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.⁶²

⁵⁹ 2 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

⁶⁰ 9 kap. 2 § AML.

⁶¹ 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

⁶² 1 § förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar till stor del om att utveckla och förvalta det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av två delar. Den ena delen utgörs av övergripande principer för sjukskrivning och den andra delen utgörs av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Ambitionen med beslutsstödet är att det ska användas av både Försäkringskassans handläggare och av läkare i hälso- och sjukvården.⁶³ I regleringsbrev för 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa hur arbetet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet bidrar till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.⁶⁴

Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. Myndighetens arbete att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad. Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen ska särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.⁶⁵

Socialstyrelsen ingår också som en part i överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan staten och SKR, vilket framgår av myndighetens regleringsbrev.

Därutöver har Socialstyrelsen regelbundet fått i uppdrag att i samverkan med andra arbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan år 2018 i uppdrag av regeringen att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras.⁶⁶

⁶³ <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/om-forsakringsmedicinskt-beslutsstod/sa-ska-beslutsstodet-anvandas>. Hämtad 2020-01-08.

⁶⁴ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen.

⁶⁵ 11–12 §§ förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.

⁶⁶ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

2.7.4 Sveriges kommuner och regioner (SKR)

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för kommuner och regioner.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.⁶⁷ SKR har stor betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eftersom organisationen är Sveriges största arbetsgivarorganisation⁶⁸ med stort inflytande över arbetsmiljöarbetet i kommuner och regioner. SKR är också kunskapsstöd för kommuner och regioner i arbetet med sjukskrivningar.

För arbetet med sjukskrivningar i regionerna har SKR under många år spelat en central roll eftersom det är med SKR som staten tecknat överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjuk- och rehabiliteringsprocess. SKR har som undertecknande part haft stort inflytande över innehållet och utformningen av villkoren i överenskommelsen. SKR har inom ramen för arbetet med överenskommelsen utgjort ett kunskaps- och implementeringsstöd för regionerna. SKR bedriver många av sina uppdrag tillsammans med Inera, ett företag som utvecklar digitala tjänster och som ägs av SKR, regioner och kommuner.

2.7.5 Samordningsförbunden

Finansiell samordning får enligt 1 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Lagen gör det möjligt att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund.⁶⁹

Enligt 5 § i lagen om finansiell samordning ska Försäkringskassan bidra med 50 procent av medlen, regionen med 25 procent och den kommun som deltar ska också bidra med 25 procent av medlen. I lagen regleras inte nivån på hur mycket medel som parterna kan

⁶⁷ <https://skr.se/tjanster/omskr.409.html>. Hämtad 2020-03-19.

⁶⁸ <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal.hsida.html>. Hämtad 2020-03-19.

⁶⁹ 4 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

sätta in i samordningsförbundet. Från statens sida bestäms detta i regeringens budgetproposition.

Målet med verksamheten är att individer i behov av samordnande rehabiliterande insatser ska kunna återfå eller förbättra sin arbetsförmåga.⁷⁰

Samordningsförbundet är ett för parterna gemensamt men självständigt samordningsorgan som fattar beslut i eget namn. Samordningsförbundet kan bland annat besluta om övergripande mål och riktlinjer för den finansiella samordningen. Samordningsförbundet har gemensamma resurser och fattar beslut om resursernas fördelning utifrån individers behov. Medlen ska användas så att det är förenligt med syftet, det vill säga att finansiera rehabiliteringsinsatser som riktar sig till målgruppen för att de ska närma sig arbetsmarknaden eller återfå sin arbetsförmåga. Samordningsförbundet får inte täcka kostnader för individens försörjning. Det anges i lagen att ett samordningsförbundet inte får fatta beslut i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda. Förbunden får heller inte vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning eller som avser tillhandahållande av tjänster avsedda för enskilda. Detta innebär att det fortfarande är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning och att socialnämnden, eller annan behörig nämnd, beviljar bistånd enligt SoL. Det är fortfarande sjukvårdshuvudmännen som tillhandahåller sjukvård.⁷¹

Samordningsförbundet ska svara för uppföljning och utvärdering av den finansiella samordningen.⁷² Samordningsförbundet ska också stödja samarbetet mellan de samverkande parterna.⁷³

Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen. Syftet med rådet är att ge finansiell samverkan den legitimitet och förankring som är nödvändig. Rådet bidrar till utveckling, ökad professionalitet och kunskap inom den finansiella samordningen och rådet utgör även ett forum för gemensamma

⁷⁰ 2 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

⁷¹ 7 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Se även prop. 2002/03:132, s. 109.

⁷² Prop. 2002/03:132, s. 109.

⁷³ 7 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

ställningstaganden i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning.⁷⁴

Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag utvärdera samordningsförbundens verksamhet. Uppdraget har delredovisats våren 2019 och ska slutredovisas i december 2021.⁷⁵

⁷⁴ www.finsam.se/nationellaradet. Hämtad 2018-10-26.

⁷⁵ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 33.

3 Individens i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Detta kapitel beskriver de individer som befinner sig i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och deras upplevelse av processen. Kapitlet är uppdelat i tre delar. Första delen beskriver hur många individer som befinner sig i processens olika delar och vilka dessa individer är. Uppgifterna är hämtade från de statistikförande myndigheterna och sammanställningen är gjord för att skapa förståelse för numerärerna i processen. Andra delen beskriver individernas upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Denna del är baserad på undersökningar som utredningen genomfört. Kapitlet avslutas med utredningens slutsatser.

3.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inkluderar nästan alla individer i arbetsför ålder varje år

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen berör många individer. År 2018 fanns 10 miljoner invånare i Sverige, 5,1 miljoner var i sysselsättning, 4,6 miljoner av dessa hade en anställning och 0,48 miljoner studerade.¹I detta avsnitt beskrivs först hur stor andel av de anställda som uppbär sjuklön. Därefter finns en beskrivning av de som får ersättning från Försäkringskassan (anställda² och arbetslösa). Till sist ges en beskrivning av studenter, de som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och därför inte är berättigade till ersättning från Försäkringskassan, samt de som får stöd via samordningsförbunden.

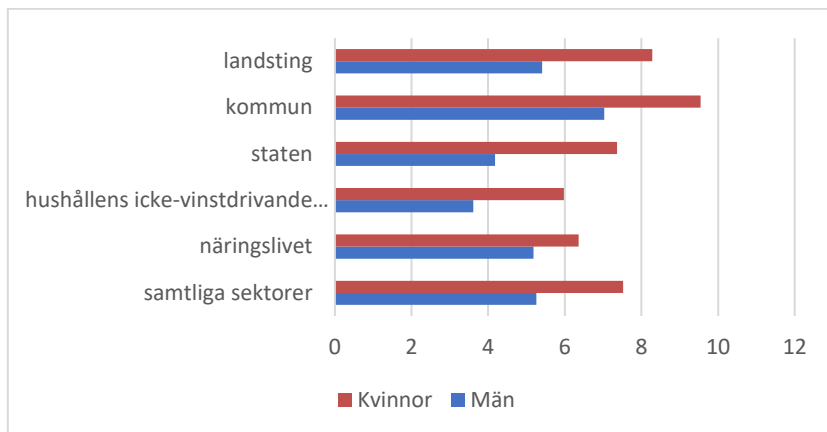
¹ SCB och Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018*. Rapport 2019:2.

² Egenföretagare räknas till de anställda i denna statistik.

3.1.1 Anställda med sjuklön

År 2018 kunde en anställd som blev sjuk, efter en karensdag, ha rätt till sjuklön från arbetsgivaren de första 14 dagarna i sjukperioden.³ Totalt sett hade män i genomsnitt 5,26 sjuklönedagar och kvinnor 7,52 sjuklönedagar per anställd under år 2018.

Figur 3.1 Antal sjuklönedagar per person per sektor år 2018



Källa: SCB.⁴

Kvinnor hade i genomsnitt fler sjuklönedagar per person än vad män hade. Antalet sjuklönedagar per person skiljer mellan sektorerna.

I antal startade sjuklönefall per person räknat startade män 1,35 fall per år i genomsnitt år 2018 och kvinnor 1,86 fall per år i snitt.⁵

Arbetsgivare betalade 2018 totalt ut 23,7 miljarder i sjuklön till de anställda.⁶

³ Lag (1991:1047) om sjuklön. Karensdagen är sedan 1 januari 2019 ersatt med ett karensavdrag (6 § Lag (1991:1047) om sjuklön).

⁴ Exempel på hushållens icke-vinstdrivande organisationer är idrottsföreningar, fackföreningar och religiösa samfund.

⁵ www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0209__AM0209A/SjukloneperiodSektor/table/tableViewLayout2/?loadedQueryId=72332&timeType=from&timeValue=2018K1. Hämtad 2020-03-28.

⁶ www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuklonekostnader. Hämtad 2019-03-20.

3.1.2 Individer med ersättning från Försäkringskassan

År 2018 ansökte individer drygt 640 000 gånger om sjukpenning hos Försäkringskassan.⁷ Enligt Försäkringskassans årsredovisning nekades 3 procent av de som ansökte om sjukpenning ersättning från sjukförsäkringen (16 683 individer).⁸ Av de individer som under 2018 beviljades sjukpenning hade 20 procent av individerna sjukfall som blev längre än 90 dagar och 9 procent längre än 180 dagar.⁹

Under pågående sjukfall fick 5,5 procent av individerna avslag på ansökan om sjukpenning (23 998 individer).¹⁰ Totalt betalade Försäkringskassan ut 36 325 miljoner kronor i sjukpenning under 2018.¹¹

I detta avsnitt redovisas också hur långa fallen bland de individer som får ersättning av Försäkringskassan vanligtvis blir. När man undersöker sjukfall i försäkringen är det viktigt att skilja på hur långa fallen *är* vid en viss tidpunkt och hur långa fallen *blir* om man utgår från samma tidpunkt. Man måste alltså skilja på om man menar fall som startar eller om man menar pågående fall. Om man mäter längden på fall som startar en given dag kommer andelen korta fall vara stor och andelen långa fall vara liten. Om man däremot mäter längden på alla pågående fall en given dag så kommer andelen korta fall vara mindre och andelen långa fall vara större relativt sätt, eftersom de långa sjukfallen ackumuleras över tid. I statistiken som vi redovisar från Försäkringskassan redovisas antal fall bland anställda respektive arbetssökande. Eftersom varje individ kan vara sjukskriven flera gånger, och därmed utgöra flera sjukfall per år, överstiger antalet fall antalet individer.

Kontakter med Försäkringskassan

Under 2018 avslutades 650 536 sjukfall hos Försäkringskassan. Av dessa avslutades 77 procent innan Försäkringskassan tagit kontakt.¹² Enligt Försäkringskassans årsredovisning är den genomsnittliga

⁷ Statistik gällande år 2018 till utredningen från Försäkringskassan.

⁸ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 104. Denna statistik avser januari till oktober 2018 vilket innebär att andelen avslag underskattas något.

⁹ I det statistikuttag som utredningen fått av Försäkringskassan juni 2019.

¹⁰ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 104. Denna statistik avser januari till oktober 2018 vilket innebär att andelen avslag underskattas något.

¹¹ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 24.

¹² Statistik till utredningen från Försäkringskassan.

tiden till den första kontakten 44 dagar.¹³ Spridningen i tid till kontakt är dock avsevärd och den tiondel som blir kontaktad fortast blir det efter redan 23 dagar.

Individer med sjukpenning

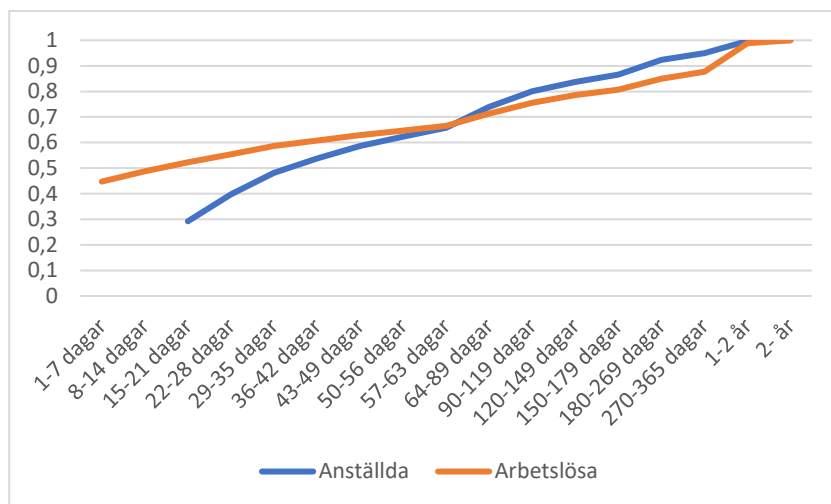
Under 2018 blev cirka 575 000 anställda och cirka 69 000 arbetssökande arbetsoförmögna på grund av sjukdom och beviljades sjukpenning. Bland anställda hade hälften av individerna avslutat sin tid med sjukpenning efter 36–42 dagar. I Figur 3.2 går att utläsa hur liten andel av alla anställda med sjukpenning vars sjukfall blir långa fall – en majoritet av fallen (87 procent) har avslutats innan de har hunnit att bli 180 dagar långa.

Arbetssökande ingår inte i rehabiliteringskedjan och bedöms från dag 1 i sjukperioden mot *normalt förekommande arbete*.¹⁴ Eftersom arbetssökandes arbetsförmåga bedöms mot bedömningsgrunden *normalt förekommande arbete*, betyder det att dessa individer, om de bedöms ha rätt till sjukpenning, i regel har omfattande medicinska begränsningar. Det i sin tur kan också leda till att deras sjukfall blir långa. I jämförelse med att anställda till 92 procent avslutat sina sjukfall under perioden 180–269 dagar så hade 85 procent av de arbetssökande avslutat sina fall under samma period (jämför i figur 3.2). Detta får till konsekvens att andelen sjukskrivna arbetssökande ökar med tid i försäkringen.

¹³ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 43.

¹⁴ Prop. 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 59.

Figur 3.2 Andel av alla sjukfall startade 2018 som avslutas efter viss tid



Källa: Försäkringskassan.

Av de anställda som blev arbetsoförmögna på grund av sjukdom och beviljades sjukpenning hade 25 procent en psykiatrisk huvuddiagnos, 21 procent en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet för muskuloskeletala sjukdomar, 6 procent saknar diagnos i datalagren¹⁵ och resten tillhörde övriga diagnoskapitel. Arbetsökande skiljer sig från anställda också vad gäller vilka diagnoser de får sjukpenning för. Bland arbetsökande har 29 procent en psykiatrisk diagnos när sjukfallet startar, 12 procent en muskuloskeletal diagnos, 24 procent av fallen har ingen diagnos i datalagren och 36 procent tillhör övriga diagnoskapitel. Bland arbetsökande är det således färre fall som startar med en muskuloskeletal diagnos och betydligt fler fall som saknar en diagnos i datalagren¹⁶ jämfört med anställda.

¹⁵ Försäkringskassans register innehåller inte fullständig information om diagnos för alla individer som startar ett sjukfall, detta beror delvis på att alla läkarintyg inte är elektroniska utan kräver manuell registrering av uppgifterna.

¹⁶ Försäkringskassans register innehåller inte fullständig information om diagnos för alla individer som startar ett sjukfall, detta beror delvis på att alla läkarintyg inte är elektroniska utan kräver manuell registrering av uppgifterna. För arbetslösa är andelen som saknar diagnos högre eftersom sjukfall kortare än 7 dagar oftast inte kräver läkarintyg.

Individer som går in i det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i sina regleringsbrev likalydande uppdrag om ett förstärkt samarbete som syftar till att säkerställa att individen ges ett bra stöd för övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden. Det förstärkta samarbetet beskrivs i större detalj i avsnitt 7.1. Målgruppen är individer i behov av insatser för att återfå arbetsförmåga och komma i arbete.

I myndigheternas gemensamma åiterrapportering anges att det under år 2018 genomfördes 8 306 gemensamma kartläggningar. Av dessa hade 70 procent av de sjukskrivna en psykiatrisk diagnos. Antalet nya personer i aktiva insatser var 8 092. Insatserna ledde för 57 procent av deltagarna till att de lämnade sjukförsäkringen efter arbetslivsinriktade insatser. Drygt en tredjedel av deltagarna (38 procent¹⁷) kom åter till Försäkringskassan efter insats och för resterande deltagare saknas uppgifter.¹⁸

3.1.3 Individer som blir arbetsförmögna under tid i arbetsmarknadspolitiskt program hos Arbetsförmedlingen

Det finns ingen statistik från 2018 hos Arbetsförmedlingen om hur många individer som blir sjuka under tid i arbetsmarknadspolitiskt program. Sådan statistik finns för 2019 och det handlar då om cirka 9 000–14 000 individer per månad.

3.1.4 Studenter

Studenter som blir sjuka kan få behålla sitt studiestöd om de kan uppvisa ett läkarintyg. Försäkringskassan har samordningsansvar även för studenter. CSN redovisar i en rapport att 6 300 studerande hade godkända frånvarodagar på grund av sjukdom år 2018. Det motsvarar 1,3 procent av samtliga studiemedelstagare. Av dem hade 5 400 studerande en godkänd sjukperiod som var minst en vecka lång

¹⁷ I den refererade rapporten i Tabell 1 anges 33 procent, men det är 38 procent om man räknar på de antal som anges.

¹⁸ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Åiterrapportering enligt regleringsbrevet för 2018.*

och därmed räknades bort från det maximala antalet studiemedelsveckor. Tillsammans fick dessa personer 29 300 studiemedelsveckor borträknade på grund av sjukdom, vilket innebär att varje person i genomsnitt fick 5 veckor borträknade under året.¹⁹

3.1.5 Individer utan sjukpenninggrundande inkomst

Sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring, vilket innebär att individen måste ha en inkomst att försäkra för att vara berättigad till sjukpenning.²⁰ Om individen inte har en SGI är hen hänvisad till socialtjänsten i sin hemkommun och kan där beviljas försörjningsstöd förutsatt att hen inte har något annat sätt att försörja sig på. Det exakta antalet personer som både saknar SGI och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är svårt att uppskatta. Det beror på att det inte finns ett lika-förhållande mellan antal som saknar SGI och antal som får försörjningsstöd. Individer som saknar SGI kan få sin försörjning genom familj, vänner, besparingar eller via försörjningsstöd. Dessutom kan individen (helt korrekt) fått sin SGI satt till noll kronor trots inkomst, om den försäkrade inte lämnat inkomstuppgifter till Försäkringskassan.²¹ Därutöver finns inte alltid anledning för sjuka individer som saknar rätt till sjukpenning att efterfråga läkarintyg från behandlande läkare.

År 2018 fick 27 101 individer försörjningsstöd med anledning av att de saknade arbetsförmåga på grund av sjukdom enligt ett läkarintyg och saknade rätt till sjukpenning (eller väntade på beslut om sjukpenning eller hade otillräcklig sjukpenning).²² Av dessa var 57 procent kvinnor. Antalet är, enligt resonemanget ovan, sannolikt en underskattning. Enligt en skrivelse från SKR, som tillfrågat ett antal kommuner, så skulle antalet individer som får försörjningsstöd och

¹⁹ Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018*. Rapport 2019:2.

²⁰ Reglerna om SGI nämns i kapitel 2. Om en individ haft en SGI, men inte har en inkomst av förvärvsarbete för tillfället, kan den gamla SGI:n ändå vara skyddad under vissa omständigheter till exempel om individen studerar, är föräldraledig, har sjukpenning eller är aktivt arbetsökande.

²¹ Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)*. ISF rapport 2016:10.

²² Socialstyrelsen (2019), *Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2018*. Art.nr: 2019-10-6405.

som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kunna vara upp till dubbelt så många.²³

Individer som saknar SGI och därmed saknar rätt till sjukpenning kan ändå ha rätt till hjälp med samordnad rehabilitering från Försäkringskassan.²⁴ Under år 2018 ansökte 2 533 personer, som inte hade någon SGI, om samordnad rehabilitering. Av dessa beviljades 1 314 personer (52 procent) minst en dags samordning. Av dessa hade 480 individer (37 procent) sin försörjning via ett arbetsmarknadspolitiskt program och 536 individer (41 procent) sin försörjning via försörjningsstöd från kommun, 34 individer (3 procent) var studerande och övriga 264 individer (20 procent) hade sin försörjning antingen från socialförsäkring i ett annat land eller så saknas information om vilken försörjning individen hade.

Av de 1 219 individer vars ansökan avslogs hade 954 individer (78 procent) sin försörjning via ett arbetsmarknadspolitiskt program, 245 individer (20 procent) sin försörjning via försörjningsstöd från kommun och för övriga 20 individer (2 procent) saknades information om försörjning.

Individer som har haft sjukpenninggrundande inkomst men förlorat den

Med anledning av betydelsen av att ha en SGI i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har vi bitt Försäkringskassan att beräkna hur många individer som förlorar sin SGI efter det att de haft ett sjukfall med sjukpenning (och därmed också haft en SGI).

Under år 2015–2018 så fick drygt 3 000 individer per år (vilket motsvarar cirka 0,5 procent av alla avslutade fall) sin SGI fastställd till noll kronor under en tidsperiod om 180 dagar efter det att sjukpenning hade avslutats.²⁵

Försäkringskassan fastställer SGI till noll kronor om individen i perioden mellan tid med sjukpenning och ny ansökan om förmån från Försäkringskassan inte har en inkomst och inte heller uppfyller kraven för skydd av SGI. Av vilken anledning just dessa individer fått sin SGI satt till noll, eller vilka konsekvenser detta fått för dessa

²³ SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Sveriges Kommuner och Landsting. 2019-07-01.

²⁴ 30 kap. 8–11 §§ SFB.

²⁵ Individer som fick SGI=0 på grund av att de fick sjukersättning eller på grund av att de fick ålderspension är exkluderade från denna siffra.

individer, har vi inte kunnat studera. Det kan dock med bakgrund i de data vi fått konstateras att individerna fått ersättning från socialförsäkringen nekad på grund av att de saknar SGI.

3.1.6 Individer som får stöd via samordningsförbunden

År 2018 fick 32 715 individer stöd genom samordningsförbunden. Av de 9 500 individer som under 2018 avslutade en insats gick 32 procent till arbete eller studier.²⁶

Totalt hade 32 procent av deltagarna försörjningsstöd och 32 procent hade ersättning från Försäkringskassan, i form av antingen sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning.²⁷

3.2 Individens upplevelse

Bland de individer som passerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns personer med olika diagnoser, i olika åldrar, med olika typ av sjukskrivningshistorik och med olika förankring på arbetsmarknaden. Individerna har olika förutsättningar att ta till sig information och kunna föra sin talan. I ett internationellt perspektiv utmärker sig det system som finns i Sverige på det sätt att alla individer, oavsett om de har arbete eller förankring på arbetsmarknaden, befinner sig i samma system. Det svenska systemet innebär att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och då framför allt hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, behöver ha kompetens att ge alla individer (med stora skillnader i förutsättningar) stöd att återfå sin arbetsförmåga för att de ska kunna återgå till, eller kunna söka, arbete. I det här avsnittet redogör vi för våra undersökningar av hur individer upplever sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vilka förbättringsområden de ser.

²⁶ Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*.

²⁷ Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*, s. 16.

3.2.1 Intervjuer med sjukskrivna

Utredningen har med hjälp av analys- och undersökningsföretaget Novus intervjuat 250 individer med anställning som fått sjukpenning 60–220 dagar vid tidpunkten för undersökningen. Försäkringskassan tog fram urvalet. Detta tidsintervall valdes för att aktiviteten beträffande stöd för återgång i arbete borde vara hög.²⁸ Vad gör aktörerna omkring dem och hur nöjda är individerna? Vi bad individerna uttala sig både generellt om vad de tyckte om aktörerna i processen och mer specifikt. Fokus låg på deras kontakter med sin arbetsgivare med anledning av att vi tidigt i utredningens arbete uppmärksammade att det finns få undersökningar om vilka åtgärder som vidtas av arbetsgivare för att individ ska kunna komma tillbaka till arbete.

Om studien och deltagarna

Under oktober 2019 intervjuades 250 sjukskrivna personer om sina upplevelser av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och sina kontakter med aktörerna i processen. Från urvalet om 2 000 sjukskrivna individer gjordes försök att kontakta 1 057 individer, 190 hade telefonsvarare, 438 anträffades inte trots 8–10 kontaktförsök, 172 avböjde deltagande i studien och 6 personer valde att avbryta påbörjad intervju. Av de som Novus fick kontakt med per telefon var således svarsfrekvensen 58 procent²⁹ och bland alla som Novus försökt få tag i var svarsfrekvensen 24 procent³⁰. Som jämförelse kan anges att Novus väljarbarometer i september 2018 hade en svarsfrekvens om 49 procent.³¹

Studien genomfördes 23 september till 8 oktober. Frågeformuläret finns i bilaga 3.

Vid tidpunkten för studien var 37 procent av deltagarna heltids-sjukskrivna, 36 procent sjukskrivna på deltid och 27 procent hade avslutat sin sjukskrivning.³² Under tiden med sjukskrivning hade

²⁸ Under intervallet ska plan för återgång i arbete vara genomförd och bedömningsgrunderna för rätten till sjukpenning ändras vid dag 90 och vid dag 180.

²⁹ $250 / (250 + 172 + 6) = 0,58$.

³⁰ $250 / 1\ 057 = 0,24$.

³¹ <https://novus.se/valjarbarometer-arkiv/novus-svt-7-sept-sd-gar-fram-och-m-tappar/>. Hämtad 2020-03-19.

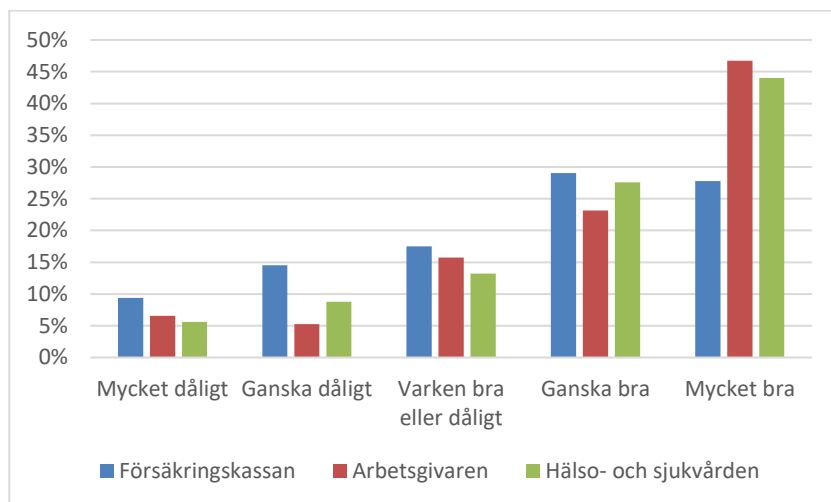
³² Att så pass många hunnit avsluta sin sjukskrivning är rimligt då sannolikheten att avsluta sitt fall fortfarande är tämligen hög när sjukskrivningen pågått i 60 dagar.

94 procent av individerna haft kontakt med Försäkringskassan, 92 procent med sin arbetsgivare, 28 procent med företagshälsovården och 41 procent med en rehabiliteringskoordinator.

Individerna är både nöjda och mindre nöjda med aktörerna i processen

Individerna fick frågan om vilket sammanfattande omdöme de skulle ge respektive aktör i processen. Fem svarsalternativ löpte från mycket bra till mycket dåligt. Individerna var generellt sett nöjda med aktörerna i processen, 57 procent var ganska eller mycket nöjda med Försäkringskassan, 70 procent med sin arbetsgivare och 70 procent med hälso- och sjukvården (figur 3.3). Det fanns inget samband mellan andel som var missnöjda och om individen fortfarande var sjukskriven eller hade avslutat sin sjukskrivning.

Figur 3.3 Sjukskrivna individers omdöme om aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

Individerna tillfrågades om av vilka skäl de var nöjda respektive missnöjda med respektive aktör.

Genomgående var att bemötande beskrevs som viktigt för individen, ett gott bemötande nämndes som något positivt och ett dåligt bemötande som något negativt. En positivt inställd individ svarade:

Mycket vänligt bemötande och min handläggare var så hjälpsam.

En negativt inställd individ svarade:

De är nonchalanta och lyssnar inte på vad man säger. [...] De har dåligt bemötande.

Det kan tyckas självklart men det var påfallande ofta som bemötande nämndes som viktigt. Ytterligare teman var att det var viktigt för individerna att känna att de blev lyssnade till och att de blev trodda. Utöver dessa teman fanns också aktörspecifika teman.

Vad gäller Försäkringskassan var individerna nöjda när de fått sin ersättning i tid och utan problem. Att det är lätt att komma i kontakt med myndigheten nämns också som något positivt. Några individer uttrycker det så här:

De svarade fort och var uppmärksamma, de hjälpte mig med min sjukskrivning.

Fått hjälp snabbt och har inte behövt vänta på pengar, det har varit smidigt.

Smidigt, behövde bara lämna uppgifter på min senaste årsinkomst, sen räknade de ut min ersättning. Jag behövde inte göra något, vilket var bra för jag hade inte ork till det.

Några individer nämner också hur Försäkringskassan arbetar med sitt samordningsuppdrag:

Jag fick en personlig handläggare. Hon har verkligen jobbat för att jag ska komma tillbaka i arbete igen. Hon har funnits där och ställt upp hela tiden. Man har kunnat ringa och prata med henne också.

De har kontaktat mig, de har kontaktat min arbetsgivare, de har lyssnat, och fattat beslut som stämmer överens både med min och min läkares bedömning.

När individerna är missnöjda med Försäkringskassan handlar det ofta om att Försäkringskassan gör en annan bedömning än vad behandlande läkare gör:

De förstår inte riktigt vad läkarna skriver och tar det inte på allvar. De är oförstående. De tror de vet bättre än läkaren och tycker jag ska börja jobba när jag är sjuk. De granskar och ifrågasätter vad läkarna säger och skriver. De får en att känna sig liten, och får en att må ännu sämre, vilket försämrar mitt sjuktilstånd. De ifrågasätter min sjukpenning och hotar med en ekonomisk kris.

De vill att man avbryter sjukskrivningen och börjar jobba. De tror inte på läkaren.

En del av individerna berättar också om hur rehabiliteringskedjans gränser känns som ett hot:

De bråkar om 180 dagarna och de tror att de kan bestämma grejer utan att ha träffat mig eller läkaren.

De är hotfulla med de där 180 dagarna. Om du inte går in i arbete inom 180 dagar kan de placera en vart som helst, och det är jag inte beredd på. Det är ett hot för att få in folk i arbete, och det är jättejobbigt. De ringer ofta och säger till mig att går jag inte in i arbete snart så kan de placera mig vart de vill. De har godkänt min sjukskrivning, och ändå ligger de på mig!

Och likväl som det är positivt att få ett snabbt beslut är långa handläggningstider något som upplevs negativt:

Det är en stressande process. Jag kan inte lita på att jag kan vara sjukskriven som min läkare säger jag ska vara utan det kan nekas i ett annat skede av Försäkringskassan. Speciellt när de ligger lite efter i processen så man kan få besked 3 månader efter man varit sjuk att man nekats.

Individerna som intervjuats är nöjda med sina arbetsgivare när de känner att arbetsgivaren vill att de ska komma åter till arbetet och därför anpassar arbetet:

Anpassat och hjälpt till massvis för att göra det så bra som möjligt för mig.

Att jag har fått anpassa mitt arbete efter min situation.

Att jag har kunnat styra hur mycket jag velat jobba själv.

De har hållit kontakten med mig, och jag ska återgå till jobbet och känner mig välkommen tillbaka. Det har fungerat bra.

De har ställt upp till 100 procent och ordnat andra arbetsuppgifter.

Flera individer nämner också att det känts bra när arbetsgivaren visat omsorg:

De ringde och kollade hur jag mårde och frågade allt möjligt, skickade blommor hem med.

De ringer och frågar hur jag mår och bryr sig om mig.

När individer inte är nöjda med sina arbetsgivare handlar det ofta om motsatsen till ovan:

De tog inte hänsyn till varningstecken innan sjukskrivningen, ingen uppföljning och ingen företagshälsovård.

De vill bli av med mig. Inget engagemang.

Det handlar troligen om brist på kunskap bland cheferna. De var ovilliga att anpassa arbetsuppgifter till exempel.

Ingen kontakt från arbetsgivaren, inget stöd alls.

Individerna är nöjda med den behandling de får inom hälso- och sjukvården:

Behandlingen och ingreppet gick bra.

Två individer använder till och med ordet världsklass om vården de får:

Jag anser jag får vård i världsklass gällande min sjukdom. Det är verkligen i topp.

I något enstaka fall nämner också individer att de är nöjda med vården då de hjälpt till med kontakter med såväl Försäkringskassan som med arbetsgivaren. Individer är också nöjda då det finns en tydlig plan:

Läkaren har en klar och tydlig process och en plan för rehabilitering med återgång till arbetet. Det var redan klart vid tiden jag sjukskrev mig hur de nästa 6 månaderna skulle vara med rehabilitering.

Missnöje med vården handlar om väntetider, att inte få den hjälp man anser att man behöver och brist på kontinuitet:

Jag har haft olika läkare, det har skiftat för mycket mot min vilja.

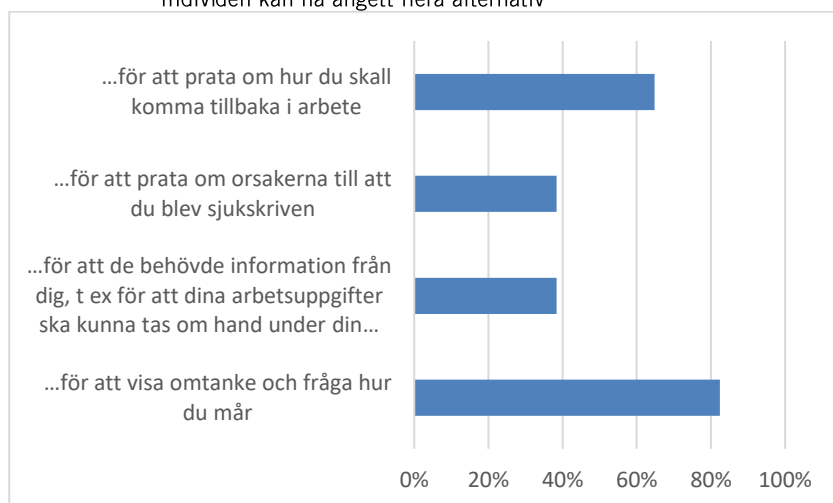
Svårt att komma fram och svårt att få tid. Ingen kontinuitet för de har ej fasta läkare.

Kontakter med individerna i processen

Vad gäller arbetsgivarens kontakter under tiden individen var sjukskriven visste en fjärdedel av individerna med sig att deras arbetsgivare hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården avseende deras fall. 83 procent av individerna hade blivit kontaktade av sin arbetsgivare under tiden med sjukskrivning.

Figur 3.4 Orsaker för arbetsgivarens kontakt enligt individen

Individen kan ha angett flera alternativ



Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

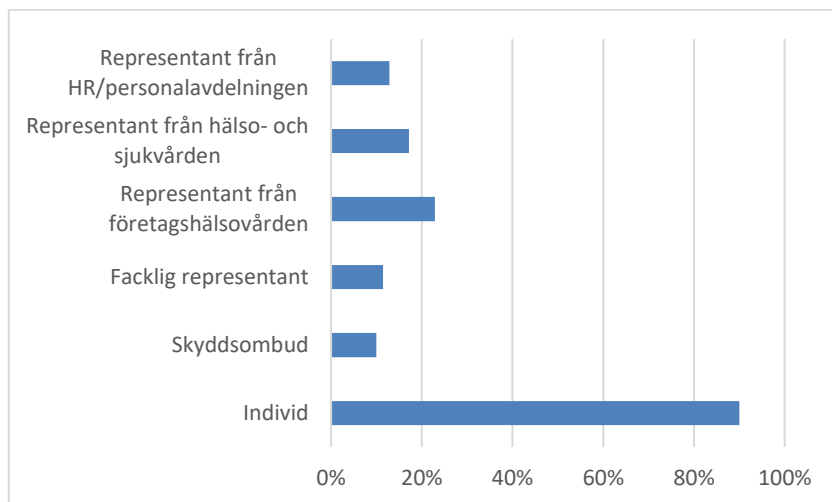
En majoritet av kontakterna gällde helt eller delvis att arbetsgivaren tog kontakt för att visa omtanke eller fråga hur individen mårde.

Plan för återgång i arbete

Drygt hälften av individerna (65 procent) angav att de haft kontakt med sin arbetsgivare för att prata om hur individen skulle kunna komma tillbaka i arbete. En tredjedel av individerna (30 procent)

kände till att arbetsgivaren hade tagit fram en plan för återgång i arbete för dem.

Figur 3.5 Aktörer som, utöver arbetsgivaren, deltog vid framtagande av plan för återgång i arbete

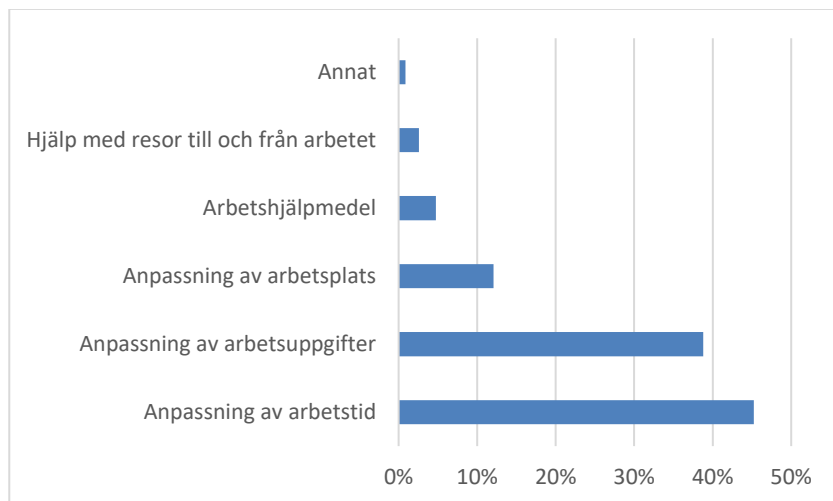


Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

Nästan alla individer (63 av 70 individer som kände till att plan för återgång tagits fram) deltog själva i framtagandet av plan för återgång i arbete. I ett mindre antal ärenden deltog även andra aktörer såsom representanter från HR, hälso- och sjukvården, företagshälsovården eller en facklig representant.

Andelen individer som de facto hade en plan för återgång i arbete var dock sannolikt högre eftersom andelen individer som fått någon typ av stöd för att komma åter i arbete var 60 procent.

Figur 3.6 Andel av individer som fått stöd till återgång i arbete av sin arbetsgivare



Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

Det stöd som var vanligast att få var anpassning av arbetstiden. Av de individer som var sjukskrivna på heltid hade en tredjedel fått stöd som inkluderade anpassning av arbetstid, av de som var sjukskrivna på deltid hade två tredjedelar fått stöd som inkluderade anpassning av arbetstid och av dem som redan var åter i arbete var andelen en femtedel.

Av de tillfrågade individerna ansåg cirka 69 procent att de fått det stöd de behöver för att komma åter i arbete och 16 procent ansåg att de inte fått det stöd som de behöver för att komma åter i arbete. Det stöd som efterfrågades ytterligare passade till del in i de kategorier som angetts ovan men individerna fick även själva ange vilket stöd de behövt med egna ord. De angav då att de behövt mer omtanke från så väl arbetsgivare som Försäkringskassan, hjälp med att förmedla information samt administrativ hjälp i processen. En individ uttrycker sig så här:

Önskar bara att allt hade gått lite fortare och att man hade fått mer hjälp, då det känns som att man fick göra så mycket själv fastän att man egentligen inte hade orken.

En fjärdedel av individerna trodde att deras sjukskrivning helt var orsakad av deras arbete och ytterligare en fjärdedel av individerna

trodde att deras sjukskrivning delvis var orsakad av deras arbete. Denna siffra kan jämföras med att arbetsgivare i en undersökning av Svenskt Näringsliv ansåg att arbetslivet är främsta anledningen till sjukskrivning i 2 procent vid psykisk ohälsa och 15 procent vid fysisk ohälsa.³³ Denna uppfattning speglar hur arbetslivet kan vara en av många orsaker till att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Svenskt Näringsliv efterfrågade i sin undersökning även i vilken utsträckning privatlivet eller en kombination av privatliv och arbetsliv är orsaken vilket vi inte gjort, varvid ytterligare jämförelser mellan undersökningarna inte kan göras.

Tabell 3.1 **Möjlighet att återgå till ordinarie arbetsuppgifter samvarierar med sjukskrivningsgrad**

Hel- och deltidssjukskrivnas egen uppskattning av möjlighet att återgå i arbete

	Sjukskriven på heltid	Sjukskriven på deltid
Ja, jag tror att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter	49 %	66 %
Kanske	19 %	19 %
Nej, jag tror inte att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter	32 %	15 %

Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

Alla individer trodde inte heller att de skulle kunna återgå i arbete efter sin period av sjukskrivning. Av de sjukskrivna som givit sin arbetsgivare ett gott omdöme trodde hälften att de skulle kunna komma tillbaka och av de som givit sin arbetsgivare ett dåligt omdöme var det färre som trodde att de skulle kunna komma tillbaka.

³³ Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*, s. 24–25.

Tabell 3.2 Möjlighet att återgå till ordinarie arbetsuppgifter samvarierar med omdöme om arbetsgivaren

Egen uppskattning av möjlighet att återgå i arbete efter vilket omdöme som gavs till den egna arbetsgivaren

	Ja, jag tror att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter	Kanske	Nej, jag tror inte att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter
Mycket dåligt	7 %	27 %	27 %
Ganska dåligt	25 %	17 %	25 %
Varken bra eller dåligt	31 %	11 %	22 %
Ganska bra	51 %	11 %	15 %
Mycket bra	49 %	15 %	14 %

Källa: Utredningens studie av sjukskrivna.

Kontakter med Försäkringskassan för att få information

Vad gäller kontakter med Försäkringskassan hade 72 procent av individerna blivit kontaktade av Försäkringskassan och 58 procent hade själva tagit kontakt med Försäkringskassan. Individerna uppfattade att främsta syftet för Försäkringskassans kontakt var att ge information (59 procent). Hälften av de individer som blivit kontaktade uppfattade att Försäkringskassan tagit kontakt för att utreda rätt till sjukpenning och hälften uppfattade att Försäkringskassan tagit kontakt för att utreda möjlighet att återgå i arbete. Individerna tog själva kontakt för att:

- få information om utbetalning av ersättning i 50 procent av fallen,
- få information om vad som händer i sjukskrivningsärendet i 58 procent av fallen.

Flera individer uppgav också att man tog kontakt med Försäkringskassan för att dubbelkolla att uppgifter blivit rätt och att allt var i sin ordning. Tre individer uttrycker det så här:

Jag skulle fylla i en sjukanmälan och ville ha hjälp hur man fyllde i sig deltidssjuk under vissa perioder för att få det rätt.

Jag trodde att det saknades en del personuppgifter. Men de hade all information de behövde redan.

Jag var tvungen att kontakta dem för att se att jag hade fyllt in min sjukskrivningsansökan rätt.

Det finns således ett stort behov hos individerna av att få just *information* av Försäkringskassan.

Intervjun avslutades med en fråga om det var något annat som individerna ville skicka med utredningen avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Några individer föreslog att sjukvården skulle ges mer ansvar för den initiala arbetsförmågebedömningen. Flera individer efterfrågade mer och bättre samarbete:

- mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården,
- mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen,
- inom Försäkringskassan,
- inom hälso- och sjukvården.

Flera individer påpekade också att processen för individen borde göras enklare:

Man brukar skämta om att man måste vara frisk för att vara sjuk, det är mycket man måste ha koll på. Vilka intyg man måste ha och vart de ska skickas och till vem, vilka man måste kontakta var och sen kontakta nästa, blir ju många telefonsamtal. Ser det nästan som en omöjlighet för någon som gått in i väggen eller har någon sorts av huvudskada att kunna klara av det. Behövs göras enklare eller mer smidigt.

Man måste vara frisk för att vara sjuk. Det är jobbigt med alla samtal och papper, man känner sig som en kontorist. Det är mycket lagar och regler man inte vet om. Det blir man inte friskare av, man blir bara stressad och kan inte koppla av. Man kan inte lägga sig ner och vila som man hade behövt då man är sjuk.

Önskar att det helt enkelt var en lättare process, var mycket att tänka på och mycket som skulle fyllas i. Behöver lite mer fokus från läkare också, kändes som att de inte la ner all energi som de kunde gjort på sjukskrivningen.

Individerna i processen har således önskemål om förbättringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på flera nivåer, alltifrån information om processen, till samverkan mellan aktörerna i processen till lagstiftningen i olika delar av processen.

3.2.2 Individsynpunkter från andra källor

Utredningen har tagit del av individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen från Inspektionen för socialförsäkringen, Försäkringskassan och Sveriges television.

Från Inspektionen för socialförsäkringen har utredningen tagit del av 114 unika individsynpunkter som inkommit till myndigheten under sista halvåret 2018. Inspektionen för socialförsäkringen uppmantrar individer att skicka in synpunkter avseende socialförsäkringen.³⁴ Inspektionen för socialförsäkringen samlar dessa synpunkter och använder dem i sitt tillsynsarbete.

Försäkringskassan har gett utredningen en muntlig sammanfattning av de synpunkter som inkommit till dem. Enligt Försäkringskassan handlar många av de synpunkter de får in om vilken medicinsk kompetens handläggarna har och därmed också om hur Försäkringskassan kan ifrågasätta läkarens bedömning. De får också synpunkter på hur regelverket fungerar i stort.

I månadsskiftet februari/mars 2018 publicerade SVT Nyheter Norrbotten ett antal artiklar och inslag om hur det är att vara sjukskriven. I samband med artikelserien efterfrågades individers erfarenheter av att vara sjukskriven. Vi har tagit del av dessa 281 publicerade individberättelserna som inkom till SVT mellan den 27 februari och den 2 mars 2018.

I sammanfattning pekar individsynpunkterna på återkommande brister på förutsägbarhet i processen och brist på förutsägbarhet vad gäller rätt till ersättning. Många vittnar om hur de farit illa i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det finns individberättelser om att inte få tillräcklig information för att på korrekt sätt skydda sin SGI, om hur det är svårt att förstå att olika aktörer (läkaren, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) kan göra olika bedömningar av arbetsförmåga och om frustrationen i att bli ifrågasatt.

³⁴ www.inspsf.se/om-isf/om-isf/kontakta-oss/synpunkter-pa-socialforsakringen. Hämtad 2020-03-19.

Detta urval av synpunkter från individer är mer negativt inställda till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen än individerna i den undersökning som genomfördes av utredningen. Det bedömer vi beror på att människor som är missnöjda hör av sig till aktörerna ovan i större utsträckning än de som är nöjda med processen. Synpunkterna ger dock utredningen viktiga indikationer om vilka moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som kan vara svåra för individer i processen.

3.2.3 Information från patient- och brukarorganisationer

I början av oktober år 2018 gick utredningen ut med en enkät till 67 patient- och brukarorganisationer som bedömdes att på något sätt beröras av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (se också utredningens Delrapportering). 17 patient- och brukarorganisationer svarade på enkäten.

I enkätsvaren kan utläsas att det finns brister i tilliten till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att det i viss utsträckning finns förväntningar på processen som aktörerna har svårt att möta utifrån nuvarande förutsättningar. Brister som lyfts är exempelvis köer inom vården, att kompetensen inom hälso- och sjukvården gällande diagnostik och behandling lämnar mer att önska, att tillgången till adekvat vård och behandling är ojämnt fördelad över landet, att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör olika bedömningar av arbetsförmåga, att Försäkringskassan har för dålig kunskap om de sjukdomar som organisationernas medlemmar har och att det finns brister i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Konsekvenserna av bristerna är flera, men den konsekvens som nämns oftast är oro för hur försörjningen ska lösas. Det finns i svaren inga uppskattningar av hur vanligt förekommande oro för hur försörjningen ska lösas är, men majoriteten av svarande organisationer vittnar om att den förekommer.

Organisationerna beskriver också hur det är ett problem för individen att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer inte har samsyn om roller och ansvar eller samma mål. En av organisationerna skriver:

Den stora risken är här om olika aktörer ger olika beslut och har olika synsätt. Detta leder till maktlöshet och extra arbete för individen, i en redan besvärlig situation.

Organisationerna ser samverkansbrister mellan hälso- och sjukvård och Försäkringskassan och mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Organisationerna tecknar en önskad process där arbetsgivarna arbetar förebyggande tillsammans med en fungerande företagshälsovård, där individen får snabb vård och rätt diagnos, där det finns möjligheter att trots medicinska hinder kunna stanna kvar hos ordinarie arbetsgivare, där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör samma bedömning av arbetsförmåga och där individen får hjälp i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen – och tillbaka till Försäkringskassan igen om Arbetsförmedlingen bedömer att arbetsförmågan inte är tillräcklig. Organisationerna önskar också en ökad flexibilitet vad gäller nivåer för sjukpenning och förläggning av arbetstid vid deltidssjukskrivning.

Vid tolkningen av enkätsvaren bör noteras att vi huvudsakligen efterfrågat just brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

3.3 Utredningens slutsatser

Bedömning: Med anledning av de synpunkter individer har på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns områden som vi bedömer som särskilt angelägna att prioritera om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli mer välfungerande:

- att öka förutsägbarheten i processen för individen, till exempel genom att minska oförutsägbarhet vad gäller rätt till ersättning och att minska risken för motstridiga besked,
- att öka begripligheten kring ansvarsfördelning och stödjande insatser i processen,
- att möta individers behov av ett gott bemötande,
- att möta individers behov av stöd vad gäller att överföra information mellan aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- att möta individers behov av stöd när sjukpenning nekas.

Av de synpunkter utredningen tagit del av framgår det att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen rymmer både individer som är nöjda med det stöd de fått och individer som inte är nöjda med det stöd de fått genom processen. Det finns en stor samstämmighet i synpunkterna från individer i processen oavsett källa. Att individsynpunkterna inhämtats från olika källor stärker utredningens slutsatser. Individernas upplevelser av det som fungerar mindre bra i processen bekräftas också i utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

3.3.1 För de flesta fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl

För de flesta individer fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl. I den intervjuundersökning vi lät göra framgår att en stor andel av de tillfrågade är nöjda med det stöd de får i processen. Nästan 70 procent var nöjda med det stöd för återgång i arbete de fått av arbetsgivaren. Många individer får också stöd av sin arbetsgivare för återgång i arbete. Arbetsgivaren hade gett någon typ av stöd för återgång i arbete till 60 procent av individerna i vår undersökning.

I den statistik vi fått från Försäkringskassan kan konstateras att hälften av alla individer som fick sjukpenning år 2018 hade avslutat sitt sjukfall inom 1–2 månader. Många individer, 70 procent, avslutar också sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess utan särskild åtgärd från Försäkringskassan.

I processen finns också individer som inte får det stöd de anser sig behöva för att komma åter i arbete. I vår intervjuundersökning ansåg 16 procent att de inte fått de stöd de ansåg sig behöva. Vi kan också konstatera att det är en liten andel av de individer som har långa sjukfall som går in i det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (läs mer om det i avsnitt 7.1.6). Nedan utvecklar vi vad de individer som vill ha mer stöd i processen anser sig behöva.

3.3.2 Individer uttrycker missnöje över lagstiftningen

Många individsynpunkter som kommit utredningen tillhanda handlar om missnöje över sjukförsäkringens konstruktion. Individer beskriver, på olika sätt, att de har svårt att acceptera att deras arbetsförmåga inte längre bedöms i relation till deras ordinarie arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan utan att de då ska bedömas i relation till *normalt förekommande arbete*. Vi kan konstatera att denna gräns i rehabiliteringskedjan upplevs som ett ”hot”.

Individer uttrycker också att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågans nedläggning än vad deras behandlande läkare gör. Mot bakgrund av de individsynpunkter vi tagit del av kan vi konstatera att denna diskrepans skapar frustration bland många individer i processen.

Mycket av missnöjet avseende lagstiftningens konstruktion är kopplat till oro gällande rätt till ersättning. Individen vill att tillräcklig tid för rehabilitering ska ges inom ramen för tid med rätt till sjukpenning. Många av de individsynpunkter som avser sjukförsäkringens konstruktion tas om hand inom ramen för utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Utredningen har till uppgift att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning och kartlägga om det nuvarande regelverket ger ett tillräckligt utrymme för att försäkrades arbetsförmåga ska kunna tas till vara fullt ut. *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* kommer med sitt slutbetänkande senast den 30 april 2020.³⁵

3.3.3 Individen efterfrågar en mer förutsägbar process

Baserat på samstämmiga beskrivningar från olika källor är utredningens ställningstagande att upplevelsen av oförutsägbarhet i processen är så pass allvarlig att problemet behöver tas om hand. I vår analys av individens upplevelse är bristande förutsägbarhet det mest tydliga fyndet. Individer beskriver brist på förutsägbarhet som kontraproduktivt för deras rehabilitering tillbaka till arbete. Brist på förutsägbarhet beskrivs handla om flera olika saker. Det handlar om en oro för försörjningen per se men också oro kring vilken aktör som

³⁵ Dir. 2019:105. Tilläggsdirektiv till Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05).

ansvarar för vilka moment i processen samt om tillräcklig tid för rehabilitering kommer att ges inom ramen för tid med sjukpenning.

Utredningen har tagit del av åtskilliga individberättelser om oförutsägbarhet i processen. Även i utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer framkommer att individen upplever oförutsägbarhet. Vi har inte explicit ställt frågan om processen är förutsägbar eller inte till individer eller brukarorganisationer, utan denna synpunkt dyker upp som bifynd.

Individen behöver större förutsägbarhet gällande ersättning och sin försörjning

Att individer oroar sig för sin försörjning är vanligt förekommande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och handlar i huvudsak om oro för att man inte ska få sjukpenning. Det finns flera skäl till att det upplevs som oförutsägbart huruvida man kommer att få ersättning från sjukförsäkringen eller inte. Ett skäl kan vara att det saknas förståelse för att försäkringen inte ger ersättning till dess att man är frisk utan ger ersättning till dess man bedöms ha återfått arbetsförmåga trots sina besvär på grund av sjukdom. Detta får som konsekvens att förväntningarna på försäkringen i vissa fall inte kan uppfyllas.

Ett annat skäl till att försäkringen upplevs som oförutsägbar är att sjukpenning bara kan beviljas i efterhand för de dagar då arbetsförmågan varit nedsatt på grund av sjukdom. I praktiken kan det dock vara så att individen när hen söker sjukpenning första gången, i väntan på ett beslut, har avstått från att arbeta de dagar hen varit sjukskriven vilket kan innebära att ersättning helt uteblir i de fall där sjukpenning nekas. Detta problem kan förvärras av att det i genomsnitt tar 30 dagar för Försäkringskassan att handlägga sjukpenningärenden.³⁶ I synpunkterna som lämnats av individerna syns också ett missnöje med långa handläggningstider. Under den tiden som det tar för Försäkringskassan att handlägga ärendet så har individen oftast stannat hemma från sitt arbete. Om Försäkringskassan kommer fram till att rätt till sjukpenning inte finns får inte individen ersättning för den tid som passerat. Det är därför viktigt att handläggningen är så skyndsam som möjligt och att Försäkringskassan

³⁶ Försäkringskassan (2019), *Försäkringskassans årsredovisning 2018*, s. 41.

och hälso- och sjukvården i så stor utsträckning som möjligt har sam-syn. Då det gäller sjukfall som pågår så kan dock Försäkringskassan bevilja sjukpenning under utredningstid, vilket gör att individen inte nekas sjukpenning retroaktivt i ett pågående sjukfall.³⁷

Individen behöver få möjlighet att förutse vad som kommer att hända i processen

Individer beskriver oförutsägbarhet som har med förståelse för processen att göra. Det handlar om information om vilken aktör som ska göra vad vid vilken tidpunkt. Det handlar om att förstå vad som kommer hända – att processen är begriplig. Enligt vår undersökning vänder sig individen ofta till Försäkringskassan för att få information. Drygt hälften av individerna i vår intervjuundersökning hade själva tagit kontakt med Försäkringskassan för att få mer information om sitt ärende. En tydlig planering är, enligt individen, något som underlättar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Enligt utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer så förväntar sig ibland också exempelvis arbetsgivare och behandlande läkare information om processen från Försäkringskassan. Vi kan konstatera att denna uppgift tar resurser i anspråk hos Försäkringskassan.

Individer nämner också kontinuitet i kontakter som viktigt. Även kontinuitet har med förutsägbarhet att göra. Att ha samma läkar-kontakt eller samma handläggare hos Försäkringskassan över tid skapar trygghet hos individen. I avsnitt 5.8.2 beskriver vi hur en hög personalomsättning också kan vara ett problem i samverkan mellan aktörerna.

Motstridiga besked ges till individen

Utredningen bedömer att oklarheter vad gäller aktörernas roller och ansvar leder till osäkerhet hos individen. I de synpunkter utredningen fått från individer går att utläsa att individen har svårt att förutsäga vad som ska komma att hända i processen när hen får olika besked om vad som kommer att ske från olika aktörer. Ett exempel är ansvaret för arbetsplatsinriktad rehabilitering. Eftersom arbets-

³⁷ 110 kap. 13 a § SFB.

givaren har ett långtgående rehabiliteringsansvar på arbetsplatsen kan de andra aktörerna hänvisa individen till arbetsgivaren för att åtgärder ska vidtas. Individen kan också bli hänvisad till Försäkringskassan, eftersom de har samordningsansvaret för de olika rehabiliterande insatserna. Individen, som inte kan förväntas förstå alla aspekter av det uppdelade ansvaret får av naturliga skäl svårt att förstå vilken aktör som har ansvar att hjälpa dem.

Ytterligare en motstridighet som ofta nämns i de individsynpunkter som kommit utredningen tillhanda är att individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör olika bedömningar av arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen har inte i uppdrag att göra en bedömning av individens arbetsförmåga, något vi diskuterar i avsnitt 5.5.2, men detta är svårt för individerna att förstå, varvid osäkerhet i processen skapas.

Besked som upplevs som motstridiga gör processen svår att förstå för individen.

Det finns, som beskrivet ovan, också ett tydligt missnöje med att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av individens arbetsförmåga än den bedömning den behandlande läkaren gör. Det är svårt för individen att förstå att bedömningarna kan skilja. Ur individens perspektiv är det läkarens bedömning som borde vara gällande med anledning av att det är läkaren som träffat och undersökt individen. Att bedömningarna skiljer med anledning av att Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens uppdrag är olika kan naturligtvis vara svårt för individen att förstå.

Också i de fall där aktörerna har överlappande ansvar finns det risk att det skapas oförutsägbarhet. I avsnitt 5.2.3 finns beskrivet hur aktörernas planer för återgång i arbete kan skapa osäkerhet för individen.

Individerna efterfrågar i enlighet med ovanstående också, på frågan om det fanns något annat att tillägga, bättre samarbete och bättre samstämmighet mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

3.3.4 De individer som behöver mer stöd efterfrågar ett stöd som ingen aktör har ett uttalat ansvar att ge

I utredningens intervjuundersökning ställde vi frågor om vilket stöd individen skulle behöva för återgång i arbete (avsnitt 3.2.1). Svaren på frågan handlar till del om att få hjälp med att administrera olika moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis intygshanteringen. Individerna beskriver hur de har svårt att förstå och orka med den administration som behövs inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under den tid då deras sjukdom påverkar ork och förmåga. Utredningen har fått ta del av berättelser där individer med anledning av att de, inte till fullo förstår vad som behöver göras inom ramen för processen, förlorar sin rätt till ersättning eller sin SGI. Det har exempelvis handlat om individer som, på grund av psykisk sjukdom, inte skickar in läkarintyg så att rätt till sjukpenning kan ges eller som inte ansöker om rätt förmåner.

Många individer beskriver också hur ett gott bemötande, i form av visad omtanke, från arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassans handläggare har en positiv effekt. Många individer beskriver också det motsatta, att brist på omtanke är något negativt. Detta visar på betydelsen av ett gott bemötande. Det handlar inte om att bedömningar och beslut ska falla ut på ett sätt som individen önskar, det handlar om att bli bemött med respekt, att känna att man blir trodd på och att man blir lyssnad till.

3.3.5 Individer som nekats ersättning från sjukförsäkringen vill ha mer stöd

Individer signalerar tre olika typer av problem när sjukpenning nekats. För det första handlar det, som ovan beskrivet, om ett missnöje när förväntningarna på vad sjukförsäkringen omfattar inte överensstämmer med nuvarande lagstiftning. För det andra handlar det om att individer inte upplever processen som välfungerande vid överlämningen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det handlar både om arbetsförmågebegreppet och om risken att förlora sin SGI i övergången. Denna problematik beskrivs i större detalj i kapitel 5 och 7.

För det tredje upplever individer som nekats sjukpenning, enligt vår analys, att det är svårt att få nekade beslut ändrade vid ompröv-

ning eller överklagande till förvaltningsdomstol. Individer som får nekad sjukpenning har möjlighet att ansöka om att få sin ansökan omprövad. Försäkringskassan ska då göra en ny och förutsättningslös prövning av rätten till sjukpenning. Andelen ärenden som ändras vid omprövning har legat mellan 5 och 13 procent under åren 2015 till 2018.³⁸ Får individen ingen sjukpenning efter omprövning så kan individen överklaga Försäkringskassans beslut till förvaltningsrätterna. Andelen ärenden som ändras i domstol har legat kring 15 procent under samma tidsperiod.³⁹

Även om såväl Försäkringskassan⁴⁰ som domstolarna⁴¹ har en skyldighet att hjälpa individen att driva sitt eget fall så upplever många individer, enligt de synpunkter vi fått ta del av, sig utlämnade i denna process. Individer upplever en inbyggd maktobalans där Försäkringskassan har jurister och den enskilde står sig liten mot staten.

Det finns redan i dag möjlighet att ansöka om rättshjälp vid tvist i förvaltningsrätten om rätt till sjukpenning. När rättshjälp har beviljats enligt rättshjälplagen (1996:1619), betalar staten kostnaderna för rättshjälpsbiträde. Det finns dock villkor som måste vara uppfyllda för att rättshjälp ska kunna beviljas.⁴² Behovet av biträde ska bedömas utifrån den rättssökandes möjligheter att själv ta tillvara sina intressen. Ärendets svårighetsgrad ska vägas mot den rättssökandes personliga kvalifikationer. Den rättssökandes fysiska och psykiska tillstånd är därmed av betydelse. Hos Rättshjälpsmyndigheten har under perioden 2017 till 2018 fattats 30 beslut att inte bevilja rättshjälp i angelägenheten sjukförsäkring och två har beviljats.⁴³ Det är således få som ansöker om rättshjälp och ytterst få som beviljas rättshjälp.

³⁸ Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

³⁹ Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

⁴⁰ Förvaltningslag (2017:900) 6 §.

⁴¹ Se t.ex. prop. 1971:30 Del 2 s. 278 f, jfr t.ex. prop. 1994/95:27 s. 141 och prop. 1995/96:22 s. 79. och se t.ex. RÅ 2002 ref. 29 om anteckningar på ett delgivningskvitto.

⁴² Rättshjälp får beviljas i rättslig angelägenhet om den rättssökande behöver juridiskt biträde utöver rådgivning och detta behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Vidare får rättshjälp beviljas endast om det med hänsyn till angelägenhetens art och betydelse, tvisteföremålets värde och omständigheterna i övrigt är rimligt att staten bidrar till kostnaderna (6–8 §§). Rättshjälp får beviljas en fysisk person endast om personens ekonomiska underlag inte överstiger 260 000 kronor (38 §).

⁴³ Inkommen uppgift från Chefsjurist Rättshjälpsmyndigheten. E-post 10 december 2018.

4 Samverkan i teori och form

I kapitlet utvecklar vi vår syn på, och förståelse för, samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi ger en översiktlig beskrivning av sektorisering av offentlig verksamhet som en utgångspunkt för samverkan. Därefter redogör vi för teoretiska perspektiv av samverkan, bland annat med en genomgång av kända hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Det teoretiska avsnittet avslutas med en sammanfattning av hur principer för styrning inom statsförvaltningen påverkar samverkan och sådana rekommendationer som lagts fram under senare år i syfte att utveckla en styrning som stödjer samverkan.

Den andra halvan av kapitlet är en genomgång av de faktiska former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som vi identifierat i vårt arbete. Vi beskriver nationella samverkansgrupper och överenskommelser, men också strukturer för regionala överenskommelser mellan aktörerna. Med utgångspunkt i befintliga samverkansstrukturer redogör vi för överenskommelser som ett medel för samverkan och betydelsen av upparbetade kontaktvägar mellan aktörerna. Med utgångspunkt i materialet drar vi slutsatser om både sådant som fungerar bra och utvecklingsområden för samverkan.

4.1 Samverkan

I avsnitt 1.3 presenterade vi vår syn på samverkan som *en gränsöverskridande aktivitet där minst två aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen agerar gemensamt med ett visst syfte*. Vi uppfattar det som en konventionell definition som går i linje med hur begreppet i

allmänhet definieras.¹ Genom att betona samverkan som en gränsöverskridande aktivitet vill vi tydliggöra att samverkan sker mellan aktörer med olika uppdrag och expertis som möts över någon form av organisatorisk gräns för att komplettera varandras perspektiv och resurser. Samverkan gör det därmed möjligt för aktörer att gemensamt nå ett mål som inte är inom räckhåll för den enskilda aktören.

I samverkanslitteraturen särskiljs ibland samverkan från samordning.² Samordning beskrivs framför allt ske horisontellt, mellan aktörer, och med tyngdpunkt på att tydliggöra var den ena aktörens ansvar slutar och den andres tar vid. Samordning kan i vissa fall ses som en enklare form av samverkan, där samverkan ställer högre krav på integrering, i betydelsen att aktörerna konkret arbetar tillsammans med syfte att nå ett gemensamt mål.³ Litteraturen är dock ej entydig i sin syn på begreppen och de teoretiska distinktionerna har i många fall marginell praktisk betydelse.⁴ I flera sammanhang används därför begreppet samverkan på det sätt som vi har valt att använda det i utredningen, som ett samlande begrepp för olika gränsöverskridande aktiviteter som kan omfatta samordnande inslag.

4.1.1 Behovet av samverkan - sektorisering av offentlig verksamhet

Den offentliga förvaltningen är sektoriserad med betydelsen att den är organiserad i specialiserade funktioner med kompetens inom avgränsade områden.⁵ Den medborgare som behöver hjälp att hitta rätt på arbetsmarknaden vänder sig till Arbetsförmedlingen, den som har frågor om sin deklaration till Skatteverket och den som vill anmäla ett brott till Polisen. Att offentliga aktörer är sektorsindelade ses troligen som en självklarhet av de allra flesta och det finns också

¹ Svensk ordbok (2009) definierar samverkan som *ett gemensamt handlande för visst syfte*. Se även Axelsson, R. och Axelsson B, S. (2013) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. i Axelsson, R. och Axelsson B, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur, s. 18 f.

² Axelsson, R., & Axelsson S. B., (2008): "Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning" i Axelsson, R. och Axelsson S. B., (red.): *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Lund: Studentlitteratur.

³ Westrin, C.-G., (1986), *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser*. Socialmedicinsk tidskrift 63(7-8): 280–285.

⁴ Feltenius, D., (2019), *Fortfarande mellan stolarna? Om samverkan mellan statliga myndigheter inom sjukförsäkringen*, Statsvetenskapliga institutionens skriftserie 2019:3, Umeå universitet.

⁵ Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 19 f.

många fördelar med sektorisering. Att samla specialister med ett avgränsat uppdrag i en organisation bekräftar och stärker specialistens roll och ökar organisationens förmåga att effektivt lösa sina sektors-specifika uppgifter.⁶ Det bidrar därmed också till utvecklingen av professioner med en gemensam kunskapsbas, förhållningssätt, värderingar och regler.

Sektorsindelning har många fördelar som organisatorisk princip för offentlig förvaltning, men det finns också nackdelar. Med hög specialistkunskap tappar sektoriserade organisationer en del av sin förmåga till helhetssyn.⁷ Ett stort antal specialiserade aktörer ökar också risken för överlappande ansvar eller glapp i ansvaret med följd att individer ”faller mellan stolar”.⁸ Sektorsövergripande dialog blir lidande till följd av svårigheter att förstå varandras utgångspunkter och perspektiv.

Sammanfattningsvis tenderar sektorsindelade myndigheter att bli duktiga på sin egen verksamhet, men riskerar samtidigt att förlora förmågan att se helheten och bedriva sektorsövergripande arbete.

Som en följd av ökad sektorisering ökar behovet av samverkan och samarbete mellan myndigheter. Det uppdelade ansvaret kräver att aktörerna agerar gemensamt och inhämtar varandras kunskap och expertis. Många av de utmaningar som samhället och enskilda myndigheter har att hantera kräver helt enkelt att flera aktörer samverkar och hjälps åt. Även om sektorisering inte är att betrakta som ett generellt problem, utgör sektoreringen en förutsättning för aktörer och samhället att hantera i ett sammanhang där behovet av helhetssyn växer.⁹

⁶ Fransson, M., et al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 19.

⁷ Fransson, M., et al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 21.

⁸ Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 25 ff.

⁹ Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 33 ff.

4.1.2 Strukturell och operativ samverkan

Samverkan kan delas upp i strukturell och operativ samverkan.¹⁰ Strukturell samverkan fokuserar på frågor om hur samverkan styrs och organiseras. Det handlar om att genom klarlägga vad som ska uppnås, vilka prioriteringar som ska göras, vilka roller och ansvarsområden som olika aktörer har i samverkan och på vilket sätt samverkan ska gå till. Andra syften med strukturell samverkan är att ta fram strategier för hur problem i samverkan ska hanteras och i de fall där problemen inte kan hanteras av den som identifierat dem, hur de ska eskaleras till rätt nivå. Strukturell samverkan kan också bidra till att forma en kultur som underlättar operativ samverkan genom att stärka normer, värderingar och agerande som prioriterar samverkan. Operativ samverkan är samverkan i det praktiska utförandet av arbetsuppgifter och är i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen individnära och ofta med syfte att direkt stödja individen. Samverkan kan ske både inom och mellan organisationer.

4.2 Teoretiska perspektiv på samverkan¹¹

I det här avsnittet presenteras utredningens sammanställning av kunskap om samverkan. Ekonomistyrningsverket (ESV) beskriver betydelsen av samverkan mellan myndigheter och samverkan mellan myndigheter och andra aktörer som ett medel för en effektivare statsförvaltning. Utifrån de fall som ESV granskat dras slutsatsen att ett vanligt hinder för samverkan är att inblandad myndighet måste gå utanför sitt vanliga ansvarsområde och ta ett vidare ansvar för individen och/eller samhället. Framgångsfaktorer handlar om att låta samhällsnyttan, snarare än myndighetens eget uppdrag, vara vägledande. När detta kan åstadkommas och myndigheterna kan föra en diskussion om problem och lösningar ur ett målgruppsperspektiv konstaterar ESV att det finns stora möjligheter till effektivisering.¹²

¹⁰ Se till exempel Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap eller Axelsson, R., och Axelsson, B. S., (2013) *Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar*. I Axelsson, R. och Axelsson B. S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur, s. 23 ff.

¹¹ En kortare version av detta kapitel är tidigare publicerad i utredningens delrapport, *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess* S 2018:06.

¹² www.esv.se/statlig-styrning/effektivisering/tillvagagangssatt/samverkan/.

Hämtad 2020-03-19.

Utredningens syfte med att se över och sammanställa vetenskaplig kunskap inom området har varit att skapa en teoretisk utgångspunkt för analys av samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I praktiken har det gett oss en modell för att på ett informerat sätt kunna identifiera och förstå de underliggande mekanismer som kan förklara varför samverkan brister.

Som en del av utredningens utåtriktade arbete har vi vid flertalet tillfällen presenterat och diskuterat den kunskapssammanställning som vi beskriver nedan. Vår uppfattning är att det har varit uppskattat och att det finns en efterfrågan på denna typ av vetenskapligt förankrad kunskap om samverkan. I huvudsak har vi fått bekräftat att sammanställningen väl beskriver de utmaningar som aktörerna upplever i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En reflektion är att sammanställningen uppfattas ha bidragit till bra och sakliga diskussioner. Det är möjligt att en gemensam kunskapsbaserad syn på samverkan kan underlätta dialogen mellan aktörerna.

4.2.1 Olika former av samverkan

Samverkan kan yttra sig och organiseras på många olika sätt. Den kan vara resultatet av frivilliga initiativ från myndigheter eller ett utfall av styrning genom regeringsuppdrag eller lagstiftning. Frivillig samverkan är vanligt och motiveras ofta av att samverkan ökar myndighetens möjlighet att lösa sitt uppdrag effektivt, att skapa fördelar för staten som helhet eller att sänka kostnader.¹³

I texten nedan redogörs för sju former av samverkan som identifierats i en internationell kunskapsöversikt av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering¹⁴. Tanken är att på detta sätt redogöra för hur olika former av samverkan kan sorteras och beskrivas ur ett teoretiskt perspektiv. Utredningen återkommer senare i detta kapitel, i avsnitt 4.3, till en redogörelse för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i dag.

Samverkan sorteras här utifrån grad av krav på sammanslagning av samverkande organisationer. Beskrivningen inleds med den form av samverkan som ställer minst krav på sammanslagning – informell kontakt mellan professionella – och avslutas med den form av sam-

¹³ Statskontoret (2017), *Frivillig samverkan mellan myndigheter*, s. 237 ff.

¹⁴ Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

verkan som går längst mot sammanslagning – finansiell samordning av medel. I praktiken sker samverkan mellan aktörerna ofta genom flera av formerna parallellt.

1. Den enklaste och vanligaste formen för samverkan är den informella kontakten mellan professionella. Att kontakta varandra för att ta del av varandras expertis eller för att utbyta relevant information.
2. Case managers som används för att stödja och samordna insatser kring en individ.
3. Olika former av flerpartsmöten som kan syfta till att planera gemensamma aktiviteter eller etablera samsyn mellan aktörerna.
4. Gränsöverskridande team eller arbetsgrupper med deltagare från olika aktörer som stödjer varandra eller tar sig an gemensamma aktiviteter.
5. Partnerskap mellan aktörer kännetecknas av formell överenskommelse, exempelvis genom kontrakt, där aktörernas roller och åtaganden framgår.
6. Samlokalisering av aktörer där exempelvis myndigheter samlokaliserar sina verksamheter.
7. Finansiell samordning som handlar om att gemensamt finansiera verksamhet.

De sju formerna för samverkan kan grovt sorteras i strukturella och operativa. Strukturella former är sådana som syftar till att skapa struktur för samverkan; case managers, partnerskap, samlokalisering och finansiell samordning. Operativa former för samverkan sker mellan professioner och yrkesgrupper, genom informell kontakt, flerpartsmöten och gränsöverskridande team.¹⁵

¹⁵ Axelsson, R., och Axelsson, B. S., (2013) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I Axelsson, R. och Axelsson B, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur, s. 23 ff.

4.2.2 Hinder och framgångsfaktorer för samverkan

I litteraturen identifieras flera hinder och framgångsfaktorer för samverkan.¹⁶ Kunskapsläget medger ingen analys som viktat framgångsfaktorernas eller hindrens relativa påverkan på samverkan. Snarare kan det antas att hur viktig en viss faktor är beror på kontexten för samverkan. Det kan dock noteras att kulturella skillnader betraktas som särskilt svåra att motverka.¹⁷

Faktorer som hindrar samverkan

Bristande stöd

Skulle också kunna kallas bristande resurser då kategorin beskriver ansvariga handläggares och specialisters upplevelse av bristande tid för samverkansaktiviteter, bristande ekonomiska resurser eller bristande intresse för samverkan inom den egna organisationen. De brister som beskrivs här relateras till brister i samsyn mellan handläggare och specialister å ena sidan och ledning å andra sidan. Det kan i sin tur handla om att ledningsfunktioner underskattar de resurser som krävs för fungerande samverkan. Det kan också handla om att andra frågor än samverkan har högre prioritet.

Bristande kontinuitet

Avsaknad av kontinuitet i arbetet kan bottna i hög personalomsättning eller att individen har flera olika behandlare involverade i rehabiliteringen vilket kan ha en negativ påverkan på kontinuitet i rehabiliteringen. Fysiskt avstånd mellan samverkande aktörer kan också leda till brist i kontinuitet.

¹⁶ Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

¹⁷ Andersson, J., et al., *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care 2011 (11).

Bristande incitament

Ur organisatoriskt perspektiv är risk för ekonomiskt ofördelaktiga utfall, såsom risk för kostnadsöverföringar mellan organisationer, ett negativt incitament som kan utgöra allvarligt hinder för samverkan.

Strukturella skillnader

Skillnader handlar i detta sammanhang om att aktörer som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering har olika uppdrag, olika roller och ansvarsområden och agerar under olika regelverk. Dessutom förändras aktörernas strukturer löpande, vilket kan bidra till oförutsägbarhet och ha en negativ påverkan på långvarigt engagemang i samverkan.

Kulturella skillnader

Kulturella skillnader utgör ett hinder på så sätt att samverkan sker mellan organisationer och professioner som utvecklat egna synsätt, språkmönster, attityder och beteendemönster som utgår från det egna uppdraget. Kulturella skillnader kan också ligga till grund för skillnader i aktörernas status i samverkansprocessen. Kulturella skillnader kan hanteras genom att samverkande aktörer etablerar en gemensam kultur och gemensamma mål inom ramen för samverkan.

Bristande kunskap och förtroende

Bristande kunskap om andra aktörer, deras kompetens och uppdrag, kan utgöra hinder för samverkan. Det kan också finnas förutfattade meningar om en central profession eller organisation. Brister i kunskap relaterar till brister i förtroende, vilket är ett hinder som beskrivs i flera studier och kan skapa stora svårigheter i samverkan. Att etablera kunskap och förtroende mellan aktörerna i samverkan kan ta stora resurser och tid i anspråk.

Bristande kommunikation

Bristande kommunikation kan hänga samman med oklarhet i roller och ansvar i samverkan eller med ovan beskrivna brister i kunskap om och förståelse för andra aktörer. I praktiken kan detta innebära att enskilda handläggare eller specialister tolkar riktlinjer för samverkan på olika sätt eller att det finns olika uppfattning om vad målet med samverkan är.

Revirtänkande

Revirtänkande uppstår då aktörerna prioriterar den egna organisationens eller professionens mål och intressen till nackdel för andra aktörer och professioner. I sådana fall finns risk för intressekonflikter för målgruppen.

Ledarskap

Ledarskap kan utgöra ett hinder för samverkan om det inte är anpassat till den arbetsprocess som samverkan utgörs av och om ledarskapet inte klarar att respektera och balansera de ingående aktörernas och professionernas roller.

Faktorer som främjar samverkan

Kunskapsöversikten identifierar ett flertal faktorer som främjar samverkan vilka här presenteras översiktligt i punktform:¹⁸

- att aktörerna klart definierat vilken målgrupp som ska omfattas av samverkan,
- att relevanta aktörer (med utgångspunkt i individens behov) involveras i samverkan,
- att samverkan har en stark förankring och ett starkt stöd på samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer,
- tillräckliga resurser och tid för samverkan,

¹⁸ Andersson, J, et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

- möjligheter till samlokalisering eller annan fysisk närhet,
- tydliga incitament för medverkande aktörer där aktören ser att samverkan skapar ett tydligt mervärde snarare än att samverkan är ett självändamål,
- en gemensam utgångspunkt för samverkan i form av förtroende mellan aktörerna, samsyn kring målgruppens behov av stöd, gemensamt mål och syfte samt gemensam terminologi och syn på samverkan,
- att samverkan formaliseras och att det etableras ett gemensamt arbetssätt och systematik kring samverkan. Exempelvis genom att tydliggöra roller i samverkan. Detta kan göras genom formella överenskommelser eller genom gemensam planering,
- ett ledarskap som ger stöd till de som engagerar sig i samverkan och som inte motverkar samverkan genom att bevaka revir,
- gemensamma utbildningsinsatser vilket ger förutsättningar att skapa samsyn om roller och uppdrag.

4.2.3 Styrning och samverkan

Samverkan är en horisontell process. Definitionsmässigt skapas värdet av samverkan i de sammanhang där aktörers ansvarsområdens möts och yrkesgrupper med olika expertis agerar gemensamt för att uppnå sådant som de var och en för sig inte har förmåga att uppnå. Som vi redogör för ovan är frågor om ömsesidigt förtroende, samsyn kring hur samverkan ska gå till och ett engagemang och vilja att se till det gemensamma, snarare än det egna stupröret, viktiga aspekter för välfungerande samverkan.

Även om samverkan ofta påtalas som viktigt för myndigheternas, och andra aktörers, uppdrag, finns det kritik mot hur styrning av offentliga aktörer skapar förutsättningar för (eller stjälper förutsättningar för) samverkan. Statskontoret redogör för mekanismer i mål- och resultatstyrning som kan bidra till att förstärka sektoriseringsproblem och aktörernas fokus på det egna stupröret.¹⁹ Det handlar om (1) bristande samstämmighet i samverkande aktörers mål, (2) rubricering av samverkansmål på ett sätt som signalerar att de är

¹⁹ Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoriseringsproblem*, s. 9 f.

mindre viktiga, (3) för vaga och för många mål, (4) att myndigheternas konkretisering av mål gör att samverkan prioriteras bort och (5) att återrapporteringskrav leder till prioritering som inte gynnar samverkan. En gemensam nämnare för flera av mekanismerna är att samverkan är svårt att mäta och därmed svårt att redovisa effekter av. Resultatstyrning riskerar då att rikta fokus mot sådana mål som kan mätas. För myndigheter och andra offentliga aktörer som ofta agerar i komplexa sammanhang och behöver balansera delvis motstridiga mål riskerar samverkan att ”konkurreras ut” av sådana mål som är lättare att mäta.²⁰ Med en liknande utgångspunkt resonerar författarna till en forskningsrapport från Tillitsdelegationen att samverkan kan vara förenat med risk för uteblivna resultat (eller åtminstone svårigheter att kunna visa på resultat). Därmed kan det vara rationellt för aktörer med ett utpräglat resultatansvar att undvika komplexa och ”osäkra” uppgifter som omfattar samverkan, och fokusera på mätbara aktiviteter som kan kontrolleras inom ramen för den egna organisationen.²¹

Samverkan ställer mycket höga krav på styrning och ledning. Risken är att samverkan påtalas som viktigt, men att det som påtalas inte motsvaras i styrningen. Här spelar regeringskansliet en viktig roll som regeringens verktyg att skapa förutsättningar för myndigheter att genomföra regeringens politik. Statskontoret betonar i en rapport från 2014 behovet av att regeringen utvecklar en mer sammanhållen styrning som tar utgångspunkt i system snarare än enskilda myndigheter.²² Behovet kan tillgodoses av gemensamma uppdrag, samordning av mål och av gemensamma dialoger mellan de departement och myndigheter som ingår i systemet.²³ Några år senare, 2016, föreslog statskontoret att regeringen ser över hur en utveckling av sammanhållen styrning inom regeringskansliets kan främjas.²⁴

²⁰ Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoriseringsproblem*, s. 10.

²¹ Fransson, M., et al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 26.

²² Med system avses här ett område, till exempel en värdeskapande process, där flera olika delar (aktörer eller aktörers uppdrag) funktionellt binds samman till en helhet.

²³ Statskontoret (2014), *Att effektivisera system. Om förutsättningar och möjligheter att använda systemperspektivet för att effektivisera statlig kärnverksamhet*, s. 79 f.

²⁴ Statskontoret (2016), *Utvecklad styrning – om sammanhållning och tillit i förvaltningen*, s. 8.

4.3 Former för samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Bedömning: Överenskommelser och samverkansgrupper bidrar till bättre förutsättningar och struktur för samverkan. Samverkan på nationell nivå riktas mot avgränsade områden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och omfattar oftast bara två aktörer. Det finns i dag inget uppdrag till aktörerna att samverka med varandra för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera.

Avsnittet beskriver former för samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Flera av de former som tas upp i den teoretiska genomgången om samverkan ovan återfinns också inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis överenskommelser och finansiell samordning. Här beskrivs också en del av de befintliga kontaktvägarna mellan aktörerna och vikten av att de fungerar.

4.3.1 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras på olika sätt

En del samverkan inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag, i förordningar, i forskrifter, i regleringsbrev och i regeringsuppdrag. Av förvaltningslagen framgår att en myndighet inom sitt verksamhetsområde ska samverka med andra myndigheter.²⁵ Myndigheters skyldighet att samverka styrs också genom myndighetsförordningen, av vilken det framgår att:

Myndigheten skall verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.²⁶

²⁵ 8 § förvaltningslag (2017:900).

²⁶ 6 § andra stycket myndighetsförordning (2007:515).

I instruktionerna för Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket framgår att myndigheterna:

ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.²⁷

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska med samma syfte:

träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Förordning (2016:11).²⁸

Försäkringskassan ska också samverka med:

berörda myndigheter, kommuner och landsting samt andra berörda parter för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och därvid särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs.²⁹

Enligt 8 § AFS 1994:1 *Arbetsanpassning och rehabilitering* ska arbetsgivares verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering organiseras så att den kan bedrivas i samarbete med Försäkringskassan och myndigheter som är berörda.³⁰

När det gäller samverkan i individärenden ska Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken (SFB), om individen medger det, i arbetet med rehabilitering samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade.³¹ Regionerna har i och med den nya lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som trädde i kraft den 1 februari 2020, en skyldighet att samverka med andra aktörer när det gäller sjukskrivna patienter som erbjuds koordineringsinsatser för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet.³²

Utifrån lagen om finansiell samordning kan kommuner, regioner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan sedan 2004 samverka finansiellt inom rehabiliteringsområdet och de fyra parterna kan

²⁷ 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket, 3 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan och 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

²⁸ 5 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan och 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

²⁹ 5 § förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

³⁰ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

³¹ 30 kap. 10 § SFB.

³² Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

bilda samordningsförbund. Syftet med lagen är att uppnå effektiv användning av resurser inom rehabiliteringsområdet. Insatserna inom den finansiella samordningen ska enligt lagen avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och ska syfta till att dessa individer ska uppnå eller förbättra sin förmåga att utföra förvärvsarbete. I dag finns 83 samordningsförbund i Sverige och dessa inkluderar 260 av Sveriges kommuner.³³ För kommuner och regioner är det frivilligt att samverka genom samordningsförbund. Av Finsamlagen framgår att verksamheten med finansiell samordning ska bedrivas av ett samordningsförbund i vilket de samverkande parterna är medlemmar. Ett samordningsförbund har i uppgift att:

- besluta om mål och riktlinjer för den finansiella samordningen,
- stödja samverkan mellan samverkansparterna,
- finansiera sådana insatser som avses i 2 § och som ligger inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde,
- besluta på vilket sätt de medel som står till förfogande för finansiell samordning skall användas,
- svara för uppföljning och utvärdering av rehabiliteringsinsatserna,
- upprätta budget och årsredovisning för den finansiella samordningen.³⁴

Myndigheterna ges också regeringsuppdrag och uppdrag i regleringsbrev i vilka samverkan ingår. Ett exempel på aktuella sådana uppdrag, är det så kallade dialoguppdraget som har syftat till att skapa en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.³⁵

³³ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. s. 14.

³⁴ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

³⁵ Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis) och Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regleringsbrev från 2012 och framåt.

Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

För att stimulera regionerna att ge arbetet med sjukskrivningar högre prioritet, och för att utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, har staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) sedan 2006 ingått överenskommelser om den så kallade sjukskrivningsmiljarden.³⁶ Det är svårt att uttala sig om effekterna av insatserna inom ramen för överenskommelserna, med anledning av det generellt inte ingått krav på att insatserna ska utvärderas. I SOU 2018:80 *Samspel för hälsa* konstateras dock att:

Det finns å andra sidan en hel del som talar för att den här typen av stimulans riktad mot att utveckla strukturer och kompetens samt att stimulera utveckling av metoder har haft, och har, ett betydande värde. Det finns skäl att anta att det finns en kompetens, kunskapsbyggnad och medvetenhet kring de utmaningar som sjukskrivningsrelaterad ohälsa innebär, som inte funnits utan arbetet med överenskommelserna inom ”sjukskrivningsmiljarden”.³⁷

Det får förmodas att överenskommelserna har haft betydelse för utvecklingen av regionernas arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom olika områden, bland annat gällande försäkringsmedicinsk kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården och gällande utveckling av elektronisk informationsöverföring mellan aktörerna i processen. Även Försäkringskassan och Socialstyrelsen är genom de delar i överenskommelsen som handlar om elektronisk informationsöverföring del av det arbete som bedrivits och bedrivs inom ramen för överenskommelserna.³⁸ Att utveckla hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har varit ett av de områden överenskommelserna syftat till att stimulera. I överenskommelsen för 2013 handlade villkor 3 om tidig samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Av överenskommelsen framgår att regeringen och SKR anser att hälso- och sjukvården kan skapa möjligheter att vid behov tidigt samverka kring

³⁶ SOU 2018:80 *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, s. 74.

³⁷ SOU 2018:80 *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, s. 110.

³⁸ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*. s. 10–13.

individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta genom att hitta former för samverkan med andra aktörer till exempel Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och kommun, och att det kan ske genom att hälso- och sjukvården har en funktion för samverkan. Som en sådan funktion nämns funktion för koordinering, som flera landsting redan 2013 hade infört.³⁹ Villkor 3 i överenskommelsen för 2014–2015 handlade om att landstingen skulle vidareutveckla en organisatorisk struktur för samverkan på regional och lokal nivå och arbeta utifrån en sådan struktur. Av överenskommelsen framgår också att landstingen 2015 skulle ha en funktion för koordinering på plats.⁴⁰ Från och med överenskommelsen 2016 har hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i överenskommelserna handlat om att vidmakthålla och vidareutveckla funktion för koordinering. I överenskommelsen 2016 anges också att funktion för koordinering, om patienten gett sitt medgivande, ska ta direktkontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.⁴¹ Även i överenskommelsen för åren 2017 och 2018 betonades att det var särskilt viktigt att kontakterna mellan funktion för koordinering och arbetsgivare utvecklades.⁴²

Den 1 februari 2020 trädde den nya lagen om funktion för koordinering i kraft och genom den nya lagstiftningen har hälso- och sjukvårdens samverkan i individärenden med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen permanentats.

³⁹ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2013), *En kvalitetsäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2013*, s. 8.

⁴⁰ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2013), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetsäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014–2015*, s. 11–12.

⁴¹ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2015), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*, s. 14.

⁴² Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2016), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*. s. 10.

4.3.2 Nationella samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Det finns ett flertal samverkansgrupper på nationell nivå vars uppdrag syftar till att skapa förutsättningar att hantera områden inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där flera aktörer möts. En del av dessa grupper har satts samman för att hantera gemensamma regeringsuppdrag och andra grupper har satts samman av aktörerna på eget initiativ. Nedan presenteras ett antal av grupperna och syftet med dem. Försäkringskassan är den aktör som finns representerad i samtliga grupper.

Samverkansgrupper som bildats med anledning av regeringsuppdrag

Nationella samverkansgruppen

Den Nationella samverkansgruppen (NSG) utgör stöd till myndigheternas respektive ledning och styrning av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta samarbete. NSG består av chefer i respektive myndigheter. NSG ansvarar för att fastställa konkreta mål för samarbetet. Gruppen ansvarar också för att upprätta årlig nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet. Överenskommelsen ger i sin tur de övergripande förutsättningarna och ramarna för samverkan på regional och lokal nivå i det förstärkta samarbetet. Gruppen fastställer hur anslagna medel ska användas och fördelas, samt utvecklar samarbetet på strategisk nivå. NSG ansvarar också för de gemensamma återrapporteringar som ska lämnas till regeringen. Vidare ger NSG verksamhetsuppdrag som handlar om att utveckla samarbetet genom metoder och arbetssätt och samordnar intern och extern kommunikation i frågor om förstärkt samarbete i de båda myndigheterna. Frågor som behandlas i NSG bereds av en arbetsgrupp och NSG sammanträder cirka fyra gånger per år.⁴³

⁴³ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019*. Dnr Af-2019/0000 2419, Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.

Nationell styrgrupp för samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan

Till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassans överenskommelse om samverkan åren 2017-2020⁴⁴, som utgår från myndigheternas uppdrag i *Åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*⁴⁵ och *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet*⁴⁶, är en nationell styrgrupp kopplad. Överenskommelsen utgår också från skrivningen i respektive myndighets instruktion om att myndigheterna ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Den nationella styrgruppen beslutar om inriktningen på myndigheternas samverkan och följer även upp samverkansarbetet. Styrgruppen består av chefsrepresentanter från respektive myndighet nationellt och regionalt och träffas minst två gånger per år. Varje år upprättas en myndighetsgemensam handlingsplan, *plan för aktiv samverkan* och utifrån den beslutar styrgruppen inriktningen för myndigheternas samverkan. En nationell samverkansgrupp tar fram förslag om inriktning på samverkan, skapar förutsättningar för samverkan och följer upp arbetet.⁴⁷ Utöver regionala insatser så genomförs varje år en nationell myndighetsgemensam insats på strukturell nivå. Av bilagan till överenskommelsen mellan myndigheterna framgår kommunikationsvägar mellan myndigheterna och vilka forum som finns i samverkan. Av bilagan framgår också att det finns regionala samverkansforum/nätverksträffar för samverkan mellan myndigheterna och att samverkansforum/nätverksträffar organiseras med utgångspunkt från Försäkringskassans fem verksamhetsområden. Syftet med de regionala träffarna är att skapa en arena för att planera insatser regionalt/lokalt, följa upp dessa, samt utbyta erfarenheter och aktuell information.⁴⁸

⁴⁴ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av - 2017/015577. Dnr FK - 021404 - 2017.

⁴⁵ Socialdepartementet ((2015) *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro* Diarienummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

⁴⁶ Regeringens skrivelse 2015/16:80 *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020*.

⁴⁷ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av - 2017/015577. Dnr FK - 021404 - 2017.

⁴⁸ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av - 2017/015577. FK Dnr - 021404 - 2017.

Nationella rådet för finansiell samordning

Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 mot bakgrund av att Statskontoret i en rapport 2007 identifierade ett behov av ett formaliserat nationellt stöd till samordningsförbunden.⁴⁹ I rapporten skrev Statskontoret att regeringen borde ge myndigheterna ett utökat och tydligt uppdrag att stödja utvecklingen av finansiell samordning. Regeringen skrev i budgetpropositionen för 2008 att myndigheterna själva skulle avgöra om det krävdes ett mer formaliserat samarbete, och utifrån detta bildades Nationella rådet.⁵⁰ I rådet ingår tjänstemän från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och SKR. Försäkringskassan är ordförande i rådet. Nationella rådet är en samverkansgrupp vars syfte är att skapa samsyn i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning, vara ett nationellt stöd i övergripande förbundsgemensamma frågor, erbjuda stöd för kunskap, kompetens och utveckling, och stärka den finansiella samordningen.⁵¹

Samverkansgrupper som bildats på initiativ av aktörerna

Strategiska samverkansgruppen mellan Försäkringskassan, Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen

Företrädare för Försäkringskassan, SKR, Inera, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen medverkar i dag i gruppen. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor diskuteras, framför allt utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, men gruppen bildades redan innan den första överenskommelsen och bestod då av Försäkringskassan och dåvarande Landstingsförbundet. Gruppen består av chefer och medarbetare hos medverkande aktörer och gruppen kan vid behov lyfta frågor till högre ledningsnivåer hos de medverkande aktörerna.⁵²

⁴⁹ Statskontoret (2008), *Uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Fyra år med Finsam*. Rapport 2008:7.

⁵⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1, s. 14.

⁵¹ www.finsam.se/nationellaradet. Hämtad 2019-11-12.

⁵² Försäkringskassan (2019), *Stöd för strukturell samverkan*, s. 12.

Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF)

NFF är ett nätverk som består av personer från myndigheter och organisationer verksamma inom det försäkringsmedicinska området. I dag ingår företrädare för SKR, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Sveriges Läkarsällskap, Sveriges läkarförbund, SBU och en representant från akademien, i dagsläget från Karolinska institutet. Forumets syfte är att samla aktörerna kring försäkringsmedicin för dialog, kunskapsutbyte och samarbete för att bidra till en högre kunskapsnivå hos samtliga inblandade aktörer och nå ökad samsyn. Forumet har bland annat bidragit till tillkomsten av försäkringsmedicinskt beslutsstöd och överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.⁵³

Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS)

NNS bildades 2009 och blev formellt en förening 2012. I dag är 75 av 83 samordningsförbund medlemmar i nätverket. NNS syfte är att vara:

språkrör för samt, i nätverksform, stödja och bidra till utveckling av samordningsförbunden.⁵⁴

NNS vill också ge en samlad bild av förbundens verksamhet, resultat och betydelse. De förbund som är medlemmar kan genom föreningen kommunicera med Nationella rådet och med andra aktörer.⁵⁵

Partnerrådet och Fackligt nätverk

Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter träffas regelbundet för informationsutbyte om sådant som är aktuellt inom sjukförsäkringen. Det så kallade Partnerrådet består av företrädare för Svenskt Näringsliv, Arbetsgivarverket, SKR, Företagarna och Små-

⁵³ Nationellt försäkringsmedicinskt forum (2017), *Inriktningsdokument*.

⁵⁴ www.nnsfinsam.se. Hämtad 2019-11-14.

⁵⁵ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1, s. 54.

företagarnas Riksförbund. Det fackliga nätverket består av företrädare för LO, Saco och TCO.⁵⁶

4.3.3 Försäkringskassans inriktning för samverkan

I mars 2019 beslutade Försäkringskassan om en inriktning för samverkan inom sjukförsäkringen som, enligt uppgift från Försäkringskassan, togs fram med anledning av att man såg behov av en uttalad och samlad strategi för myndighetens samverkan med aktörerna inom sjukförsäkringen. Inriktningen beskriver grunden för Försäkringskassans samverkansuppdrag inom sjukförsäkringen och hur Försäkringskassan vill agera i samverkan. I inriktningen anges att Försäkringskassan har som uppdrag att administrera sjukförsäkringen med god kvalitet och ge rätt ersättning till rätt person, samt ett effektivt stöd för att individen ska få eller återfå arbetsförmåga och inträda eller återgå i arbete eller studier. I det uppdraget är Försäkringskassan beroende av andra aktörer som hälso- och sjukvård, arbetsgivare, Arbetsförmedling, kommuner, Arbetsmiljöverket med flera. Här anges vidare att Försäkringskassans samordningsuppdrag enligt SFB har två perspektiv; utöver att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten för de som har nedsatt arbetsoförmåga på grund av sjukdom ska Försäkringskassan också skapa förutsättningar för effektiv samverkan mellan flera aktörer för att arbetet på individnivå ska fungera smidigt. Syftet med Försäkringskassans samverkan med andra aktörer anges vara att:

åstadkomma en välfungerande hantering av sjukförsäkringen och att i samverkan med andra bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro.⁵⁷

I inriktningen anges elva utgångspunkter för samverkan inom sjukförsäkringen, bland annat att en väl fungerande samverkan är nödvändig för att skapa rätt förväntningar på sjukförsäkringen hos aktör och individ och att samverkan handlar både om att skapa goda förutsättningar och gemensamt ansvarstagande för att rätt ersättning ska ges till rätt person. Vidare anges att samverkan är viktig för att processen för inträde eller återgång i arbete, eller studier, ska vara effektiv. Här framgår också att det är hälso- och sjukvården, arbetsgivarna, kommunen och Arbetsförmedlingen som är Försäkrings-

⁵⁶ Försäkringskassan (2019). *Stöd för strukturell samverkan*.

⁵⁷ Försäkringskassan (2019) *Inriktning för samverkan inom sjukförsäkringen*. Dnr 004146-2019.

kassans huvudsakliga samverkanspartners. Av inriktningen framgår även vad som är Försäkringskassans *övergripande tillvägagångssätt* när samverkan inom ramen för sjukförsäkringen är aktuell. De övergripande tillvägagångssätten inkluderar bland annat att Försäkringskassan ska bygga relationer och vid behov upprätta överenskommelser med de aktörer som krävs för att Försäkringskassan ska kunna åstadkomma goda förutsättningar för en välfungerande sjukförsäkring, att Försäkringskassan systematiskt ska följa upp och värdera effekter och värdet av genomförd samverkan, och att Försäkringskassan tillsammans med de andra aktörerna ska identifiera sådant som kan utvecklas för att möjliggöra en mer välfungerande hantering av sjukförsäkringen.

Försäkringskassans stöd för strukturell samverkan

Kopplat till inriktningen om samverkan har Försäkringskassan tagit fram ett praktiskt verksamhetsstöd för strukturell samverkan. Av stödet framgår att Försäkringskassans samverkan ska vara behovsanpassad och att det behöver göras systematiska kartläggningar och behovsanalyser för att bedömningar av samverkansbehov ska kunna göras. I stödet finns en beskrivning av hur analys av samverkansbehov ska gå till och här anges syftet med de överenskommelser som Försäkringskassan kan träffa med andra aktörer. Försäkringskassan ser att överenskommelser skapar förutsättningar för att de undertecknande aktörerna ska vara överens om syfte och mål med samverkan och kan fungera som ett verktyg för att tydliggöra ansvar och roller. Överenskommelserna som träffas ska vara tidsbegränsade för att möjliggöra kontinuerliga ställningstaganden om det finns ett behov av att fortsätta samverkan utifrån överenskommelser. Överenskommelser ska enligt stödet undertecknas av ansvariga chefer med mandat på motsvarande organisatorisk nivå. I stödet finns också exempel på hur samverkan kan följas upp med kvantitativa mätetal och kvalitativa indikatorer.⁵⁸

⁵⁸ Försäkringskassan (2019). *Stöd för strukturell samverkan*.

4.3.4 Överenskommelser som medel för samverkan mellan Försäkringskassan och övriga aktörer på regional och lokal nivå

För att få en uppfattning om hur Försäkringskassan arbetar med överenskommelser med aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på regional och lokal nivå har utredningen ställt frågor till regionalt samverkansansvariga vid Försäkringskassan. Försäkringskassans avdelning för sjukförsäkring består av fem geografiska verksamhetsområden.⁵⁹ Varje verksamhetsområde har en regionalt samverkansansvarig och det finns också lokalt samverkansansvariga inom verksamhetsområdena som är knutna till kontoren. Regionalt samverkanansvariga har försett utredningen med exempel på överenskommelser som tecknats i deras region.

På regional och lokal nivå tecknar Försäkringskassan överenskommelser med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och med arbetsgivare. En samverkansansvarig poängterade att det många gånger är arbetet med att ta fram överenskommelserna som är det verkliga värdet med överenskommelser, eftersom ett sådant arbete innebär att aktörerna behöver ha en dialog och komma överens, något som har stor betydelse för fungerande samverkan. Vi redovisar nedan översiktligt hur överenskommelserna mellan olika aktörer ser ut och varför de tecknats.

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Utifrån den årliga nationella överenskommelsen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tecknas överenskommelser mellan myndigheterna på regional och lokal nivå. De lokala och regionala överenskommelserna ska utgå från målen för samarbetet, de prioriteringar som finns i den nationella överenskommelsen och ska också utgå från de lokala behov och förutsättningar som finns.⁶⁰

⁵⁹ Utöver de nationella verksamhetsområdena finns ytterligare två verksamhetsområden inom avdelningen för sjukförsäkring: verksamhetsområde Försäkring och samverkan och verksamhetsområde Process och utveckling.

⁶⁰ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019*. Dnr Af-2019/0000 2419. Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.

I intervjuerna med regionalt samverkansansvariga på Försäkringskassan framgår att de tycker att det är bra att samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är tydligt styrd, med anledning av att samverkan mellan myndigheterna finansieras med särskilda medel och att samarbetet för att uppnå de gemensamma målen därför tydligt måste kunna följas och redovisas. Enligt samverkansansvariga leder överenskommelserna till att samarbetsklimatet och dialogen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan blir bättre. Arbetsförmedlingen var vid tidpunkten för intervjuerna inne i ett omfattande reformarbete och samverkansansvariga framför att överenskommelserna är särskilt bra att ha när det sker omfattande förändringar i Arbetsförmedlingens verksamhet eftersom överenskommelserna ger en struktur för samverkan som kan fungera även när det inträffar förändringar i verksamhet och organisation.

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Överenskommelser mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tecknas mellan regioner och Försäkringskassan eller mellan enskilda vårdgivare och Försäkringskassan. Enligt uppgift från Försäkringskassan har myndigheten överenskommelser på regionnivå med 11 av 21 regioner.⁶¹ Där det finns överenskommelser anger de regionalt samverkansansvariga att dessa underlättar samarbetet med hälso- och sjukvården. Överenskommelserna är inte standardiserade utan har det innehåll man regionalt kommer överens om. Av de exempel på överenskommelser utredningen tagit del av kan dock konstateras att de ofta är på övergripande nivå. De samverkansansvariga uppger att regeringens överenskommelser med SKR om en kvalitets-säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess påverkat förutsättningarna att ta fram överenskommelser positivt. Framgångsfaktorer för lyckad samverkan mellan regioner och Försäkringskassan är enligt samverkansansvariga att personer med mandat att fatta beslut är involverade i samverkan.

Överenskommelserna mellan Försäkringskassan och enskilda vårdgivare tecknas ofta för att komma tillrätta med specifika problem, och överenskommelserna är ett sätt att hantera dessa. Initiativet till

⁶¹ Inkommen uppgift från Försäkringskassan. E-post 11 mars 2020.

överenskommelserna tas, enligt samverkansansvariga, oftast av Försäkringskassan men det händer också att enskilda vårdgivare tar initiativ. Överenskommelser kan exempelvis tecknas med anledning av att vårdgivaren upplever att Försäkringskassan begär kompletteringar för ofta, att vårdgivarens sjukskrivningsmönster avviker negativt från jämförbara vårdgivare eller att samarbetsklimatet i allmänhet bedöms vara dåligt. Överenskommelser på denna nivå är ofta mer konkreta i vilka mål som ska uppnås och vilka åtgärder som ska vidtas än de överenskommelser som tecknas på regional nivå.

De samverkansansvariga poängterar att Försäkringskassan har fungerande samverkan med flera av de regioner som myndigheten inte har upprättade överenskommelser med, som innefattar fasta, etablerade och regelbundna samarbetsstrukturer på flera olika nivåer.

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och arbetsgivare

Samhall är den enda arbetsgivare med vilken Försäkringskassan har en nationell överenskommelse. Då det gäller andra arbetsgivare så tecknar Försäkringskassan tidsbegränsade överenskommelser när Försäkringskassan bedömer att arbetsgivaren behöver extra stöd för att i sin tur kunna ge individer stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Överenskommelserna är tidsbegränsade för att insatserna man kommit överens om ska kunna utvärderas och för att ställningstagande om nödvändighet av fortsatt överenskommelse ska kunna göras. Alla arbetsgivare kan dock inte, med anledning av den stora mängden arbetsgivare, ha en egen överenskommelse med Försäkringskassan. Försäkringskassan prioriterar därför stora arbetsgivare med hög sjukfrånvaro eller med avvikande sjukskrivningsmönster. Den största delen överenskommelser tecknas med offentliga arbetsgivare såsom kommuner och regioner.

I överenskommelserna finns ofta konkreta åtaganden för arbetsgivaren och Försäkringskassan specificerade. Det är dock sällan som åtagandena sträcker sig utöver deras lagstadgade ansvar. Flera av de samverkansansvariga poängterar att ett mål med samverkan är att hjälpa arbetsgivaren att skapa en bättre intern process för att hantera sjukskrivningar.

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och kommuner

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och kommuner är sällan förekommande.

I viljeinriktningen för samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som undertecknats av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR angavs att aktörerna ställde sig positiva till ett arbetssätt som inbegriper tecknande av överenskommelser lokalt.⁶² Överenskommelser om målgruppen förekommer dock bara mellan Försäkringskassan och en enda kommun. Enligt samverkansansvariga finns dock överenskommelser för målgruppen i samordningsförbundens regi.

Överenskommelser mellan fler aktörer

Det är sällan förekommande att överenskommelser tecknas mellan flera aktörer samtidigt. I de fall sådana överenskommelser tecknats uppfattar samverkansansvariga det som mycket positivt. Exempelvis anser samverkansansvariga, att samverkan underlättas när överenskommelser tecknats på regional nivå mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och regionen. Samverkansansvariga uppger att respektive roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förtydligas när aktörerna arbetar fram en gemensam överenskommelse.

4.3.5 Regioners strukturella samverkan med aktörer i processen – några exempel

För att få en uppfattning om hur regioners samverkan på strukturell nivå med aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan se ut, ställde vi frågor om strukturell samverkan till Västra Götalandsregionen, till Region Jönköping och till Region Västerbotten. Vi ville veta med vilka aktörer regionerna har samverkan på strukturell nivå och vad som är syftet med sådan samverkan.

⁶² Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*

Regionernas samverkan med Försäkringskassan

Alla tre regioner har som vårdgivare överenskommelser om samverkan med Försäkringskassan. Region Jönköping har ett pågående samverkansarbete med Försäkringskassan *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård* som handlar om ett förbättringsarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen hos vårdcentralerna i regionen och som en del i detta arbete ska det finnas representanter från Försäkringskassan ute på vårdcentralerna.⁶³ Överenskommelsen mellan regionen och Försäkringskassan är på detaljerad nivå och innehåller uppgifter om syfte, mål, förutsättningar för deltagande, genomförandeplan samt uppgifter om hur uppföljning och utvärdering ska genomföras. Arbetet i *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård*, följs också upp i *Försäkringsmedicinsk arbetsgrupp*, en samverkansgrupp som består av regionens processledare, Försäkringskassans samverkansansvariga samt ibland representanter för Arbetsförmedlingen. De vårdenheter inom region Jönköping som har en rehabiliteringskoordinator har också en kontaktperson hos Försäkringskassan.

I Region Västerbotten sker samverkan med Försäkringskassan genom regelbundna träffar kring frågor som bland annat handlar om vad som är aktuellt inom respektive organisation, aktuell statistik, avvikelser som identifierats inom respektive organisation samt om samverkan och samordning i relation till olika arbetsgivare. Regionen har också en överenskommelse med Försäkringskassan angående Försäkringskassans medverkan i regionens försäkringsmedicinska utbildningar.

Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan har haft överenskommelser sedan 1999 och överenskommelserna omfattar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt området funktionsnedsättning. I 2020 års överenskommelse lyfts områden som bedömts som prioriterade att samverka kring under året. Överenskommelsen innefattar bland annat mål, beskrivning av mötesarenor, övergripande beskrivning av lokal samverkan samt hur uppföljning av överenskommelsen ska göras. Regionala chefsmöten genomförs fyra gånger per år.⁶⁴ Av svaren från regionerna om hur strukturell sam-

⁶³ Region Jönköpings län och Försäkringskassan (2018), *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård*.

⁶⁴ Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen (2019) *Överenskommelse om samverkan inom området försäkringsmedicin mellan Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen*.

verkan fungerar med Försäkringskassan framkommer från Region Västerbottens och från Region Jönköping att det finns samverkanssvårigheter i individärenden trots god samverkan mellan Försäkringskassan och regionerna på strukturell nivå. Av svaren framkommer vidare att samverkan på strukturell nivå i högre utsträckning än i dag bör handla om att tydliggöra vad som ska gälla i samverkan i individärenden.

Regionernas samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Region Jönköping deltar med processledare och rehabiliteringskoordinatorer i ett halvdagsmöte som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan arrangerar en gång per termin och som handlar om det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna. Av svaret från regionen framgår också att man ibland har träffar med arbetsgivarorganisationerna vid vilka man utbyter information och nyheter. Av svaret framgår också att regionen, Försäkringskassan och länets tretton kommuner har arbetat fram en processbeskrivning kring arbetet med individer som saknar SGI. I syfte att underlätta kommunikationen mellan socialtjänsten och sjukvården har ett arbetssätt och blankett tagits fram för denna målgrupp.

Region Västerbotten har de senaste åren haft en löst sammansatt samverkan med regionen som arbetsgivare i syfte att förstå varandras roller och för att underlätta när kontakter ska tas i rehabiliteringsärenden. I denna samverkan deltar representanter för HR-avdelning, processledare från regionen som vårdgivare och ibland medverkar regionens inbyggda företagshälsovård. Regionens rehabiliteringskoordinatorer har också på lokal nivå löst sammansatt samverkan med HR-ledning i länets kommuner. För att öka kunskapen hos vården om vilken information arbetsgivare behöver för att kunna ta sitt rehabiliteringsansvar, har regionen som vårdgivare vid enstaka tillfällen bjudit in arbetsgivarorganisationer till utbildningstillfällen för vårdpersonal. Regionen och Arbetsförmedlingen har dialog om frågor som handlar om intyg, informationsöverföring och utbildning och det finns också en överenskommelse om att Arbetsförmedlingen ska medverka i regionens försäkringsmedicinska utbildningar. Regionen samverkar också tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten i en organisationsstruktur för

rehabiliteringssamverkan i individärenden som kallas NAFS (när-sjukvård, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänst).

Västra Götalandsregionen har tillsammans med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och kommunerna i länet bildat en samverkansgrupp som samverkar om rehabilitering och åtgärder för att förebygga ohälsa och utestängning från arbetsmarknaden. Samverkansgruppen har tagit fram ett så kallat *ambitionsdokument* av vilket det framgår att gruppen bland annat ska verka för strategisk samverkan mellan myndigheterna/organisationerna, diskutera och föreslå insatser på systemnivå, underlätta operativt arbete och verka för ett effektivt kommunikationsflöde mellan myndigheterna/organisationerna. Gruppen består av regionala chefer samt adjungerande representanter för samordningsförbund. Till gruppen finns en beredningsgrupp knuten som ska aktualisera samverkansfrågor samt genomföra uppdrag på initiativ av chefer i samverkansgruppen.⁶⁵

Av svaren från Region Jönköping och från Region Västerbotten framgår att den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen har påverkan på samverkan med Arbetsförmedlingen på regional och lokal nivå.

4.3.6 Kontaktvägar är en förutsättning för samverkan

Det finns många olika kanaler för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att komma i kontakt med varandra. Exempelvis finns olika typer av digitala kanaler, såsom det digitala läkarintyget, 1177 eller Mina sidor, därutöver finns personliga möten, telefonkontakter och kontakter via post eller e-post. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har under 2019 också möjliggjort att möten med individen och de båda myndigheterna kan mötas på distans. Trots att det finns ett flertal kanaler vittnar aktörerna om att de har svårt att få kontakt med varandra i individärenden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Problemen gäller:

- svårigheter få kontakt per telefon,
- svårigheter att få till möten.

⁶⁵ Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen, VästKom (2019), *Ambitionsdokument Västra Götalands samverkansgrupp*.

Utöver dessa praktiska problem med nåbarhet finns, enligt utredningens dialoger med SKR och Försäkringskassan, även problem som handlar utveckling och förvaltning av struktur för kanaler såsom att:

- det finns ännu ingen färdig modell för förvaltning av plattformen av det digitala läkarintyget,
- det finns ännu ingen färdig modell för vidareutveckling av plattformen för det digitala intyget,
- individen har ingen möjlighet att via plattformen för det digitala intyget vidarebefordra informationen i intyget till exempelvis sin arbetsgivare utan måste göra det elektroniskt som till exempel en pdf-fil eller i pappersformat.

Telefon, brev och personliga möten

Kontakt per telefon kan behövas för att snabbt reda ut oklarheter i mer eller mindre komplicerade individärenden. Eftersom de som har ansvar för individens ärende hos olika aktörer ofta har olika telefon-tider och olika arbetstider uppstår problem. Enligt information från såväl aktörer som individer i processen har Försäkringskassans handläggare och hälso- och sjukvårdens läkare svårt att nå varandra, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens handläggare har svårt att nå varandra samt arbetsgivare har svårt att nå hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. I en kvalitativ studie av Socialstyrelsens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen uttryckte sig författarna så här:

Från de sjukskrivna individernas perspektiv upplevs det som krångligt, osäkert och omodernt att anmälan om sjukskrivning till Försäkringskassan ska skickas in per brev. Brev kommer bort och mycket information måste samlas in och anmälas gång på gång vid upprepad sjukskrivning. Också Försäkringskassan och läkare efterlyser ett säkert sätt att kommunicera digitalt med de sjukskrivna. Gärna i ett system där också arbetsgivaren kan integreras digitalt; det kan ta två veckor att få svar på ett brev.⁶⁶

⁶⁶ Inrikta (2018), *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd.*

Vid ett av utredningens möten med Försäkringskassan 2018 sammanfattade en grupp regionala funktioner problemen med samverkan på individnivå i fyra punkter varav kontaktvägarna var en:

Hinder för en effektiv samordning på individnivå: Olika mål och agendor på respektive myndighet. Inte samma vokabulär och syfte med en sjukskrivning. Svåra och tidskrävande kontaktvägar där vi tenderar att skriva brev till varandra istället för att prata. Behöver underlätta kontaktvägarna.⁶⁷

I en studie från 2018 anger aktörerna att det vore bra om kontaktuppgifter vore mer lättillgängliga.⁶⁸ I de dialoger utredningen haft med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer specificeras att det inte endast handlar om att tillgängligheten ska vara lätt utan om att överhuvudtaget ha tillgång till kontaktuppgifter.

Konsekvensen av att aktörerna har svårt att nå varandra är att processen för individen tar längre tid och det kan inte uteslutas att stöd till återgång i arbete försenas till en del individer. Även om kopplingen till konsekvenser för individen är indirekt så vittnar aktörerna om att detta problem är ett irritationsmoment i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Antalet personliga möten i Försäkringskassans regi har minskat de senaste åren. Försäkringskassan drog ner på antalet personliga möten i samband med förändringen av fokus från förtroende till rätts-säkerhet.⁶⁹ Antalet avstämningmöten minskade med 23 procent, från 61 216 år 2016 till 47 029 år 2017.⁷⁰ Flera företrädare för arbetsgivarna har signalerat att man ansåg detta problematiskt.⁷¹ Arbetsgivare upplevde att Försäkringskassan inte tog den samordnande roll och det ansvar de tidigare tagit.⁷² Också hälso- och sjukvården ansåg detta problematiskt.⁷³ Både arbetsgivare och hälso- och sjukvård

⁶⁷ Konklusion från grupparbete med regionala försäkringssamordnare på Försäkringskassan 2018-12-11.

⁶⁸ Inera (2018) *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018 Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*, s. 31.

⁶⁹ Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

⁷⁰ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 44.

⁷¹ Svenskt Näringsliv (2017), *Skrivelse till Socialdepartementet. Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete*. och utredningens möten med enskilda arbetsgivare; Karolinska sjukhuset.

⁷² Inrikta (2018). *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd*.

⁷³ Utredningens möten med företrädare för SKR samt Regionerna.

ansåg att Försäkringskassan genom att minska sitt deltagande i möten försvårade för de andra aktörerna att vidta åtgärder för individen, eftersom en del arbetsplatsinriktat stöd för återgång kräver Försäkringskassans medverkan om till exempel sjukpenning ska bytas ut mot rehabiliteringspenning.

Det finns även incitamentsstrukturer som gör att Försäkringskassan ofta efterfrågas i möten. När Försäkringskassan bjuder in till möte så kan vårdens representant arvoderas vilket ger vården större incitament att delta.⁷⁴ Eftersom arbetsgivare, som redan nämnt ovan, har svårt att komma i kontakt med vården är detta ett av skälen till att de vill att Försäkringskassans ska kalla till möten och delta. Försäkringskassan vill dock inte (och bör inte heller) delta i möten där myndighetens närvaro inte är nödvändig.

Om möten för planering av arbetsåtergång inte kommer till stånd riskerar stödet för återgång i arbete för individen att inte bli så bra som det hade kunnat bli. Det kan också konstateras att när det inte råder samsyn mellan aktörerna vad gäller när personligt möte om, och med, individen krävs så skapas irritation och frustration mellan aktörerna.

Vi har också gjorts uppmärksamma på att den omstrukturering av Arbetsförmedlingen som pågår har fått negativa konsekvenser för Arbetsförmedlingens möjligheter att delta i personliga möten.

De digitala ytorna

Sedan 2018 är Försäkringskassans läkarintyg elektroniskt och en elektronisk infrastruktur har byggts upp som bland annat möjliggör för hälso- och vården att skicka intygen digitalt till Försäkringskassan. Infrastrukturen innehåller också en lösning för dialog mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Digitaliseringsprojektet har pågått sedan 2011 och genomfördes i samarbete mellan SKR och Försäkringskassan. Projektet bedrevs som en del av överenskommelsen mellan SKR och staten om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. SKR:s del i detta arbete utfördes av Inera AB, som ägs av SKR, kommuner och regioner,

⁷⁴ Det är dock endast då läkare deltar i avstämningsmötet som Försäkringskassan kan betala 750 SEK för den första timmen och 375 SEK per följande halvtimme. Denna ersättning har inte höjts sedan 2002.

genom projektet *Intygstjänster*. Alla regioner är anslutna till de elektroniska tjänsterna. År 2019 var 18 av 21 regioner anslutna till den nationella intygstjänsten *Webcert*.⁷⁵

I praktiken innebär intygstjänsten att läkarintygen kan utfärdas digitalt inom hälso- och sjukvården och även kan skickas digitalt till Försäkringskassan. Därutöver finns också en fråga-svarfunktion där vården och Försäkringskassan kan kommunicera med varandra i intygsärenden. I *Mina intyg* kan individen själv se och hantera sina intyg. Inom ramen för Intygstjänster finns även tjänsterna *Intygsstatistik* och *Rehabstöd*, som möjliggör uppföljning av sjukvårdens arbete med sjukskrivningar och som också kan användas av vårdens rehabiliteringskoordinatorer.⁷⁶ I *Rehabstöd* finns även stöd för sammanhållen journalföring vilket betyder att det går att se en individs alla intyg oavsett vilken vårdgivare som utfärdat dem (förutsatt att individen gett sitt samtycke).

I 2020 års överenskommelse mellan staten och SKR har utvecklingsarbetet fortsatt, och av överenskommelsen framgår att målet för 2020 är:

att slutföra, kvalitetssäkra och vidareutveckla de digitala tjänster som hittills har utvecklats inom överenskommelsen.⁷⁷

Av överenskommelsen framgår vidare att följande vidareutveckling av de digitala tjänsterna som har bäring på kommunikation och kontaktvägar ska genomföras. Inom området E-hälsotjänster och självbetjäning i syfte att skapa en effektivare kommunikation mellan olika aktörer ska kvalitetssäkring och viss vidareutveckling av *Intygstjänsten* och *Mina intyg* genomföras liksom en analys av användandet av *Mina intyg* och gemensamt kommunikationsarbete. Inom området Elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan utifrån lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska SKR och Försäkringskassan utarbeta ett tekniskt lösningsförslag för elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan avseende informa-

⁷⁵ Inera (2019), *Intygstjänster 2019*, s. 30.

⁷⁶ rehabstod.intygstjanster.se/#/app/index. Hämtad 2019-10-16.

⁷⁷ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 11 ff.

tionsöverföring enligt lagen om koordineringsinsatser för sjuk-skrivna patienter. Det anges också att:

SKR och Försäkringskassan ska, i dialog med regionerna, Myndigheten för digital förvaltning och övriga intressenter, under 2020 utarbeta ett gemensamt förslag på en samverkansmodell för nyutveckling, förvaltning och finansiering av tjänster för elektronisk informationsöverföring mellan regioner och Försäkringskassan.⁷⁸

Att de tekniska plattformarna är byggda möjliggör en mer effektiv samverkan kring informationsutbyte. En avgörande fråga handlar om plattformarnas finansiering och förvaltning, och det förslag på samverkansmodell som inom ramen för överenskommelsen ska tas fram under 2020 kommer att få stor betydelse för områdets utveckling. Nyutveckling, förvaltning och finansiering är avgörande för den fortsatta funktionaliteten av detta elektroniska informationsutbytesystem.

Den svårighet det innebär för individen att läkarintyget är en journalhandling kvarstår. Individen har ingen möjlighet att via plattformen direkt vidarebefordra informationen i intyget till exempelvis sin arbetsgivare utan måste hämta hem intyget och därefter skicka det (per post eller som pdf). Detta beror på att intyget som utfärdas till patienten är en journalhandling i vården.

Försök att skapa en digital samverkansyta

Inera har inom ramen för statens och SKR:s överenskommelse *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* utvecklat *Samverkansytan* som är en tänkt digital yta för samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet med ytan är att:

möjliggöra dialog och informationsutbyte mellan aktörerna på en digital yta som präglas av transparens.⁷⁹

Projektet *Samverkansytan* har skapat en prototyp, utvärderat nyttan med *Samverkansytan* och utrett de juridiska förutsättningarna för

⁷⁸ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 12.

⁷⁹ Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*, s. 1.

ytan. Inera konstaterar i sin slutrapport att det inte identifierats några tekniska hinder som skulle göra utvecklingen komplicerad.⁸⁰ Inera konstaterar vidare att utvärderingen visar på stor nytta av Samverkansytan samt att juridiska hinder försvårar implementeringen.⁸¹

Upplevd nytta med Samverkansytan

Inom ramen för utvecklingen av Samverkansytan genomfördes en mindre utvärdering av prototypen.⁸² I utvärderingen uppgav alla grupper att Samverkansytan skulle kunna underlätta sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individerna slapp vara bärare av information mellan aktörerna och trodde därmed att de inte skulle behöva känna sig så ”utsatta och utfrågade” vid möten. Individens mest uppskattade funktioner i prototypen var att alla kontaktuppgifter fanns samlade, att det fanns möjlighet att dela dokument och att det fanns en tidslinje över deras process. Arbetsgivarna uppskattade tillgång till läkarintygen och meddelandefunktionen.⁸³

Identifierade risker med Samverkansytan

En risk som återkommande förts fram av framför allt arbetsgivare är att individen inte ska vilja dela med sig av all information som kan behövas. En annan risk är de juridiska förutsättningarna. Dels handlar det om vilken information som sparas dels om vilken information som delas. De juridiska förutsättningarna har utretts av Inera. Slutsatsen är att nytt lagstöd behövs för att dela informationen (de personuppgiftsbehandlingskrav som en digital yta kräver). För att författa en sådan ny lag måste det bestämmas vilken aktör som ska driva tjänsten.⁸⁴ Det finns också juridiska utmaningar med hur länge informationen kan sparas. Om informationen på ytan sparas för länge så

⁸⁰ Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*.

⁸¹ Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*.

⁸² Utvärderingen gjordes med grupper av invånare (17 personer), arbetsgivare (16 personer) och rehabkoordinatorer (14 personer). Invånarna rekryterades via annonser i dagspress. Annonsen utformades för att rekrytera individer med psykiatriska diagnoser eller med sjukdomar inom rörelseorganen. Arbetsgivare och rehabiliteringskoordinatorer valdes av projektet.

⁸³ Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*.

⁸⁴ Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering. Bilaga 2. Juridisk utredning av Samverkansytan*.

finns ett integritetsproblem och om den sparas för kort tid så blir det ett effektivitetsproblem. Ett återinsjuknande inom tre månader räknas som samma fall⁸⁵ vilket talar för att informationen behöver sparas åtminstone så länge.⁸⁶

Synpunkter på Samverkansytan

Försäkringskassan och företrädare för arbetsgivarna har haft synpunkter på utvecklingen av Samverkansytan. Försäkringskassan har bistått projektet med juridisk kompetens och har deltagit i projektets referensgrupp men avböjde att vara en aktiv part i utvecklingen av tre skäl som handlade om att Försäkringskassan innan ett engagemang i utvecklingsarbetet skulle behöva göra en egen fördjupad studie av behovet av ytterligare en kanal hos Försäkringskassan för individen⁸⁷, de osäkerheter som framkom i förstudiens slutsatser samt oklarheter i de juridiska delarna. Av Försäkringskassans ställningstagande avseende myndighetens fortsatta engagemang i arbetet med Samverkansytan framgår dock att Försäkringskassans uppfattning är att ett ökat och effektiviserat utbyte i av information mellan individen och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett viktigt arbete.⁸⁸

Företrädare för arbetsgivare har i dialog med utredningen lyft bristerna i de juridiska förutsättningarna och uttryckt en oro för att administrationen för arbetsgivare skulle bli alltför omfattande om Samverkansytan skulle utformas så som det var tänkt.

⁸⁵ 27 kap. 51 § SFB.

⁸⁶ Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering.*

⁸⁷ Försäkringskassan har dels *Arbetsgivarvärdnaden* som är en kanal för arbetsgivare dels *Mina sidor* för individer som har ett ärende hos Försäkringskassan.

⁸⁸ Försäkringskassan (2017), *Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården. Svar på regeringsuppdrag. Bilaga 3.*

4.3.7 Utredningens slutsatser gällande former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Överenskommelser och samverkansgrupper skapar förutsättningar för samverkan

Samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är som ovan beskrivet reglerat i lag, i förordningar, i föreskrifter, eller genom regleringsbrev och regeringsuppdrag. En del av formerna för samverkan mellan aktörerna tas fram i överenskommelser, och arbetet inom ramen för överenskommelserna styrs genom styr- eller samverkansgrupper. Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har sedan 2006 också utgjort en viktig grund för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sammanställningen av samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ovan, visar att NSG och den nationella styrgruppen för samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan har hög formell status, i termer av att de överenskommelser som samverkansgrupperna arbetar utifrån har undertecknats av höga chefer i respektive myndighet. Dessa överenskommelser innehåller övergripande mål och plan för uppföljning. Överenskommelserna innehåller också en tydlig beskrivning för hur samverkan mellan myndigheterna ska bedrivas på regional och lokal nivå. I dessa två fall har en tydlig struktur och form för samverkan etablerats och i de samtal vi haft med företrädare för myndigheterna fungerar samverkan bra. Att samverkan fungerar bra i meningen att form, struktur och gemensamma arbetssätt finns på plats och fungerar, behöver nödvändigtvis inte betyda att det som aktörerna har för avsikt att uppnå med samverkan verkligen uppnås. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är ett sådant exempel, där antalet individer som får stöd i det förstärkta samarbetet har minskat de senaste åren, något som vi beskriver närmare i avsnitt 7.1.

Samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kompliceras av att det är aktörer med olika juridiska förutsättningar och olika organisatoriska förutsättningar som ska samverka. Vi uppfattar att det är särskilt utmanande att hitta former för samverkan som ska bedrivas mellan myndigheter och regioner och den samverkan som ska bedrivas mellan myndigheter och kommuner. SKR representerar ofta regioner och kommuner i samverkan på

nationell nivå, men på regional nivå och på kommunal nivå ska myndigheterna samverka med respektive region och kommun. Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har lett fram till lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, som reglerar att hälso- och sjukvården ska samverka med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på individnivå, men överenskommelsen har inte lett till former för strukturell samverkan mellan samtliga regioner och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och det finns heller inga formaliserade strukturer för samverkan mellan kommunerna och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Det finns dock överenskommelser mellan Försäkringskassan och en del regioner och det framgår av Försäkringskassans stöd för strukturell samverkan att myndigheten ska sträva efter samverkan med regionerna på regionledningsnivå. I redovisningen av uppdraget *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, framgår också att ett av utvecklingsområdena är att förbättra samverkans- och samarbetsformerna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.⁸⁹ Det finns också överenskommelser mellan kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för de individer som saknar SGI, men de är få, trots att SKR, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen undertecknat en viljeinriktning i vilken överenskommelse mellan aktörerna på lokal nivå förordas, som ett led i att säkerställa att denna målgrupp får ändamålsenligt stöd.

Det finns ingen samverkan mellan aktörerna som syftar till att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera

Det finns stöd för aktörerna att samverka på strukturell nivå, men det finns inga krav på att aktörerna ska samverka för att främja en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Dagens strukturella samverkan på nationell nivå sker vanligen mellan två aktörer och är riktad mot specifika delar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och syftar därmed inte till att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera.

⁸⁹ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 36.

Att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet kan inte förstås som att myndigheterna ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera, något som företrädare för myndigheterna under utredningens gång bekräftat. Det finns heller ingen överenskommelse på nationell nivå som omfattar samtliga aktörer som omfattar uppdrag inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev eller i regeringsuppdrag riktas mot specifika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och omfattar inte heller processen som helhet. Vi menar att ovan nämnda exempel på överenskommelser mellan flera aktörer på regional nivå, visar att det är möjligt att skapa formaliserade strukturer för samverkan mellan olika aktörer på olika nivåer.

Vår bedömning är att vare sig lag eller förordningar i dag leder till att myndigheterna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samverkar med varandra eller med de andra aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med syfte att processen som helhet ska fungera. Inspektionen för socialförsäkringen uppmärksammar också i sin granskning av samordningsförbundens organisering och verksamhet att det finns skäl att se över hur uppdraget att samverka är formulerat i myndigheternas instruktioner och att det av instruktionerna borde framgå att myndigheterna ska verka för en god och stabil samverkan över tid.⁹⁰ Med ett tydligare uppdrag till myndigheterna om samverkan för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera, är vår bedömning att myndigheterna i högre utsträckning genom samverkan skulle kunna initiera aktiviteter för att lösa problem som uppstår inom ramen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, än vad som i dag är fallet.

⁹⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet*. ISF Rapport 2019:1, s. 173.

Samordningsförbundens uppdrag är att stödja samverkan inom ramen för finansiell samordning, inte i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet

Samordningsförbunden är en samverkansform för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, regioner och kommuner. I samordningsförbundens uppdrag ingår att stödja samverkan mellan aktörerna som gör att den finansiella samordningen, och de insatser som förbunden finansierar, fungerar. Vår bedömning är att frågor som löpande måste hanteras genom samverkan mellan aktörerna inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte är samverkansfrågor som samordningsförbunden har i uppdrag att stödja. Exempel på löpande och övergripande samverkansfrågor inom processen är utveckling av former för informationsöverföring mellan aktörerna, utveckling av medicinska underlag och utveckling av gemensamma arbetsätt och metoder mellan två eller flera aktörer och som inte har koppling till insatser som finansieras av förbunden. På regional och lokal nivå kan exempel på löpande samverkansfrågor vara att aktörer behöver medverka i varandras interna utbildningar, att aktörerna lokalt behöver implementera beslutade arbetsätt i samverkan eller att en ansträngd relation mellan två lokala aktörer behöver hanteras. Utredningens bedömning är därför att det är viktigt att aktörerna på regional och lokal nivå skiljer mellan samverkan kring sådant som löpande måste hanteras av aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen från samverkan i frågor som handlar om att den finansiella samordningen, och insatser inom ramen för den, ska fungera.

De digitala ytorna är nödvändiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens effektivitet, och fortsatt utveckling, förvaltning och finansiering av dessa måste säkerställas

Väl fungerande kontaktvägar är en förutsättning för en fungerande samverkan. Att frågor om förvaltning, finansiering och utveckling av digitala plattformar för informationsöverföring och dialog mellan aktörerna löses ut är av yttersta vikt. Utredningen kan konstatera att mycket gjorts för att bygga ytor för samverkan på individnivå. Aktörerna har dock fortfarande svårt att nå varandra och individer vittnar om att det är problematiskt för dem att fungera som informationsbärare (se avsnitt 3.3.4 om individens upplevelse). Mycket talar för

att det skulle medföra fördelar att skapa en digital planeringsyta. Det finns dock ännu ingen fastställd form för förvaltning, utveckling eller finansiering av de plattformar som utvecklats inom ramen för överenskommelserna mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Då det gäller finansiering av plattformarna är det viktigt att ha i åtanke att det redan nu finns, och på sikt kan komma att finnas, andra aktörer än regioner och Försäkringskassan som kan komma att kunna och vilja ansluta sig till plattformarna, och att det behövs en finansieringsmodell som medger att även mindre aktörer, kan ansluta sig utan att kostnaderna blir för höga. Utveckling av nya digitala lösningar måste prioriteras och att de lösningar som redan finns omhändertas är av yttersta vikt för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens effektivitet.

5 Analys av nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I detta kapitel redovisar vi förhållanden som försvårar samverkan i processen. Utredningen ska, enligt direktivet, analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Flera av förhållandena har inslag av sådant som generellt gör samverkan svårt. Exempel är otydlighet i roller och ansvar, att samma begrepp har olika betydelse för olika aktörer och att det finns brist på tillit och förtroende mellan aktörerna. Samtidigt är de förhållanden för samverkan som vi redogör för i detta kapitel specifika för just sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Svårigheter som uppstår i samverkan beror på att aktörerna har ett uppdelat ansvar i processen och verkar inom olika sektorer. I Statskontorets rapport *Sektorisering inom offentlig förvaltning* konstateras att:

Eftersom det knappast finns några generella sektoriseringsproblem så finns det heller inga generella åtgärder för att lösa problemen. I stället måste problemen kartläggas och analyseras i varje enskilt fall och lösningar formas som tar sikte på de brister som upplevs som allvarliga.¹

Informationen om problem i samverkan kommer från aktörerna och från de individberättelser utredningen inhämtat. Vår analys är ett försök att ge en övergripande bild av de samverkansutmaningar som finns i processen. Vår bild av vad det är som försvårar samverkan i processen överensstämmer därmed inte alltid med den bild de olika aktörerna i processen har. En anledning till det kan vara att aktörernas upp-

¹ Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 8.

fattning om problem i samverkan utgår från deras respektive uppdrag och perspektiv.

Vägledande för utredningens värdering av problem i samverkan har varit att källorna varit samstämmiga och att problemen medför konsekvenser för individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Konsekvenser för individen kan antingen vara stora för ett fåtal (att individen exempelvis riskerar att förlora sin sjukpenninggrundande inkomst) eller beröra många individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (direkt eller indirekt) så att samhällsliga resurser kan antas bli påverkade.

Sist i kapitlet redovisar vi våra slutsatser om nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

5.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox

Bedömning: Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox består i att rätten till ersättning från sjukförsäkringen bygger på oförmåga samtidigt som ett primärt syfte med processen är att den ska leda till att en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara. Paradoxen kan leda till att tillit och förtroende mellan aktörerna påverkas negativt.

Det kan ses som en paradox att individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen bygger på hens oförmåga att arbeta samtidigt som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att ta tillvara hens arbetsförmåga. Om individen visar förmåga kan den ekonomiska ersättningen riskeras. Risken med att visa på förmåga kan därför bidra till att individen och andra runt individen, medvetet eller omedvetet, förstärker oförmåga i syfte att trygga försörjning.

Det är en paradox att en person hela tiden måste visa att hon är sjuk medan hon ska rehabiliteras och bli frisk. Samma institution agerar både myndighet och stöd.²

Paradoxen har, som citatet visar, varit känd länge. I Inspektionen för socialförsäkringens rapport *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*

² Socialstyrelsen (2001), *Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*, s. 201.

från 2011, lyfts Försäkringskassans dubbla roll, att fungera både som ett stöd för individen i att komma åter i arbete och som en kontrollfunktion i försäkringen, som en faktor som försvårar arbetet avsevärt.³ Paradoxen påverkar inte endast individen i processen utan också de andra aktörerna och blir ett problem i samverkan mellan aktörerna då den riskerar att skapa tillitsproblem.

För hälso- och sjukvården innebär paradoxen att läkaren å ena sidan ska ansvara för behandling av patienten och å andra sidan utfärda intyg för att styrka att patienten har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Intyget har betydelse för patientens rätt till såväl sjuklön som sjukpenning och är därmed viktigt för patientens försörjning. Om läkaren och patienten har olika uppfattning om arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning kan relationen mellan patient och läkare påverkas negativt, och därmed försämra förutsättningarna för patientens fortsatta behandling. Läkaren kan därför ha incitament att ge patienten det intyg patienten vill ha och hänskjuta ett eventuellt negativt beslut till arbetsgivaren eller Försäkringskassan. I en enkätundersökning om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning uppger drygt en av tio läkare att de sjukskriver längre än nödvändigt någon gång per månad eller oftare för att undvika konflikt med patienten.⁴ I Riksrevisionens granskning av bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa konstaterar de att sjukskrivande läkares svårigheter att bedöma arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser försvårar för läkare att förena rollen som patientens behandlande läkare och den som medicinskt sakkunnig. Riksrevisionen menar att det finns en risk att läkarnas ambitioner att tillgodose Försäkringskassans krav på uppgifter i läkarintyget kan leda till suboptimala lösningar där läkaren, med anledning av att Försäkringskassan fäster stor vikt vid särskilda ord eller formuleringar i läkarintygen, skriver av informationsmaterial från Försäkringskassan i läkarintyget. De intervjuade läkarna framhåller att det är oförenligt med läkarrollen att misstro sin patient och att det är viktigt att patienten inte uppfattar det som att läkaren är en motpart.⁵

³ Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. ISF Rapport 2011:17, s. 45.

⁴ Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018*. Karolinska Institutet, s. 77.

⁵ Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*. Rapport 2018:11, s. 6.

Enligt paradoxen måste också informationen i läkarintyget tillgodose såväl behovet av att bedöma rätt till frånvaro och ersättning som behovet av att förse aktörerna i processen med information om potential för rehabilitering. Denna konflikt förstärks då läkarintyget är ingången till flera typer av stöd i processen. Läkarintygets innehåll kan avgöra om en individ får stöd av en funktion för koordinering i hälso- och sjukvården eller att individen får samordnade insatser från Försäkringskassan (se avsnitt 5.3 Medicinska uppgifter).

Försäkringskassans handläggare ansvarar för bedömningen av rätt till ersättning, samtidigt som de ska bedöma, och om behov föreligger samordna, individens rehabilitering. Den ena uppgiften handlar om att bedöma arbetsförmåga på grund av sjukdom och den andra arbetsuppgiften handlar om att verka för att eventuell arbetsförmåga kan tas tillvara trots sjukdom. Försäkringskassans handläggare ska alltså samtidigt bedöma om det finns arbetsförmåga att ta tillvara, vilket i så fall kan leda till att rätt till ersättning upphör och verka för att individens arbetsförmåga ska öka. Att bedöma om en individ har arbetsförmåga eller om individen har förmåga att delta i insatser för att återfå sin arbetsförmåga är en svår uppgift för Försäkringskassans handläggare, särskilt om individen, på grund av oro för att förlora sin rätt till sjukpenning, inte vågar visa på förmåga att delta i insatser.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen paradox kan leda till att läkare inte alltid uttrycker om en individ har rehabiliteringspotential i läkarintyget, med anledning av att det kan finnas en risk för att Försäkringskassan tar rehabiliteringspotential som ett stöd för att individen har arbetsförmåga. När detta händer skadas tilliten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

5.1.1 Utredningens slutsatser

Det är en utmaning för aktörerna som ska stödja individen genom processen att hantera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox. Dels har flera av aktörerna dubbla uppdrag, dels riskerar paradoxen att skapa misstro mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Att varje profession kan hantera sina dubbla roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är avgörande för att processen ska fungera. För läkare handlar det för det första om att bara ordinera sjukskrivning när läkaren bedömer sjukskrivning vara

nödvändig ur ett medicinskt perspektiv. För det andra handlar det för läkaren om att informera andra aktörer om individens möjligheter att kunna återfå arbetsförmåga. För Försäkringskassans handläggare handlar det om att värdera om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och samtidigt utreda och bedöma om det finns möjligheter för individen att återfå arbetsförmåga. I samverkan handlar det om att Försäkringskassan ska kunna lita på att läkaren gjort en vederhäftig bedömning utifrån sin roll i processen. Samtidigt ska läkaren, i sin tur, kunna lita på att Försäkringskassan tar emot information om individens potential utan att nödvändigtvis ta informationen om rehabiliteringspotential som intäkt för att arbetsförmåga redan finns.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppdrag i sjukskrivningsprocessen och det är inte meningen att konsensus mellan aktörerna ska föreligga i samtliga fall. För att individen ska uppfatta processen som begriplig behöver det dock finnas hög tillit mellan aktörerna, i meningen att aktörerna har förtroende för att den andra aktören gör rätt utifrån sitt uppdrag.

5.2 Regler som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns i flera olika lagar

Bedömning: Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum skapar otydligheter som gör processen svår att förstå och som kan leda till att stöd för återgång i arbete försämras.

De problem som uppstår med anledning av att regler finns i olika lagar kan i många fall lösas genom samverkan.

Arbetsgivares skyldigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum och kan vara svåra att överblicka. Lagstiftaren och myndigheterna bör ta hänsyn till detta vid framtida förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter som påverkar arbetsgivares skyldigheter.

Olika regelverk reglerar olika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen vilket kan göra det svårt för aktörerna att veta vad som gäller, och i förlängningen till att individen får motstridig eller

felaktig information eller fel stöd. Nedan redogör vi för tre exempel på sådana svårigheter.

5.2.1 Arbetsgivarens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera lagrum

Att arbetsgivare vet vilket ansvar man har för individens arbetsanpassning och rehabilitering tillbaka till arbete kan vara avgörande för att rätt stöd ges till individen.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar följer av arbetsmiljölagen (AML), socialförsäkringsbalken (SFB) samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. I AML finns regler om arbetsgivarens skyldighet att organisera och ha rutiner för förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering. De föreskrifter som Arbetsmiljöverket tar fram förtydligar de regler som finns i AML och Arbetsmiljöverket utövar endast tillsyn över de regler som finns i AML. I SFB anges att arbetsgivaren:

ska efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.⁶

Att lagstiftning avseende arbetsgivares rehabiliteringsansvar finns i olika lagar gör det svårt för arbetsgivare att få överblick av vilka skyldigheter de har inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet.

En annan konsekvens är att individens rättigheter riskerar att inte tillgodoses eftersom Arbetsmiljöverket inte utövar tillsyn över de regler som finns i SFB. I de fall arbetstagare och arbetsgivare inte är överens om vilka rehabiliteringsåtgärder som bör erbjudas av arbetsgivaren kan Försäkringskassan, som har tillsyn över rehabiliteringsverksamhet som regleras i SFB,⁷ hjälpa individen genom att kalla till avstämningsmöte, utbyta information i övrigt med arbetsgivaren eller begära in plan för återgång i arbete från arbetsgivaren. Försäkringskassan har dock inga sanktionsmöjligheter gentemot arbets-

⁶ 30 kap. 6 a § SFB.

⁷ Försäkringskassans ansvar beskrivs i avsnitt 2.4.

givaren om arbetsgivaren inte gör det denne ska. Försäkringskassan kan också uppmärksamma Arbetsmiljöverket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen eller socialförsäkringsbalken.⁸ I avsnittet om Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan (se avsnitt 6.2.3) framgår dock att ytterst få anmälningar görs. Arbetsmiljöverket utövar inte heller tillsyn på individnivå utan på organisatorisk nivå, till exempel över arbetsgivarens skyldigheter att organisera arbetsmiljöarbetet på ett ändamålsenligt sätt utifrån gällande regelverk.

Om en individ inte får det stöd av sin arbetsgivare som de anser sig ha rätt till är det således oklart hur individen ska gå tillväga i de fall dialog med arbetsgivare och Försäkringskassan inte har någon verkan. Arbetsmiljöverket hänvisar, i dialog med utredningen, till individens fackliga företrädare. De fackliga företrädarna är ense med Arbetsmiljöverket om att facket är rätt instans. De fackliga företrädarna kan hjälpa sina medlemmar i dialogen med arbetsgivaren, men för de som inte är medlem i facket saknas denna möjlighet. Vi kan därmed konstatera att det saknas en aktör som har ansvar att tillse att individen får rehabiliterande åtgärder.

5.2.2 Omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken

Arbetsgivare och Försäkringskassan har olika utgångspunkter för vad *omplacering* betyder. Detta skapar förvirring och problem i dialogen mellan Försäkringskassan och arbetsgivarna och skapar därmed indirekt problem för individerna i processen.

Det framgår av SFB att Försäkringskassan efter dag 90 ska vidga sin prövning av arbetsförmågans nedsättning till att även beakta om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.⁹ Det innebär att Försäkringskassan ska utreda om arbetsgivaren kan erbjuda ett annat arbete, än det ordinarie, som arbetstagaren klarar av trots nedsättning av arbetsförmågan. Denna bedömning ska göras oavsett om arbetstagaren kan eller inte kan antas återgå till sitt vanliga arbete.¹⁰ Enligt förarbetena framgår att

⁸ Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 157.

⁹ 27 kap. 47 § SFB.

¹⁰ Prop. 2007/08:136, s. 101.

avsikten med denna regel inte är att vare sig vidga eller minska det rehabiliteringsansvar som en arbetsgivare har:

Det innebär bl.a. att rena förekomsten av arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som den försäkrade skulle kunna utföra inte medför att sjukpenningen ifrågasätts. Den försäkrade måste bl.a. utifrån gällande arbetsrättsliga principer ges möjlighet att utföra dem. Om det finns lediga arbetsuppgifter som den försäkrade kan utföra är dock arbetsgivaren ofta inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet skyldig att erbjuda den försäkrade dessa uppgifter. Om den försäkrade nekar att ta arbete som han eller hon rimligen bör acceptera ska fortsatt sjukpenning inte betalas ut.¹¹

Begreppet *omplacering* har i allmänhet en annan betydelse för arbetsgivare och när Försäkringskassan ber en arbetsgivare att utreda om en anställd kan omplaceras så kan det därför hända att arbetsgivaren tror att Försäkringskassan efterfrågar en omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS.¹²

En omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS innebär att arbetsgivaren ska se över samtliga lediga anställningar i dennes verksamhet. En sådan omplaceringsutredning ska göras först efter att möjligheterna till återgång i ordinarie arbete eller annat arbete inom ramen för arbetsskyldigheten är uttömda. 7 § andra stycket LAS syftar till att värna en fortsatt anställning då alternativet är en uppsägning. Detta innebär att det föreligger saklig grund för uppsägning om en arbetstagare, utan godtagbar anledning, avböjer ett sådant omplaceringserbjudande (se också avsnitt 2.2.5). Arbetsgivarföreträdare skriver att:

Arbetsgivare har mycket sällan skyldighet att redan efter 90 dagars sjukskrivning vidta en omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS. Arbetstagaren har å sin sida lika sällan en skyldighet att vid den tidpunkten ta ställning till ett erbjudande om en helt annan typ av anställning som kanske till om med finns på en annan ort. 7 § andra stycket LAS blir nämligen aktuell först när saklig grund för uppsägning kan föreligga, dvs när rehabiliteringsansvaret är fullgjort och arbetsgivaren konstaterat att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt samt att arbetstagaren inte kan utföra arbete av betydelse. Att komma till den situationen tar vanligtvis mycket längre tid än 90 dagar.¹³

¹¹ Prop. 2007/08:136, s. 61 f.

¹² Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

¹³ Inkommen uppgift från Arbetsgivarverket. E-post 14 februari 2019.

Försäkringskassans handläggare förstår inte att deras fråga om omplacering uppfattas som den gör, eftersom de inte utgår ifrån samma lagstiftning som arbetsgivaren när frågan om omplaceringsmöjligheter ställs.¹⁴

För individen kan detta innebära att anställningen äventyras i de fall arbetsgivaren inte har arbetsuppgifter att erbjuda individen. Detta torde inte inträffa ofta men arbetstagarföreträdare berättar i dialog med utredningen om att det händer att individer blir uppsagda. I utredningen har vi gjorts uppmärksamma, av arbetsgivarföreträdare och fackliga företrädare, på att missförstånd avseende begreppet omplacering medför konsekvenser för såväl individer som arbetsgivare. Vi har dock inte kunnat verifiera omfattningen av dessa konsekvenser.

Utredningen har också gjorts uppmärksam på att detta förhållande dessutom kan skapa missförstånd i dialogen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. I samband med att individer nekas sjukpenning därför att de bedöms ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete kan individer som fortfarande har kvar en anställning komma till Arbetsförmedlingen genom ett omställningsmöte. Arbetsförmedlare kan då i många fall, enligt uppgift från Arbetsförmedlingen, utgå ifrån att Försäkringskassan utrett att det inte finns några möjligheter till andra arbetsuppgifter hos befintlig arbetsgivare, vilket inte behöver vara fallet. Försäkringskassan har oftast utrett de möjligheter till anpassade arbetsuppgifter som finns hos nuvarande arbetsgivare, och inte omplacering i den mening som finns i LAS. Det kan därför visa sig att arbetsgivaren har möjlighet att omplacera individen och att individen då kan gå tillbaka till sin arbetsgivare. För individen blir konsekvensen en onödig (och obegriplig) omväg via Arbetsförmedlingen till sin ordinarie arbetsgivare. Eftersom individen har en arbetsgivare som kan erbjuda en omplacering hade individen aldrig behövt besöka Arbetsförmedlingen.

¹⁴ Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

5.2.3 Flera aktörer utformar planer för återgång i arbete för individen

Utredningen har fått kännedom om att såväl individer i processen som arbetsgivare tycker att det faktum att flera olika aktörer i processen utformar rehabiliteringsplaner för individen riskerar att göra stödet svårt och överskåda och aktörernas ansvar otydligt.¹⁵ Följande individuella planer för återgång i arbete kan skapas för en individ i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

1. Kommunen kan utforma en samordnad individuell plan, så kallad SIP, när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas (2 kap. 7 § SoL).
2. Hälso- och sjukvården ska i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser (8 kap. 7 § sista stycket HSL). Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas (12 kap. 5 § andra stycket HSL).
3. Arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar om det kan antas att individens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar (30 kap. 6 § SFB). Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.
4. Försäkringskassan ska enligt 30 kap. 12 § SFB upprätta en rehabiliteringsplan. Det är en plan för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliteringsersättning. Vid planering av åtgärder som inte ligger till grund för att bevilja rehabiliteringsersättning kan Försäkringskassan upprätta plan för återgång i arbete i stället för rehabiliteringsplan. Planerna ligger i

¹⁵ Arbetsgivarverket (2017), *Yttrande över promemorian Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*, s. 2 och Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Remissvar Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*.

samma interna mall och handläggaren gör olika val beroende på vilken situation den försäkrade är i.¹⁶

De individuella planerna syftar till att förbättra individens möjligheter till effektiv rehabilitering. I planerna görs också bedömningar om individens behov av rehabilitering. Planerna har inte exakt samma syfte även om de till del överlappar. För respektive aktör är det tydligt varför en individuell plan ska utformas och hur den hjälper individen. En enskild individ kan dock ha planer hos flera aktörer samtidigt. Innehållet i dessa planer är ofta inte samverkat aktörerna emellan vilket innebär att individen kan få motstridiga besked. Det behöver inte handla om allvarliga motstridigheter utan kan vara så enkla saker som skillnader i tidpunkt för insatser eller olika bedömningar av behovet av en viss insats. Om det finns skillnader i de olika aktörernas planer för individen kan det vara svårt för individen att förstå vilken plan som ska följas och om någon plan är överordnad någon annan.

5.2.4 Utredningens slutsatser

Ovanstående tre exempel illustrerar hur lagstiftningens konstruktion kan skapa problem i samverkan. Vår bedömning är att lagstiftningen i sig inte är motstridig. Snarare är det överlappande ansvar och ordval som skapar oklarheter för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och som i sin tur kan skapa oklarheter för individen.

Utredningen gör bedömningen att lösningen på de problem som kan uppstå enligt ovanstående beskrivningar inte i huvudsak ligger i att förändra den befintliga lagstiftningen. Att ha sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i fokus i lagstiftningsarbetet skulle troligtvis generera konsekvenser för angränsande (minst lika viktiga) processer. Trots att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en viktig process, är den inte överordnad anställningstrygghet eller rätt till likvärdig vård. Därutöver inkluderar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ett så stort antal aktörer att den behöver regleras i flera lagrum.

¹⁶ Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 291 f.

Olika lagstiftningar kan då, trots omfattande utredningar och genomgång av lagrådet, innehålla samma ordval eller skapa överlappande ansvar. Utredningens bedömning är att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har ett ansvar att samverka för att denna typ av problem kan undvikas i så hög utsträckning som möjligt. De problem som beskrivs ovan relaterar till behovet av en gemensam terminologi för att samverkan ska underlättas (avsnitt 4.2.2). Aktörerna i processen måste ta ansvar för att ge de personer som arbetar med individer i processen förutsättningar att förstå varandra över professionsgränser och mellan myndigheter och organisationer.

Vi drar slutsatsen att det med anledning av att arbetsgivares ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum kan vara svårt för framför allt små och medelstora arbetsgivare att skaffa sig en fullständig bild över vilka skyldigheter arbetsgivaren har i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta kan i sin tur medföra konsekvenser för individer. Utredningen anser att det faktum att arbetsgivares skyldigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum kräver att både lagstiftaren och myndigheterna beaktar hur framtida förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter påverkar arbetsgivares skyldigheter i deras arbete inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i sin helhet.

Vad gäller begreppet omplacering har vi i våra dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer förstått att det skapar problem i samverkan. Aktörerna behöver föra en dialog om vad de lägger i begreppet omplacering och, om möjligt, komma överens om vad som behöver göras för att klargöra hur begreppet ska användas för att det inte ska leda till oklarheter i processen.

För individerna i processen är det av betydelse att aktörerna ser till att ensa planer gällande rehabilitering för en enskild individ. Att göra detta kräver goda kontaktvägar och samtycke från individen. Mer om kontaktvägar i avsnitt 4.3.6.

5.3 Medicinska uppgifter

Bedömning: Att utbyta medicinska uppgifter kräver samverkan både för själva överföringen av uppgifterna och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas. Alla aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver medicinska uppgifter om individen. Det finns behov av att ytterligare underlätta hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

För individen är det viktigt att de aktörer som ska ge individen stöd får ändamålsenliga medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården. Utbyte av medicinska uppgifter är en samverkansfråga mellan hälso- och sjukvården och de andra aktörerna. Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har behov av medicinska uppgifter om individen. Till exempel utgör sådana uppgifter grund för bedömning av rätt till frånvaro från arbetet och ersättning och är i många fall tungt vägledande för anpassning och utformning av insatser på, eller i relation till, arbetet. Tillgång till, och behov av, medicinska uppgifter är dock inte alltid i balans, vilket riskerar att hindra aktörer från att agera ändamålsenligt. När behov av uppgifter inte tillgodoses riskerar processen att stanna upp med konsekvenser för individen. Samtidigt är hälso- och sjukvårdens sammanställning av medicinska uppgifter för att en annan aktör ska kunna uppfylla sitt uppdrag, och förmedling av sådana uppgifter, resurskrävande för hälso- och sjukvården och uppgifter borde efterfrågas bara när det verkligen är nödvändigt. Nedan ges en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter och vilket behov respektive aktör har av medicinska uppgifter. När det finns diskrepanser i möjligheter att lämna uppgifter och behov av uppgifter blir det problem i samverkan vilket också redogörs för nedan.

5.3.1 Hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter

Hälso- och sjukvården lämnar medicinska uppgifter i form av intyg med information till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att

lämna intyg om vården till en individ som efterfrågar ett sådant intyg.¹⁷ Det finns däremot ingen lagstadgad skyldighet för läkaren att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att rätt till sjuklön och sjukpenning kräver ett sådant intyg. I lagstiftningen anges inte explicit att sjukskrivning är en del av vård och behandling. Enligt Socialstyrelsen kan sjukskrivning ändå vara hälso- och sjukvård och utfärdande av intyg har historiskt ansetts utgöra hälso- och sjukvård.¹⁸ Av Socialstyrelsens *Övergripande principer för sjukskrivning* framgår också att:

Läkares bedömning av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkan på arbetsförmåga är ett verktyg vid vård och behandling. Det betyder att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder.¹⁹

Det finns vissa begränsningar i vad hälso- och sjukvården kan intyga. Av Socialstyrelsens intygsföreskrift, som reglerar läkarnas arbete med intyg, framgår:

Vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg ska intygsutfärdaren endast uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om. Intygsutfärdaren ska beakta att ett intyg kan få betydelse i rättsliga sammanhang.²⁰

Läkare vittnar om att det är svårt att skriva intygen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I en enkätundersökning till läkare om arbete med sjukskrivning²¹ uppgav knappt hälften (42 procent) att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång/vecka och denna andel var störst bland vårdcentralsläkare (70 procent). Framför allt ansåg läkarna det problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att kombinera att vara behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att prognosticera varaktigheten av arbetsförmågan samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg.

¹⁷ 10 kap. 3 § patientlag (2014:821).

¹⁸ Uppgift från Socialstyrelsen 2020-03-05.

¹⁹ roi.socialstyrelsen.se/fmb/om-forsakringsmedicinskt-beslutsstod. Hämtad 2019-07-11.

²⁰ 6 kap 2 § *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.

²¹ Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018*. Karolinska Institutet.

I utredningen *Effektiv vård* identifieras brister i hantering av intyg som begärs av hälso- och sjukvården (gäller inte bara de intyg som utfärdas inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen) som en starkt bidragande orsak till ineffektivitet i vården och en stor del av den administrativa bördan som professionerna i hälso- och sjukvården upplever.²² Som vi redogör för i avsnitt 5.3.4 ökade antalet kompletteringsförfrågningar från Försäkringskassan till hälso- och sjukvården när Försäkringskassan fick i uppdrag att stärka kvaliteten i handläggningen. Detta bidrog till frustration inom hälso- och sjukvården vilket i sin tur ledde fram till Försäkringskassans och Socialstyrelsens gemensamma regeringsuppdrag som handlade om att skapa bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.²³ Uppdraget resulterade bland annat i åtgärder för att öka kvaliteten i och samarbetet gällande, försäkringsmedicinska underlag, förebygga behov av kompletteringar och se till att kompletteringarna i de fall de behövs blir mer träffsäkra.²⁴ Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen har sedan 2011, inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, utvecklat elektronisk överföring av läkarintyg.²⁵ Att ta fram former för hur uppgifter ska delas mellan aktörerna i ett individärende förutsätter strukturell samverkan mellan aktörerna.

Som delar av arbetet inom ramen för överenskommelsen 2020 ingår bland annat att vidare utreda och vidareutveckla påbörjad utveckling av ifyllnadsstöd vid intygsutfärdande och att genomföra en förstudie gällande utveckling av försäkringsmedicinsk terminologi, begrepps-användning och klassifikationer.²⁶

²² SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

²³ Socialdepartementet (2018) *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. S2017/03739/SF.

²⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 27.

²⁵ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 10–11.

²⁶ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2020*, s. 10–11.

5.3.2 Individens behov av medicinska uppgifter

Individen måste, för rätt till ersättning och frånvaro, styrka sin arbetsförmågenedsättning på grund av sjukdom med ett läkarintyg.²⁷ Individen kan dock sägas behöva läkarintyg av två skäl. För det första som ordination och del av vård och behandling – individen behöver förstå vad hen ska göra för att bli medicinskt rehabiliterad. För det andra behöver individen ett läkarintyg för att styrka nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i syfte att:

- styrka rätt till sjuklön efter åttonde dagen i en sjukskrivning, eller tidigare vid särskilda skäl; så kallade förstadagsintyg (gäller anställda),
- styrka rätt att vara frånvarande från arbetet (gäller anställda),
- styrka rätt till sjukpenning,
- ansöka om samordnad rehabilitering,
- få anpassning av insatser från Arbetsförmedlingen,
- kunna få försörjningsstöd (intyga oförmåga till försörjning).

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer skriver Socialstyrelsen att de delar uppfattningen att begreppet sjukskrivning även innefattar en ordination, det vill säga att sjukskrivningen ska ses som rekommendation från läkaren att en patient utifrån ett medicinskt perspektiv inte bör arbeta i en viss omfattning och under en viss tid utifrån sitt hälsotillstånd.²⁸ SKR poängterar dock att läkarintyget i sig inte är nödvändigt för läkarens ordination.²⁹ Utredningens bedömning är att läkarintyget i sig inte är nödvändigt för ordination till individen om att avstå från arbete men att intyget kan ha ett pedagogiskt värde som kan jämföras med fysisk aktivitet på recept.³⁰ Men även om intyget inte är nödvändigt för ordinationen om sjukskrivning, är individen i behov av intyget som innehåller den ordinerade sjukskrivningen för att individen ska styrka rätt till sjuklön, sjukpenning etcetera. De medicinska uppgifterna behöver således kunna förstås av individen samtidigt som upp-

²⁷ Lag (1991:1047) om sjuklön och 27 kap. 25 § SFB.

²⁸ Inkommen uppgift från Socialstyrelsen. E-post 28 november 2019.

²⁹ Inkommen uppgift från SKR. E-post 6 december 2019.

³⁰ www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far/. Hämtad 2020-03-26.

gifterna ska vara vederhäftiga nog för att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

5.3.3 Arbetsgivarens behov av medicinska uppgifter

Arbetsgivaren ska bedöma individens rätt till sjuklön och rätt att vara frånvarande från arbetet samt därutöver avgöra vilka insatser som behöver vidtas på arbetsplatsen för att en anställd, om möjligt, ska kunna återgå i arbete. Den medicinska information som når arbetsgivare från hälso- och sjukvården är i dag inte alltid utformad efter arbetsgivares behov. Arbetsgivarorganisationerna uppger att deras medlemmar har svårt att få den information de behöver för att kunna bedöma rätten till frånvaro och sjuklön, samt information om arbetsuppgifter som är medicinskt lämpliga eller olämpliga på arbetsplatsen för en anställd som är sjukskriven att utföra.³¹

I sjuklönelagens förarbeten anges att bestämmelsen om att sjukdomsfallet ska styrkas med ett läkarintyg har betydelse ur kontrollsynpunkt, men att läkarintyget framför allt är viktigt för att avgöra rehabiliteringsbehovet hos den enskilde.³² Arbetsgivarna behöver därför uppgifter från hälso- och sjukvården om arbetsförmågans nedsättning i förhållande till individens arbetsuppgifter, vilka aktiviteter en individ inte kan göra på grund av sin sjukdom och om det finns medicinska risker för individen att utföra särskilda aktiviteter.

Arbetsgivare får, som vi nämner ovan, dock inte alltid tillräcklig information. En individ kan välja att inte dela information om diagnos i läkarintyget med sin arbetsgivare.³³ Syftet med denna reglering är att värna individens integritet, men kan medföra problem för arbetsgivaren i sin uppgift att försöka rehabilitera den anställde tillbaka till arbete.³⁴

Under en period har arbetsgivarens problem med att få tillräcklig medicinsk information bland annat berott på att det har funnits tekniska lösningar inom hälso- och sjukvårdens system för intyg till arbetsgivare som innebar att inte enbart diagnos doldes för arbets-

³¹ Exempelvis www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/forenklade-lakarintyg-okar-sjukfranvaron_736701.html. Hämtad 2020-03-26 och information från utredningens möten med arbetsgivare och arbetsgivarorganisationer.

³² Prop. 1990/91:181, s. 46–47.

³³ 9 § Lag (1991:1047) om sjuklön.

³⁴ Prop. 1990/91:181, s. 47.

givare. I den tekniska lösning som Inera³⁵, utvecklade för intyg till arbetsgivare, doldes också de fält i vilka funktionsnedsättning och aktivitetsersättning ska beskrivas av läkaren med anledning av att det bedömdes att det ur dessa fält ibland kunde härledas vilken diagnos den enskilde har. Även om skälet till att fälten doldes var att hindra att känslig information om individen spreds, blev konsekvensen att arbetsgivare, i princip, fick obefintlig medicinsk information från hälso- och sjukvården.

Arbetsgivarorganisationerna och Försäkringskassan har uppmärksammat SKR på att intygen innehöll så lite information att det blev ett problem för arbetsgivarna att kunna bedöma möjligheterna till rehabilitering. Inera tog därför i december 2019 bort möjligheten att dölja information i Försäkringskassans intyg. Utredningen får dock signaler om att problem med dolda fält kan kvarstå trots åtgärder. Skälen till det är, enligt SKR, att det dels är det en pågående process att öka kunskapen hos hälso- och sjukvården kring varför arbetsgivare behöver medicinsk information vid sjukfrånvaro hos medarbetare, dels att det varierar det ute i regionerna hur stora resurser man har för intygsutfärdande och vilka prioriteringar man ser sig tvingade att göra.³⁶

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer framkommer att det inte finns en samstämmig bild av problemets omfattning eller om händelseutvecklingen som ledde till att fält i läkarintygen doldes och sedan visades igen. Detta kan i sig vara intressant att notera eftersom det understryker behovet av samverkan och dialog mellan aktörerna i tidiga skeden av arbeten som genomförs av enskilda aktörer, men som förändrar förutsättningarna för andra aktörer i processen.

SKR har år 2019 tagit fram ett nytt intyg till patienten att lämna till arbetsgivaren. Arbetsgivarintyget innehåller samma informationsfält som det intyg som utfärdas till Försäkringskassan, utom avseende diagnos. Informationsmängderna från Försäkringskassans intyg kan automatiskt föras över till arbetsgivarintyget för att spara läkarens tid. Läkaren kan dock redigera informationen och antingen ta bort eller lägga till information i intyget.

³⁵ Inera ägs av SKR Företag, regioner och kommuner utvecklar och förvaltar nationella tjänster inom e-hälsa och digitalisering.

³⁶ Utredningens dialoger med SKR.

Arbetsgivarföreträdarna anser att det är av stor betydelse att arbetsgivare och Försäkringskassan får samma information efter sjuklöneperioden och är därför inte nöjda med denna lösning.³⁷

SKR har också, i samverkan med arbetsgivarorganisationerna, tagit fram ett läkarintyg för sjuklöneperioden, vilket lanserades i december 2019.

Under utredningens gång har arbetsgivarföreträdare framfört att de ser ett behov av att hälso- och sjukvården lämnar tydligare uppgifter till arbetsgivare om lämpliga anpassningsåtgärder för att öka individens möjligheter till återgång i arbete. Exempelvis framgår denna uppfattning i Arbetsgivarverkets yttrande över SOU 2018:80 i april 2019:

Det är således viktigt att den utfärdande läkaren har god kunskap om arbetsplatsen och de ordinarie arbetsuppgifter som den anställdes arbetsförmåga ska bedömas mot. Läkarintyget måste även innehålla förslag på anpassning och andra åtgärder som kan förväntas leda till återgång i arbete. För att arbetsgivaren ska kunna bedöma om sjukfallet kan antas pågå längre tid än 60 dagar krävs även att läkaren gör en välgrundad prognos gällande sjukfallets längd.³⁸

Vi konstaterar att de uppgifter som når arbetsgivare efter sjuklöneperioden ofta är desamma som lämnas till Försäkringskassan, utformade efter Försäkringskassans behov. Detta är logiskt eftersom arbetsgivare och Försäkringskassan ofta behöver samma typ av uppgifter från hälso- och sjukvården. Arbetsgivarföreträdare har i dialog med utredningen framfört att de gärna skulle se att hälso- och sjukvården även försåg dem med uppgifter om vilka aktiviteter en individ kan göra trots sin sjukdom. Vad individen kan och inte kan göra, kan också förändras i ett sjukfall, vilket betyder att arbetsgivaren behöver kontinuerlig information om hur det medicinska tillståndet utvecklas. Medicinsk behandling kan leda till att insatser på arbetsplatsen som inte var möjliga tidigt i sjukfallet, efterhand blir möjliga.

³⁷ Utredningens dialoger med SKR och Arbetsgivarverket.

³⁸ Arbetsgivarverket (2019), *Yttrande över betänkandet Samspel för hälsa, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (SOU 2018:80)*.

5.3.4 Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter

Individen ska enligt lag styrka sin nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom med ett läkarintyg. Den medicinska informationen från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan förmedlas därmed huvudsakligen via läkarintyget. Försäkringskassan behöver medicinsk information för att kunna ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och därutöver för att kunna klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering samt bedöma behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Försäkringskassan tar fram mallar för läkarintyg och utformningen av mallarna har varierat över tid.³⁹ Också kraven på vilken information som ska ingå i intyget har varierat över tid. Det finns inga formella krav på intyget som sådant för att det ska kunna användas för att styrka rätt till ersättning.

Vad gäller den information som Försäkringskassan behöver för att bedöma rätt till ersättning har läkare under de senaste åren signalerat att det är svårt och tidsödande att fylla i läkarintygen och att de ofta får kompletteringsbegäran från Försäkringskassan.⁴⁰ Det blir problem i samverkan när hälso- och sjukvården anser att Försäkringskassan kräver medicinska uppgifter som hälso- och sjukvården bedömer sig inte kunna lämna. Exempelvis uppger läkare att det är svårt att uttrycka tydliga observationer och undersökningsfynd för en del psykiska diagnoser och att det är svårt att ange aktivitetsbegränsningar som de själva observerat.⁴¹ Läkare inom hälso- och sjukvården har beskrivit att Försäkringskassan ifrågasätter deras bedömningar i större utsträckning än tidigare och att det tar tid att hantera Försäkringskassans behov av ytterligare information. Svenska företagsläkarföreningen såg kompletteringarna till Försäkringskassan som ett växande arbetsmiljöproblem⁴² och i Karolinska Institutets

³⁹ I dag har Försäkringskassan två olika mallar för läkarintyg för sjukpenning, Läkarintyg 7804 och Läkarintyg 7263. www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning. Hämtad 2020-03-20.

⁴⁰ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

⁴¹ Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*. Rapport 2018:11.

⁴² Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna. sfl.se/sflf/app/uploads/2018/04/kompletteringstraxsket-rapport.pdf. Hämtad 2020-03-26.

läkarenkät från 2017⁴³ svarade 68 procent av alla läkare att de ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg.

Att Försäkringskassans begäran om medicinska uppgifter har varit svåra att tillgodose framgår också av den delrapportering som Försäkringskassan och Socialstyrelsen gjorde inom ramen för det uppdrag myndigheterna fick i början av 2018 och som handlar om att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan har under våren 2018 utrett begrepp som bidragit till otydlighet och frustration i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande vilka uppgifter som behövs i läkarintyget. I läkarintyget framgår att läkare ska ange observationer, undersökningsfynd och testresultat. Dialogen kring intyget har dock kommit att präglas av begreppet ”objektiva fynd” som framförallt används av domstolarna. Försäkringskassan har beslutat att de begrepp som finns i intyget ska användas och att ”objektiva fynd” följaktligen inte ska användas.⁴⁴

Uppdraget slutredovisades i juni 2019. I slutredovisningen delar myndigheterna upp områden som bör adresseras i två olika kategorier; områden som bedöms vara ”enklare” och områden som bedöms vara ”mer utmanande”. Som exempel på sådant som bedöms vara enklare att adressera anges:

definition och användande av DFA – kedjan, ett utvecklingsarbete gällande försäkringsmedicinskt beslutsstöd, högre kvalitet i begäran om komplettering och eliminerandet av ”onödiga kompletteringar”⁴⁵

Som exempel på mer ”utmanande områden” anges hur den efterfrågade informationen uttrycks och hur den tas emot och används. Här anger man att de kliniska förutsättningarna för smärta och psykisk ohälsa, det vill säga den ohälsa som i stor utsträckning driver sjukfrånvaron, skiljer sig från förutsättningarna vid somatiska tillstånd, exempelvis gällande diagnostisering och tydlighet beträffande

⁴³ Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018*. Karolinska Institutet.

⁴⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, s. 3.

⁴⁵ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 24.

undersökningsfynd.⁴⁶ I redovisningen av det så kallade dialoguppdraget konstateras att även om det finns en samsyn mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen att det är viktigt att långtgående och detaljerat förtydliga behovet av vilken försäkringsmedicinsk information Försäkringskassan behöver av hälso- och sjukvården, så kan det:

dock inte uteslutas att det som faktiskt är möjligt för hälso- och sjukvården att formulera och uttrycka trots detta i vissa fall inte räcker till för att stödja rätt till sjukpenning givet nuvarande rättsliga förutsättningar (inkluderat berörda aktörers tolkning av dessa).⁴⁷

Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick i december 2019 i uppdrag att genomföra de åtgärder de specificerat i sin slutrapportering.⁴⁸

5.3.5 Arbetsförmedlingens behov av medicinska uppgifter

Arbetsförmedlingen behöver medicinska uppgifter om individer för två syften. För det första behöver en person som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som är sjuk i mer än sju dagar lämna ett läkarintyg till Arbetsförmedlingen för att få behålla sin ersättning under sjukfrånvaron. Läkarintyget ger Arbetsförmedlingen underlag att vid behov anpassa programmet så att deltagaren kan gå kvar trots sjukdom. Läkarintygets mall är framtagen av Arbetsförmedlingen i samråd med SKR och fokuserar på vad individen kan göra och vilka medicinska risker som föreligger.⁴⁹

För det andra kan Arbetsförmedlingen begära ett medicinskt utlåtande om individen från vården i syfte att klargöra förutsättningarna för arbetssökande som har ett behov av fördjupat stöd. Det kan handla om eventuell anpassning för deltagare i program eller om att kunna erbjuda utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförbe-

⁴⁶ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 27 f.

⁴⁷ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 29.

⁴⁸ *Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut 2019-12-11. S2019/04627/SF S2019/05192/SF (delvis).

⁴⁹ Läkarintyg för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning. Arbetsförmedlingens läkarintyg AF00251.

redande insatser.⁵⁰ Även detta underlag är framtaget i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och SKR. Det är inte reglerat i lag att det krävs läkarintyg för dessa uppgifter vilket innebär att fler av hälso- och sjukvårdens professioner än läkare kan lämna uppgifter här.

När Arbetsförmedlingen begär att vården lämnar medicinska uppgifter får vården betalt för sitt arbete enligt gällande förordning.⁵¹

Utredningen har inte fått signaler om samverkansproblem mellan Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården gällande medicinska uppgifter. Det kan tänkas att det utvecklingsarbete Arbetsförmedlingen nyligen genomfört i samarbete med SKR, där uppgifter som intygas har skiljts från annan medicinsk information som lämnas, har bidragit till bättre samverkan. Detta kan antas göra uppgiftslämnandet mer effektivt då inte enbart läkare kan lämna information. Att hälso- och sjukvården också får full kostnadstäckning för det arbete som krävs för att lämna Arbetsförmedlingen uppgifter har sannolikt också betydelse.

5.3.6 Socialtjänstens behov av medicinska uppgifter

Inom ramen för socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd ingår att stödja den enskilde till egen försörjning. Den enskilde som uppbär försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingens anvisade program och ta lämpliga anvisade arbeten. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet enligt socialtjänstlagen.⁵² Socialtjänsten kan behöva medicinsk information som visar att en individ inte kan delta i aktiviteter i kommunens regi. Om en individ inte kan delta i aktiviteter på grund av sjukdom kan individen ha rätt till försörjningsstöd trots att hen inte står till arbetsmarknadens förfogande.

Socialtjänsten har inte rätt att begära läkarintyg från individen och har ingen egen mall för läkarintyg.⁵³ Om individen inte kan delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom ombes individen dock att lämna ett läkarintyg som styrker detta. Vi uppfattar att det läkar-

⁵⁰ arbetsformedlingen.se/halso--och-sjukvarden/medicinskt-utlatande. Hämtad 2020-03-26.

⁵¹ 3 kap. 9 § förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska program.

⁵² 4 kap. 4 § SoL.

⁵³ Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*, s. 85.

intyg som utfärdas av hälso- och sjukvården och som individen lämnar till socialtjänsten oftast är Försäkringskassans intyg. Det betyder att läkaren bedömer förmåga i relation till arbete trots att kommunens aktiviteter ofta inte kan jämföras med arbete. Det i sin tur innebär att bedömningen görs i relation till högre krav (arbete) än de som faktiskt föreligger (kommunens anvisade aktivitet) och att individen därmed kan gå miste om stöttande aktiviteter i kommunens regi, se mer i avsnitt 7.2.3.

5.3.7 Utredningens slutsatser

För att individen ska få stöd att återfå arbetsförmåga och kunna återgå till, eller söka, arbete behöver aktörerna olika, men snarlika, medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder. Medicinska uppgifter är ett fundament i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som måste efterfrågas med försiktighet och precision. Utredningens uppfattning är att frågan om hälso- och sjukvårdens tillhandahållande av medicinska uppgifter till aktörer är en samverkansfråga vars utveckling behöver följas över tid. Utredningen bedömer också att det finns behov av utvecklad strukturell samverkan mellan aktörerna som handlar om:

1. att aktörerna identifierar vilka medicinska uppgifter de behöver,
2. att hälso- och sjukvården får kännedom om vilka uppgifter respektive aktör behöver,
3. att hälso- och sjukvården bedömer vilka uppgifter som är möjliga för hälso- och sjukvården att lämna, både gällande vad som de facto är möjligt för vården att uttala sig om och även ur ett resursperspektiv.

Flera av de kända hinder för samverkan som presenterades i avsnitt 4.2 är relevanta vad gäller samverkan om medicinska uppgifter. Det handlar om bristande incitament, strukturella skillnader, kulturella skillnader, bristande kunskap samt bristande kommunikation och ledarskap. I likhet med annan samverkan behöver samverkan om medicinska uppgifter ha en stark förankring och ett starkt stöd på samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer.

Ett omfattande utvecklingsarbete gällande dialog, elektronisk informationsöverföring, ifyllnadsstöd och terminologi pågår mellan hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen och Försäkringskassan utifrån överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och utifrån åtgärderna i det så kallade dialoguppdraget.⁵⁴ Även då det gäller utvecklingen av intyg för medicinska uppgifter riktade till arbetsgivare och till Arbetsförmedlingen, har SKR tillsammans med berörda aktörer bedrivit ett utvecklingsarbete. Som redogjorts för ovan finns det fortfarande utvecklingsbehov gällande de medicinska uppgifter arbetsgivare behöver för att kunna ta sitt ansvar, och det finns även behov av att vidare utreda vilka uppgifter socialtjänsten behöver för att kunna bedöma individers möjligheter att delta i anvisade aktiviteter.

Utredningen har tagit del av uppfattningen att hälso- och sjukvården behöver ha ingående kännedom om en individs arbetsuppgifter och arbetsplats inte bara för att kunna uttala sig om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom i det arbete individen har, utan även för att hälso- och sjukvården ska kunna lämna förslag på arbetsanpassning för att en individ ska kunna återgå i arbete. Vår bedömning är att denna förväntan på hälso- och sjukvården är problematisk. Givetvis behöver hälso- och sjukvården fråga individen om vilka arbetsuppgifter individen har, för att kunna uttala sig om huruvida arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Närmare utredning och bedömning av hur en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara måste dock vara en fråga för arbetsgivaren, inte för hälso- och sjukvården. Detta område utvecklas i avsnitt 6.3.2.

Med anledning av att aktörerna har delvis olika behov av medicinska uppgifter, finns det en risk för att förväntningarna på vilka uppgifter hälso- och sjukvården ska kunna lämna blir för höga, och att floran av medicinska underlag för hälso- och sjukvården att använda växer. Läkarförbundet poängterar också i dialog med utredningen att det finns en pågående förskjutning mot större krav på information från sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens övriga aktörer. Hälso- och sjukvården tar, enligt dem, ett allt större ansvar i sjuk-

⁵⁴ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020* och Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

skrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Även i överenskommelsen mellan regeringen och SKR för 2020 nämns detta förhållande:

Hälso- och sjukvårdens engagemang i sjukskrivningsprocessen har ökat genom överenskommelserna mellan staten och SKR. Regeringen och SKR har bedömt att det är angeläget att stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete.⁵⁵

Utredningen anser att frågan om hur mycket resurser sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen får kosta hälso- och sjukvården behöver utredas vidare. Det är i sammanhanget dock viktigt att komma ihåg att hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande till andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte enbart görs för att andra aktörernas ska kunna vidta åtgärder inom sina respektive ansvarsområden. Genom att hälso- och sjukvården samverkar med andra aktörer, bland annat genom att lämna medicinska uppgifter, ges individen möjlighet att få ta del av insatser som leder tillbaka till arbete och som också kan leda till att individen inte längre behöver stöd från hälso- och sjukvården.

5.4 Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer

Bedömning: Aktörerna menar olika saker med *rehabilitering*. Att aktörerna använder begreppet rehabilitering utan att specificera vad rehabilitering innefattar i deras kontext, leder till otydlighet för individen och för de andra aktörerna. Aktörernas olika syn på vad som ryms inom begreppet rehabilitering kan få konsekvenser för individens möjlighet att få stöd för återgång i arbete.

⁵⁵ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*.

För att individen ska komma tillbaka till arbete behövs ibland rehabilitering. Det är därför viktigt att aktörerna har samsyn kring vad som avses med rehabilitering.

Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använder begreppet rehabilitering. Aktörerna har också olika ansvar för rehabilitering vilket beskrivs i kapitel 2. Under utredningen har framkommit att olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ser olika på vad som ryms inom begreppet rehabilitering när begreppet används för att beskriva åtgärder som kan vara aktuella vid återgång i arbete, något som även tidigare utredningar uppmärksammat.⁵⁶ Att aktörerna ser olika på rehabilitering nämns också i lagrådsremissen om rehabiliteringskoordinatorerna. Där framgår att rehabilitering har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör man talar om och vilket ansvar denne har.⁵⁷ I utredningen *Samordnad rehabilitering för god och nära vård* definieras medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.⁵⁸ Med medicinsk rehabilitering menas hälso- och sjukvårdens rehabiliterande åtgärder. Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att en individ som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Om social rehabilitering skrivs att den kan inkludera åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter.⁵⁹

Vissa arbetsgivarföreträdare och Försäkringskassan har också börjat använda begreppet arbetsplatsinriktad rehabilitering för att tydliggöra att arbetsgivarens ansvar endast omfattar åtgärder som kan genomföras på eller i nära anslutning till den egna arbetsplatsen.⁶⁰

Nedan redovisas två exempel på när rehabilitering används på olika sätt av olika aktörer och hur det påverkar deras samverkan.

⁵⁶ SOU 2006:86. *Mera försäkring och mera arbete*, s. 102 och SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 601.

⁵⁷ Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. 2018.

⁵⁸ SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan*.

⁵⁹ SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 210–215.

⁶⁰ Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

5.4.1 Användning av begreppet rehabilitering vid uppdateringen av Arbetsmiljöverkets föreskrift

Samtidigt med utredningens arbete reviderar Arbetsmiljöverket föreskrifterna om Arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1) för att förtydliga arbetsgivarens ansvar då det gäller rehabilitering. Arbetsmiljöverket anger att en av orsakerna till att föreskrifterna revideras är att arbetsgivarens ansvar inte är detsamma nu, som det var när föreskrifterna togs fram 1994.⁶¹ För att förtydliga och konkretisera de skyldigheter arbetsgivaren har i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för att förebygga att arbetstagare blir sjukskrivna, eller så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete efter sjukskrivning fokuserar de reviderade föreskrifterna på arbetsanpassning, som är en del av rehabiliteringen.⁶²

Arbetsmiljöverkets revidering av föreskriften har dock stött på kritik från arbetsmarknadens parter, utifrån olika perspektiv. Framst handlar kritiken om att begreppet rehabilitering tas bort från föreskrifterna. Anledningen till att Arbetsmiljöverket vill ta bort begreppet rehabilitering är bland annat att det inte är definierat. En enhetschef på Arbetsmiljöverket skriver:

Det finns tyvärr ingen definition av rehabilitering i arbetsmiljölagen och det har visat sig att många tror att arbetsgivaren har ansvar för att t.ex. betala arbetstagares behandling för missbruk. Det finns ingen grund i AML eller Arbetsmiljöverkets nuvarande föreskrifter för detta och vi har aldrig ställt krav på detta. [...] Det som tidigare avsågs med rehabilitering är den del som arbetsgivaren kan göra med de verktyg hen har på arbetsplatsen, i första hand arbetsanpassning.⁶³

Arbetsgivarföreträdarna anser att det är bra att det är arbetsanpassning som är i fokus i föreskrifterna, i stället för rehabilitering. Däremot anser arbetsgivarföreträdarna att skrivningarna i förslaget till de nya föreskrifterna är otydliga och att de nya skrivningarna i alltför hög utsträckning har ett individperspektiv i stället för ett organisatoriskt perspektiv. Svenskt Näringsliv skriver i sitt remissvar att:

⁶¹ Skrivelse från Arbetsmiljöverket till LO 2019-05-09.

⁶² Utredningens dialog med Arbetsmiljöverket.

⁶³ Inkommen uppgift från Svenskt Näringsliv. E-post 21 maj 2019.

En revidering behöver även förtydliga det i många fall svåra förhållandet mellan arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering samt hänvisa till angränsande lagstiftning i t.ex. socialförsäkringsbalken⁶⁴

De fackliga företrädarna är kritiska till att arbetsgivarens skyldigheter gällande rehabilitering enligt förslaget tas bort från föreskrifterna. PTK, TCO och Saco har i en skrivelse till Arbetsmiljöverket uttryckt sin oro för att de nya föreskrifterna kan leda till att parternas arbete med arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatser kan påverkas till det sämre och få negativa konsekvenser för arbetstagaren.⁶⁵ LO skriver i sitt remissvar till Arbetsmiljöverket:

att mönstra ut rehabiliteringsbegreppet från föreskrifterna är rent kontraproduktivt i relation till intentionerna med den nya lagregeln i 30 kapitlet i socialförsäkringsbalken.⁶⁶

LO skriver vidare att:

borttagandet av rehabiliteringsbegreppet kan uppfattas innebära att arbetsgivaren inte längre exempelvis har skyldigheter att vidta åtgärder i form av arbetsträning, arbetsprövning, personligt stöd i form av särskild information och/eller handledning, utbildning och kompetensutveckling som är relativt vanliga åtgärder i rehabiliteringssammanhang. Detta kommer i så fall att missgynna och försvåra arbetet med att finna lösningar för individens återgång i arbete.⁶⁷

TCO skriver i sitt remissvar till Arbetsmiljöverket:

Endast en arbetsanpassning utan en god återgång i arbete eller endast en god återgång i arbete utan en, för individen, långsiktigt hållbar arbetsmiljö är sällan verkningsfullt. Det finns därmed ett värde av att arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering behandlas i samma föreskrift och att även arbetsgivarens ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering betonas. I dag regleras ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i socialförsäkringsbalkens 30 kapitel, men med betydande preciseringar i AFS 1994:1. Blir Arbetsmiljöverkets förslag om att ta bort rehabilitering från föreskriften verklighet innebär det därmed att ramverket om rehabiliteringsansvar i socialförsäkringsbalken 30 kapitel blir tämligen verkningslöst.⁶⁸

⁶⁴ Svenskt Näringsliv (2018), *Remissvar. Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*, s. 2.

⁶⁵ Skrivelse från Saco, PTK och TCO till Arbetsmiljöverket 2019-05-07.

⁶⁶ LO (2018), *LOs yttrande över Arbetsmiljöverkets förslag om nya föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.

⁶⁷ LO (2018), *Rättsutredning med anledning av Arbetsmiljöverkets remiss med förslag till föreskrifter om arbetsanpassning* 2018-09-26, s. 7.

⁶⁸ TCO (2018), *Förslag till föreskrifter om arbetsanpassning* 2018-10-10.

Arbetsmiljöverket har reviderat föreskrifterna med anledning av de synpunkter de fått, men slutlig version av föreskrifterna är inte beslutad vid tiden för vårt arbete. Vi konstaterar att det troligtvis hade varit enklare att komma överens om skrivningarna i föreskrifterna om man hade varit överens om vad begreppen *rehabilitering* och *arbetsanpassning* innebär. Arbetstagarföreträdarna är oroliga för de förändringar som avses eftersom de anser att rehabilitering innehåller mer än arbetsanpassning. Arbetsmiljöverket, å sin sida argumenterar för att arbetsgivare inte har andra skyldigheter enligt AML än just arbetsanpassning.

5.4.2 Användning av begreppet rehabilitering när Försäkringskassan beviljar rehabiliteringspenning

Sedan 2016 beviljar Försäkringskassan allt färre individer rehabiliteringspenning. I december 2016 fick 8 095 personer rehabiliteringspenning, och samma månad 2018 fick 4 867 personer rehabiliteringspenning.⁶⁹ Bakgrunden till denna minskning är en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 om beviljande av rehabiliteringsersättning.⁷⁰ I kvalitetsuppföljningen förs resonemang om arbetslivsinriktad rehabilitering:

generellt sett finns begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro. Men begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är vagt och mångfacetterat och vissa åtgärder kan ha större effekter än andra.⁷¹

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsgranskning konstateras vidare att det är svårt att värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge effekter på arbetsförmågan, och att det krävs mer kunskap för att göra sådana värderingar med kvalitet.⁷² I Försäkringskassans granskning förklaras varför arbetsträning i det ordinarie arbetet inte bedöms vara en ändamålsenlig arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats. Enligt resonemanget i kvalitetsuppföljningen har arbetsträning i det ordinarie arbetet ingen påverkan på varken individens medicinska förutsättningar eller på arbetets krav, vilket i sin tur betyder att arbetsträning i det ordinarie arbetet inte leder till att en individ återfår

⁶⁹ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*.

⁷⁰ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 104.

⁷¹ Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.

⁷² Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.

arbetsförmåga. Enligt detta resonemang så uppstår arbetsförmågan antingen genom medicinsk behandling som leder till att individen inte längre har kvar de funktionsnedsättningar och de aktivitetsbegränsningar som satte ned arbetsförmågan, eller genom att arbetskraven förändras så att individen, trots aktivitetsbegränsningar kan genomföra sina arbetsuppgifter.⁷³ Insatser hos arbetsgivaren som förändrar arbetskraven, exempelvis arbetsanpassning, tillfällig förflyttning eller omplacering, anses därför mer ändamålsenliga än arbetsträning för att en individ ska återfå arbetsförmåga.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens andra aktörer är dock inte ense med Försäkringskassan om detta. I maj 2017 riktade SKR och Svenskt Näringsliv, i en skrivelse till regeringen, kritik mot att Försäkringskassan beviljar rehabiliteringsersättning för arbetsträning i det egna arbetet i allt mindre omfattning. SKR och Svenskt Näringsliv påtalade i skrivelsen att arbetsträning hos den egna arbetsgivaren är ett viktigt verktyg för att underlätta för återgång i arbete och för att förkorta sjukfrånvaron.⁷⁴ Arbetsförmedlingen identifierade också vid samma tid att de individer som kom till dem med anledning av att de inte längre hade rätt till sjukpenning hade kvarvarande rehabiliteringsbehov.⁷⁵ Därutöver framgår det av *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*, som är framtagna av forskare vid Karolinska institutet och förvaltas av Myndigheten för arbetsmiljökunskap, att vid etablerad psykisk ohälsa är arbetsträning och successiv nedtrappning av sjukskrivningstiden tillsammans med tillfälligt förändrade arbetsuppgifter och arbetstider att rekommendera som insatser för att stödja en individ åter i arbete.⁷⁶

Det här exemplet på bristande samsyn mellan Försäkringskassan och Myndigheten för arbetsmiljökunskap om synen på arbetsträning får konsekvenser för arbetsgivare som har ett ansvar att agera och får motstridiga besked från myndigheterna. Detta riskerar att leda till ineffektivitet, frustration i samverkan och gör det otydligt för såväl individ som arbetsgivare om vem som har kunskap om hur återgång till arbete bör gå till.

⁷³ Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 26.

⁷⁴ Svenskt Näringsliv (2017), *Skrivelse till regeringen, Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete*, 2017-05-16.

⁷⁵ Utredningens dialoger med Arbetsförmedlingen.

⁷⁶ Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2015), *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*. Riktlinje 3.

Av Försäkringskassans rättsliga kvalitetsgranskning framgår också att Försäkringskassan bör låta övriga aktörer ta ett större ansvar för en individs arbetsåtergång:

Genom ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle Försäkringskassans bidrag till en snabb och effektiv rehabilitering kunna öka, samtidigt som det skulle kunna spara handläggningsresurser inom Försäkringskassan genom att de ansvariga parterna i högre grad planerar och genomför åtgärder utan Försäkringskassans aktiva involvering.⁷⁷

Det kan i och med minskningen av antal personer som beviljas rehabiliteringspenning konstateras att den rättsliga kvalitetsuppföljningens tolkning av begreppet rehabilitering fått effekt på Försäkringskassans tillämpning.

5.4.3 Utredningens slutsatser

Olika tolkning av begreppet rehabilitering kan leda till att individen inte får det stöd hen behöver. Begreppsförvirringen leder också till oklara förväntningar och därmed missförstånd och problem i samverkan för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Utredningens bedömning är därför att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer i klarspråk behöver berätta vad de fyller begreppet rehabilitering med, eftersom begreppet fylls med olika innebörd hos de olika aktörerna. Detta är viktigt både för att skapa tydlighet för individen och för att skapa tydlighet i samverkan mellan aktörerna. Den debatt som finns kring Arbetsmiljöverkets revidering av föreskriften illustrerar att begreppet rehabilitering är otydligt, att det är oklart vad som ligger inom ramen för arbetsgivarens skyldigheter gällande rehabilitering och att det är komplicerat när arbetsgivares ansvar att arbeta med rehabilitering och anpassning regleras både i SFB och i AML.

Ovanstående exempel visar att det finns en risk att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att tolka begreppet rehabilitering på olika sätt, riskerar att försämra det stöd individen behöver för att kunna återgå i arbete.

⁷⁷ Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 5.

5.5 Individen tycker att den egna arbetsförmågan bedöms olika av olika aktörer i processen

Bedömning: *Arbetsförmåga* har olika innebörd för olika aktörer. Det är därför viktigt att aktörerna på ett begripligt sätt förklarar för individen hur de ser på individens arbetsförmåga, och vilket specifikt uppdrag de har att göra bedömningar av individens arbetsförmåga.

Flera av aktörerna i processen gör bedömningar som handlar om individens förmåga att arbeta. Hälso- och sjukvården gör det i samband med bedömningen vid sjukskrivning, arbetsgivaren gör det i samband med bedömning av rätt till sjuklön och sjukfrånvaro, Försäkringskassan gör det i samband med bedömningen om rätt till sjukpenning och Arbetsförmedlingen gör det i samband med bedömningen av vilka arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är aktuella för individen. Nedan redovisas hur aktörernas olika bedömningar påverkar samverkan och bidrar till otydlighet och problem för individen.

5.5.1 Individer tycker att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågan än den behandlande läkaren

Individen kan ha svårt att förstå hur Försäkringskassan kan göra en annan bedömning än individens behandlande läkare om arbetsförmågans nedsättning (se avsnitt 3.3.2 om individens upplevelse). En tydlig indikation på att många individer tycker att detta är svårt att förstå är att Försäkringskassan i slutet av 2019 tog fram en informationsfilm i syfte att förklara vilken bedömning läkaren gör och vilken bedömning Försäkringskassan gör.⁷⁸ Även företrädare för hälso- och sjukvården framför till utredningen att de tycker att detta är svårt att förstå och upplever att det är svårt att förklara dessa olika arbetsförmågebedömningar för individen.

Ett förhållande som gör det svårare att förstå diskrepansen mellan de olika bedömningarna är att Försäkringskassans tillämpning varierat över tid. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar i en rapport 2018 att den totala andelen personer som fått avslag under

⁷⁸ www.forsakringskassan.se/forklarar. Hämtad 2020-03-21.

pågående sjukfall har ökat under åren 2014–2017. Under åren 2009–2013 låg andelen personer som fått avslag under pågående sjukfall på en lägre och jämnare nivå.⁷⁹ Också Försäkringskassan redovisar hur andelen avslag varierat över tid.⁸⁰ Inte heller läkarnas bedömningar av individers behov av sjukskrivning är stabila över tid. När Försäkringskassan tillät förenklade intyg ordinerade behandlande läkare fler patienter sjukskrivning, varvid det blev fler nya sjukfall.⁸¹

Om Försäkringskassan bedömer att uppgifterna i läkarintyget inte styrker att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, får individen inte rätt till sjukpenning. Konsekvensen för individen blir således ekonomiskt kännbar. I svaret på Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma regeringsuppdrag, det så kallade dialoguppdraget, skriver myndigheterna:

De övergripande principerna för sjukskrivning bör bland annat utvecklas så att de ger mer vägledning gällande god kvalitet i försäkringsmedicinska underlag och bedömningar, samt stöd i hur bedömningarna ska göras och uttryckas.⁸²

I svaret konstateras vidare att det finns behov av att förtydliga vad hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning innebär och hur denna förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning.⁸³ Arbete för att minska risken för diskrepans i bedömningarna pågår således.

Även arbetsgivaren kan göra en annan bedömning än behandlande läkare. Andelen fall i vilka arbetsgivaren och läkaren är oense och sjuklön nekas är okänt.

⁷⁹ Inspektionen för Socialförsäkringen (2018), *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen*. ISF Rapport 2018:12.

⁸⁰ Försäkringskassan (2019), *Sjukefrånvarorns utveckling 2019*, s. 20.

⁸¹ Inspektionen för Socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenbetsnivå och regionnivå*. ISF Rapport 2019:05.

⁸² Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 31.

⁸³ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 28.

5.5.2 Individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedömer arbetsförmåga olika och myndigheternas olika uppdrag kan leda till konsekvenser för individen

Det är svårt för individen att förstå att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte har samma uppfattning om individens arbetsförmåga. Om Försäkringskassan bedömer att individen har arbetsförmåga kan bedömningen gå emot individens egen uppfattning. När individen skriver in sig hos Arbetsförmedlingen är det individens egen uppfattning om sin arbetsförmåga som styr i vilken sökandekategori individen registreras i hos Arbetsförmedlingen.⁸⁴ Om individens uppfattning är att hen inte kan arbeta på grund av sjukdom registreras individen i sökandekategori *arbetssökande med förhinder*. Det kan leda till att individen riskerar att förlora sin SGI. För individen blir det svårt att förstå att nedanstående tre förhållanden kan vara korrekta och gälla samtidigt:

1. Försäkringskassan gör bedömningen att individen har arbetsförmåga.
2. Arbetsförmedlingen accepterar individens utsago om att individen inte kan vara aktivt arbetssökande på grund av att individen är sjuk.
3. Båda myndigheter gör rätt.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan gör rätt utifrån sina uppdrag men detta kan vara svårt att förstå för individen och myndigheternas olika uppdrag kan skapa problem för individen i övergången mellan myndigheterna. Nedan följer en beskrivning av vad som kan inträffa när en individ går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen.

När en individ får indragen sjukpenning behöver individen anmäla sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen för att skydda sin sjukpenninggrundande inkomst. Individen, som inte längre har rätt till sjukpenning, behöver söka ett arbete för sin försörjning i det fall hen inte längre har arbetsförmåga i sitt vanliga arbete eller är arbetslös. Individen erbjuds ett så kallat omställningsmöte med Arbets-

⁸⁴ Sökandekategori är enligt uppgift från Arbetsförmedlingen ett statistikverktyg framtaget som för att mäta olika grupperns storlek i arbetskraften och till hjälp för matchning av arbetssökande.

förmedlingen när Försäkringskassan tagit ställning till att individens sjukpenning sannolikt kommer att dras in. Vid omställningsmötet får individen information om på vilket stöd Arbetsförmedlingen erbjuder arbetssökande (*omställningsmötet* beskrivs även i avsnitt 7.1.2).

Om individen vill vara inskriven hos Arbetsförmedlingen skriver individen in sig själv digitalt vid ett senare tillfälle och får sedan kontakt med en arbetsförmedlare. Om individen uppger till arbetsförmedlaren att hen inte aktivt kan söka arbete på grund av att hen är sjuk, och således inte är överens med Försäkringskassans bedömning om att hen har arbetsförmåga, ska förmedlaren registrera individen i sökandekategori *arbetssökande med förhinder* eftersom individen bedömer att hen är förhindrad att söka arbete. Detta tillvägagångssätt får ses som rationellt utifrån individens perspektiv med anledning av att individen inte anser sig kunna arbeta på grund av sjukdom.

Arbetsförmedlaren ska i samband med sitt ställningstagande meddela individen om att om hen inte söker arbete aktivt så kan det komma att påverka rätten till olika förmåner som förutsätter att man söker arbete aktivt, och att individens SGI kan sättas till noll.

Om individen ansöker om sjukpenning efter tid hos Arbetsförmedlingen, och hos Arbetsförmedlingen varit registrerad som *arbetssökande med förhinder* grund av sjukdom, ska Försäkringskassan utreda förhållandena innan SGI sätts till noll. Att Arbetsförmedlingen registrerat individen som förhindrad att söka arbete, ska i praktiken inte ha någon betydelse om individen kan visa att hen aktivt har sökt arbete. Om individen inte kan visa att hen aktivt har sökt arbete saknar individen skydd för sin tidigare SGI på grund av att hen inte varit aktivt arbetssökande.⁸⁵ Det får i sin tur till konsekvens att individen inte kan komma tillbaka till sjukförsäkringen och få sjukpenning utan att först kvalificera sin sjukpenninggrundande inkomst igen.

Om individer förlorar sin SGI på grund av att de inte har förstått att de för att skydda sin SGI behöver vara aktivt arbetssökande, är det ett misslyckande i samverkan mellan myndigheterna som kan få mycket stora konsekvenser för individen. Att denna risk föreligger är väl känt för myndigheterna och ett antal åtgärder har vidtagits och vidtas för att detta inte ska inträffa. När individer inte förstår hur processen kan se ut som den gör och när individer drabbas på ovan-

⁸⁵ 26 kap. 13 § SFB och 3 § förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.

stående allvarliga sätt, skapar det problem i samverkan. I regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum gavs Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag att förhindra att individer skulle falla mellan stolarna. Regeringen skrev:

Inga individer ska falla mellan myndigheterna på grund av bristande samarbete. Ett uppdrag – ett nolltoleransuppdrag – har därför getts till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gemensamt om att se till att övergången mellan myndigheterna fungerar. Uppdraget är en del av myndigheternas regleringsbrev.⁸⁶

I maj 2018 presenterade Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan en gemensam avsiktsförklaring där ett av flera syften var att öka individens möjligheter att förstå och skydda sin sjukpenninggrundande inkomst.⁸⁷ I denna avsiktsförklaring bestämde man, i syfte att ge bättre stöd i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, att så kallade *överlämningsmöten* skulle erbjudas till fler och genomföras innan Försäkringskassan kommer med ett nekande beslut. I samband med detta döptes mötesformen om till *omställningsmöten*.

Regeringen har också sedan den 1 november 2018 infört ett råd- rum om 25 dagar där individers sjukpenninggrundande inkomst är skyddad även om de inte under denna tid inte är aktivt arbetssökande efter en tid med sjukpenning.⁸⁸

En central fråga är hur ofta det faktiskt inträffar att individer förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst med anledning av ovanstående. I individberättelser vi tagit del av, förekommer det att individer fått sin sjukpenninggrundande inkomst satt till noll efter att av Försäkringskassan ansetts ha arbetsförmåga och hos Arbetsförmedlingen inte ansett sig själva kunna vara aktivt arbetssökande på grund av medicinska skäl. Försäkringskassan har uppskattat att det under 2018 är cirka 3 000 individer som uppburit sjukpenning, fått nekad sjukpenning (och då kan antas antingen återgått i arbete eller sökt hjälp hos Arbetsförmedlingen) och därefter åter sökt sjukpenning men då

⁸⁶ Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria 2018-01-23.

⁸⁷ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2018), *Avsiktsförklaring Förstärkt samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2018*.

⁸⁸ 3 § förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.

blivit noll-klassade.⁸⁹ Denna siffra överskattar dock med största sannolikhet problemet. I Försäkringskassans rapport *Vad händer efter avslutad sjukpenning*, där individer som fått ett avslag under pågående sjukfall dag 180–365 åren 2013–2015 studeras, så hamnade 1,2 procent (33 personer) utanför både socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden under första året efter avslutad sjukfall, 1,8 procent (48 personer) efter två år och 2,8 procent (70 personer) efter tre år.⁹⁰ I Riksrevisionens granskning *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning* hade var tionde individ som efter nekad sjukpenning skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen hamnat i sökandekategori *arbetsökande med förhinder*, något som kan riskera att deras SGI sätts till noll om de ansöker om sjukpenning på nytt.⁹¹

Problem kan som beskrivs ovan uppstå i övergången mellan myndigheterna med anledning av myndigheternas olika uppdrag och regelverk. En uppfattning som vi tagit del av under utredningen är att arbetsförmedlare ibland har svårt att förstå hur Försäkringskassan kunnat bedöma att en individ har arbetsförmåga när individen har kvarstående medicinska hinder. Denna uppfattning gav också Arbetsförmedlingen uttryck för i mars 2018 då kritik riktades mot Försäkringskassan för att Arbetsförmedlingen fick ta emot människor som inte kunde söka jobb eller tillgodogöra sig åtgärder på grund av sjukdom.⁹² En bild av myndigheternas utmaningar ges i en bakgrundsbeskrivning till ett projekt mellan myndigheterna i Uppsala:

Bakgrunden till projektets framtagande och som beskrevs i ansökan var det ökade antalet individer som kom till Arbetsförmedlingen från Försäkringskassan och som hade varit sjukskrivna men inte längre hade rätt till sjukpenning. De hade uppmanats att skriva in sig på Arbetsförmedlingen för att söka lämpligt arbete. Arbetsförmedlarna fick lägga mycket tid på att förklara Försäkringskassans beslut och hjälpa individen att hitta akuta vägar att klara sin försörjning. Försäkringskassans handläggare upplevde samtidigt svårigheter att tidigt i sjukskrivningen söka ut sjukskrivna som riskerade indragen sjukpenning och få dem att förstå hur regelverket fungerade och förbereda dem på en omställning till ett annat arbete. De sjukskrivna man hade kontakt med var svåra att moti-

⁸⁹ Statistik från Försäkringskassan, se även kapitel 3.

⁹⁰ Försäkringskassan (2018), *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365*. Socialförsäkringsrapport 2018:8.

⁹¹ Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*.

⁹² sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6907839. Hämtad 2020-03-21.

vera och engagera till att delta i överlämningsmöten på Arbetsförmedlingen.⁹³

I ett PM från Försäkringskassan år 2016 dras slutsatsen att det finns vissa konflikter mellan myndigheternas respektive regelverk. Konflikterna beror främst på att syftet bakom sjukförsäkringslagstiftningen är ett annat än det arbetsmarknadspolitiska regelverk som Arbetsförmedlingen tillämpar.⁹⁴ I Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma skrivelse till regeringen skriver de:

Arbetsförmåga inom socialförsäkringen innebär att någon, trots sjukdom, har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete (prop. 1996/37:28 s. 10). Begreppet arbetsförmåga är däremot inte närmare definierat i lag. Inom arbetsmarknadspolitiken är det möjligt för Arbetsförmedlingen att bedöma att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att Försäkringskassan bedömt att rätt till sjukpenning saknas (7 b § förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program). Det beror på att Arbetsförmedlingens bedömning görs ur ett arbetsmarknadspolitiskt perspektiv.⁹⁵

5.5.3 Utredningens slutsatser

För individen är det svårt att förstå att olika aktörer bedömer om individen kan eller inte kan arbeta på grund av sjukdom, och särskilt svårt blir det för individen att förstå när aktörernas bedömningar skiljer sig åt. Som vi redogör för ovan gör aktörerna rätt utifrån sina respektive uppdrag men det vilar ett stort ansvar på aktörerna i processen att vara transparenta med utgångspunkterna för sina respektive bedömningar och förklara så att individen förstår. Att både individer och andra aktörer förstår skillnaderna mellan aktörernas uppdrag och därmed hur de bedömer en individs förmåga att arbeta är viktigt, både för förståelsen för själva bedömningen, men också för att aktörerna ska kunna samverka för att processen ska fungera för individen.

Vad gäller diskrepanserna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är utredningen ense med dialoguppdragets ställningstagande att:

⁹³ Samordningsförbundet Uppsala län (2020). *Slutrapport Gesam 200131*.

⁹⁴ Försäkringskassan (2016), *Finns det konflikter mellan Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regelverk?* PM 2016-08-23.

⁹⁵ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*. Skrivelse till regeringen 2017-03-27, s. 21.

Myndigheterna är överens om att i samarbetet gällande försäkringsmedicinska underlag måste hänsyn tas såväl till Försäkringskassans behov av information som till hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna informationen. Samarbetet måste sättas i ett sammanhang där psykisk ohälsa ökar som orsak till sjukfrånvaro. Det måste även beaktas vilka diagnostiska metoder och andra förutsättningar hälso- och sjukvården har vid bedömning av den enskilde. Det finns behov av att förtydliga vad hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning innebär och hur denna förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning.⁹⁶

Det är viktigt att ta hänsyn till den utveckling som sker inom olika medicinska områden som betyder att hälso- och sjukvårdens bedömningar om medicinska tillstånd på ett övergripande plan kan förändras över tid. Det är också viktigt att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är tydliga gentemot individen hur de kommit fram till sin bedömning och varför.

Att individer kan riskera att bli av med sin SGI i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är allvarligt och ställer höga krav på samverkan mellan myndigheterna. Med anledning av att konsekvenserna blir stora för individen om hen inte förstått vad som krävs för att hens SGI ska skyddas, är vår bedömning att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att förhindra att detta inträffar.

Myndigheternas olika uppdrag ställer också krav på samverkan för att förståelsen hos myndigheterna om varandras uppdrag ska vara hög, vilket i sin tur är viktigt för att individens övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen ska fungera väl.

⁹⁶ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 28.

5.6 Att det finns olika förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar skapar problem i samverkan

Bedömning: Skilda förväntningar på Försäkringskassan skapar problem i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att förväntningarna skiljer kan dels leda till missförstånd och irritation dels till att de andra aktörerna blir passiva och därmed att individer inte får det stöd som de behöver. Utredningen konstaterar att en dialog måste föras mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer om samordningsansvaret för att individen ska få det stöd individen behöver.

Försäkringskassan har ett omfattande ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ska ge individen stöd genom samordningsansvaret, serviceskyldigheten och utredningsskyldigheten. Vi kan dock konstatera att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tycker att Försäkringskassans ansvar är oklart. Förväntningarna på vad samordningsansvaret rymmer är ofta större än vad Försäkringskassan fyller det med. Flera av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer signalerar att det vore till hjälp om det tydliggjordes vilket ansvar Försäkringskassan har. Även om inte alla förväntningar på Försäkringskassan kan uppfyllas vore ett tydliggörande, och med det samsyn mellan aktörerna, om *vad* individen kan förvänta sig, till hjälp. Flera tidigare utredningar har också konstaterat att Försäkringskassans samordningsansvar är oklart.⁹⁷

Utredningens bedömning är att förväntansglappet avseende samordningsansvaret beror på flera saker. Delvis beror glappet på en sammanblandning mellan samordningsansvaret, serviceskyldigheten och utredningsskyldigheten. Delvis beror glappet på att samordningsuppdraget, enligt 30 kap. SFB, kan tolkas olika och att tillämpningen har varierat över tid. Nedan försöker vi tydliggöra begrepp, utreda om det finns problem kopplade till ansvaren och reda ut om åtgärder borde vidtas i någon riktning.

⁹⁷ SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 627 och Ds 2017:9 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, s. 33 och Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag, s. 10.

5.6.1 Myndigheternas serviceskyldighet

Alla myndigheter ska enligt förvaltningslagens så kallade *serviceskyldighet* lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål.⁹⁸ I lagens förarbeten skrivs att servicenivån måste anpassas till förutsättningarna i det enskilda fallet.⁹⁹ Vad anpassningen innebär specificeras så här:

Regeringen anser att det varken är lämpligt eller praktiskt möjligt att närmare precisera hur omfattande hjälp en myndighet bör ge enskilda i olika typsituationer eller att ange vilka åtgärder som myndigheten bör vidta för att kunna svara på en viss fråga. [...] När en myndighet ska bedöma den enskildes behov av hjälp i ett visst fall bör den därför bl.a. ta hänsyn till vilka resurser som den enskilde själv har till sitt förfogande eller rimligen kan förväntas skaffa sig. Det innebär att myndigheten kan behöva beakta t.ex. ålder och mognad när den har med barn och unga att göra eller om någon har särskilda behov till följd av en funktionsnedsättning.¹⁰⁰

Det är svårt att precisera hur långt Försäkringskassans serviceskyldighet sträcker sig. Det går dock att få ledning av ett mål där en kvinna lämnat in medicinska underlag för, som det var förtryckt på blanketterna, bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder men där Försäkringskassan, enligt domstolen, borde förstått att det var sjukersättning kvinnan egentligen ansökte om (Högsta domstolen T 2139-12).

Serviceskyldigheten borde därmed omfatta en skyldighet för Försäkringskassan att hjälpa en individ med nedsatta förmågor att ansöka om rätt förmån. I serviceskyldigheten ligger också att vidarebefordra individen till rätt myndighet.¹⁰¹ Det är dock tveksamt om serviceskyldigheten omfattar att hjälpa individen göra rätt utanför den egna myndighetens ansvarsområde i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

⁹⁸ 6 § förvaltningslag (2017:900).

⁹⁹ Prop. 2016/17:180, s. 291.

¹⁰⁰ Prop. 2016/17:180, s. 67.

¹⁰¹ Kristina Ahlström, förvaltningslag (2017:900) 6 §, Karnov, JUNO 2020-02-12.

5.6.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet

I förvaltningslagen¹⁰² och i SFB¹⁰³ finns reglering om Försäkringskassans utredningsskyldighet. Försäkringskassan ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Enligt Försäkringskassans vägledning *Förvaltningsrätt i praktiken*:

Utredningsskyldigheten innebär att det är Försäkringskassan som måste bedöma om den utredning eller ansökan som kommer in är tillräcklig som underlag för beslut och som ska begära komplettering om den inte är det. Den bedömningen kan inte den enskilde göra på egen hand. [...]

Frågan om vilken utredning som kan anses utgöra fullgott beslutsunderlag har varit föremål för prövning i rättsfallet RÅ 2010 ref. 120 (se även Domsnytt 2011:15). I målet tog HFD ställning till hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig i ett sjukpenningärende. Den enskilde hade ansökt om sjukpenning för en viss period men Försäkringskassan ansåg att det intyg han hade skickat in var otillräckligt för att avgöra frågan om hans arbetsförmåga var nedsatt. HFD uttalade att kravet på utredning i sjukpenningärenden varierar, bland annat beroende på ärendets karaktär och den enskildes förutsättningar att tillvarata sina intressen. Enligt domstolen var det aktuella fallet komplicerat och det underlag som fanns tillgängligt vid tidpunkten för beslutet gav inte någon säker bild av den enskildes tillstånd och arbetsförmåga. Försäkringskassan borde därför ha försökt få del av den behandlande läkarens uppfattning i ärendet.¹⁰⁴

Bedömningen som Försäkringskassan har att göra, om underlaget är tillräckligt och från vilken part mer information behövs, är svår. Det är också svårt att göra bedömningen om i vilken utsträckning myndigheten ska inhämta informationen och i vilket utsträckning individen bör inkomma med informationen på egen hand.

I vägledningen skriver Försäkringskassan att i ett ansökningsärende kan utredningsskyldigheten fullgöras genom att informera den sökande om hur han eller hon bäst kan styrka sina påståenden.¹⁰⁵ Det blir dock viktigt att avgöra i vilken utsträckning som individen klarar detta och därmed vilka skyldigheter Försäkringskassans har att hjälpa individen.

¹⁰² 23 § förvaltningslag (2017:900).

¹⁰³ 110 kap. 13 § SFB.

¹⁰⁴ Försäkringskassan (2019), *Förvaltningsrätt i praktiken*. Vägledning 2004:7 Version 13.

¹⁰⁵ Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 192.

5.6.3 Försäkringskassans samordningsansvar

Försäkringskassan har haft sitt samordnande ansvar sedan den så kallade rehabreformen trädde i kraft 1992. Sedan dess har det skett omfattande förändringar och en del av de strukturer som 1992 skapade förutsättningar för Försäkringskassan att ta det samordningsansvar som reformen avsåg, finns inte längre kvar. Exempelvis var en av ambitionerna att Försäkringskassan genom sitt uppdrag skulle få kunskap om vad som krävs på olika arbetsplatser för att en individ ska kunna återfå sin arbetsförmåga. I regeringens proposition 1990/91:141 *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m* står:

Genom sitt samarbete med olika arbetsgivare om rehabiliteringen av deras anställda får Försäkringskassan kunskaper om arbetsmiljön i företagen och dess betydelse för rehabiliteringsbehoven. Härigenom stärks det behövliga sambandet mellan rehabiliteringsinsatserna och strävandena mot arbetsmiljöförbättringar.¹⁰⁶

I rehabreformen fanns således en idé om att kunskapsområdet arbetslivsinriktad rehabilitering skulle utvecklas inom Försäkringskassans verksamhet. Mellan 1990 och 2004 kunde Försäkringskassan också köpa rehabiliteringstjänster i form av utredningar av förutsättningar för rehabilitering och direkta åtgärder som syftade till att underlätta återgång i arbete.

Försäkringskassans samordningsansvar specificeras i SFB.¹⁰⁷ Enligt Försäkringskassans hemsida innebär samordningsansvaret att:

Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatser för den som är sjukskriven. I det arbetet ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivare, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen samt andra myndigheter som berörs av rehabilitering för den sjukskrivna.

Det innebär att Försäkringskassan i samverkan med andra aktörer, både när det gäller den enskilde och på strukturell nivå, ställer krav på att de bidrar till att skapa förutsättningar för återgång i arbetet för den som är sjukskriven. Försäkringskassan ska se ser [Sic!] till att rätt åtgärder görs i rätt tid av den som har ansvar för det, men utför inte några rehabiliterande insatser.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Prop. 1990/91:141, s. 4.

¹⁰⁷ 30 kap. 8–10 §§ SFB.

¹⁰⁸ www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-sjukforsakringen. Hämtad 2019-11-06.

Det saknas dock konsensus om vad Försäkringskassan i praktiken ska göra inom ramen för samordningsuppdraget. Försäkringskassan konstaterar också själva, i en nyligen publicerad rapport, att samordningsuppdraget är otydligt internt.¹⁰⁹

Inspektionen för socialförsäkringen anser att Försäkringskassans samordningsansvar till stor del handlar om att *identifiera* de försäkrade som faktiskt behöver rehabilitering.¹¹⁰ För att göra det behöver Försäkringskassans handläggare, enligt samma rapport, vara aktiva och genomföra nödvändiga utredningsåtgärder men också fånga upp impulser från de olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.¹¹¹ I Försäkringskassans svar på rapporten poängterade Försäkringskassan att de inte helt delar Inspektionen för socialförsäkringens syn på samordningsuppdraget. Försäkringskassan betonar att de inte vill ta ansvar för utredningar av anpassning av arbetsuppgifter utan hänvisar till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Försäkringskassan skriver att det är viktigt att lyfta fram övriga aktörers ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen då risken annars är att de andra aktörerna inväntar Försäkringskassans agerande.¹¹²

I regeringens åtgärdsprogram gavs Försäkringskassan i uppdrag att *inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar* förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete. I uppdraget ingick att:

- utveckla kontakterna och kommunikationen med relevanta aktörer i enskilda ärenden,
- utveckla Försäkringskassans stöd till den försäkrade i rehabiliteringsprocessen för att se till att de åtgärder som behövs vidtas,
- anpassa verksamheten utifrån den föreslagna förändrade lagstiftningen den 1 juli 2018 avseende den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. De planer arbetsgivarna lämnar in behöver myndig-

¹⁰⁹ Försäkringskassan (2020), *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan "gör" samordning*. Socialförsäkringsrapport 2020:02.

¹¹⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*. ISF Rapport 2017:9.

¹¹¹ Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*. ISF Rapport 2017:9.

¹¹² Försäkringskassan (2017), *Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Dnr 019579-2017.

heten följa upp för att se till att individen får tillgång till tidiga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder,

- uppmärksamma och se till att de försäkrade, som kan ha behov av åtgärder och kompetens från Arbetsförmedlingen, får tillgång till detta inom ramen för det nuvarande samarbetet med Arbetsförmedlingen.¹¹³

Av regeringens uppdrag går att utläsa en förväntan om att Försäkringskassans ansvar inom samordningsuppdraget också inkluderar stöttande åtgärder till individer som inte nödvändigtvis behöver samordnad rehabilitering. Detta kan således exempelvis handla om kontakter med arbetsgivare eller andra myndigheter.

I budgetpropositionen för 2020 citeras förarbeten från 1992¹¹⁴ där det anges att det också ingår i samordningsansvaret att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen.¹¹⁵ Att regeringen citerar detta talar även det för att regeringen har förväntningar på vad Försäkringskassan ska fylla samordningsuppdraget med som inte ryms inom nuvarande ram Försäkringskassan satt för uppdraget.

Enligt information från utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer är arbetsgivares och hälso- och sjukvårdens förväntningar på Försäkringskassan att Försäkringskassan vid behov ska ta initiativ till att samordna aktörerna och insatserna kring individen. Arbetsgivare och hälso- och sjukvården vill också att Försäkringskassan, genom samordningsansvaret, ska vara med i möten när den arbetsplatsinriktade och medicinska rehabiliteringen planeras och följs upp, så att alla aktörer (inklusive individen) ska ha samsyn om planeringen. Önskemål om att Försäkringskassan ska vara med handlar till stor del om förutsägbarhet vad gäller ersättning till individen – övriga aktörer vill veta att den rehabiliteringsplan som görs upp inte kommer att falla på grund av att individen exempelvis inte (längre) har rätt till sjukpenning eller inte beviljas rehabiliteringspenning.

¹¹³ Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria 2018-01-23.

¹¹⁴ Prop. 1990/91:141, s. 50.

¹¹⁵ Prop. 2019/20:1 Utgiftsområde 10, s. 43.

Många arbetsgivare har svårt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, vet inte vilken information som får utbytas om individen, eller saknar samtycke från individen för att utbyta information om individen med vården och vill därför att Försäkringskassan, med anledning av samordningsuppdraget, bistår i dialogen.

Ett annat skäl till att arbetsgivare efterfrågar samverkan med Försäkringskassan, är att arbetsgivaren kan vara osäker på vilka insatser som kan göras på arbetsplatsen för att individen ska kunna återgå i arbete, samtidigt som individen har bibehållen rätt till sjukpenning. Innan Försäkringskassan påbörjat handläggningen av ärendet och beslutat om sjukpenning så finns också en osäkerhet om individens försörjning.

Försäkringskassan har å sin sida förväntningar på att arbetsgivaren och hälso- och sjukvården har kontakt, reder ut frågor kring individen, och att de inte väntar på att Försäkringskassan ska ta initiativ.

Förväntansglappet består således i att arbetsgivare och hälso- och sjukvård, inom ramen för samordningsuppdraget, efterfrågar hjälp med informationsöverföring och stöd i dialog. Försäkringskassan anser att samordningsuppdraget gäller de individer där insatser från olika aktörer måste samordnas och att arbetsgivare och hälso- och sjukvård kan göra mycket för individen utan att Försäkringskassan aktivt medverkar. Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstaterade att:

Att ansvara för samordning och tillsyn utan att förfoga över medel för detta riskerar att medföra negativa konsekvenser för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. De aktörer som har ansvaret för rehabiliteringsinsatser riskerar att bli mindre aktiva och kan befaras avvakta Försäkringskassans samordning.¹¹⁶

Med anledning av ovanstående föreslog utredningen att Försäkringskassans samordningsansvar skulle tas bort.

Det finns även praktiska svårigheter för Försäkringskassan att uppfylla de övriga aktörernas förväntningar på dem. Försäkringskassan hade år 2018 en genomsnittlig väntetid för den försäkrade att få ett beslut efter det att ansökan kommit in om 30 dagar.¹¹⁷ Detta innebär att individen i genomsnitt varit sjukskriven i 44 dagar innan Försäkringskassan kommer in i ärendet (under förutsättning att ansökan om sjukpenning skickades in dag 14 vilket nog inte alltid är

¹¹⁶ SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 638.

¹¹⁷ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 41.

fallet). Det är därmed svårt för Försäkringskassan, oavsett samordningsansvar, att vara ett stöd tidigt i en individs ärende.

5.6.4 Utredningens slutsatser

Konsekvensen av att aktörerna har olika förväntningar på varandra kan bli att aktiviteter för att stödja individen tillbaka till arbete inte kommer igång i tid. Att aktörerna har överlappande ansvar kan hämma deras initiativförmåga. Ytterst riskerar individen att inte få adekvat stöd för att komma tillbaka till arbete.

Utredningen konstaterar att en dialog måste föras mellan sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer om samordningsansvaret. Ansvar i lagstiftningen tolkas olika av olika aktörer och har tolkats olika av Försäkringskassan över tid. Det som kan konstateras är dock att så väl individen som övriga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har större förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar än vad Försäkringskassan fyller det med. Individer uttrycker att det under en sjukskrivning är mycket information som ska förmedlas till olika aktörer, något som en del individer kan ha svårt att hantera under tid med sjukdom. Aktörerna efterfrågar stöd för informationsöverföring och Försäkringskassans stöd i dialogen med andra aktörer i processen. Att Försäkringskassan kommer in först när individen ansöker om sjukpenning gör att de övriga aktörerna (som redan finns på plats i ärendet) måste ges förutsättningar att hantera sjukskrivningsärendet för individen oberoende av Försäkringskassan.

5.7 Aktörerna vill utveckla metoder som hjälper dem att hitta de individer som har behov av stöd

Med så många individer i processen årligen finns ett behov hos alla aktörer att identifiera vad som kännetecknar individer med större behov av stöd för återgång i arbete och vad som kännetecknar individer som har behov av att aktörerna samverkar. Alla aktörer behöver prioritera sina resurser och ge rätt insats till rätt individ (= individuell bedömning och differentiering).

Differentieringen är nödvändig av minst två skäl. För det första är det viktigt att individer som behöver stöd får det, men minst lika

viktigt är det att individer som inte behöver stöd inte får det. Om stöd ges till individer som inte behöver det kan sjukfallen förlängas. Inspektionen för socialförsäkringen skriver år 2011:

En tidigareläggning av Försäkringskassans insatser i sjukskrivningsprocessen gjorde att sjukfrånvaron och övergången till sjuk- och aktivitetsersättning ökade. Inläsningseffekten dominerar därmed. Resultatet är av allt att döma ett utslag av handläggarnas svårigheter att välja ut rätt personer för rehabiliterings-insatser.¹¹⁸

För det andra har aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte resurser att arbeta aktivt med alla individer i processen. Att ge stöd till de individer som behöver det är dock ett sätt att stötta individer att lämna processen. Utan rätt stöd riskerar individerna bli kvar i långa sjukskrivningar. Det är därför nödvändigt att individer som är i behov av stöd för att lämna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen både identifieras och får adekvat stöd eftersom deras sjukfall annars riskerar att bli längre än nödvändigt.

Vi kan konstatera att alla aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har svårt att förutsäga vilka individer som kommer behöva stöd för återgång i arbete och vilka som inte kommer att behöva det.

Stora resurser har lagts på att skapa bedömningsstöd för differentiering. Nedan nämns några av de försök som genomförts, eller som fortfarande pågår.

Inom hälso- och sjukvården har resurser bland annat lagts på Stöd för rätt sjukskrivning (SRS). Projektet har finansierats via överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Syftet med SRS bedömningsstöd är att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, framför allt läkare och rehabiliteringskoordinatorer. SRS innehåller:

- en riskberäkning, som indikerar om en patient löper risk för att vara sjukskriven längre än 90 dagar,
- råd och rekommendationer om lämpliga rehabiliteringsåtgärder för aktuell diagnos,
- nationell sjukskrivningsstatistik baserad på aktuell diagnos,

¹¹⁸ Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. ISF rapport 2011:17.

- koppling till webbsidan rattsjukskrivning.se med fördjupade beskrivningar av råd och rehabiliteringsåtgärder samt beskrivningar av riskberäkningen och den nationella statistiken.

SRS testas fortfarande i verksamhet. Med start år 2019 har 23 vårdcentraler i fyra regioner infört bedömningsstödet, försöket pågår och förväntas vara klart under våren 2020.¹¹⁹

I en kvalitativ utvärdering av SRS i pilotform som genomfördes redan år 2018 tyckte en majoritet av de tillfrågade läkarna att risksignalen kunde vara till hjälp. Risksignalen i SRS kunde också användas av rehabiliteringskoordinatorer som ett underlag för dialog med de sjukskrivande läkarna vid planering av rehabiliteringsåtgärder för enskilda patienter. Dock beskrev läkare att risksignalen inte var till så stor hjälp vid diagnoser där risken för lång sjukskrivning är hög. Läkarna beskrev att eftersom patienter som söker vård för besvär kopplade till utmattning som trötthet, nedstämdhet och yrsel alltid löper en risk för att bli långvarigt sjukskrivna var det därför nästintill omöjligt att prioritera bland dessa patienter.¹²⁰

Även vid Försäkringskassan genomförs försök med differentiering. Differentierad handläggning med tre olika kundflöden infördes i slutet av 2013. Alla sjukpenningärenden sorteras genom en initial behovsbedömning in i ett av tre spår:

1. K1 – individer som behöver ersättning för den korta tid de är sjuka. Inget behov av insatser eller kontakt med Försäkringskassan,
2. K2 – individer som är sjuka men kommer att återgå i sitt vanliga arbete utan insatser,
3. K3 – individer med behov av personlig kontakt, samordning och insatser för att kunna återgå i arbete.¹²¹

När Försäkringskassan 2018 utvärderade detta arbetssätt fann man inga tecken på att införandet av den differentierade handläggningen hade påverkat kvaliteten i handläggningen, avseende rättssäkerhet,

¹¹⁹ SKR (2019), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2019.

¹²⁰ SKR (2018), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2018.

¹²¹ Försäkringskassan (2016), *Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkrings processen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1.

service och produktivitet.¹²² År 2019 ändrades arbetssättet så att alla ärenden som inte redan är avslutade hamnar i K2 och att behovsbedömningen av om de bör handläggas i K3 kommer senare.¹²³

Försäkringskassan har också genomfört försök med differentierat intygande, som en del av projektet *En enklare sjukförsäkringsprocess*. Tanken med det förenklade intyget var att ge läkaren en möjlighet att ge färre medicinska uppgifter i sjukfall där individen bedömdes kunna återgå i arbete utan åtgärder från Försäkringskassan eller arbetsgivaren. De förenklade intygen skulle spara administrativa resurser i hälso- och sjukvården och på Försäkringskassan, och dessa frigjorda resurser skulle, åtminstone delvis, användas i arbetet med mer komplicerade fall. De första försöken med förenklade läkarintyg genomfördes under perioden februari till maj 2013.¹²⁴ I den rättsliga kvalitetsuppföljning av försöket som Försäkringskassan själva gjorde konstaterades att sjukfallen med förenklade intyg inte sällan blev längre än 60 dagar, vilket indikerar att det är svårt att prognostisera sjukfallets längd med den träffsäkerhet som har förutsatts.¹²⁵ Försöket stoppades i april 2016. I en senare utvärdering av försöket konstaterade Inspektionen för socialförsäkringen att införandet av de förenklade intygen ledde till ökat inflöde till sjukförsäkringen genom att fler individer sjukskrevs av läkare och att färre individer fick avslag av Försäkringskassan.¹²⁶

Aktörernas olika sätt att differentiera ställer krav på att aktörerna samverkar i syfte att skapa förståelse för på vilka grunder differentieringen bygger. Eftersom aktörerna har olika uppdrag bör de också ibland prioritera åtgärder för att stötta olika individer inom ramen för sina uppdrag.

Utredningens bedömning är att det är viktigt att fortsätta genomföra försök till differentiering. Även Socialstyrelsen och Försäkringskassan gör den bedömningen och skriver sin återrapportering

¹²² Försäkringskassan (2018), *En differentierad handläggning av sjukpenningen. Har uppdelningen i kundflöden påverkat kvaliteten i Försäkringskassans prövning av rätt till ersättning?* PM 2018:8.

¹²³ Försäkringskassan (2019), *Ny version av processen Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning (2009:07)*. IM 2019:038.

¹²⁴ Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet*. ISF Rapport 2016:14.

¹²⁵ Försäkringskassan (2016), *Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2016:3.

¹²⁶ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenhetsnivå och regionnivå*. ISF Rapport 2019:05.

av uppdraget *Bättre dialog mellan försäkringskassan och hälso- och sjukvården* att det vore ogörligt att hantera alla sjukpenningärenden på exakt samma sätt.¹²⁷

5.8 Aktörsspecifika förutsättningar som påverkar samverkan i processen

Aktörernas interna förutsättningar påverkar hur väl sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar. I detta avsnitt redogör vi för de interna förhållanden som återkommande nämnts som bidragande orsaker till problem i samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under utredningens gång.

5.8.1 Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen önskar mer kunskap, mer tid och mer stöd i sitt arbete

Många arbetsgivare har inte tillräcklig kunskap om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

När det finns risk för att en individ blir sjukskriven eller då en individ sjukskrivs ska arbetsgivaren bedöma rätten till frånvaro och sjuklön och, om möjligt, anpassa arbetstagarens arbete. Arbetsgivarens ansvar i processen är omfattande. Arbetsgivarföreträdare uppger att arbetsgivare har starka incitament, i sin roll som just arbetsgivare, att arbeta med individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är enligt dem avgörande för verksamheten (kompetensförsörjningsbehovet) att så många som möjligt av arbetstagarna befinner sig i arbete, och för det fallet att en sjukskrivning är aktuell, att arbetsförmågan tas tillvara och att frånvaron inte blir onödigt lång.

Kunskap om vad arbetsgivare kan, och ska, göra när en individ riskerar att bli sjukskriven eller när en sjukskriven individ ska komma åter i arbete är dock inte den primära uppgiften för arbetsgivare. Dessutom är det, för många arbetsgivare, sällan förekommande att hantera

¹²⁷ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 42.

medarbetare i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.¹²⁸ Frågor som handlar om sjukskrivning är en av många frågor som en arbetsgivare har att hantera.

Arbetsgivare tycker också att arbetet inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är svårt. I en undersökning gjord av Svenskt Näringsliv ansåg företagen att det största hindret för återgång i arbete var svårigheter att anpassa arbetsplatsen. Även svårigheter i samverkan med Försäkringskassan och hälso- och sjukvården nämndes som vanliga hinder. Tre av tio företag i studien uppgav att de har ganska eller stora problem med sjukfrånvaron.¹²⁹

Arbetsgivare är en heterogen grupp med olika förutsättningar att arbeta inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Små och medelstora företag har, i relation till större företag, ofta mindre erfarenhet av sjukfrånvaro och sällan personal som arbetar enbart med personalfrågor, såsom sjukfrånvaro eller arbetsmiljöfrågor.¹³⁰ I de intervjuer, och de möten, utredningen genomfört framförs stöd för denna uppfattning.

I dialog med arbetsgivarföreträdare har framkommit önskemål om mer stöd, råd och verktyg från Arbetsmiljöverket. Arbetsgivare vill att den tillsyn som Arbetsmiljöverket genomför i större utsträckning ska kunna bidra till kunskap om hur arbetsgivarna på bästa sätt kan förebygga sjukfrånvaro, identifiera risk och arbeta med sjukskrivnas återgång i arbete.

Många arbetsgivare kan således förbättra såväl sitt eget arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som exempelvis sin samverkan med andra aktörer, genom att höja kunskapsnivån om sina egna skyldigheter och om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i sin helhet.

¹²⁸ Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen*. ISF rapport 2012:9.

¹²⁹ Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*.

¹³⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen*. ISF rapport 2012:9.

Professioner inom hälso- och sjukvården vill fortsätta utvecklas inom försäkringsmedicin och behöver mer tid och stöd för sitt uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Läkare som arbetar med sjukskrivningar anser sig behöva mer kunskap om försäkringsmedicin och två tredjedelar av läkarna hade tidsbrist i sjukskrivningsärenden dagligen eller någon gång per vecka.¹³¹ Läkare kan få stöd i sitt arbete med sjukskrivning genom Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.¹³² Läkare efterfrågar dock att fler diagnoser inkluderades i beslutsstödet och att beslutsstödet uppdateras för att stämma överens med forskning, andra riktlinjer, vårdprogram och nya behandlingar.¹³³ I det så kallade dialoguppdraget utlovar Socialstyrelsen att vidareutveckla beslutsstödet i samråd med Försäkringskassan i syfte att ge stöd i de bedömningar som upplevs som svåra.¹³⁴ Som stöd till läkare finns också bedömningsstödet *Stöd för rätt sjukskrivning* ingår som villkor 5 i överenskommelsen om *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2020*. Bedömningsstödet ska ge större träffsäkerhet att identifiera individer med ökad risk för längre sjukskrivning och de som har behov av rehabiliteringsinsatser.

I en rapport om ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget från 2018 konstaterar SKL att:

Hälso- och sjukvårdens uppdrag runt försäkringsmedicin/sjukskrivning uppfattas som otydligt och i jämförelse med andra områden som läkemedelsområdet ha relativt låg prioritet och låg status. Stöd kan finnas från enskilda chefer på olika nivåer men det breda stödet och intresset för arbetet från chefer och politisk ledning uppfattas i praktiken som svagt.¹³⁵

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer bekräftas bilden ovan. Aktörerna anser att processen skulle fungera bättre om hälso- och sjukvården mer kunskap om

¹³¹ Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018*. Karolinska Institutet.

¹³² <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>. Hämtad 2020-03-26.

¹³³ Svärd, V. et al (2018), *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg*. Karolinska Institutet.

¹³⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

¹³⁵ SKR (2018), *Det försäkringsmedicinska uppdraget - central ledning och styrning i landsting och regioner*.

sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet och bättre förutsättningar att delta i den.

Till hjälp i detta arbete har ett så kallat nationellt programområde bildats, *Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin*. Nationella programområden har i uppdrag att:

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används,
- omvärldsbevaka,
- genomföra ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar,
- genomföra nivåstrukturering,
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.¹³⁶

NPO *Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin* kommer således att kunna stötta regionerna i linje med sitt uppdrag. I överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan staten och SKR för 2020 är villkoren för området *Ledning och styrning i försäkringsmedicin* att regionerna tillsammans med stöd av SKR och Socialstyrelsen och i samverkan med NPO utvecklar uppföljningsmått för försäkringsmedicin och att ett regionalt samarbete med NPO etableras gällande ledning och styrning i försäkringsmedicin.¹³⁷

Vi har tagit del av ett antal avtal som regioner har med vårdgivare och i dessa finns det specificerat att vårdgivarna ska ha rutiner för arbetet med sjukskrivningar och för hur kompetens inom området försäkringsmedicin ska tillgodoses.

¹³⁶ skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html. Hämtad 2020-03-28.

¹³⁷ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 6.

5.8.2 Försäkringskassans personalomsättning är en utmaning för samverkan

Försäkringskassan har hög personalomsättning vilket bland annat leder till handlägggarbyten. Regeringen skriver i budgetpropositionen för år 2020 att:

Försäkringskassans personalomsättning är fortsatt hög och har ökat något sedan föregående år till 12 procent i genomsnitt. Personalomsättningen varierar inom olika delar av organisationen och den är högst på avdelningen för sjukförsäkring (14,8 procent).¹³⁸

Av Försäkringskassans egna enkätundersökningar framgår att skälen till varför medarbetare som arbetar med sjukpenning slutar, är att arbetsbelastningen upplevs som hög, att beskrivningen av yrkesrollen inte stämmer överens med de verkliga arbetsuppgifterna och att medarbetare upplever att deras kompetens inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning.¹³⁹ Försäkringskassan har i sitt regleringsbrev för 2020 fått i uppdrag vidta och redovisa åtgärder som vidtagits för att minska personalomsättningen.¹⁴⁰ Myndigheten har även tidigare år haft uppdrag av samma typ.¹⁴¹

I utredningens dialoger med aktörerna i processen beskriver de att brist på kontinuitet i kontakter med Försäkringskassan är ett problem. Till del kan det handla om att en hög personalomsättning medför att individer med lägre kunskapsnivå kommer in i processen. Det kan också handla om betydelsen av att ha arbetat upp personliga relationer aktörerna emellan i syfte att samverka på individnivå ska underlättas.

De intervjuer med individer som utredningen gjort och de synpunkter som individer skickat till myndigheter och som utredningen tagit del av (avsnitt 3.2) beskriver att brist på kontinuitet i kontakter med Försäkringskassan är ett problem i än större omfattning. Individer tycker det är besvärligt med handlägggarbyten eftersom de känner att de återigen behöver föredra sitt ärende och att de riskerar att bedömningen av rätt till ersättning eller rehabilitering förändras.

Brist på kontinuitet i kontakter med aktörerna är inte bara ett problem hos Försäkringskassan. I utredningens enkätundersökning

¹³⁸ Prop. 2019/20:1. Utgiftsområde 10.

¹³⁹ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 133.

¹⁴⁰ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

¹⁴¹ Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.

med sjukskrivna individer nämns återkommande att kontinuitet är viktigt i kontakter också med hälso- och sjukvården.

5.8.3 Reformeringen av Arbetsförmedlingen påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Av den skriftliga överenskommelsen *Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna*, även kallad Januariöverenskommelsen, som publicerades den 11 januari 2019, framgår att Arbetsförmedlingen ska reformeras i grunden. Av överenskommelsen framgår att staten genom Arbetsförmedlingen ska ha myndighetsansvaret för arbetsmarknadspolitiken, men att ett nytt system baserat på lagen om valfrihetssystem (LOV)¹⁴² ska utvecklas och fristående aktörer ska matcha och rusta arbetssökande för lediga jobb. Arbetsförmedlingens uppdrag kommer att vara myndighetsansvar i form av kontroll av arbetssökande och av de fristående aktörerna, arbetsmarknadspolitisk bedömning, digital infrastruktur och statistik och analys.¹⁴³ Den 9 december 2019 presenterade regeringen en inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen. Av inriktningen framgår att tidplanen för reformeringen skjuts fram ett år och att det huvudsakliga regelverket ska beslutas under slutet av 2022. Av inriktningen framgår vidare att reformeringen inte ska vila på LOV, samt att:

Det ska säkerställas att Arbetsförmedlingen har närvaro och en fungerande verksamhet i hela landet, både under genomförandeperioden och på lång sikt.¹⁴⁴

I november 2019 tillsattes en utredning om kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken, som ska analysera och bedöma

¹⁴² Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är ett alternativ till upphandling enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling. LOV reglerar vad som ska gälla för de kommuner och regioner som vill konkurranspröva kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

Se skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/valfrihetssysteminformationochstodmaterial.1969.html. Hämtad 2020-03-25.

¹⁴³ Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, punkt 18.

¹⁴⁴ Regeringskansliet (2019), *Inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen*.

om på vilket sätt kommunerna enligt gällande regelverk kan leverera arbetsmarknadspolitiska insatser. Uppdraget ska redovisas den 29 maj 2020.¹⁴⁵ Under utredningens gång har reformarbetet av Arbetsförmedlingen pågått. Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har angett att de påverkas av reformarbetet. I dialog med aktörerna har det framkommit att Arbetsförmedlingen inte närvarat i samverkan på samma sätt som tidigare sedan reformeringsarbetet påbörjades. Det har också framkommit att det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och de strukturer för samverkan som byggts upp inom ramen för detta samarbete, har bidragit till att myndigheterna kunnat fortsätta samverka på ett bra sätt trots utmaningar som följer av det omfattande reformeringsarbetet.

5.8.4 Utredningens slutsatser

Aktörsspecifika förutsättningar för samverkan förändras över tid och påverkar så väl samverkan som individen direkt och indirekt. I detta avsnitt har dock påverkan på samverkan varit i fokus. De förutsättningar som vi redogör för är de som varit särskilt tydliga under utredningens gång. Om en motsvarande kartläggning skulle göras om några år skulle troligen delvis andra förutsättningar råda. Många av de områden som lyfts ovan är också omhändertagna på så sätt att åtgärder för att komma tillrätta med dem pågår. Exemplet lyfts för att illustrera det faktum att aktörsspecifika förutsättningar har en påverkan på samverkan.

I syfte att få sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att bli välfungerande behöver aktörerna informera varandra om förändrade interna förutsättningar. Som vi kommer att visa i nästa avsnitt kan det vara avgörande för processen som helhet att en aktör informerar de andra om exempelvis omorganisationer eller tillämpningsförändringar.

¹⁴⁵ Dir. 2019:86. *Kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken.*

5.9 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk

Bedömning: Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk vilket kan leda till att oönskade konsekvenser uppstår i processen. Detta ställer krav på aktörerna att ta ett gemensamt ansvar för förändringar i processen på ett sätt som minskar påverkan av sådana oönskade konsekvenser.

5.9.1 Aktörerna utgör förutsättningar för varandras arbete

Aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har sammanlänkade uppdrag och utgör till del förutsättningar för varandras arbete i processen. Det innebär att när en aktör genomför en förändring i sitt arbetssätt kan förändringen leda till oförutsedda och oönskade konsekvenser¹⁴⁶ för övriga aktörers arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för individen i processen. Utredningen har identifierat flera fall av förändringar i processen som genomförts under de senaste åren där de oönskade konsekvenserna varit betydande. I det här kapitlet beskriver vi några exempel på sådana förändringar. I huvudsak är de förändringar och oönskade konsekvenser som beskrivs här kända och tidigare redogjorda för. Det har pågått och pågår också arbeten för att på olika sätt hantera de oönskade konsekvenser som uppstått och vi redogör för nedan. Utredningen har inte för avsikt att här i detalj analysera de enskilda förändringarna. Snarare vill vi visa på en systematisk brist i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där förändringar genomförs med utgångspunkt i den enskilda aktörens uppdrag snarare än att beakta processen som helhet. Det bör noteras att de förändringar som beskrivs kan vara helt korrekta, och kanske nödvändiga, ur en enskild aktörs perspektiv, men ändå leda till betydande och oönskade konsekvenser för andra aktörer, för individer i processen eller för processen som helhet.

¹⁴⁶ Oönskade konsekvenser är ett begrepp som används för att beskriva ej förutsedda och ej avsedda utfall som följd av ett målinriktat handlande. Begreppet har populariserats av bland annat sociologen Robert K. Merton.

5.9.2 Exempel på förändringar och oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Inspektionen för socialförsäkringen har konstaterat att regeringens styrning av Försäkringskassan förändrats tydligt vid två tillfällen under perioden 2012–2016. År 2012 betonades att förtroendet för myndigheten behövde öka och 2016 betonades att rättssäkerheten behövde stärkas. Rapporten visar att regeringens styrning slog igenom i myndighetens tillämpning. Inspektionen för socialförsäkringen skriver att när förtroende stod i fokus ägnade handläggarna mer tid åt att samordna försäkringen och delta i möten med andra aktörer, till exempel med arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. När rättssäkerhet stod i fokus ägnade handläggarna mer tid åt att utreda rätten till ersättning utifrån medicinska underlag. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar att dessa skiften i Försäkringskassans arbetssätt fått konsekvenser för övriga aktörer i processen.¹⁴⁷ Läkare inom hälso- och sjukvården har beskrivit att Försäkringskassan ifrågasatte deras bedömningar i större utsträckning än tidigare och att det tog tid att hantera Försäkringskassans behov av ytterligare information vilket redogörs för i avsnitt 5.3.4. Svenska företagsläkarföreningen såg kompletteringarna till Försäkringskassan som ett växande arbetsmiljöproblem och i Karolinska Institutets läkarenkät från 2017 svarade 68 procent av alla läkare att de ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg.¹⁴⁸

Att Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter har varit svåra för hälso- och sjukvården att tillgodose framgår också av den delrapportering som Försäkringskassan och Socialstyrelsen gjorde inom ramen för det uppdrag myndigheterna fick i början av 2018 och som handlar om att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården:

¹⁴⁷ Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

¹⁴⁸ Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna. slf.se/slff/app/uploads/2018/04/kompletteringstraxxsket-rapport.pdf. Hämtad 2020-03-26 och Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004*. Huvudrapport 2018. Karolinska Institutet.

Försäkringskassan har under våren 2018 utrett begrepp som bidragit till otydlighet och frustration i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande vilka uppgifter som behövs i läkarintyget. I läkarintyget framgår att läkare ska ange observationer, undersökningsfynd och testresultat. Dialogen kring intyget har dock kommit att präglas av begreppet ”objektiva fynd” som framförallt används av domstolarna. Försäkringskassan har beslutat att de begrepp som finns i intyget ska användas och att ”objektiva fynd” följaktligen inte ska användas.¹⁴⁹

I samband med ökat fokus på rättssäkerhet drog Försäkringskassan också ner på antalet personliga möten. Antalet avstämningsmöten minskade med 23 procent, från 61 216 år 2016 till 38 671 år 2018.¹⁵⁰ Såväl Arbetsförmedlingen som företrädare för arbetsgivarna har i dialog med utredningen beskrivit att Försäkringskassan inte längre tog det ansvar de tidigare tagit. En tredje konsekvens av skiftet från förtroende till rättssäkerhet var att när Försäkringskassan stärkte handläggningen bedömdes fler personer ha arbetsförmåga vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmedlingen överraskades, enligt egen utsago, av att inflödet till dem ökade. Arbetsförmedlingen skriver i sitt budgetunderlag att:

Trots det ökade antalet avslag i nya och pågående sjukfall de senaste åren har dock antal överlämningsmöten minskat. 2015 genomfördes drygt 2 750 möten, 2016 genomfördes 1 600 möten och under de 11 första månaderna 2017 genomfördes drygt 1 500 överlämningsmöten. Det minskade antalet möten tillsammans med det ökade antalet avslag i nya och pågående sjukfall innebär att övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i många fall försåras. Vilket i sin tur innebär att risken ökar för att individer inte får rätt stöd från rätt aktör i rätt tid.¹⁵¹

Ett annat exempel på när en förändring hos en aktör har lett till önskade konsekvenser för andra är Försäkringskassans förändrade syn på rehabiliteringspenning och arbetsträning, vilket i praktiken innebar att Försäkringskassan beviljade färre individer arbetsträning (denna förändring beskrivs i mer detalj i avsnitt 5.4.2). Den förändrade tillämpningen ledde till att arbetsgivarna blev tvungna att förändra sitt arbetssätt att stödja individer tillbaka till arbete. Precis

¹⁴⁹ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, s. 3.

¹⁵⁰ Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*.

¹⁵¹ Arbetsförmedlingen (2018), *Budgetunderlag*. Datum: 2018-02-16 Diarienummer: Af-2017/0026 4044.

i skiftet drabbades enskilda individer eftersom den arbetsträning som planerats i samråd med arbetsgivaren inte beviljades av Försäkringskassan.

I de två exemplen ovan är det Försäkringskassan som genomfört förändringar som påverkat andra aktörer. Att det är just Försäkringskassan som påverkat andra aktörer kan tyckas naturligt då Försäkringskassan spelar en central roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och styrningen av myndigheten har, som Inspektionen för socialförsäkringen påpekar i sin rapport, förändrats över åren vilket i sin tur resulterat i förändringar i Försäkringskassans agerande.¹⁵² Men det är inte bara Försäkringskassan som genomfört förändringar som lett till oönskade konsekvenser för andra aktörer. Ett annat exempel (som nämns ovan i avsnitt 5.3.3) var när Inera uppdaterade det digitala läkarintyget på sådant sätt att information doldes för arbetsgivaren. Resultatet blev att när intyget skulle skrivas ut för att ges till arbetsgivaren doldes inte bara fältet för diagnos utan också fälten som används för att beskriva aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar. Det blev således svårt för arbetsgivaren att av läkarintyget utläsa om arbetsförmågan var nedsatt, vad individen kunde eller inte kunde göra på arbetet och därmed göra bedömningen av rätt till frånvaro, ersättning och vilka anpassningar som kunde vara aktuella.

Reformeringen av Arbetsförmedlingen (avsnitt 5.8.3) är ytterligare ett exempel på en omfattande förändring i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Reformeringen ställer höga krav på att aktörerna i processen samverkar för att kunna identifiera sådant i reformeringsarbetet som kan få oönskade konsekvenser för individen med anledning av att förutsättningarna för de andra aktörerna påverkas av förändringen av Arbetsförmedlingen.

5.9.3 Önskade konsekvenser identifieras i efterhand

I intervjuer med aktörerna framkommer att effekten av de oönskade konsekvenser som beskrivs ovan identifierats i efterhand och i många fall genom att medarbetare i aktörernas verksamheter märkt av en förändring hos andra aktörer. Till exempel genom att läkare

¹⁵² Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

uppmärksammat ökade krav på innehåll i läkarintygen eller att ansvarig för rehabilitering hos arbetsgivare märkt av en begränsning av informationen i läkarintyget. Förkunskapen om att förändringarna varit förestående beskrivs i dialog med utredningen ha varit låg och det kan närmast beskrivas som att förändringar hos andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen smugit sig på.

5.9.4 Komplexitet påverkar förekomst av oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex vilket innebär att det är mycket svårt för en aktör att överblicka vilka konsekvenser förändring i deras arbetssätt har för andra aktörers arbete i processen och för processen som helhet. Komplexiteten kommer sig delvis av processens omfattning. Det är flera aktörer med stora organisationer, vilkas ansvar regleras i flera lagrum, som tillsammans utgör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Helheten kan te sig övermäktig att överskåda. Komplexiteten förstärks ytterligare av att de aktörer som tillsammans utgör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är sektoriserade. Som beskrivs närmare i avsnitt 4.1.1 är en av utmaningarna med sektorisering att aktörerna har olika utgångspunkter och perspektiv och därmed kan ha svårt att förstå vilka förändrade förhållanden i den egna verksamheten som kommer att påverka andra aktörer. Sektorisering kan också medföra att ekonomiska drivkrafter inte harmoniserar mot ett gemensamt mål utan i stället leder till suboptimering och stuprörstänkande. Till exempel kan en förändring leda till kostnadsöverföring genom minskade kostnader hos en aktör och ökade kostnader hos en annan.

Oönskade konsekvenser är en följd av förändringar i komplexa system. De kan begränsas, men inte helt elimineras. Aktiviteter för att begränsa oönskade konsekvenser är dock viktiga då de, som beskrivs i exemplen ovan, kan få stor betydelse för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

5.9.5 Utredningens slutsatser

Utredningen konstaterar att det genomförts ett flertal förändringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under senare år, som förvisso kan vara rätt ur den enskilda aktörens perspektiv, men som lett till betydande oönskade konsekvenser för andra aktörers förutsättningar att utföra sitt arbete och för processen som helhet. Förändringarna har därutöver medfört konsekvenser i form av bristande tillit och förtroende mellan aktörerna. Konsekvenser som i sig själva riskerar att försämra förutsättningarna för samverkan (utvecklas i avsnitt 4.2.2 *hinder och förutsättningar för samverkan*). I förlängningen drabbas individen av att aktörerna behöver allokera resurser för att hantera oönskade konsekvenser och av försämrat samverkansklimat mellan aktörer.

Den beskrivna utvecklingen är ett tydligt tecken på stuprörstänkande, att aktörerna fokuserar på sin egen verksamhet snarare än att beakta helheten och därmed samhällets och individens bästa.

Utredningens bedömning är att kombinationen av sektorisering, komplexitet och ett sammanlänkat ansvaret i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är strukturella förhållanden som bidrar till uppkomst av oönskade konsekvenser. Förhållandena bör hanteras vilket ställer stora krav på en strukturell samverkan där aktörerna tar ett gemensamt ansvar för förändringar i processen på ett sätt som minskar oönskade konsekvenser. Det kan konstateras att nuvarande samverkan inte är tillräcklig för att ge stabilitet i samverkan och att främja ett gemensamt ansvar och helhetssyn i samband med förändringar i processen.

En del av de förändringar och oönskade konsekvenser som beskrivs ovan har en direkt koppling till regeringens styrning av Försäkringskassan.¹⁵³ Myndigheterna ska följa regeringens styrning och det är därför viktigt att regeringen i sin beredning av förändringar som riktar sig mot en myndighet också ser över konsekvenserna för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet.

¹⁵³ Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

5.10 Utredningens slutsatser om nuvarande förhållanden som påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Bedömning: Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer behöver löpande identifiera och hantera förhållanden som försvårar samverkan i processen i syfte att skapa en välfungerande process. Centrala frågor för samverkan i processen är tydlighet och samsyn vad gäller ansvar och begrepp och att aktörerna har kunskap om processen som helhet. För att samverkan ska fungera är det avgörande att aktörerna har tillit till, och förtroende för, varandra.

Individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen påverkas när aktörerna som ska stödja individen har svårt att samverka. I detta kapitel har vi visat att det finns ett antal förhållanden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som försvårar aktörernas samverkan i processen. Vår bedömning är att utmaningar i samverkan som beror på att aktörerna har olika uppdrag är svåra att lagstifta bort. Det är aktörernas förmåga att i dialog uttrycka sitt eget ansvar och de bedömningar de gör i klarspråk, som är avgörande för att samverkan mellan aktörerna ska fungera. Att ekonomisk ersättning kräver nedläggning av arbetsförmåga på grund av sjukdom samtidigt som ett syfte med processen är att förbättra arbetsförmågan (sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox) är ett av de förhållanden som aktörerna behöver hantera i samverkan. Att centrala begrepp som exempelvis rehabilitering och arbetsförmåga fylls med olika innehåll hos olika aktörer är också förhållanden som behöver hanteras i samverkan mellan aktörerna.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar i hög utsträckning om att aktörerna tillsammans behöver identifiera problem i processen, och forma lösningar till dessa problem. I den mån aktörerna inte kan lösa problemen genom samverkan behöver lagstiftaren uppmärksammas på problemet och på dess konsekvenser för individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utöver en förmåga att hantera förhållanden som försvårar samverkan i processen måste aktörerna således också ha förmåga att urskilja de förhållanden som har negativa konsekvenser för samverkan som lag-

stiftningsförändringar skulle kunna lösa ut, från förhållanden som kan lösas genom samverkan.

Att processen är komplex och föränderlig är förhållanden som är utmanande, men som likväl behöver hanteras, och ställer krav på strukturell samverkan mellan aktörerna. Till exempel måste aktörerna, genom informationsutbyte mellan varandra, ansvara för att oönskade konsekvenser som uppstår på grund av interna förutsättningar hos respektive aktör i processen, minskas. Tillit och förtroende mellan aktörer är avgörande för en välfungerande process.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som diskuterats ovan syftar ofta till att ge individer stöd för att återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. I nästkommande två kapitel beskrivs utredningens översyn av stöd för återgång i arbete.

6 Översyn av utvecklingen av förebyggande och stöd för återgång för anställda

Av utredningens direktiv framgår att den nationella samordnaren ska:

se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar.¹

I detta kapitel redovisar vi vår översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete för sjukskrivna som är anställda. Anställda är en stor grupp och utgör majoriteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att vara anställd innebär att det finns en arbetsgivare med ansvar att förebygga sjukdom och skada samt ansvar att stödja återgång i arbete genom arbetsanpassning eller andra arbetsplatsinriktade stödjande insatser. Det innebär också att det finns en arbetsplats som kan vara betydelsefull för återgång i arbete. Förutsättningarna för anställda skiljer sig därmed delvis från de för sjukskrivna som inte har en anställning. Med anledning av att förutsättningarna skiljer sig åt har utredningen delat upp översynen av förebyggande arbete och stödet för återgång i två kapitel. Detta kapitel om anställda och kapitel 7 som handlar om de som inte har en anställning.

Kapitlet inleds med en genomgång av aktuell forskning om stöd för återgång i arbete. Därefter följer en redogörelse för initiativ från regering eller aktörer som genomförts under senaste åren, och som på olika sätt berör förebyggande arbete eller stöd för återgång för anställda. Tredje avsnittet är en översyn av arbetsgivares insatser för återgång i arbete och frågor om (o)tydlighet i ansvarsfördelning för

¹ Dir. 2018:27.

arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Vi redogör också för sådant som relaterar till företagshälsovården, eller andra oberoende expertresurser, och som vi bedömt varit relevant för vårt uppdrag. Sista avsnittet tar upp andra områden som utredningen bedömer viktiga för att beskriva utvecklingen inom området.

6.1 Utvecklingen inom kunskapsområdet stöd för återgång i arbete

Utredningen redogör här översiktligt för aktuell kunskap om stöd för återgång i arbete genom att sammanfatta senare års nationella och internationella kunskapsöversikter inom området. Därtill beskrivs arbetsmetoden *Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång* (ADA)² som ett exempel på utveckling av ett metodstöd inom området. Med stöd för återgång i arbete avses stödjande insatser som hjälper den individ som förlorat arbetsförmåga på grund av sjukdom att återfå sin arbetsförmåga för att därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Ibland används begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering för att beskriva stödjande insatser för återgång i arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering används dock i olika sammanhang och med delvis olika betydelse och utredningen har därför avstått från att använda begreppet.³

6.1.1 Nationella och internationella kunskapsöversikter om återgång i arbete

Det vetenskapliga underlaget om återgång i arbete är otillräckligt och det finns ett behov av fler studier som specifikt studerar effekter på arbetsåtergång (till skillnad från effekt på symtom). Att kunskapen inom området är otillräcklig betyder inte att interventioner saknar effekt utan att interventioner ännu inte kunnat utvärderas med tillräcklig säkerhet och att potentiell effekt är okänd. Trots brister i underlaget bedömer översikternas författare i allmänhet att

² Eskilsson, T., et al., (2017). *Metodstöd ADA + ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.

³ SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 271.

tillgänglig evidens är av sådan kvalitet och omfattning att den utgör tillräckligt stöd för rekommendationer.

En internationell kunskapsöversikt från 2017⁴ omfattande 36 studier av medelhög och hög vetenskaplig kvalitet beskriver olika insatsers effekt på återgång i arbete. Författarna till översikten identifierar starkt vetenskapligt stöd för att multimodala insatser som omfattar en kombination av medicinska och arbetsplatsinriktade insatser samt koordineringsstöd reducerar tiden för återgång i arbete för muskuloskeletala sjukdomar och smärta. För individer med psykisk ohälsa fann man starkt vetenskapligt stöd för att tiden för återgång i arbete reduceras av insatser med kognitiv beteendeterapi med inriktning mot arbetsrelaterade frågor. I översikten noteras också starkt vetenskapligt stöd för att kognitiv beteendeterapi utan koppling till arbetsplatsen inte hade någon påverkan på återgång i arbete. Författarna till översikten identifierar måttligt vetenskapligt stöd för att tidigare återgång i arbete kan uppnås genom stegvis återgång/upp-trappning av aktivitet samt olika former av arbetsanpassning.

I en internationell systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser⁵, omfattande totalt 350 studier, dras slutsatsen att multimodala interventioner som omfattar arbetsplatsen har störst effekt på återgång i arbete, minskad sjukfrånvaro och arbetsförmåga för ryggbesvär och för kombination av muskuloskeletala och psykiska besvär. I flera av översiktsstudierna identifieras betydelsen av att insatser för dessa grupper bör sättas in relativt tidigt. Författarna noterar en trend mot ökat antal studier som fokuserar på psykisk ohälsa i relation till studier om muskuloskeletala besvär, men vid tiden för studien var kunskapsunderlaget om insatser för återgång i arbete vid psykisk ohälsa inte tillräckligt för slutsatser.

En systematisk översikt av systematiska översikter⁶ undersökte faktorer för återgång i arbete för muskuloskeletala besvär (hälften av studierna), psykiska besvär, hjärnskada, kardiovaskulära tillstånd, cancer, stroke och multipel skleros. Faktorer som påverkade återgång i arbete i alla studerade sjukdomstillstånd var hög utbildning

⁴ Cullen, K. L., et al., (2018). "Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 28, p. 1–15.

⁵ Aronsson, G., och Lundberg, U., (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa*, Vol. 49(2).

⁶ Cancelliere, C., et al., (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, Vol. 24(1), 32.

och socioekonomisk status, hög tilltro till att klara av sin situation, optimistisk syn på återhämtning och återgång, lägre grad av besvär/skada, koordinering av stöd, multidisciplinära interventioner som omfattar arbetsplatsen samt dialog mellan inblandande aktörer. En central slutsats är att flera av de faktorer som visat sig viktiga för arbetsåtergång för muskuloskeletala besvär (som i relation till andra tillstånd är relativt välstuderat) också är viktiga för flera andra tillstånd.

I en systematisk kunskapsöversikt från 2019⁷ som omfattande 79 studier identifierades ett antal personliga och sociala faktorer med betydelse för återgång i arbete för individer med muskuloskeletala besvär och psykisk ohälsa. Forskarna fann mest konsekvent evidens för att socialt stöd från chef och medarbetare, positiv attityd, hög tilltro till att klara av sin situation, låg ålder och hög utbildningsnivå var viktiga faktorer för återgång i arbete. Översikten belyser betydelsen av kontakt med, och stöd från, arbetsplatsen för återgång i arbete.

En aktuell litteraturöversikt⁸ genomförd av forskare vid Göteborgs universitet omfattade 34 systematiska kunskapsöversikter om arbetsplatsinriktade insatser för att främja tidig återgång i arbete efter en sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen. Författarna drar följande övergripande slutsats:

Trots att resultaten från de i rapporten ingående översikterna och enskilda studierna varierar är den sammanvägda slutsatsen att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsinriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

6.1.2 ADA – en metod för återgång i arbete

Kunskapsöversikterna som sammanfattas ovan ger en övergripande förståelse för stödjande insatser som främjar återgång i arbete. Frågan är hur kunskapen ska omsättas i konkreta verktyg och metoder. Utredningen redogör här för en sådan metod, Arbetsplatsdialog för

⁷ Etuknwa, A., et al., (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 29, p. 679–700.

⁸ SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, bilaga 5 s. 259–308.

arbetsåtergång (ADA).⁹ ADA är ett vetenskapligt utvärderat metodstöd för återgång i arbete och utgör här ett exempel på hur kunskap om återgång i arbete kan omsättas till ett konkret metodstöd som kan underlätta återgång genom att främja samverkan mellan individ, arbetsgivare, hälso- och sjukvård och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

ADA består av flera delar och är i grunden en form för strukturerad dialog mellan individ, hälso- och sjukvård och arbetsgivare. ADA utvärderades första gången 2010 för individer med utmattningssyndrom och lovande resultat visade på ökad återgång i arbete för de som tagit del av interventionen.¹⁰ Metoden har också utvärderats i forskningsprojektet WorkUp som funnit att ADA i kombination med en strukturerad fysioterapeutisk intervention har betydelse för i vilken utsträckning patienter med nack- och ryggsmärta återgår i arbete.¹¹ ADA+ är en vidareutveckling av ADA och omfattar en strukturerad planering, uppföljning, och stöd för både de sjukskrivna och arbetsgivare. Utvecklingen består i huvudsak av skriftlig information, dialogstöd och en checklista för kognitiv ergonomi. Avsnittet om kognitiv ergonomi ger konkreta råd och vägledning för utformning av arbetsplatsinriktade åtgärder och anpassningar för individer med olika former av tillfällig eller kronisk kognitiv nedsättning. Utvärdering av ADA+ har genomförts för individer med utmattningssyndrom och indikerar positiva effekter på arbetsåtergång och arbetsförmåga. Metodens tydliga struktur uppges uppskattad av såväl individ som arbetsgivare.¹²

ADA och ADA+ omsätter aktuell kunskap om återgång i arbete i ett praktiskt verktyg som skapar struktur för dialog mellan arbetsgivare, individ och hälso- och sjukvård. Utvecklingen av metoden har skett i en hälso- och sjukvårdskontext och metoden används enligt

⁹ Eskilsson, T., et al., (2017). *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.

¹⁰ Karlson, B., et al., (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health* Vol. 10, 301.

¹¹ Grahn, B., et al., (2016). *WorkUp. Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning*, REHSAM Research Report, Slutrapport RF11-005, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.

¹² Eskilsson, T., et al., (2018). *Strukturerad metod för hälso- och sjukvård som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa*. Slutrapport AFA. Umeå universitet.

de beskrivningar utredningen får till sig av hälso- och sjukvården och i någon mån av företagshälsovården.

6.1.3 Utredningens slutsatser om kunskapsutvecklingen inom området stöd för återgång i arbete

Insatser som kombinerar medicinsk rehabilitering med stöd som relaterar till, eller ges i anslutning till, arbetsplatsen eller arbetslivet är generellt mer effektiva för återgång i arbete. Aktörernas förmåga att samverka och koordinera insatser är viktig för att åstadkomma ett effektivt och samlat stöd för återgång. God dialog mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård och andra intressenter samt socialt stöd från chef och medarbetare är betydelsefullt för återgång i arbete. Kunskapen om insatser för arbetsåtergång för olika former av muskuloskeletala besvär är större än för andra diagnoser. Slutsatser och rekommendationer för muskuloskeletala besvär är också mer konsekventa. Det finns dock tecken på ett snabbt ökande kunskapsunderlag om framför allt återgång i arbete vid psykisk ohälsa.¹³ Vad gäller betydelsen av tidiga insatser och tidig återgång är resultaten positiva för muskuloskeletala besvär, men det saknas i dagsläget motsvarande stöd för positiva effekter av tidig återgång vid psykisk ohälsa.

Aktuell forskning belyser betydelsen av olika former av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och befäster arbetsplatsens centrala roll för återgång i arbete. Vägledning för utformning av insatser på arbetsplatsen ges på övergripande nivå och handlar om betydelsen av socialt stöd från chef och medarbetare, olika former av arbetsanpassning samt arbetsplatsens samverkan och kontakt med hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och andra intressenter. Frågan om hur specifika arbetsplatsinriktade insatser ska utformas är av naturliga skäl svårare att besvara med utgångspunkt i breda kunskapsöversikter. Faktiska insatser på arbetsplatsen behöver vara anpassade till individens behov och till arbetets förutsättningar. Vilka insatser som är relevanta bör därutöver förändras under rehabiliteringens gång och i takt med att individens förmåga stärks. Det kan konsta-

¹³ de Vries, H., et al., (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 28, p. 393–417 och Aronsson, G., och Lundberg, U., (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa*, Vol. 49(2).

teras att arbetsplatsens betydelse är stor, men att det är svårt att uttala sig generellt om vilka specifika insatser som är tillämpliga i det enskilda fallet och om specifika insatsers effekt¹⁴.

6.2 Aktuella initiativ för att stärka förebyggande arbete och stöd för återgång för anställda

Följande avsnitt beskriver utvecklingen inom förebyggande och stöd för återgång med utgångspunkt i senaste års initiativ från regering och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som syftar till att stärka det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbetet för sjukskrivna som har en anställning. Det handlar om arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar som togs fram av parterna 2016, Arbetsmiljöverkets och Försäkringskassans överenskommelse om samverkan för åren 2017–2020, 2020 års lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter,¹⁵ samt 2018 års lagstiftning om arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.¹⁶ Lagstiftningen om koordineringsinsatser kan komma att spela en viktig roll för samverkan mellan hälso- och sjukvård och arbetsgivare och beskrivs därför i detta avsnitt, trots att koordinatorfunktionen riktar sig till alla sjukskrivna, inte bara till anställda.

I två avsnitt, i 6.2.1 *Parternas avsiktsförklaringar* och i 6.2.5 *Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet* har utredningen genomfört datainsamlingar vars resultat redovisas under respektive avsnitt.

¹⁴ SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

¹⁵ Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

¹⁶ 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken och förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

6.2.1 Parternas avsiktsförklaringar

Bedömning: Arbetet inom ramen för avsiktsförklaringarna kan stödja en utveckling mot friska arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro. Utvärderingar behövs dock för att slutsatser om insatsernas effektivitet ska kunna dras. Regeringen och parterna bör därför i sin fortsatta dialog ha tillgång till utvärdering av insatser som äger rum inom ramen för avsiktsförklaringarna.

Avsiktsförklaringarna nämns särskilt i utredningens direktiv som en del av utredningens översyn av utvecklingen inom det förebyggande arbetet och stödet för återgång. Översynen börjar med en beskrivning av förslaget om den så kallade hälsoväxlingen, som utgör bakgrund till avsiktsförklaringarna.¹⁷ Därefter redogörs för avsiktsförklaringarnas innehåll och parternas svar på utredningens frågor om implementering och effekt av avsiktsförklaringarna. Utredningen ger slutligen sin syn på, och rekommendation för, det fortsatta arbetet med avsiktsförklaringarna.

Förslaget om hälsoväxling

Hösten 2015 beslutade dåvarande regering om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.¹⁸ En av åtgärderna var att initiera ett arbete i Regeringskansliet med syfte att analysera vad som kan göras för att öka arbetsgivares drivkrafter att vidta insatser för en sjukskriven anställd. Arbetsgruppen lämnade följande förslag:

- arbetsgivare ska betala en särskild sjukförsäkringsavgift om 25 procent av arbetstagarnas sjukpenning från och med dag 91 i sjukfallen
- det ska finnas ett fribelopp om 33 500 kronor. Fribeloppet gäller alla arbetsgivare och är ett skydd mot alltför höga kostnader för små arbetsgivare,
- personer med utsatt situation på arbetsmarknaden ska undantas från arbetsgivarens kostnadsansvar,

¹⁷ Ds 2016:8.

¹⁸ Socialdepartementet (2015) *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. Diarie-nummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

- arbetsgivaravgifterna sänks med 0,16 procentenheter. Arbetsgivar-kollektivet kompenseras därigenom för de ökade kostnader som den rörliga sjukförsäkringsavgiften medför så att reformen i princip blir kostnadsneutral,
- den särskilda sjukförsäkringsavgiften beräknas och beslutas av Försäkringskassan och debiteras arbetsgivares skattekonto.¹⁹

I samband med förslaget om hälsoväxling erbjöd regeringen arbetsmarknadens parter möjlighet, som ett alternativ till hälsoväxlingen, att komma överens om åtgärder som kunde bidra till bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Inom samtliga tre sektorer träffade arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar om hur sjukfrånvaron skulle kunna minska, vilket medförde att regeringen avstod från att lämna förslaget om hälsoväxling till riksdagen. Regeringens syn på och förväntan på avsiktsförklaringarna sammanfattas i budgetpropositionen för 2017:

Regeringen bedömer att de aviserade åtgärderna kan medföra så väl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för sjukskrivna anställda att återgå i arbete. I förlängningen bedöms detta kunna bidra till att sjukfrånvaron minskar. Regeringen kommer därför inte att lämna förslag om hälsoväxling i denna proposition. Regeringen avser att tillsammans med arbetsmarknadens parter följa upp det påbörjade arbetet och effekterna på sjukfrånvaron. Utgångspunkten för denna uppföljning är att sjukfrånvaron för respektive sektor vid utgången av 2020 ska vara nere på den nivå som gällde 2013. Denna nivå är nödvändig för att kunna nå regeringens sedan tidigare uppsatta mål om en låg och stabil sjukfrånvaro.²⁰

¹⁹ Ds 2016:8.

²⁰ Proposition 2016/17:1, Budgetpropositionen för 2017, s. 38.

Introduktion till parternas avsiktsförklaringar

I augusti 2016 undertecknades tre avsiktsförklaringar:

- en mellan Svenskt Näringsliv, LO och PTK,²¹
- en mellan Arbetsgivarverket, Saco-s, OFR/S, P, O och Seko,²²
- en mellan Sveriges kommuner och Regioner SKR, OFRs förbundsområde Allmän kommunal verksamhet, OFRs förbundsområde Hälso- och sjukvård, OFRs förbundsområde Läkare, Lärarförbundets och lärarnas riksförbunds samverkansråd och Akademikeralliansen och till Akademikeralliansen anslutna riksorganisationer.²³

Avsikten med avsiktsförklaringarna uttrycktes på delvis olika sätt. Inom det statliga avtalsområdet att:

Parterna är överens om en avsiktsförklaring kring åtgärder som parterna tror kommer att bidra till att motverka och minska sjukskrivningarna inom det statliga avtalsområdet.

Landstingskommunala sektorn:

Vi, parter i kommun- och landstingssektorn, tecknar härmed vår avsikt att gemensamt utveckla och genomföra åtgärder för att säkerställa ett förebyggande arbetsmiljöarbete och i förlängningen ett friskt arbetsliv, god arbetsmiljö, förbättrade rehabiliteringsinsatser och snabbare och hållbar återgång i arbete för de som befinner sig i sjukskrivning, med målet att sänka sjukfrånvaron i kommuner och landsting till en låg och stabil nivå.

Privat sektor:

Parterna avser att vidareutveckla de partsgemensamma insatserna för att förebygga sjukfrånvaro och ta tillvara arbetsförmåga trots sjukdom.

²¹ Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.

www.regeringen.se/496384/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsfor-klaring-svenskt-naringsliv-lo-och-ptk.pdf. Hämtad 2020-03-20.

²² Partsgemensam avsiktsförklaring för det statliga avtalsområdet. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.

www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsfor-klaring-staten.pdf. Hämtad 2020-03-20.

²³ Avsiktsförklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.

www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsfor-klaring-kommuner-och-landsting.pdf. Hämtad 2020-03-20.

Såväl privata som landstingskommunala sektorn preciserar förväntningar på regeringen att agera inom områden som utgör förutsättning för, och kan förstärka, parternas arbete i avsiktsförklaringarna. Dessa förväntningar beskrivs i större detalj längre ned i detta avsnitt.

Samling för friska arbetsplatser

I mars 2017 beslutades att ett dialogforum, *Samling för friska arbetsplatser* skulle inrättas vid Socialdepartementet under perioden 2017–2021. Syftet med dialogforumet är att, utifrån parternas avsiktsförklaringar, löpande diskutera pågående, planerade och framtida åtgärder som bidrar till friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil sjukfrånvaro. Vid dessa dialogforum har parterna återrapporterat till Socialdepartementet hur arbetet inom ramen för avsiktsförklaringarna fortskrider. Dialogerna har genomförts sektorsvis.²⁴ I mars 2019 deltog utredningen i forumet där parterna redovisade vidtagna och planerade åtgärder kopplat till avsiktsförklaringarna samt en beskrivning av hur parternas arbete för friska arbetsplatser och en långsiktig och stabil sjukfrånvaro fortskrider.

Beskrivning av parternas avsiktsförklaringar

Både den landstingskommunala sektorn och den statliga sektorn har partsgemensamma organisationer inom vilka samordningen av arbetet kring avsiktsförklaringarna sker. Inom den landstingskommunala sektor är det Arbetsmiljörådet som har en samordnande funktion. Den partsgemensamma organisationen Suntarbetsliv har en central roll i implementeringen inom landstingskommunal sektor.

Avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting består av åtta områden:

1. styrning och ledning för hållbar hälsa och minskad sjukfrånvaro,
2. stödpaket till lokal nivå,
3. stärka chefers förutsättningar i arbetsmiljöarbetet,
4. bättre användning av kvalitetssäkrad företagshälsovård,

²⁴ Inrättande av ett dialogforum för friskare arbetsplatser. Utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2017-03-30, diarienummer 82017/01987/SF (delvis).

5. ta vara på medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro,
6. stärkt samverkan och högre kvalitet i rehabiliteringsprocessen,
7. nya vägar tillbaka från sjukskrivning,
8. verksamhetsspecifika insatser.

Parterna inom den statliga sektorn är i avsiktsförklaringen från 2016 överens om nio områden för att motverka och minska sjukfrånvaron som kan delas upp i förebyggande åtgärder, åtgärder under sjukskrivning samt efterhjälpande åtgärder för långtidssjukskrivna och deras rehabilitering. Inom den statliga sektorn är det parternas förhandlingsledningarna som ansvarar för arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen. En övervägande del av de centralt överenskomna insatserna bedrivs genom den partsgemensamma organisationen Partsrådet och inom arbetsområdena *Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv* och inom programmet *Hållbart arbetsliv*. *Hållbart arbetsliv* är ett program som pågår under perioden 2018–2022 och som erbjuder praktiskt stöd till lokala parter i syfte att ge förutsättningar för sänkta sjuktal genom hjälp till självhjälp.

Inom området *Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv* tas arbetsmiljöutbildningar, seminarier och verktyg fram. Kunskap om utbudet av tjänster, utbildningar, seminarier med mera kommuniceras löpande till lokala parter genom Partsrådets kansli.

Privata sektorns centrala parter bedriver i huvudsak arbetet med att förebygga skador och ohälsa och för att underlätta återgång i arbete genom parternas insatser inom de gemensamt ägda AFA Försäkring och Prevent. Detta arbete kompletteras med den samverkan som sker i branschernas partsgemensamma arbetsmiljöråd och kommittéer. I avsiktsförklaringen anges nio områden som parterna avser vidareutveckla. Områdena inkluderar att utveckla stöd och verktyg i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för företagen, informera företagen om dessa verktyg samt olika kunskapshöjande insatser såsom framtagande av statistik och finansiering av forskning. Den privata sektorn ska också under den nionde punkten:

Utifrån parternas erfarenhetsbaserade kunskaper om förhållandena på arbetsplatserna som organisationerna är bärare av, delta och samverka i mån av resurser, med ansvariga myndigheter i syfte att underlätta återgången i arbete och bättre ta tillvara befintlig arbetsförmåga

I lägesbeskrivningen av arbetet inom avsiktsförklaringarna som lämnades till regeringen i mars 2019 beskrivs det arbete som pågår partsgemensamt. Prevent har inlett ett arbete som syftar till att visa på vikten av, och stärka, lokal partssamverkan i arbetsmiljöfrågor. I övrigt redogör parterna för gemensamt framtagna nya och aktuella produkter inom ramen för Prevents verksamhet, samt kontakter och utbildningar Prevent genomför med privata företag. Gällande AFA Försäkring redogörs särskilt för de utlysta forskningsprogram som har bäring på förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete som avslutats under 2017 och 2018 samt pågående och kommande forskningsprogram, i tillägg till de öppna utlysningar där anslag beviljats forskningsansökningar.

Landstingskommunala sektorns avsiktsförklaring och den privata sektorns avsiktsförklaring innehåller också förslag till regeringen om förändringar som bedöms viktiga för att stärka det förebyggande och stödet för återgång. Parternas förslag till regeringen är till största del överlappande och beskrivs här tillsammans.

Landstingskommunala och privata sektorers förslag till regeringen i avsiktsförklaringarna

Rehabiliteringskedjan föreslås stärkas genom förstärkt samverkan mellan aktörerna och tydliggörande av roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Bland annat behöver Försäkringskassans samordnande roll stärkas och hälso- och sjukvårdens tidiga samverkan med arbetsgivare och arbetstagare säkerställas.

Företagshälsovården föreslås utvecklas genom ett samlat grepp kring kompetensförsörjning, en myndighet som får ansvar för samordning och utvärdering av företagshälsovården, utvecklad samordning av företagshälsovård inom regeringskansliet, långsiktig kunskapsutveckling om företagshälsovården samt ökade incitament för arbetsgivare att använda sig av företagshälsovården i förebyggande arbete.

Arbetsmiljöverket föreslås få i uppdrag att systematiskt återföra kunskap från inspektionsinsatser till arbetsmarknadens parter. Och Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket föreslås få i gemensamt uppdrag att ta fram nedbruten statistik om sjukfrånvaron så att stöd kan riktas mer ändamålsenligt.

Parternas skriftliga svar på utredningens frågor

Med syfte att bättre förstå hur avsiktsförklaringarna omsatts i praktiken och bidragit till en faktisk utveckling på arbetsplatserna har utredningen ställt ett antal frågor till parterna. Landstingskommunala sektorn och statlig sektor har svarat på utredningens frågor skriftligt. Privat sektor har svarat genom en presentation av sina pågående insatser. Svaren i sin helhet finns i bilaga 4–6. Frågorna som ställdes var:

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering?
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

Nedan sammanfattas parternas skriftliga och muntliga svar.

Implementering av insatser

Insatserna inom ramen för avsiktsförklaringarna handlar till stora delar om att ta fram och utveckla kunskap och verktyg/stöd att användas av såväl arbetstagarrepresentanter som arbetsgivare. Implementeringen handlar om att sprida kunskap och skapa kännedom om det stöd som tas fram.

Inom statlig sektor har utbildningar tagits fram i samverkan med lokala företrädare för olika myndigheter, vilket ska garantera att den kunskap som erbjuds är relevant för mottagarna. För utformningen av utbildningarna har forskare och experter anlåtats. Under 2016 och

2018 har cirka 2 000 arbetsgivar- och arbetstagarföreträdare genomgått utbildningar. Utbildningarna erbjuds också som e-utbildningar. Vid tiden då översynen genomfördes erbjöds genom programmet *Hållbart arbetsliv* åtta olika tjänster varav den mest efterfrågande är ett seminarium om att fånga tidiga tecken på ohälsa.

Landstingskommunala sektorn redogör för hur arbete med implementering bedrivs genom Suntarbetsliv, inom ramen för parternas samverkanssystem och inom *Projekt förebygg ohälsa*. Även inom Suntarbetsliv så deltar parterna i framtagandet av det Suntarbetslivska leverera för att säkra relevansen i utbudet. De digitala verktygen innehåller processledarstöd samt metoder för implementering. Den landstingskommunala sektorns nya samverkansavtal ska bland annat bidra till att medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro tas tillvara. Spridningen av det nya avtalet har skett genom bland annat konferenser och Arbetsmiljörådet har inrättat ett stödteam för att stärka kommuners och regioners arbete kring samverkansprocessen. För att skapa ytterligare kunskap om verktyg och stödfunktioner så har projektet förebygg ohälsa tillsatts som bland annat ska inspirera kommuner och regioner att ta fram egna strategier/avsiktsförklaringar för minskad sjukfrånvaro.

Inom privata sektorn arbetar man för att vidareutveckla implementeringen av slutsatser från forskningsprojekt finansierade via AFA Försäkring genom Prevent och de partsgemensamma arbetsmiljöråden. Innan slutrapportering av forskningsprojekt hos AFA försäkring är Prevent delaktiga och Prevents verksamhetsplanering tar hänsyn till pågående projekt hos AFA försäkring. Ett seminarium har hållits hos AFA försäkring där berörda aktörer har deltagit för att diskutera hur resultat bättre kan implementeras. I projektansökan till AFA försäkring om forskning ställs nu högre krav på beskrivning av hur resultat ska spridas för att kunna få praktisk nytta.

Vid mötena med sektorerna framhåller parterna att styrkan med det partsgemensamma arbetet är att de insatser och åtgärder som tas fram på central nivå har goda förutsättningar att spridas i parternas kanaler och förankras ute på arbetsplatserna. Det handlar om att det är just parterna, med respektive parts perspektiv, som gemensamt förhandlat fram innehållet, men också om att de gemensamma budskapen kan föras ut, partsgemensamt eller partseget, i respektive parts etablerade kommunikationskanaler.

Process - och effektutvärdering

Parterna inom den statliga sektorn uppger att man följer upp den upplevda kvaliteten av utbildningar och seminarier och att sammanfattande utvärderingar har genomförts. Parterna är tydliga med att utvärderingarna handlar om att utvärdera de produkter som tas fram i Partsrådet och inte de effekter som erbjudna utbildningar och seminarier kan ge hos arbetsgivarna. Vid utredningens möten med respektive sektor förtydligades parternas utgångspunkt att det är arbetsgivarens ansvar att se till att kunskap omsätts på arbetsplatsen och därmed leder till mätbara effekter på sjukfrånvarons utveckling. Då det gäller programmet *Hållbart arbetsliv* genomförs en programutvärdering under programperioden som syftar till att fånga kvalitativa och kvantitativa faktorer som kan synliggöra hur programmet bidrar till bland annat friska arbetsplatser.

Även i den landstingskommunala sektorn framgår att det är insatserna som sådana som följs upp, inte de effekter insatserna kan ge på friskare arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. Enligt parternas svar till utredningen visar Suntarbetslivs uppföljningar av sin verksamhet att de verktyg och tjänster som de tillhandahåller används i hög utsträckning.

Förväntade effekter

Av statliga sektorns svar så framgår att efterfrågan på seminarier och utbildningar har varit högre än förutsett vilket gör att de bedömer att kunskapen fått stor spridning inom sektorn. Man anger även att den förväntade kunskapshöjningen ger de lokala parterna bättre förutsättningar att ta emot de tjänster som utvecklas inom *Hållbart arbetsliv*. Då det gäller de tjänster som utvecklats och utvecklas inom *Hållbart arbetsliv* så poängteras i svaret att det är mottagarkapaciteten hos myndigheterna som avgör om programmet får effekt och med anledning av att tjänsterna börjat levereras i oktober 2018 är det för tidigt att uttala sig om effekter.

Landstingskommunala sektorn svarar att avsiktsförklaringen syftar till att skapa en struktur för ett långsiktigt och hållbart arbetsmiljöarbete och bra arbetsförhållanden som i sin tur ska leda till minskad sjukfrånvaro och goda förutsättningar för kompetensförsörjning. Implementering av verktyg och nya arbetsätt tar tid och de centrala

parterna ser att de kommuner och landsting som väljer att inleda ett strategiskt arbete för minskad sjukfrånvaro har en lång väg att gå innan de kan se önskade effekter. De centrala parterna kan stödja arbetet genom samordnad kommunikation till respektive medlemmar, gemensamma verktyg och funktioner samt lärande exempel.

Parternas förutsättningar att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro

Den statliga sektorn menar att friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro skapas i respektive verksamhet och att utvecklingsarbete måste vara förankrat på respektive arbetsplats. De centrala parterna kan bidra till lokal verksamhetsutveckling genom att stödja det lokala partsgemensamma arbetet. Exempel på detta är att beställning av det stöd som erbjuds inom *Hållbart arbetsliv* ska föregås av partsgemensam dialog och att lokala parter tar del av tjänsterna tillsammans.

Landstingskommunala sektorn nämner parternas förutsättningar att genomföra och förvalta överenskommelser över tid. Partsgemensamma överenskommelser har hög legitimitet och kan kommuniceras brett. Att parterna inom sektorn har lång erfarenhet av att tillsammans arbeta kring arbetsmiljöarbete bidrar enligt landstingskommunala sektorn till en struktur för ett långsiktigt och metodiskt arbete.

Sektorsspecifika utmaningar

Parterna i den statliga sektorn lyfter fram ett antal utmaningar, exempelvis att det inom de olika myndigheterna finns stor variation mellan uppdragen och arbetsuppgifterna, skillnader i storlek och i geografisk placering, vilket i sin tur ställer höga krav på flexibilitet i de insatser och tjänster som parterna erbjuder. Andra viktiga arbetsmiljöutmaningar är en direkt följd av regeringens styrning av verksamheterna som får direkta konsekvenser på arbetsmiljön, exempelvis när myndigheterna får nya uppdrag, ökade krav på återrapportering och när myndigheter omlokaliseras. Här nämns också ett längre arbetsliv med snabbare teknikutveckling som ställer krav på

arbetstagare. Hot och våld mot tjänstemän är också en utmaning som sektorn identifierar.

Parterna i den landstingskommunala sektorn ser de relativt sett högre sjuktalen bland sektorns yrkesgrupper inom kontaktyrken som en utmaning. Man vill bidra till att åstadkomma en balans mellan verksamhetens krav och de resurser chefer och medarbetare har för att möta kraven. Sveriges kommuner och regioner påtalar också att en allt större andel äldre i samhället ökar kraven på välfärden och kommuner och regioner behöver mellan 2016 och 2026 behöver rekrytera uppskattningsvis en halv miljon nya medarbetare. Verksamheterna i sektorn är sårbara även vid kort sjukfrånvaro eftersom kontaktyrken har behov av vikarier även vid kort frånvaro. Här ser man att verksamheterna måste ställa om för att möta kompetensutmaningen och i denna omställning är arbetsmiljöarbete viktigt. Parterna i den privata sektorn framhåller att det är viktigt med branschspecifikt stöd, och att sådant stöd utvecklas och sprids genom Prevent.

Parterna lyfter vid mötena olika förutsättningar som kan påverka arbetsmiljön och därmed på utvecklingen av sjukfrånvaron. Exempel på sådana förutsättningar kan handla om kompetensförsörjning, ekonomiska resurser och organisatoriska förändringar som till exempel när verksamhet läggs ned eller flyttas. En annan utmaning för sektorerna är ett längre arbetsliv som ställer nya krav på både arbetstagare och arbetsgivare samt utmaningar kring kompetensförsörjning.

Drivkrafter för arbetsgivare att använda kunskap

Parterna i den statliga sektorn menar att kunskapsutveckling och att kunskap omsätts är viktigt för att människor ska komma tillbaka till arbete. Här menar man att arbetsgivarna redan i dag har ett stort ansvar för arbetstagarens arbetslivsinriktade rehabilitering och för arbetsmiljön och att detta arbete tar tid och resurser. Parterna bedömer att ytterligare ansvar i form av ekonomiska krav skulle motverka snarare än bidra till minskade sjuktal. Här lyfter man också fram att det är viktigt att aktörerna som ansvarar för rehabilitering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte har motstridiga mål som kan motverka de övriga aktörernas insatser.

Parterna inom landstingskommunala sektorn menar att det finns ett gemensamt intresse för evidensbaserad kunskap och evidensba-

serade verktyg för arbetsmiljöarbetet inom kommuner och landsting. De lyfter också fram att parterna har långsiktiga strategier för att säkerställa kunskapsutveckling, forskning, implementering och användning.

Hur skapas uthållighet i arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?

Parterna inom den statliga sektorn lyfter fram kompetensförsörjningsbehovet som ett skäl till långsiktigt arbete. De poängterar också att variation i sjukskrivningar över tid bara delvis kan förklaras av frågor som har koppling till arbetsplatsen, och att frågan om hållbara arbetsplatser inte bara kan handla om hälsa.

Parterna inom landstingskommunala sektorn lyfter här fram den långsiktighet i arbetet som beskrivits i deras svar på tidigare frågor som en garant för uthållighet i arbetet. Vid mötena med sektorerna framkommer också att de insatser som beslutats inom ramen för avsiktsförklaringarna inte tagits fram specifikt för avsiktsförklaringarna utan att denna typ arbete bedrivits sedan lång tid tillbaka. Snarare har insatser samlats och utvecklats i den struktur som avsiktsförklaringen utgör. Framtagandet av avsiktsförklaringarna har också gett det partsgemensamma arbetet för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro extra aktualitet och fokus. Parterna är tydliga med att arbete för att skapa friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro också omfattar arbetsmiljöarbete i allmänhet och därmed sådant som ligger utanför det arbete som primärt handlar om att förebygga sjukfrånvaro.

Utredningens slutsatser

De insatser som beskrivs inom ramen för avsiktsförklaringarna omfattar huvudsakligen utbildning och olika former av stöd och verktyg riktade till chefer, HR och skyddsombud. Utredningens bedömning är att avsiktsförklaringarna omfattar flera viktiga områden som kan stödja en positiv utveckling och ett tillgängliggörande av kunskap om hur friska arbetsplatser skapas och sjukfrånvaro kan minskas. Genom att innehållet i avsiktsförklaringarna sprids genom både arbetsgivarnas och arbetstagarernas nätverk finns möjlighet till god

förankring och långsiktig påverkan på förhållningssätt och attityder på arbetsplatser. Utöver nämnda insatser beskriver parterna att avsiktsförklaringarna lett till ett närmare samarbete mellan parterna med fokus på arbetsmiljöfrågor. Flera av aktiviteterna i avsiktsförklaringarna är ett långsiktigt arbete och utvecklas samtidigt med utredningens dialoger med parterna.

Med stöd av parternas beskrivningar är utredningens bedömning att flera av insatserna sannolikt hade genomförts även utan avsiktsförklaringarna. Att det förhåller sig så speglar att avsiktsförklaringarna inte tillkom i ett vakuum utan att det redan tidigare pågått ett partsgemensamt arbetsmiljöarbete. Det gör det också svårt att bedöma i vilken utsträckning avsiktsförklaringarna i sig bidragit till en förstärkning av parternas insatser för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete.

Utredningen konstaterar att det inte går att dra slutsatser om i vilken utsträckning avsiktsförklaringarna bidragit till friskare arbetsplatser eller lägre sjukfrånvaro eftersom utvärderingar om sådana effekter saknas. Avsaknad av utvärdering beror dels på att insatser som planeras att utvärderas ännu inte implementerats fullt ut dels på att parterna inte ser det som sin roll eller som sitt ansvar att utvärdera effekter av insatserna.

Vår bedömning är att utvärdering och kunskap om effekter skulle gynna dialogen mellan parterna och regeringen i fråga om avsiktsförklaringarnas bidrag till bättre arbetsmiljö och lägre sjukfrånvaro. Vi rekommenderar därför att parterna och regeringen kommer överens om hur och av vem effekter av avsiktsförklaringarna ska utvärderas. De utvärderingar som både landstingskommunala och statliga sektorn planerar för bör så snart möjligt tas upp i parternas och regeringens dialog i *Samling för friskare arbetsplatser*. Kunskap om hur avsiktsförklaringarna bidrar till friskare arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro kan då ingå i kommande års samlingar.

6.2.2 Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Arbetsmarknadens parter har uttryckt förväntningar på regeringen att på olika sätt bidra till en utveckling av företagshälsovården och stärkt kunskapsförvaltning inom arbetsmiljöområdet.²⁵ Regeringen har genom inrättandet av Myndigheten för arbetsmiljökunskap hör-sammat en del av parternas förväntningar. Av instruktionen för Myndigheten för arbetsmiljökunskap framgår att:

Myndigheten för arbetsmiljökunskap är nationellt kunskapscentrum för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten har till uppgift att ansvara för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning samt utvärdering och analys i syfte att bidra till att kunskap om arbetsmiljö kommer till användning i praktiken.²⁶

Myndigheten ska också följa och främja företagshälsovårdens utveckling. Myndigheten för arbetsmiljökunskap startade sin verksamhet den 1 juni 2018 och har under 2019 slutredovisat två rapporter på regeringsuppdrag; *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning* och *Företagshälsovårdens riktlinjer för evidensbaserad praktik*. Under våren 2020 pågår uppdrag inom områdena:

- friskfaktorer som kan mätas över tid,
- framtidens arbetsmiljö i Sverige,
- friska och välmående arbetsplatser.

Myndigheten har också i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen och andra berörda aktörer utreda och lämna förslag på hur utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården ska lösas²⁷

Under 2019 arrangerade myndigheten fyra seminarier om psykisk ohälsa och hälsoundersökningar. Vid seminarierna presenterades

²⁵ Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.

www.regeringen.se/496384/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-svenskt-naringsliv-lo-och-ptk.pdf. Hämtad 2020-03-20. Och Avsiktsforklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.

www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-kommuner-och-landsting.pdf. Hämtad 2020-03-20.

²⁶ Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

²⁷ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Område 3.

bland annat *Riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen*.²⁸ Riktlinjerna togs fram av Företagshälsans riktlinjegrupp vid Karolinska Institutet samt branschföreningen Sveriges Företagshälsor redan 2015 och förvaltas nu av Myndigheten för arbetsmiljökunskap. I dialog med myndigheten framkom att deltagarna vid de fyra seminarierna som genomfördes på olika platser i landet, inte hade kännedom och kunskap om riktlinjerna. Det ger en indikation om att myndigheten har en viktig roll att fylla som kunskapspridare inom arbetsmiljöområdet.

Myndigheten har haft problem med sin interna arbetsmiljö. Det har bland annat föranlett att branschorganisationen Sveriges företagshälsor uttryckt sig sakna förtroende för myndighetens möjligheter att utföra sitt uppdrag.²⁹ Under hösten 2019 har en extern part genomfört en utredning av arbetsmiljön som slutrapporterades 2019.³⁰ I utredningen dras följande slutsats:

Den stora slutsatsen är nog ändå att arbetsmiljön i nuläget är bättre än vad den har varit men att det blir viktigt att oavsett fokusera på att utvecklas till ett team och klargöra mål, processer och roller.³¹

Myndigheten har vidtagit ett antal åtgärder, bland annat har myndigheten i samverkan med skyddsombud och arbetstagarorganisationer identifierat åtgärder och sammanställt dessa i en handlingsplan för arbetsmiljöarbetet.³² Regeringen har agerat på den information som kommit in, bland annat genom möten med myndighetschefen.

²⁸ Myndigheten för arbetsmiljökunskap. *Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen*.

www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-27.

²⁹ Arbetsmiljömyndighet tappar i förtroende.

www.foretagshalsor.se/nyhet/arbetsmiljomyndighet-tappar-i-fortroende. Hämtad den 2020-03-20. Och www.dn.se/nyheter/foretagshalsovard-saknar-fortroende-for-arbetsmiljomyndigheten/. Hämtad den 2020-03-20.

³⁰ Slutrapport – Kartläggning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

www.mynak.se/slutrapport-kartlaggning-av-den-organisatoriska-och-sociala-arbetsmiljon/. Hämtad den 2020-03-20.

³¹ Slutrapport – Kartläggning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom Mynak. Sonder. Översänd till utredningen från Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2020-02-11.

³² Arbetet med den interna arbetsmiljön. www.mynak.se/arbete-med-den-interna-arbetsmiljon/. Hämtad 2020-03-20.

Utredningens slutsatser

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har en viktig roll att fylla som kunskapsorganisation inom området arbetsmiljö och företagshälsovård. Efterfrågan på myndigheten uppfattas ha varit stor. Det är viktigt att myndigheten och regeringen fortsätter sitt påbörjade arbete att upprätta myndighetens förtroende och säkerställa dess förmåga att utföra sitt uppdrag.

6.2.3 Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets gemensamma arbete för att främja arbetsgivarnas ansvarstagande

Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket har sedan 2007 en nationell överenskommelse för samverkan kring rehabiliteringsområdet. Utifrån överenskommelsen tar myndigheterna årligen fram en gemensam handlingsplan. 2017 tog myndigheterna fram en ny överenskommelse som avser samverkan under åren 2017–2020.³³ Syftet med överenskommelsen är att främja arbetsgivarnas ansvarstagande för arbetsmiljön, att förebygga ohälsa och arbeta effektivt med arbetsanpassning och rehabilitering. Som bilaga till överenskommelsen ligger en förteckning över kontaktpersoner hos de respektive myndigheterna samt en förteckning över myndigheternas samverkansforum på nationell och regional nivå. Myndigheterna har också enats om att arbeta gemensamt med arbetsgivare som har hög sjukfrånvaro och eller som brister i sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Det innebär att information och statistik utbyts mellan myndigheterna på nationell, regional och lokal nivå. På så sätt kan Försäkringskassans information om sjukskrivningsmönster bidra till att Arbetsmiljöverkets inspektioner görs på de mest riskfyllda arbetsplatserna.

År 2016 gavs Arbetsmiljöverket i uppdrag av regeringen att genomföra tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen. Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan har beslutat att samverka i detta uppdrag, vilket framgår av myndigheternas årliga plan för aktiv samverkan.³⁴ Tillsynsuppdraget pågår mellan 2016 och 2019. I rappor-

³³ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

³⁴ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Aktiv samverkan 2018*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

ten *Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* anger Arbetsmiljöverket att

Vår samverkan med Försäkringskassan har bidragit till att vi har fått värdefull information om arbetsgivare, och deras sjukskrivningstal, inför vårt urval av tillsyn hos äldreomsorgsansordnare. Genom Försäkringskassans medverkan i inspektionerna på huvudmannanivå tillförs Försäkringskassans kompetens om arbetsanpassning och rehabilitering, viktiga verktyg för en bra arbetsmiljö.³⁵

Ett av överenskommelsens områden rör tillsyn av arbetsgivare. Försäkringskassan har tillsynsansvar över arbetsgivarens insatser enligt socialförsäkringsbalken, men saknar sanktionsmöjligheter (se beskrivning i avsnitt 2.4.1) I de fall där Försäkringskassan identifierar arbetsgivare som brister i sitt ansvar enligt Socialförsäkringsbalken kan Försäkringskassan vidarebefordra information om detta till Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverket har tillsynsansvar över arbetsmiljölagstiftningen och gör i sin tur en bedömning om arbetsgivarens agerande kan betraktas vara i strid med arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljölagen. Om så är fallet kan Arbetsmiljöverket inspektera och i enlighet med sitt regelverk använda de tvingande styrmedel de har att förfoga över. Som en bilaga till överenskommelsen ligger därför också en rutin som anger hur Försäkringskassan anmäler till Arbetsmiljöverket om arbetsgivare brister i sitt ansvar vad gäller arbetsanpassning och rehabilitering.³⁶ Som stöd för handläggarna på Försäkringskassan att uppmärksamma om arbetsgivare brister i sitt ansvar finns en checklista som Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket gemensamt tagit fram.³⁷ Försäkringskassans handläggare ska enligt checklistan uppmärksamma om:

- Arbetsgivare saknar rutiner/policys, det är inte klart vem som ansvarar eller vem som ska vara stöd för att underlätta återgång i arbete för arbetstagaren.
- Arbetsgivare har ingen eller endast sporadisk kontakt med arbetstagaren.

³⁵ Arbetsmiljöverket (2019). *Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* A 2016/00159/ARM, 2019-02-22, s. 2.

³⁶ Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017). *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

³⁷ Försäkringskassan (2018). Checklista – arbetsanpassning och rehabilitering, 2018-11-11.

- Arbetsgivare bidrar inte till att se över och möjliggöra arbetsanpassning. Arbetsanpassning innebär åtgärder i arbetsmiljön som kan underlätta arbetstagarens återgång i arbete. Åtgärderna ska dokumenteras i plan för återgång i arbete. Exempel på åtgärder; anpassning av arbetsplatsen (ergonomiskt), anpassning av arbetstiden, anpassning av arbetsuppgifter, arbetshjälpmedel, successiv upptrappning av arbetstiden via deltidssjukskrivning, kontakt med företagshälsovård, kontakt med rehab-koordinator, samtalsstöd inför återgång i arbete, utbildning/introduktion etcetera.
- Arbetsgivare samarbetar inte med vården/rehab-koordinator eller andra aktörer.
- Arbetsgivare samarbetar inte med Försäkringskassan – exempelvis svarar inte på mail, telefonsamtal, förfrågningar, kommer inte på avstämningsmöten, återkopplar inte och bidrar inte aktivt i möten.
- Arbetsgivare saknar kunskap, närmaste chef har inte förutsättningar att ta sitt ansvar och saknar stöd.
- Arbetsgivare saknar rutiner för att arbeta förebyggande (systematiska arbetsmiljöarbetet). Närmaste chef har inte möjlighet/förutsättningar att fånga tidiga signaler.
- Det finns hög sjukfrånvaro hos arbetsgivaren.
- Om plan för återgång i arbete inklusive åtgärder inte genomförs eller genomförs med undermålig kvalitet så lämnas impuls till lokalt samverkansansvarig.

Hur utvecklas myndigheternas gemensamma arbete?

Försäkringskassans anmälningar till Arbetsmiljöverket om arbetsgivare som brister i sitt ansvar enligt socialförsäkringsbalken är mycket få. I dialog med Försäkringskassan anges att myndigheten under 2018 gjorde tre anmälningar till Arbetsmiljöverket. Med anledning av det uppseendeväckande låga antalet anmälningar finns det skäl att tro att Försäkringskassan ytterligare behöver utveckla arbetet med att identifiera arbetsgivare som brister i sitt arbetsmiljöansvar och hur myndigheten ska agera i relation till arbetsgivare

som brister i sitt ansvar. Av vår dialog med Försäkringskassan framgår att man innan man anmäler en arbetsgivare till Arbetsmiljöverket, på olika sätt försöker arbeta för att arbetsgivaren ska förstå och ta sitt ansvar. Av dialogen med Försäkringskassan framgår vidare att samarbetet mellan myndigheterna har ökat. Samarbetet handlar om att de båda myndigheterna arbetar förebyggande tillsammans som beskrivs för äldreomsorgen ovan. Det är dock inte möjligt att få fram uppgifter om i hur hög utsträckning myndigheterna samverkar och om samverkan de facto har ökat under de senaste åren. I dialogen med Försäkringskassan framgår också att det är svårt för Försäkringskassan att ta fram statistik som är relevant för Arbetsmiljöverket. Försäkringskassan menar att det intensifierade samarbetet med Arbetsmiljöverket på olika nivåer leder till att kunskapen om vilka arbetsgivare som behöver utveckla sitt arbete med rehabilitering och arbetsanpassning ökar och att informations- och återkopplingsinsatser kan riktas till dessa arbetsgivare. I dialogen med Försäkringskassan framkommer att Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket tillsammans träffat 200 arbetsgivare, offentliga och privata vårdgivare inom äldreomsorgen inom ramen för Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan inom äldreomsorgen.

Utredningens slutsatser

Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan är uppskattad av arbetsgivare vilket visar på betydelsen av att myndigheterna gemensamt träffar arbetsgivare. Mot bakgrund av Försäkringskassans låga antal anmälningar till Arbetsmiljöverket finns det anledning för Försäkringskassan att fortsätta utveckla metoder för att uppfylla sitt tillsynsansvar.

6.2.4 Ny lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter kan leda till att fler individer får stöd att återgå i arbete

Den 1 februari 2020 trädde lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter i kraft.³⁸ Enligt den nya lagen ska regionerna erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Enligt lagen ska också regionen informera Försäkringskassan om en patient som ges koordineringsinsatser antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Att ha en koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är inte en ny företeelse. I de överenskommelser som staten och SKR sedan 2006 tecknat för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården, har det sedan 2013 funnits ett villkor i överenskommelsen som handlar om utvecklingen av förutsättningar för tidig samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och koordinerande funktioner i hälso- och sjukvården.³⁹ Syftet med den koordinerande funktionen har enligt överenskommelserna varit att patienter med behov ska få ett individuellt stöd och samordna insatser för individen internt inom hälso- och sjukvården och efter samtycke från individen samverka med externa aktörer som exempelvis arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen⁴⁰. I Ds 2018:5 redogörs för utvecklingen av funktionen inom regionerna. Här framgår att alla regioner hade en funktion för koordinering redan innan lagen trädde i kraft och att funktionen huvudsakligen finns inom primärvården men också inom specialistvård. Det framgick även att omfattning och utformning av de så kallade rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag skiljer sig något mellan regionerna.

Utredningen identifierar två områden i den nya lagstiftningen som är särskilt relevant för utredningen uppdrag; regionernas möjlighet att genom koordineringsfunktionen kontakta Försäkringskassan vid

³⁸ Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

³⁹ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015). *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*. s. 9.

⁴⁰ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*, s. 8.

identifierat behov av rehabiliteringsåtgärder samt koordineringsfunktionens kontakt med arbetsgivare. De två områdena beskrivs under respektive rubrik nedan.

Koordineringsfunktionens möjlighet att kontakta Försäkringskassan

SKR och Försäkringskassan ska inom ramen för överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020, utarbeta ett tekniskt lösningsförslag för elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan avseende informationsöverföring enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.⁴¹ Utredningen bedömer att det är positivt att regionerna genom koordineringsfunktionen ska meddela Försäkringskassan om en patient som ges koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsinsatser enligt 30 kap. SFB. Detta kan leda till att fler individer än i dag kommer att få ta del av stödjande insatser för att kunna återgå i arbete. Det gäller både de individer som har en anställning och de som inte har det. I utredningens dialog med framför allt hälso- och sjukvården påtalas att förväntningarna på koordineringsfunktionen är stora och att framtiden får utvisa i vilken utsträckning funktionen i praktiken kan fylla det stora behov av dialog med hälso- och sjukvården som uppfattas finnas hos flera aktörer.

Koordineringsfunktionens kontakt med arbetsgivare

Dialog mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård har visat sig betydelsefullt för individens möjligheter att återgå i arbete, se avsnitt 6.1.1 för fördjupning. Rehabiliteringskoordinators möjlighet att föra dialog med arbetsgivare bedömer vi därmed vara en viktig utveckling av stödet till den sjukskrivna.

Utredningen anser dock att utökade möjligheter till dialog kan riskera att leda till otydlighet i förväntningar på hälso- och sjuk-

⁴¹ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 12.

vårdens ansvar att bidra med kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete⁴². I budgetpropositionen för 2020 skriver regeringen att det inte finns någon avsikt att lagen om koordinering ska inverka på arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering.⁴³ Frågan om (o)tydlighet i ansvarsfördelning för arbetsanpassning och arbetsplatsinriktad rehabilitering utvecklas i avsnitt 6.3.2.

Utredningens slutsatser

Utredningen ser positivt på den nya lagstiftningen och anser att koordineringsfunktionen kan bidra till att identifiera individer med behov av samordnad rehabilitering samt stärka möjligheterna till dialog mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer. Vi identifierar också risker att rollen kan leda till otydlighet i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare och fördjupar dessa resonemang i avsnitt 6.3.2.

6.2.5 Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet

Syftet med regleringen av plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet är att stärka arbetstagarens möjligheter till rehabilitering.⁴⁴ I promemorian som utarbetades inom Socialdepartementet skrev arbetsgruppen:

Utifrån en sammanvägd bedömning av ovanstående bedömer arbetsgruppen att den mest effektiva lösningen är en lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren för att planera insatser som underlättar återgång i arbete kombinerad med utvidgat statligt stöd för att stimulera och underlätta arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser.⁴⁵

Slutsatsen var alltså att det krävdes en kombination av skyldigheter och rättigheter för att maximera utfallet.

I augusti 2019 gav regeringen i uppdrag åt Inspektionen för socialförsäkringen att följa upp och utvärdera reformen om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. Inspektionen för socialförsäk-

⁴² Sveriges Företagshälsor och Sveriges Företagsläkares förening för ett liknande resonemang i sitt remissvar som redovisas i budgetpropositionen 2020 utgiftsområde 10 s. 51.

⁴³ Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10 s. 51.

⁴⁴ Ds 2017:9.

⁴⁵ Ds 2017:9, s. 61.

ringen ska följa upp hur reformen efterlevs av arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket. Inspektionen för socialförsäkringen ska också utvärdera om reformen stärker individens möjligheter till rehabilitering och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, och på så sätt ökar förutsättningarna för att individen kan återgå i arbete tidigare. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2021.⁴⁶ Nedan redogör vi för regleringen och våra iakttagelser avseende hur utfallet gällande plan för återgång i arbete blivit hitintills och vi redogör för det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet och hur Försäkringskassan ser på arbetsgivares användande av stödet.

Sedan den 1 juli 2018 är arbetsgivare skyldiga att senast dag 30 i sjukperioden ta fram en plan för återgång i arbete, om möjligt tillsammans med den anställde som är sjukskriven, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar.⁴⁷ Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa upp för dem som är berörda. Av Socialdepartementets promemoria framgår att det kan vara aktuellt att i planen ta ställning till följande frågor:

- 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 andra arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser som företagshälsovården eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster kan tillhandahålla,
- hur kontakten med arbetsplatsen ska se ut under pågående sjukskrivning,

⁴⁶ Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299/SF.

⁴⁷ 30 kap. 6 § SFB.

- vid vilka tider som insatser ska göras och hur arbetsgivare och arbetstagare ska följa upp planen.⁴⁸

Försäkringskassan har tillsynsansvar. I budgetpropositionen för 2018 framgår att regeringen anser att om arbetsgivarens planer för återgång i arbete är undermåliga eller om planerna inklusive åtgärder inte genomförs, så bör detta anmälas till Arbetsmiljöverket av Försäkringskassan. Regeringen bedömer dock inte att enstaka undermåliga planer bör anmälas, utan anmälan ska ske om det finns systematiska brister i planernas kvalitet eller brister i genomförandet av åtgärderna. Regeringen skriver att Försäkringskassan i ökad omfattning bör följa upp arbetsgivarens planer och åtgärder och att detta ansvar kan rymmas inom det tillsynsansvar som Försäkringskassan har enligt gällande lagstiftning.⁴⁹ Försäkringskassan kan dock inte enligt gällande lagstiftning begära in arbetsgivares planer för återgång i arbete enbart i syfte att utöva tillsyn, utan planerna kan begäras in när Försäkringskassan bedömer att arbetsgivarens plan för återgång i arbete behövs för den fortsatta handlägningsprocessen (110 kap. 31 § SFB). I budgetpropositionen för 2018 står att Försäkringskassan bör anmäla till Arbetsmiljöverket om en arbetsgivare upprepat inte tar fram planer och åtgärder eller om planerna systematiskt håller låg kvalitet.⁵⁰ Utredningen bedömer det dock vara en utmaning för Försäkringskassan att praktiskt få överblick över huruvida det finns systematiska brister i enstaka arbetsgivares arbete med plan för återgång, eftersom det är olika handläggare som handlägger sjukfall från samma arbetsgivare. För att få en överblick över en arbetsgivares arbete med planer skulle därför någon form av kvalitetsregister över planer behöva upprättas.

I Försäkringskassans interna vägledning anges att plan för återgång i arbete ska inhämtas från arbetsgivaren när Försäkringskassan behöver veta vilka förutsättningar som finns för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. När planen inhämtats är tanken att handläggaren vid Försäkringskassan ska ta ställning till om planen och de åtgärder som den innehåller är av god kvalitet och om den kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen.⁵¹

⁴⁸ Ds 2017:9 s. 66.

⁴⁹ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde10, s. 70.

⁵⁰ Prop. 2017/18:1 utgiftsområde10, s. 71.

⁵¹ Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 287.

Främst är dock arbetsgivarens plan för återgång i arbete ett internt dokument som är till för planering av återgång i arbete och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen som arbetsgivaren ansvarar för. De åtgärder som planen innehåller behöver därmed inte begränsas till åtgärder som kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen. Mer konkret så kan alltså en individ exempelvis få möjlighet till insatser från arbetsgivaren i rehabiliteringssyfte även sedan rätt till sjukpenning upphört i syfte att åstadkomma en hållbar återgång till arbete.

Utredningens studie av plan för återgång i arbete

I syfte att undersöka det materiella innehållet i planer för återgång i arbete har 40 individärenden där plan för återgång i arbete finns bilagd granskats. Ärendena har identifierats av Försäkringskassan för utredningens räkning. I studien av ärendena har noterats:

- vilka kontakter som förekommit i ärendet,
- huruvida Försäkringskassan efterfrågat plan för återgång i arbete (och i de fall den efterfrågats – av vilket skäl),
- om Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete använts,
- vilka åtgärder som plan för återgång i arbete omfattar,
- om informationen från plan för återgång i arbete använts i Försäkringskassans bedömningar,
- om arbetsgivaren framstår som aktiv för att få individen åter i arbete,
- om plan för återgång i arbete bidragit till en mer kvalitativ handläggning.

Nedan följer resultatet från granskningen. Akterna är få och slutsatser bör dras med försiktighet. I nedanstående text beskrivs ett antal konkreta exempel. Det är viktigt att notera att dessa exempel inte gör anspråk på att ge en beskrivning av hur plan för återgång i arbete fungerar generellt utan har till syfte att illustrera och konkretisera resonemangen.

Försäkringskassan har ofta kontakt med individen

I de ärenden som studerats var det vanligt att Försäkringskassan hade kontakt med så väl individen som individens arbetsgivare. Det var också vanligt att individen tog kontakt med Försäkringskassan. Minst vanligt förekommande var kontakter initierade av hälso- och sjukvården.

Tabell 6.1 Kontakter i ärenden

	Försäkringskassan tar kontakt med individen	Försäkringskassan tar kontakt med arbetsgivaren	Försäkringskassan tar kontakt med hälso- och sjukvården	Arbetsgivaren tar kontakt med Försäkringskassan	Individen tar kontakt med Försäkringskassan	Hälso- och sjukvården tar kontakt med Försäkringskassan
Antal	38	30	18	12	19	5
Andel	95,0 %	75,0 %	45,0 %	30,0 %	47,5 %	12,5 %

Plan för återgång i arbete efterfrågas som del i Försäkringskassans utredning

I 63 procent av ärendena (25 st) framgick det i journalen att Försäkringskassan hade efterfrågat plan för återgång i arbete. Försäkringskassan efterfrågar plan för återgång i arbete som ett led i sitt arbete med att utreda individens rätt till ersättning i samband med att bedömningsgrunderna för rätt till ersättning förändras. Plan för återgång efterfrågas vanligen i samband med dag 90 eller dag 180 i rehabiliteringskedjan. Syftet med åtgärden inför dag 90 är att utreda möjligheten till anpassade arbetsuppgifter och omplacering. Inför dag 180 efterfrågas plan för återgång i arbete i syfte att utreda möjligheten att tillämpa särskilda skäl. Det innebär att om arbetsgivaren har en tydlig planering för att individen ska kunna återgå i arbete innan dag 365, så kan det tala för att rätt till ersättning för individen kan bedömas i relation till individens egna arbetsuppgifter i stället för som annars mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.⁵² Bland ärendena finns också exempel på när Försäkrings-

⁵² I förarbetena anges att om det finns stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 kan bestämmelsen om särskilda skäl tillämpas. Det gäller även om den försäkrade partiellt trappar upp sin arbetstid, så länge han eller hon bedöms kunna vara åter i arbete i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 (prop. 2007/08:136, utgiftsområde 10, s. 68 f.).

kassan efterfrågar plan för återgång i arbete i syfte att hjälpa arbetsgivaren att ta sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar och för att utreda individens möjligheter till återgång i arbete. I ett ärende var arbetsgivaren ovetande om sitt lagstadgade ansvar att ta fram en plan för återgång i arbete. Handläggaren vid Försäkringskassan påminde då arbetsgivaren om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, informerar om lagstiftningen om plan för återgång i arbete och föreslår olika typer av anpassningar som arbetsgivaren skulle kunna genomföra för att underlätta individens återgång i arbete. I ett annat ärende som pågått längre än ett år och där individen hade mycket stora aktivitetsbegränsningar var prognosen för återgång i arbete oklar och handläggaren bad då arbetsgivaren att ta fram en plan för återgång i arbete i syfte att utreda möjligheter för återgång i arbete.

Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete används oftast

Även om det inte finns något formkrav för arbetsgivarens plan för återgång i arbete användes Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete i alla ärenden utom ett. I vissa av dessa ärenden framgick det att arbetsgivaren redan utformat en rehabiliteringsplan och att samma information fördes över i Försäkringskassans mall. I några andra ärenden skickade arbetsgivaren in så väl Försäkringskassans mall som sin egen redan utformade plan. Det var intressant att notera att de rehabiliteringsplaner som var utformade av arbetsgivaren hade ett större fokus på individens arbetsuppgifter, hur dessa arbetsuppgifter relaterade till individens begränsningar och hur arbetsuppgifter skulle kunna anpassas för snabbare återgång i arbete. I ett ärende skickades Försäkringskassans mall in innehållandes endast en hänvisning till en bifogad rehabiliteringsutredning. Rehabiliteringsutredningen innehöll information hur individens besvär påverkade arbetsförmågan, vilka anpassningar som redan var gjorda och vilka anpassningar som planerades. Rehabiliteringsutredningen var gjord av företagshälsovården och var av hög kvalitet och det var tydligt att arbetsgivaren försökte få individen tillbaka i arbete. I ett annat ärende skickar arbetsgivaren in väl ifylld plan för återgång i arbete men bifogar även kompletterande rehabiliteringsutredning. I den bifogade utredningen finns information om vilka arbetsuppgifter individen kan utföra trots sina besvär, vilka förslag individen har på

anpassningar av arbetsuppgifter och information om på vilket sätt nuvarande arbetsuppgifter kan förändras i syfte att individen kan vara kvar i arbete helt eller delvis. Även i detta fall framgår det av den information som finns från arbetsgivaren att denne vill ha individen åter i arbete.

Tabell 6.2 Åtgärder som finns i plan för återgång i arbete

	Antal planer där åtgärden fanns	Andel av planer där åtgärden fanns
Arbetsplatsbesök	17	45 %
Handledning	11	29 %
Resor till och från arbetet	1	3 %
Successiv upptrappning	31	82 %
Anpassning av arbetsplatsen	9	24 %
Anpassning av arbetstiden	20	53 %
Anpassning av arbetsuppgifter	21	55 %
Arbets hjälpmedel	6	16 %
Annat arbete	4	11 %
Utbildning eller upplärning	4	11 %

Den vanligaste åtgärden för återgång i arbete var successiv upptrappning av arbetstiden. Det var även vanligt att vården förespråkade denna åtgärd i läkarintyget. Det var också vanligt att arbetsgivaren anpassade arbetstiderna eller arbetsuppgifterna. Arbetsuppgifterna anpassades ofta genom att en lägre produktivitet tilläts eller att mindre ansvar utkrävdes av individen.

Arbetsgivaren är aktiv för att få tillbaka individen i arbete

I 80 procent av ärendena (30 st) bedömdes arbetsgivaren vara aktiv för att få individen åter i arbete. En arbetsgivare bedömdes som aktiv om det tydligt framgick av information i akten att arbetsgivaren genomförde anpassningar för att få individen åter i arbete och om arbetsgivaren hade en aktiv dialog med individen. Eftersom bedömningen är gjord utifrån information i Försäkringskassans akt om individen är det troligare att uppskattningen är en underskattning än en överskattning av arbetsgivarens aktivitet i de aktuella ärendena. I fem ärenden bedömdes arbetsgivaren inte vara aktiv. I dessa ären-

den fanns konflikter mellan den försäkrade och arbetsgivaren i två fall, den försäkrade var nära pensionsåldern i ett fall och två fall hade arbetsgivaren mycket dålig kunskap om sina skyldigheter. I ett av ärendena där arbetsgivaren hade otillräckliga kunskaper om sitt ansvar för rehabilitering tog individen kontakt med Försäkringskassan. Individen funderade kring vilka arbetsuppgifter som arbetsgivaren kunde erbjuda vid återgång i arbete. Arbetsgivaren hade inte haft kontakt med individen sedan sjukskrivningens start trots att fallet var längre än 90 dagar. Försäkringskassan inhämtade då individens samtycke att diskutera med arbetsgivaren och tog sedan kontakt. Försäkringskassan informerade arbetsgivaren om ärendet och bad dem ha ett möte med individen och upprätta en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren upprättade därefter en plan för återgång i arbete med upptrappning av så väl arbetstid som produktivitet inom ramen för arbetstiden.

De ärenden där det antyds att det finns en konflikt mellan arbetsgivare och individ är svåra att bedöma. Det som blir klart är dock att individen inte kände stöd från arbetsgivaren i sin återgång i arbete. I ett av dessa ärenden bad individen Försäkringskassan att delge henne den plan för återgång i arbete som arbetsgivaren upprättat men inte delgett henne.

I ett annat ärende inväntade arbetsgivaren att individen skulle bli medicinskt färdigbehandlad innan återgång till arbete planerades. Då individens aktivitetsbegränsningar handlade om svårigheter att lyfta med ena armen kan det ifrågasättas om anpassningar inte hade kunnat göras trots att individen fortfarande var på bättringsvägen.

I det ärende där individen var nära pensionsålder var arbetsgivaren mycket passiv. Inga anpassningar gjordes för att möjliggöra återgång i arbete och plan för återgång i arbete skickades in med bedömningen att ingen plan behövde upprättas då individen antogs kunna återgå i sitt ordinarie arbete efter sjukskrivningens slut utan anpassningar. Individen förlorade rätt till sjukpenning när bedömningen vid dag 180 gjordes mot normalt förekommande arbete då individen ansågs kunna utföra ett fysiskt lätt arbete.

Innehållet i blanketten tillför sällan något nytt i ärendet

Trots att arbetsgivaren bedömdes vara aktiv så bedömdes inte plan för återgång ha bidragit till att ny information tillfördes ärendet. Endast i 16 procent (6 ärenden) bedömdes plan för återgång ha bidragit till att ny information tillfördes ärendet. Anledningen till detta är att informationen som framkom i plan för återgång redan fanns i ärendet eller att den information som tillfördes ärendet var alltför sparsam. Att informationen redan fanns i ärendet kan bero på att upprättandet av planen föregåtts av en dialog mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet

I samband med de nya bestämmelserna i SFB om arbetsgivares plan för återgång i arbete gjordes förändringar i förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare. Bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete infördes 2014. Stödet skulle användas till utredande insatser för arbetstagare som hade eller riskerade att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skador och för att initiera åtgärder för att arbetstagaren skulle kunna återgå i arbete.

I Försäkringskassans redovisning av regeringsuppdraget *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare 2017* framgår att Försäkringskassan, genom registerstudier och intervjuer med arbetsgivare, såg ett behov av att det arbetsplatsnära stödet, utöver att omfatta utredande insatser, även behövde omfatta bidrag till faktiska åtgärder på arbetsplatsen.⁵³ Bidraget till arbetsgivare har i enlighet med de behov som identifierades av Försäkringskassan, utvidgats till att även omfatta bidrag för insatser som består av att planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete.⁵⁴ Insatserna för vilka bidrag kan lämnas benämns sedan förordningsförändringen 1 juli 2018 som *arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*. Det finns ett tak för hur mycket bidrag som kan beviljas under ett kalenderår, både per arbetstagare och för en arbetsgivare, högst

⁵³ Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr 061638-2015.

⁵⁴ 1 § andra stycket förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

200 000 kronor per arbetsgivare och kalenderår, och högst 10 000 kronor per arbetstagare och kalenderår.

I Försäkringskassans föreskrift framgår vilka kompetenskrav som gäller för anordnare av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet,⁵⁵ och på Försäkringskassans hemsida finns en lista över godkända anordnare som arbetsgivare kan ta kontakt med.⁵⁶

Enligt Försäkringskassan uppfattar arbetsgivare det som ganska enkelt att ansöka om stödet, men att det finns en viss osäkerhet och okunskap hos både arbetsgivare och anordnare om vad de kan få bidrag för och hur kostnaderna ska styrkas. Det finns enligt Försäkringskassan ett behov av att öka arbetsgivares kännedom om det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet. I syfte att öka kännedomen om stödet informerar Försäkringskassan arbetsmarknadens parter vid gemensamma träffar och Försäkringskassan har haft två informationskampanjer riktat mot arbetsgivare sedan förordningsförändringen kom. Försäkringskassan har regelbunden dialog med Sveriges Företagshälsor bland annat i syfte att sprida kännedom om stödet. Försäkringskassan har också tagit fram informationsmaterial för lokal och regional information till arbetsgivare och anordnare om bidraget.

Används det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet?

I dialog med Försäkringskassan framgår att efterfrågan på det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet kan vara högre, men att användandet av stödet ökat år för år fram till ett tredebrott 2019.

För 2018 fanns 118 miljoner kronor avsatta för bidraget. Under 2018 betalade Försäkringskassan ut cirka 75 miljoner kronor till cirka 1 100 arbetsgivare för att förebygga och förkorta sjukfall. Med anledning av att bidraget med ovan beskrivna förändringar nu omfattar fler insatser ökades bidraget med 100 miljoner kronor 2019. Utgifterna för 2019 beräknades därmed till 218 miljoner kronor. Försäkringskassan betalade 2019 ut 48 miljoner kronor i stöd.

⁵⁵ 1 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2018:3) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

⁵⁶ www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/ersattningar-och-bidrag/bidrag-for-att-forebygga-och-forkorta-sjukfranvaro. Hämtad 2020-03-22.

Utredningens slutsatser

I utredningens begränsade studie av plan för återgång i arbete ser vi stora variationer i arbetsgivares plan för återgång i arbete. Det finns planer som vi bedömer håller hög kvalitet och planer som är undermåliga. Att variationen är stor kan således konstateras trots att urvalet är litet.

Vi kan också konstatera att innehållet i de planer som arbetsgivaren tagit fram med stöd av företagshälsovård håller en högre kvalitet än innehållet i den information som lämnas i Försäkringskassans mall. Det i sin tur visar på att det är viktigt att formen inte får styra innehållet. Det tyder också på begränsningar i den blankett Försäkringskassan tagit fram tillsammans med arbetsgivarorganisationer. Exempelvis finns inget fält där det ska framgå vad individen har för hinder att utföra arbetsuppgifter och hur sådana hinder, om möjligt, skulle kunna avhjälpas.

Vi kan också dra slutsatsen att formkraven för plan för återgång behöver förtydligas ytterligare för aktörerna. Några arbetsgivare och handläggare vid Försäkringskassan verkar tro att Försäkringskassans blankett måste användas trots att inget sådant formkrav finns.

Användandet av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet visar en negativ trend och verkar nå en begränsad grupp. Insatser bör vidtas för att öka användandet av stödet och om trenden fortsatt visar på lågt användande kommande år bör effekterna av reformen utredas.

Mot bakgrund av tillgänglig information går det inte att säga något om genomslaget av lagstiftningen och för slutsatser om genomslaget hänvisar vi till Inspektionen för socialförsäkringens slutredovisning av sin uppföljning av reformen som planeras till november 2021.⁵⁷

6.3 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Kunskap om återgång i arbete visar att de stödjande insatser som ges på eller i nära anslutning till arbetsplatsen spelar en viktig roll för individens möjligheter att återfå arbetsförmåga och återgå i arbete. Frågor om förekomst av arbetsplatsinriktade stödinsatser, ansvarsfördelning i relation till sådana insatser och aktörernas förutsätt-

⁵⁷ Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299/SF.

ningar att tillhandahålla ett bra arbetsplatsinriktat stöd till individen är därför viktiga att besvara.

I det här avsnittet belyser vi tre områden som handlar om arbetsplatsinriktat stöd och som återkommit i utredningens dialoger med aktörerna. Avsnittet inleds med en översyn av förekomst av och förutsättningar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Därefter redovisar vi hur otydlighet i ansvar för arbetsplatsinriktat stöd kan uppstå och slutligen ges en beskrivning av frågor som handlar om företagshälsovårdens roll och potential i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är sådana insatser som ges individen på eller i nära anslutning till arbetet i syfte att hen ska kunna återgå i arbete, till exempel genom olika former av arbetsanpassning. Det ska inte förväxlas med det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet som är ett ekonomiskt bidrag till arbetsgivare och som redogörs för i avsnitt 6.2.5.

6.3.1 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Bedömning: Baserat på tillgänglig kunskap är utredningens bedömning att individer inte får tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete, att arbetsgivares kunskap om återgång i arbete har brister och att företagshälsovård används i alltför begränsad utsträckning.

Utredningen har i avsnitt 6.1 redogjort för kunskapsläget om återgång i arbete. Slutsatsen är att multimodala insatser där arbetsgivare, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och andra intressenter samverkar för att ge individen stöd ger bäst resultat för återgång i arbete. Särskilt betonas betydelsen av arbetsplatsinriktat stöd för återgång vilket exempelvis kan omfatta socialt stöd från arbetsplatsen eller olika former av anpassning av fysisk eller organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsgivare har ansvaret för bedömning av, och utformning av, sådant arbetsplatsinriktat stöd vilket kan vara en svår uppgift. Den som ska utforma stödjande insatser på arbetsplatsen har att bedöma vilka insatser som är ändamålsenliga och möjliga att genomföra för en viss individ och på en viss arbetsplats. Sådan bedömning behöver grunda sig i en förståelse för såväl individens

behov som arbetsplatsens förutsättningar och ställer krav på individuella avväganden.

Betydelsen av arbetsgivares stödjande insatser för återgång får sägas vara väl känd och flera av de initiativ som beskrivs tidigare i detta kapitel såsom parternas avsiktsförklaringar, avsnitt 6.2.1, eller plan för återgång och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet, avsnitt 6.2.5, handlar på olika sätt om att stärka arbetsplatsnära stödjande insatser för återgång i arbete.

Med utgångspunkt i den betydelse som forskning lägger vid arbetsplatsinriktat stöd för återgång och den potential sådana insatser har för återgång i arbete, har utredningen fördjupat sig inom området. Ambitionen har varit att översiktligt undersöka förekomst av och förutsättningar för arbetsplatsinriktat stöd. Avsnittet inleds med en kort sammanfattning av aktörernas ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Därefter beskrivs arbetsgivares förutsättningar att utforma insatser, hur många individer som får ta del av tillräckliga insatser och slutligen hur ofta företagshälsovården eller annan expertresurs används för framtagande av insatser.

Arbetsgivares och arbetstagares ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Arbetsgivare har genom arbetsmiljöverkets föreskrift om arbetsanpassning och rehabilitering ansvar att fortlöpande ta reda på arbetstagares behov av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och ska så tidigt som möjligt påbörja arbetet med arbetsanpassning och andra arbetsplatsinriktade stödjande insatser.⁵⁸ Lagstiftningen betonar att arbetsgivaren använder personer med kompetens inom området för detta arbete.⁵⁹ Därtill föreslås att arbetsgivare involverar företagshälsovården eller annan expertresurs som med sin kompetens inom medicin, teknik och beteendevetenskap kan vara till stor nytta för arbetsgivare i arbetsanpassning och andra stödjande insatser.⁶⁰

⁵⁸ 4 och 5 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

⁵⁹ 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 6 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

⁶⁰ 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 6 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetstagaren bör aktivt medverka och delta i stödjande åtgärder efter bästa förmåga och det är angeläget att arbetstagaren själv lämnar de upplysningar som behövs till arbetsgivaren.⁶¹ Arbetstagaren ska också styrka behov av sjukfrånvaro med läkarintyg.

Utredningens bedömning är att lagstiftningen beaktar att arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång kan vara komplicerat och betonar behovet av att arbetsgivare säkerställer egen kompetens och eller tillgång till företagshälsovård eller annan expertresurs för utformning av sådana insatser.

Arbetsgivarnas förutsättningar att utforma stödjande insatser

Av Svenskt Näringslivs rapport *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling* framgår att arbetsgivare anser att de själva och därefter företagshälsovården har störst betydelse för att stödja individen åter i arbete.⁶² Denna uppfattning bekräftas i utredningens dialoger med aktörerna och vår uppfattning är att den i allt väsentligt delas av forskare, arbetstagarorganisationer och övriga aktörer vi haft kontakt med. Arbetsgivare (i betydelsen närmsta chef som är den som i allmänhet har ansvaret för personal, arbetsmiljö och därmed arbetsplatsinriktat stöd) kan ha praktisk erfarenhet, men har ingen formell kompetens i frågor om arbetsanpassning eller annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Socialförsäkringsrapport 2018:10 redogör för chefers roll och behov av stöd i frågor om psykisk ohälsa på arbetsplatsen.⁶³ Rapporten identifierar chefer som viktiga för arbetsplatsinriktade insatser för återgång i arbete, men konstaterar att de ofta upplever sig lämnade ensamma med ansvaret för stödjande insatser och att deras kunskap om arbetsanpassning vid psykisk ohälsa generellt är låg. För att stärka möjligheterna till arbetsåtergång för individer med psykisk ohälsa dras slutsatsen att stödet till chefer och chefers kunskap om psykisk ohälsa behöver

⁶¹ 7 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 7 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

⁶² Svenskt näringsliv (2015). *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling*. Socialförsäkring i förändring, s. 15.

⁶³ Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

öka.⁶⁴ I en undersökning av Svenskt Näringsliv uppger arbetsgivare att det största hindret för återgång i arbete är svårigheter att anpassa arbetsplatsen.⁶⁵ Detta kan tolkas som att det de facto finns begränsningar att anpassa arbetsplatsen, men en tolkning är också att arbetsgivares svårigheter att identifiera möjligheter till anpassning beror på bristande kunskap om vilka anpassningsmöjligheter som är möjliga. Ett sådant resonemang skulle innebära att arbetsanpassning, som är en viktig form av arbetsplatsinriktat stöd, inte nyttjas fullt ut då möjligheterna bedöms av arbetsgivare utan formell kompetens för sådan bedömning.

Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer, och inte minst med arbetsgivare och arbetsgivarrepresentanter, speglar resultaten i undersökningarna ovan. De chefer i arbetsledande position som är ansvariga för arbetsplatsinriktat stöd för återgång uppges ha begränsat med tid, resurser och kompetens för att kunna göra kvalitativa bedömningar av vilket stöd som bäst kan hjälpa en individ åter i arbete.

Vår samlade bedömning är att arbetsgivares förmåga inom arbetsplatsinriktat stöd för återgång är låg.

Förekomst av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

I en TCO rapport från 2016 redogörs för en undersökning av SCB bland 3 368 av TCO:s medlemmar, sjukskrivna minst 14 dagar, som fick svara på om deras arbetsgivare gjort det som rimligen kan förväntas för att få dem tillbaka till arbete genom att erbjuda arbetsanpassning eller omplacering.⁶⁶ Drygt 20 procent svarar att det inte stämmer alls och drygt 30 procent att det stämmer helt. Värt att notera är att individer med psykisk ohälsa avviker negativt och 29 procent svarar att det inte stämmer alls och 27 procent att det stämmer helt. I utredningens egen undersökning med 250 individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar (se avsnitt 3.2.1) svarade 16 procent att de inte

⁶⁴ Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10 s. 45.

⁶⁵ Svenskt näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*. Socialförsäkring i förändring, s. 26.

⁶⁶ TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6.

fått det stöd som de behövde för att komma åter i arbete. I en granskning av Riksrevisionen har fem statliga arbetsgivares insatser för sjukskrivna medarbetare granskats.⁶⁷ Urvalet var medarbetare som varit sjukskrivna minst 90 dagar och information är inhämtad för perioden oktober 2018 till mars 2019, det vill säga alla i urvalet ska enligt lagstiftning om plan för återgång i arbete ha en plan.⁶⁸ Riksrevisionen har studerat arbetsgivarens egen dokumentation om insatser. Riksrevisionen konstaterar att det i 35 procent av de granskade fallen helt saknades information om arbetsgivarens insatser för återgång i arbete. I motsats till TCO:s rapport som hänvisas ovan är det vanligare med dokumenterad plan för individer med psykisk ohälsa. För 23 procent av de med psykisk ohälsa saknas helt information om arbetsgivarens insatser för återgång i arbete.

Tillgänglig kunskap visar att mellan 16 och 35 procent av sjukskrivna inte får tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Vår bedömning är att resultaten visar på en potential att utveckla arbetsplatsinriktat stöd för återgång.

Stöd från företagshälsovård och annan expertresurs i utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång

Arbetsgivare ska hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering.⁶⁹ I utredningens intervjustudie med 250 individer som varit sjukskrivna 60 till 220 dagar (avsnitt 3.2.1) svarade 30 procent att de känner till att arbetsgivaren tagit fram en plan för återgång i arbete. Av dessa svarade i sin tur 23 procent att företagshälsovården deltagit vid framtagande av planen. Det innebär att företagshälsovård uppges ha deltagit i framtagandet av plan för återgång för 7 procent av samtliga individer.⁷⁰ I samma undersökning svarade 60 procent av respondenterna att de fått någon form av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Eftersom frågan om företagshälsovårdens medverkan bara ställdes till individer med plan för återgång, vet vi inte om företagshälsovården medverkat till arbetsplatsinriktat stöd som individen inte kategoriserat som plan för återgång. Antalet fall där arbetsgivare konsulterat företagshälso-

⁶⁷ Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*.

⁶⁸ 30 kap. 6 § SFB.

⁶⁹ 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

⁷⁰ 30 procent som känner till en plan för återgång i arbete × 23 procent som uppgett att företagshälsovården varit delaktig.

vård om stödjande insatser utan att plan upprättats antas dock vara relativt få. I huvudsak beroende på att företagshälsovården får förväntas känna till regelverket om plan för återgång i arbete och det kan därför antas att arbetsgivares kontakt med företagshälsovård lett till att en plan upprättats. Det går inte heller att utesluta att företagshälsovården konsulterats i de fall där inget arbetsplatsinriktat stöd getts eller att företagshälsovården kan ha konsulterats utan att individen känner till det.

Vår bedömning är att de 7 procent kända fall där företagshälsovård deltagit i framtagande av plan för återgång i arbete är en underskattning av arbetsgivares konsultation med företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktat stöd. Med vägledning av resonemangen ovan är vår samlade bedömning att arbetsgivares konsultation med företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktat stöd för individer sjukskrivna 60 till 220 dagar kan förväntas ligga inom intervallet 10 till 15 procent av samtliga fall.

Utredningens aktgranskning av plan för återgång i arbete, se avsnitt 6.2.5, indikerar att plan som tagits fram med stöd av företagshälsovården håller högre kvalitet i planen. I TCO:s rapport *Trampolin eller kvicksand* framgår att av de individer som helt instämde i påståendet att arbetsgivare gjort det som rimligen kan förväntas för att få dem tillbaka till arbete genom att erbjuda arbetsanpassning eller omplacering i högre grad också angav att de hade tillgång till företagshälsovård, i jämförelse med de som inte alls instämde i påståendet.⁷¹ Det kan tolkas som att tillgång till företagshälsovård gör skillnad för det arbetsplatsinriktade stöd individen tagit del av.

Utredningen har inte identifierat andra undersökningar av i vilken utsträckning arbetsgivare använder sig av företagshälsovård eller annan expertresurs. Underlaget visar på att företagshälsovård används i relativt få fall, men att de när de används kan de bidra positivt till arbetsgivarens insatser. Underlagets begränsning i omfattning och vetenskaplig kvalitet innebär att slutsatser om företagshälsovårdens nyttjande bör göras med försiktighet.

⁷¹ TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6.

Utredningens slutsatser

Vår bedömning är att kunskapen om förekomst av, och innehåll i, arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete har brister. Givet den viktiga roll sådana insatser kan ha för återgång i arbete är det märkligt att det inte finns tillgång till mer systematisk kunskap. Vi menar att fler undersökningar om vilka arbetsplatsinriktade stödjande insatser som individen får del av, vilken kvalitet insatserna håller och vilken effekt de har bör genomföras för att öka kunskapen inom området.

Med utgångspunkt i tillgänglig kunskap, och beaktat de begränsningar i underlaget som vi redogör för ovan, är utredningens samlade bedömning, att en alltför stor grupp inte får del av tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd, att arbetsgivares kunskap brister och att företagshälsovård, eller annan oberoende expertresurs, används i alltför begränsad utsträckning.

6.3.2 Otydlighet i roller och ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång

Bedömning: Samspelet mellan hälso- och sjukvårdens och arbetsgivarens ansvar i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är komplicerat och ställer höga krav på både hälso- och sjukvården och på arbetsgivare att förstå och tydliggöra gränserna för sina ansvarsområden.

Hälso- och sjukvården och arbetsgivare (med stöd av företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs) har ansvar att ge stöd till den som blivit sjukskriven. Forskning såväl som regelverk påtalar vikten av dialog och samverkan mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård för att individen ska få bästa möjliga stöd för återgång i arbete, utvecklas i avsnitt 6.1. En grundläggande förutsättning för att dialog och samverkan ska fungera effektivt är att roller och ansvarsfördelning är tydlig. I detta avsnitt beskriver utredningen två områden där gränsdragning mellan aktörernas roller och ansvar kan vara svår.

Förväntan på företagshälsovården att sjukskriva och behandla arbetstagare med arbetsrelaterad ohälsa

Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av uppfattningen att företagshälsovården har ett ansvar att bedöma behov av sjukskrivning, utfärda läkarintyg och behandla personer med arbetsrelaterad ohälsa. Därtill uppfattas att hälso- och sjukvården kan remittera patienter, som bedöms ha en arbetsrelaterad ohälsa⁷², till företagshälsovården. Synsättet finns främst inom hälso- och sjukvården, men också hos andra aktörer. I utredningens dialoger har det utslutande handlat om patienter med psykisk ohälsa där det uttrycks en förväntan på företagshälsovården att ta över behandling och rehabilitering av dessa patienter.

Det kan finnas flera fördelar med att företagshälsovården används som ett stöd till såväl den sjukskrivne som till arbetsgivaren i frågor om förebyggande insatser eller stöd för återgång. Till exempel kan företagshälsovården ha andra möjligheter än offentligt finansierad vård att snabbt upprätta och föra en nära dialog med arbetsgivaren. Företagshälsovården kan också generellt förutsättas ha bättre kunskap om arbetsplatsens betingelser. Däremot har arbetsgivaren inget ansvar eller skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård genom att anlita företagshälsovård för bedömning av behov av sjukskrivning och utfärdande av läkarintyg, eller för annan medicinsk behandling. Företagshälsovård är en oberoende expertresurs som nyttjas när arbetsgivaren bedömer sig ha behov och med utgångspunkt i arbetsgivarens ansvarsområden.⁷³ Möjligheterna för företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs, att ta emot patienter som remitteras från hälso- och sjukvården är därför beroende av det avtal som företagshälsovården träffat med arbetsgivaren.

Utredningen kan inte bedöma omfattningen av de uppfattningar som beskrivs här, men har tagit del av flera likartade beskrivningar i olika delar av landet. Den otydlighet i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård, arbetsgivare och företagshälsovården som beskrivs gör det svårt för individen att förstå vad som gäller. Det är rimligtvis svårt för en individ att förstå varför en remiss från hälso- och sjukvården nekas av företagshälsovården och risken är att stödet till individen

⁷² En sådan bedömning, av vad som är arbetsrelaterad ohälsa och ej, bör i praktiken vara mycket svår att göra.

⁷³ 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

förseñas. Felaktiga förväntningar mellan aktörerna leder också till missförstånd och onödig friktion i samverkan mellan aktörerna.

Missförstånd kring ansvar kan lösas genom dialog. Utredningen har tagit del av exempel där arbetsgivare genom samtal med hälso- och sjukvården tydliggjort ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och hur avtal med företagshälsovården är utformat. Det har då lett till ökad tydlighet och bättre samverkan mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården.

I en komplex process som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att verka för en tydlig gränsdragning och tydliga roller och ansvar för samtliga aktörer. Utredningens bedömning är att hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och företagshälsovården behöver verka för att tydliggöra roller sinsemellan. Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård (2017:01)* har fått i uppdrag att utreda företagshälsovårdens möjligheter att komplettera primärvården i frågor om psykisk ohälsa.⁷⁴ Arbetet, som slutredovisas den 15 januari 2021, kan bidra med ökad tydlighet i frågan om ansvarsfördelning mellan aktörerna.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för arbetsplatsinriktad rehabilitering

Utredningen har gjorts uppmärksam på att det från arbetsgivare, men även andra aktörer i processen, finns en förväntan på hälso- och sjukvården att tillhandahålla information till arbetsgivare som underlag för beslut om arbetsanpassning och andra former av arbetsplatsinriktat stöd för återgång.⁷⁵ Vi konstaterar att hälso- och sjukvården har möjlighet, men inget ansvar att tillhandahålla sådan information och inte heller ansvar att rådge arbetsgivare i frågor om sådana insatser. Arbetsmiljölagen ger arbetsgivare det fulla ansvaret för arbetsplatsinriktat stöd och hänvisar, i de fall arbetsgivarens egen kompetens inte är tillräcklig, arbetsgivaren att ta kontakt med företagshälsovården.⁷⁶ Samtidigt ersätter regeringen hälso-

⁷⁴ Dir 2019:49.

⁷⁵ Till exempel har Arbetsmiljöverket gett uttryck för betydelsen av att läkarintyget innehåller förslag på anpassning och andra insatser som kan stödja återgång i arbete. Se avsnitt 5.3.3 för utveckling av frågan.

⁷⁶ 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

och sjukvården för kontakt med arbetsgivare i frågor om exempelvis arbetsanpassning.⁷⁷ Det kan tyckas motsägelsefullt. Frågan om vem som ska tillhandahålla information till arbetsgivaren är komplicerad och missförstånd i likhet med den förväntan som utredningen uppmärksammat, kan lätt uppstå. Utredningen diskuterar här förhållanden som kan förklara att sådana förväntningar vidmakthålls och konsekvenser av detta.

Vilken aktör ska tillhandahålla information som underlag för arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete?

Även om hälso- och sjukvården inte har något lagstadgat ansvar för arbetsplatsinriktat stöd kan de genom läkarintyget bidra med kunskap som hjälper arbetsgivaren i dennes ansvar för sådant stöd. Läkarintyget innehåller information om medicinska begränsningar som sätter ned arbetsförmågan.⁷⁸ Syftet med informationen är att styrka individens behov av sjukskrivning, men den kan också vara vägledande för utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Intyget kan också innehålla rekommendationer om individens behov av anpassning eller annat stöd för att kunna återgå i arbete. Läkaren väljer själv om sådana rekommendationer ska skrivas i intyget. Både arbetsgivare och personal i hälso- och sjukvården som utredningen talat med säger att läkarintyget kan bidra med kunskap som hjälper arbetsgivaren att utforma arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Att hälso- och sjukvården i många fall kan bidra med sådan information uppfattas alltså i huvudsak som någonting bra. Samtidigt kan det leda till den felaktiga uppfattningen att hälso- och sjukvården har ansvar att ge sådana uppgifter och därmed vidmakthålla en otydlighet i hälso- och sjukvårdens ansvar.

Arbetsmiljölagstiftningen hänvisar arbetsgivaren till företagshälsovården när de behöver hjälp i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång.⁷⁹ Företagshälsovården har kompetens inom arbetsmedicin och multiprofessionell kompetens

⁷⁷ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 9.

⁷⁸ Försäkringskassan. Läkarintyg för sjukpenning 7804.

www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning. Hämtad 2020-03-21.

⁷⁹ 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

inom arbetsmiljöområdet.⁸⁰ I allmänhet får de förutsättas ha god kunskap om arbetsplatsen. Företagshälsovårdens expertkunskaper inom arbetsmiljöområdet och kunskap om den enskilda arbetsplatsen särskiljer dem från hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården kan till exempel inte förutsättas känna till arbetslivets, eller enskilda arbetsplatsers, betingelser och förutsättningar för anpassning och inte heller regulatoriska förhållanden för arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Personal inom hälso- och sjukvården har i studier visat sig ha begränsad kunskap om arbetsplatser och har svårt att avgöra vilka krav arbetet ställer på individen.⁸¹ Det kan därmed argumenteras att arbetsplatsinriktat stöd för återgång blir bättre när arbetsgivare tar hjälp av företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs, snarare än hälso- och sjukvården, i arbetet att utforma sådana insatser. Vi redogör också i avsnitt 3.2.1 för undersökningar som ger visst stöd att så är fallet.⁸² Om arbetsgivare i alltför hög utsträckning tar rådgivning av hälso- och sjukvården i stället för företagshälsovården, riskerar det att leda till att företagshälsovårdens arbetsmedicinska kompetens inte används och i förlängningen, kan det antas, till lägre kvalitet i arbetsgivarens underlag och utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång.

Frågan om arbetsgivare ska få information och rådgivning för arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd från hälso- och sjukvården eller företagshälsovården är komplicerad. Utredningen menar att svaret av praktiska skäl är att både hälso- och sjukvården och företagshälsovården kan tillhandahålla arbetsgivaren information. I de fall information lämnas från hälso- och sjukvården så bör det göras med vetskap om hur ansvarsfördelningen och hälso- och sjukvården bör överväga om deras kompetens inom arbetsmedicin och arbetsmiljö är tillräcklig eller om företagshälsovård eller annan expert bör kopplas in. Det är alltså i vissa fall rimligt att hälso- och sjukvården tillhandahåller information, men i komplicerade fall och då det finns behov av fördjupad rådgivning eller av andra anledningar

⁸⁰ 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) och Sveriges företagshälsor och *Auktoriserat medlemskap i Sveriges Företagshälsor*, www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Filer/krav_auktorerad_-_version_1.3-_2018-08_0.pdf. Hämtad 2020-03-21.

⁸¹ Christian Ståhl, et al., (2011) Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system, *Disability and Rehabilitation*, 33:15–16, 1373–1382.

⁸² TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6 och utredningens egen intervjustudie som redogörs för i avsnitt 3.2.1.

finns värde fördjupad kompetens inom arbetsmedicin och arbetsmiljö bör arbetsgivaren vända sig till företagshälsovården.

Arbetsgivaren har ansvaret för de stödjande insatserna och ansvaret att bedöma om den information de får från hälso- och sjukvården är tillräcklig eller om annan expertresurs, som företagshälsovården, ska användas. Hälso- och sjukvård, och andra aktörer, bör vara medvetna om ansvarsfördelningen och när de anser det viktigt främja involvering av företagshälsovård för rådgivning i frågor om arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Till exempel genom att påtala betydelsen av sådan konsultation för arbetsgivare.

Ytterligare exempel där hälso- och sjukvårdens ansvar kan misstolkas

I sina remissvar på lagstiftning om rehabiliteringskoordinering (beskrivs i avsnitt 6.2.4) gav Sveriges företagshälsor och Sveriges företagsläkare uttryck för farhågor att hälso- och sjukvårdens uppdrag att ta kontakt med arbetsgivare kan komma att skapa otydlighet i arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Regeringen tydliggör i sitt svar i budgetpropositionen att:

Arbetsgivaren förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskap om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.⁸³

Regeringen betonar därmed att det inte finns någon avsikt att lagen om koordinering ska inverka på arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd eller skyldighet att använda företagshälsovård eller andra expertresurser i detta arbete. Det finns dock exempel på att rehabiliteringskoordinator (i den form som funnits innan nuvarande lagstiftning) arbetat i gränssnittet arbetsanpassning vilket ger visst fog för de farhågor som uttrycks i remissvaren. Utvecklingen av metodiken ADA och ADA+ som beskrivs i avsnitt 6.1.2 har skett inom hälso- och sjukvården och visar på att hälso- och sjukvården utvecklar metodik för stöd i dialog mellan hälso- och sjukvård, individ och arbetsgivare i frågor om arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång.⁸⁴ Meto-

⁸³ Proposition 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*. Utgiftsområde 10.

⁸⁴ Eskilsson, T., et al., (2017). *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.

den har lovande resultat och är ett positivt bidrag till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men borde ha en mer naturlig hemvist inom företagshälsovården än inom hälso- och sjukvården.

Det finns också sådant som kan uppfattas tvetydligt i regeringens ekonomiska stimulans av hälso- och sjukvårdens kontakter med arbetsgivare. Genom överenskommelse med SKR satsar regeringen 50 miljoner på hälso- och sjukvårdens kontakter med arbetsgivare genom att ge regionerna 3 000 kronor för kontakt med arbetsgivare. Ett syfte med kontakten är att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete.⁸⁵

Utredningens slutsatser

Utredningens bedömning är att det finns förväntningar på hälso- och sjukvården att tillhandahålla information som de inte har ansvar för. Hälso- och sjukvårdens centrala roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och i vissa fall goda möjligheter att tillhandahålla information kan förklara dessa förväntningar. Roller och ansvar att tillhandahålla underlag för arbetsplatsinriktat stöd för återgång kan vara svåra att förstå och ställer stora krav på både hälso- och sjukvården och på arbetsgivare att förstå gränserna för sitt eget och den andres ansvar. Hälso- och sjukvården bör vara uppmärksamma på att de inte har något ansvar att rådge arbetsgivare kring utformning av arbetsanpassning. Om sådant behov finns bör hälso- och sjukvården informera arbetsgivaren om dennes ansvar att vid behov koppla in företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs. Arbetsgivare behöver göra sig medvetna om både hälso- och sjukvårdens och sitt eget ansvar. Andra aktörer, inklusive regeringskansliet, bör i utredningens mening agera för en tydlig ansvarsfördelning och hjälpa, framför allt mindre arbetsgivare som sällan är inne i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, att förstå ansvarsfördelningen.

⁸⁵ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitets säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*.

6.3.3 Företagshälsovården

Företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen beskrivs i avsnitt 2.2.7. Detta avsnitt redogör för utmaningar som utredningen tagit del av i dialog med aktörerna och som på olika sätt handlar om hur företagshälsovården används för förebyggande och stöd för återgång.

Synpunkter på företagshälsovården

Efterfrågan på företagshälsovård varierar mellan branscher. Knappt 60 procent av anställda uppger sig ha tillgång till företagshälsovård. Störst är tillgången inom offentlig förvaltning och tillverkningsindustrin med cirka 80 procent vardera.⁸⁶

Flera arbetsgivare verkar nöjda med de arbetsmiljö- och hälso-tjänster som företagshälsovård och andra oberoende expertresurser tillhandahåller. Svenskt Näringsliv, LO och PTK redovisar i en rapport, med 1 600 telefonintervjuer med företrädare för företag och arbetstagare, att åtta av tio använde sig av företagshälsovård eller annan oberoende extern arbetsmiljö-, rehabiliterings- och hälso-tjänst och 86 procent hade haft nytta av tjänsterna som köpts in. Det bör dock noteras att undersökningen ställde frågor om både arbetsmiljö- och rehabiliteringstjänster, som kan sägas ingå i företagshälsovårdens uppdrag, och om tjänster inom medicinsk behandling, hälso- och sjukvårdsförsäkring och olika friskvårds- och livsstilstjänster.⁸⁷ Slutsatser om omfattning och nöjdhet med det som allmänt avses som företagshälsovård bör därmed, med utgångspunkt i nämnda rapport, göras med stor försiktighet.

Utredningen har i sitt dialogarbete tagit del av synpunkter om att företagshälsovårdens branschkunskap är låg och att det vore önskvärt att företagshälsovården i större utsträckning används som en strategisk partner i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. TCO konstaterar i en rapport att företagshälsovård i första hand används till

⁸⁶ Arbetsmiljöverket (2018). *Arbetsmiljö 2017*, Arbetsmiljöstatistik rapport 2018:2.

⁸⁷ LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017). *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälso-tjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?* www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/arbetsmiljo-och-halsotjansterpdf_684143.html/BINARY/Arbetsmiljo%20och%20halsotjanster.pdf Hämtad 2020-03-21.

rehabiliterande insatser och i mindre utsträckning i förebyggande arbete.⁸⁸ Företagshälsovårdsutredningens betänkande från 2004 bekräftar bilden av att företagshälsovården också vid den tiden primärt nyttjades för olika former av efterhjälpande insatser.⁸⁹ Resonemangen får stöd i en rapport av Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet, som i en genomlysning av avtal och avtalsprocesser mellan arbetsgivare och företagshälsovård identifierar ett antal brister:

Resultaten visar att de studerade avtalen sällan stimulerar arbetsgivare och FHV till samarbete kring att skapa hälsosamma arbetsplatser.

Granskningen av avtalen visar att målsättningen och förutsättningarna för samarbetet oftast är vagt och oprecist uttryckta och inte knutna till ett specifikt behov man identifierat, till exempel i det systematiska arbetsmiljöarbetet. De genomförda intervjuerna bekräftar att avtalet sällan är resultatet av en behovsanalys, utan snarare är något man upprättar om och när behov uppstår. Detta synsätt kan vara orsaken till att så kallade grundavtal verkar vara den vanligast förekommande avtalsformen, där man köper tjänster endast vid behov, ofta i individärenden. Sådana avtal leder ofta till outvecklade samarbetsstrukturer och dåliga förutsättningar för FHV att få någon djupare kunskap om den aktuella arbetsplatsen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att för att samarbetet mellan arbetsgivare och externa expertresurser såsom FHV ska leda till hälsosammare arbetsplatser, bör avtalen dem emellan utformas utifrån ett förebyggande och långsiktigt förhållningsätt.⁹⁰

I nästa stycke beskriver vi faktorer som kommit upp i våra dialoger med aktörerna och som kan bidra till förståelse för hur, och i vilken utsträckning, företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs används.

Faktorer som kan påverka hur företagshälsovården används

Företagshälsovården och andra oberoende expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet agerar på en marknad och efterfrågan på deras tjänster styrs av kundernas, dvs arbetsgivarnas, efter-

⁸⁸ TCO (2017). *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag*. TCO rapport #2/17, s. 17.

⁸⁹ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 108 f.

⁹⁰ Åström Paulsson, S., et al., (2014), *Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? – En genomlysning av avtal och avtalsprocess*. Rapport nr 5, Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet.

frågan. Det finns lagstadgade krav på arbetsgivare att hålla sig med den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, men möjligheterna att utöva tillsyn över denna lagstiftning har i tidigare utredning konstaterats som i praktiken mycket begränsad.⁹¹

Partsgemensamt arbete i frågor om företagshälsovård har lyfts fram som en viktig faktor för hur företagshälsovården avtalas och i förlängningen nyttjas.⁹² Lokalt partsgemensamt arbete har visat sig påverka hur företagshälsovård används. En enkätundersökning som genomförts av fackförbundet Unionen indikerar att involvering av fackliga representanter i upphandling av företagshälsovård kan öka fokus på förebyggande arbete.⁹³

Sveriges kommuner och regioner, där praktiskt taget alla arbetsgivare har avtal med företagshälsovården, påtalar att regelverket kring offentlig upphandling kan bidra till en kortsiktig relation mellan företagshälsovården och arbetsgivare i sektorn. Till exempel kan det bli konsekvenser när arbetsgivare tvingas byta en företagshälsovård som man är nöjd med. För att använda en företagshälsovårdsleverantör optimalt krävs i de flesta fall att man bygger upp ett förtroende under en längre period.

En grundläggande och aktuell faktor är tillgången till kompetens inom företagshälsovård. Kompetensförsörjning inom företagshälsovården utreddes 2019 av Myndigheten för arbetsmiljökunskap som konstaterar att

Myndighetens övergripande slutsats utifrån datainsamling och analys av utbildningsbehoven är att det krävs fortsatta och även intensifierade åtgärder för förbättrad kompetensförsörjning och möjlighet till utbildning av relevans för samtliga yrkeskategorier inom företagshälsovården. Särskilt angeläget är behovet av utbildningar för arbetsmiljöingenjörer och företagsläkare.⁹⁴

Myndigheten har 2020 fått uppdrag att vidare utreda hur utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården ska lösas. Föreliggande utredning har påtalat betydelsen av att tillgänglig kompetens inom företagshälsovården används på rätt sätt och behovet av

⁹¹ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.

⁹² SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 85 ff.

⁹³ Unionen (2015). *Företagshälsovården – hur den fungerar och hur den kan bli bättre*, s. 21.

⁹⁴ Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*, Rapport FHV 2019:2, s. 4 f.

tydlighet i gränsdragning mellan framför allt hälso- och sjukvårdens ansvar och företagshälsovårdens roll.⁹⁵

Andra faktorer som kan förklara varför företagshälsovård inte nyttjas i större utsträckning och som beskrivs i flera tidigare utredningar är arbetsgivarnas (kundernas) bristande beställarkompetens i kombination med företagshälsovårdens begränsade förmåga att visa på nyttan av sina tjänster. Det handlar om att arbetsgivarens insikt om egna behov och vilka möjligheter som finns att förbättra arbetsmiljön är begränsade.⁹⁶ Detta i sin tur kan handla om att arbetsgivare har svårt att överblicka risker i arbetsmiljön eller inte känner till på vilket sätt företagshälsovården kan vara till hjälp.⁹⁷ Brist i beställarkompetens ställer stora krav på företagshälsovården att genom dialog skapa förtroende och tillit och visa på vilket värde företagshälsovården kan ha för arbetsgivaren.⁹⁸ Företagshälsovården skulle därmed kunna nyttjas bättre om arbetsgivarens förståelse för arbetsmiljön och sina behov stärktes och om företagshälsovården blev bättre på att visa på nyttan av sina tjänster.

Ett annat sätt att förstå hur och varför företagshälsovården används är att se till vilka värden den kan skapa för arbetsgivaren. Flera faktorer samspelar och påverkar förutsättningarna för företagshälsovården att skapa värden för arbetsgivare. Tillgång till, och kostnader för, arbetskraft är två sådana faktorer i arbetsgivarens ekonomiska kalkyl. Inte minst SKR påtalar att de har mycket stora kompetensförsörjningsutmaningar under kommande år och därmed ökande ekonomiska incitament av friska arbetsplatser och medarbetare. Liknande utmaningar finns även i andra sektorer.

En annan viktig faktor som påverkar företagshälsovårdens möjligheter att bidra till ekonomiska värden är utformningen av regelverket kring arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Regelverket har betydande påverkan på arbetsgivares kostnader för arbetsmiljö och sjukskrivning. Om regelverket utformas så att arbetsgivares kostnader för sjukskrivning är höga så ökar de ekonomiska incitamenten att nyttja ändamålsenliga insatser från företagshälsovården. Arbets-

⁹⁵ Frykman, M., (2019), Företagsläkarnas unika kompetens måste användas rätt, [Läkartidningen.se/Opinion/Debatt/2019/04/Foretagsslakarnas-unika-kompetens-maste-utnyttjas-ratt-/](https://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2019/04/Foretagsslakarnas-unika-kompetens-maste-utnyttjas-ratt-/) Hämtad 2020-03-21.

⁹⁶ SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*, s. 20.

⁹⁷ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 211.

⁹⁸ SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*, s. 21.

givarens nyttjande av företagshälsovård kan därmed antas samvariera med de krav som regelverket ställer på arbetsgivare. I en nyligen genomförd undersökning anger huvuddelen (55 procent) av chefer i företag som inte har avtal med företagshälsovård att kostnaderna är för stora i relation till förväntade effekter.⁹⁹ Det kan ses som en indikator på att många arbetsgivare uppger sig ha mycket lite att vinna på att anlita företagshälsovård. Utredningen har inte identifierat någon rapport eller utredning som studerat hur regulatoriska krav på arbetsgivare samspelar med arbetsgivarens nyttjande av företagshälsovård. Däremot har det förekommit resonemang om ökade krav på arbetsgivare för att stimulera användandet av företagshälsovård i utredningens dialoger med aktörerna.

Ekonomiskt stöd för att stimulera användning av företagshälsovård kan bidra till ökat nyttjande och finns i dag i form av det så kallade arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.¹⁰⁰ Användande av olika ekonomiska stöd för att stimulera nyttjande av företagshälsovård har föreslagits av till exempel TCO,¹⁰¹ av Sveriges läkarförbund och i tidigare utredning av företagshälsovården¹⁰².

Utredningens slutsatser

Företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs, kan bidra till så väl förebyggande arbete som stöd för återgång. Flera aktörer påtalar dock att företagshälsovården under längre tid har underutnyttjats i framför allt det strategiska och förebyggande arbetsmiljöarbetet. Flera faktorer kan påverka användandet av företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs. Utredningens genomgång av sådana faktorer ger en översyn, men ingen viktning av faktorernas relevans. Vi konstaterar att sambanden är komplicerade och att det är svårt att peka ut enskilda faktorerens betydelse för att stärka företagshälsovårdens roll.

⁹⁹ LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017). *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsojänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?*

www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/arbetsmiljo-och-halsotjansterpdf_684143.html/BINARY/Arbetsmiljo%20och%20halsotjanster.pdf (hämtad 2020-03-21).

¹⁰⁰ Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

¹⁰¹ TCO (2017). *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag*. TCO rapport #2/17, s. 31.

¹⁰² SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 18.

6.4 Andra aspekter av förebyggande och stöd för återgång

Detta sista avsnitt om förebyggande och stöd för återgång för anställda tar upp sådant som utredningen uppmärksammas på i sitt dialogarbete och betraktar som viktiga aspekter av förebyggande och stöd för återgång, men som vi inte tycker inte passar i tidigare avsnitt.

6.4.1 Den sjukpenninggrundande inkomsten skyddas inte under tid med ersättning från en av de kollektivavtalade sjukförsäkringen

Som del i kollektivavtalet mellan arbetsmarknadens parter inom kommuner och landsting finns möjlighet att få försäkringsersättning i de fall sjukpenning nekas från Försäkringskassan.¹⁰³ Individen får då sin försörjning tryggad under förutsättning att arbetsförmågan är nedsatt i relation till det egna arbetet enligt ett läkarintyg. Enligt AFA fick 1575 individer denna förmån under 2018.¹⁰⁴

Denna försäkringsersättning är dock inte SGI-grundande enligt praxis.¹⁰⁵ Endast inkomst av eget förvärvsarbete grundar sådan rätt. I praxis resoneras som så att eftersom försäkringsersättningen inte är ersättning för eget arbete så är den inte att likställa med lön. Detta innebär att om en individ får nekad sjukpenning med anledning av att arbetsförmåga finns i normalt förekommande arbete, därefter erhåller försäkringsersättning, inte omfattas av något SGI-skydd, och sedan återigen ansöker om sjukpenning så kommer SGI vara noll och sjukpenning därigenom inte kunna beviljas. För att individen ska ha ett aktivt skydd av sin SGI när sjukpenning har nekats behöver individen vara aktivt arbetssökande. Detta kan dock vara svårt för individen att förstå eftersom individen får ersättning från en försäkring just med anledning av att hen inte kan återgå till sitt ordinarie arbete.

¹⁰³ Särskild AGS-KL-förmån gäller anställda i kommun, landsting, region och vissa kommunnära bolag. Förmånen kan betalas när Försäkringskassan efter dag 180 i sjukperioden har beslutat att sjukpenning inte ska lämnas därför att de bedömer att individen kan klara ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

¹⁰⁴ Inkommen uppgift från AFA försäkring, E-post 11 november 2019.

¹⁰⁵ Se RÅ 2010 ref. 37.

För individen är denna kollektivavtalade försäkringsersättning en inkomstersättning under de 180 dagar som försäkringen gäller. Om individen inte återgår i arbete efter dessa 180 dagar, utan ansöker om ersättning i form av sjukpenning så kan hen ha förlorat sin SGI. Hur många individer som försöker återinträda i sjukförsäkringen efter tid med ersättning från AFA, utan att samtidigt stått till arbetsmarknadens förfogande och därigenom ha ett SGI-skydd, vet vi inte, men det är sannolikt att inte alla som uppburit ersättning återfått arbetsförmåga och kan återgå i arbete.

Utredningens slutsats

Konstruktionen av den kollektivavtalade försäkringen särskild AGS-KL-förmån medför risk för individen att förlora sin SGI och att förhållandena ställer stora krav på försäkringsgivaren AFA att informera individen om dessa risker.

6.4.2 Försäkringskassans tillämpning av hur arbetstid ska förläggas är stelbent vid deltidssjukskrivning och arbetsträning

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen aktörer har vi gjorts uppmärksamma på att nuvarande tillämpning innebär att en arbetsgivare förväntas förlägga individens arbetstid jämnt över arbetsveckan i stället för att individen kan arbeta mer en dag och mindre en annan (beroende på förmåga och arbetsuppgifternas art och arbetsgivarens förutsättningar).

Exempel: Om en individ är sjukskriven på 75 procent av heltid (40 timmar) betyder det att hen förväntas arbeta två timmar per dag. Av olika skäl kan det finnas skäl att förlägga arbetstiden på ett annat sätt. Till exempel om individen arbetar i ett vårdyrke kan det vara svårt att hinna möta patienter inklusive för- och efterarbete samt överlämning till kollega inom två timmar. Det kan alltså vara svårt att utföra ordinarie arbetsuppgifter om dessa inte hinns med inom ramen för två timmar per dag. Det är viktigt att arbetsträningen/upp-trappning överensstämmer med de faktiska arbetsuppgifterna som individen ska öka sin arbetsförmåga i relation till. Om utgångspunkten för arbetsträningen/deltidssjukskrivningen är själva för-

läggningen av arbetstiden kan det bli svårt att få till stånd en väl-fungerade arbetsträning/deltidssjukskrivning som tar hänsyn till individens medicinska förutsättningar och arbetsuppgifternas art. Frågan om gällande regler för partiell sjukskrivning utreds inom ramen för utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05)¹⁰⁶ som slutrapporterar sitt uppdrag senast den 30 april 2020.

6.4.3 Stöd till företagare

Samtidigt med föreliggande utredning har det genomförts en utredning om företagares villkor och förutsättningar i de allmänna trygghetssystemen med fokus på bland annat sjukförsäkringen.¹⁰⁷ Vi har avvaktat denna utrednings betänkande som lämnades i september 2019.¹⁰⁸ Betänkandet tar upp två områden som särskilt beskriver förutsättningarna för stöd till företagare som blivit sjuka och har nedsatt arbetsförmåga. Det ena området berör regler om fastställande av sjukpenningsgrundande inkomst för företagare med enskild firma och inkomst av näringsverksamhet.¹⁰⁹ I betänkandet konstateras att det saknar närmare bestämmelser för beräkning av SGI för företagare med inkomst av näringsverksamhet. Sådana bestämmelser behöver införas för att enklare kunna fastställa SGI med ökad trygghet för den enskilda företagaren. Det andra området som tas upp rör partiell sjukskrivning och rehabilitering. Bedömningen är att

Företagare behöver säkerställas samma möjligheter till partiell sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser som andra försäkrade. Tillämpning och regelverk kan behöva analyseras i detta syfte.¹¹⁰

I betänkandet noteras att det kan vara svårare för företagare och särskilt de egenföretagare som arbetar själva att medges partiell sjukskrivning.¹¹¹ Detta verkar bero på att omständigheter kring företagares arbete gör det svårare för Försäkringskassan att avgränsa företagarens förvärvsarbete på sådant sätt som vid anställning. Egenföretagare har

¹⁰⁶ Dir 2018:26.

¹⁰⁷ Dir 2018:54.

¹⁰⁸ SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

¹⁰⁹ SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 112 f.

¹¹⁰ SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 119.

¹¹¹ SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 119 f.

av naturliga skäl inte heller någon arbetsgivare för Försäkringskassan att stämma av uppgifter med.

I betänkandet görs bedömningen att identifierade områden grundar sig i tillämpningsfrågor hos myndigheten snarare än faktiska hinder. Betänkandet identifierar också ett antal frågor avseende rehabilitering för företagare som behöver analyseras. Det handlar om hur egenföretagare ska få tillräckligt stöd i den rehabiliteringsprocess där de själva är både sjukskriven och arbetsgivare.

Utredningens slutsats

Företagare utgör en grupp med delvis särskilda omständigheter för sjukförsäkringsfrågor och stöd för återgång i arbete. För fördjupning i dessa frågor och företagares behov av stöd hänvisar utredningen till betänkande *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.¹¹²

¹¹² SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

7 Översyn av stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa

I kapitel 6 redogör vi för kunskapsläget om stöd för återgång i arbete för de som har en anställning, och vilka initiativ som under de senaste åren tagits för att stärka stödet. I det här kapitlet beskriver vi hur stödet för återgång till arbete ser ut för de individer som inte har en anställning eller som riskerar att behöva ställa om med anledning av att de inte kan återgå till sitt arbete på grund av medicinska skäl.

Gruppen som inte har en anställning är heterogen. Den rymmer exempelvis individer som varit etablerade på arbetsmarknaden, men som var arbetslösa när de fick en sjukdom som satte ned deras arbetsförmåga, och som ledde till en sjukskrivning med sjukpenning. Den rymmer också individer som av olika skäl blivit arbetslösa under den tid som de är sjukskrivna och har sjukpenning. I gruppen finns också de individer som uppburit sjukpenning, som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga, som inte kan återgå till sitt ordinarie arbete på grund av medicinska skäl och därför kan ha behov av stöd av Arbetsförmedlingen för att komma åter till arbete. De sistnämnda kan ha kvar sin anställning, men kan vara i behov av stöd för att deras arbetsförmåga ska kunna tas tillvara i ett annat arbete. Därutöver finns också i gruppen de individer som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som därför inte har rätt till sjukpenning, när deras arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. En del av dessa individer uppstår försörjningsstöd, andra försörjs av närstående eller lever av kapital.

Behovet av stöd skiljer mellan de individer som är arbetslösa men som nyligen haft ett arbete, och som har goda möjligheter att få ett nytt arbete, de individer som står långt från arbetsmarknaden, och de individer för vilka arbetsoförmåga på grund av sjukdom kan vara en av flera faktorer som försvårar arbetsåtergång.

Utredningen har prioriterat att redogöra för de åtgärder och insatser som i dag riktas till gruppen. Vi har inte genomfört någon genomgång av kunskapsläget om stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Ett viktigt skäl till att vi inte genomfört en sådan genomgång är att vi bedömer det som svårt att skilja mellan kunskap om åtgärder för individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, från det som är kunskap om effektiva arbetsmarknadsåtgärder för arbetslösa individer och kunskap om vad som är effektivt stöd för individer som av flera skäl befinner sig långt från arbetsmarknaden. Att se över kunskapsläget beträffande stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom skulle därför till stora delar handla om att redogöra för kunskap som vi bedömer ligger utanför ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

7.1 Stöd för återgång i arbete genom det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Bedömning:

- Antalet individer som är i behov av stöd genom Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens rehabiliteringssamverkan är fler än de som får stöd i dag.
- *Omställningsmötet* ger inte individer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga, och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, de goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen som de behöver.
- De regelkonflikter som försvårar Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens möjligheter att samverka för att individer ska få ändamålsenligt stöd att återgå i arbete behöver lösas ut.
- Det behövs en ökad tydlighet om hur information från Arbetsförmedlingens utredningar om en individs förmåga kan tas tillvara när Försäkringskassan ska bedöma en individs arbetsförmåga.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett samarbete sedan 2003.¹ År 2012 infördes det så kallade *förstärkta samarbetet*² som innebär att myndigheterna enligt likalydande uppdrag i sina respektive regleringsbrev i samarbete ska:

utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få arbete. Behov av insatser ska identifieras och mötas så tidigt som möjligt för kvinnor och män som har behov av aktiva rehabiliteringsinsatser. Genom samverkan ska myndigheterna bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro över tid.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.³

Det förstärkta samarbetet omfattar:

- *rehabiliteringssamverkan* som innefattar gemensam kartläggning och aktiva insatser,
- *övergången* som innefattar kontaktmöten och omställningsmöten.

År 2018 avsattes 691 miljoner kronor till det förstärkta samarbetet. Av dessa har 364 miljoner kronor tilldelats Arbetsförmedlingen för personalkostnader och 216 miljoner kronor har tilldelats Försäkringskassan för personalkostnader. Totalt har 111 miljoner kronor avsatts för programkostnader. År 2018 förbrukades cirka 664 miljoner kronor av de tilldelade medlen. Myndigheterna bedriver strategisk och operativ samverkan på nationell, regional och lokal nivå. Överenskommelser tecknas av ansvariga chefer på alla organisatoriska nivåer, se mer om det i avsnitt 4.3.4.

¹ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och unga med aktivitetsersättning*.

² Detta redogör vi även för i kapitel 4.

³ Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan, Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.

7.1.1 Rehabiliteringssamverkan – gemensam kartläggning och aktiva insatser

Syftet med Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens rehabiliteringssamverkan är att öka individens förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få arbete. Det är Försäkringskassan som bedömer om en individ med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan behöva arbetslivsinriktad rehabilitering och därför anmäler individen till en så kallad *gemensam kartläggning*. Vid den gemensamma kartläggningen kommer Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen fram till om insatser från Arbetsförmedlingen kan förkorta individens tid i sjukförsäkringen och stödja individens återgång till arbete. I den gemensamma kartläggningsfasen kan också andra aktörer som exempelvis hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller en arbetsgivare, delta. Utifrån den gemensamma kartläggningen tar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen ställning till om individen ska delta i aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen, och i vilken omfattning.

Det är Arbetsförmedlingens ansvar att bedöma och besluta om insatser i rehabiliteringssamverkan. Insatserna ges av Arbetsförmedlingen, eller av externa leverantörer på uppdrag av Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ansvarar för att samordna insatserna samt att se till att rehabiliteringsplanen följs. Den individ som får stöd inom ramen för rehabiliteringssamverkan har således en plan som är upprättad mellan individen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och har en utsedd handläggare hos Försäkringskassan och en utsedd förmedlare hos Arbetsförmedlingen. Individ, handläggare och förmedlare träffas kontinuerligt och stämmer av hur planen efterlevs. Vilka insatser som kan vara aktuella hos Arbetsförmedlingen beror på individens förutsättningar. Aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen består av arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade insatser:

Arbetsförberedande insatser erbjuds personer som har en låg eller instabil aktivitetsnivå. De syftar till att förbereda och stärka personen för att kunna delta i arbetslivsinriktade insatser. Exempel på aktiviteter som är arbetsförberedande är studiebesök, stödsamtal, gruppaktiviteter och insatser från Arbetsförmedlingens specialistkompetenser.

Arbetslivsriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser. Insatserna är ofta arbetsplatsförlagda såsom arbetspraktik, men det kan även handla om en kombination av olika stödinsatser och jobbsökaraktiviteter.⁴

År 2018 deltog 8 638 individer i en gemensam kartläggning och 75 procent av dessa gick vidare till aktiva insatser.

7.1.2 Övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden – kontaktmöten och omställningsmöten

När Försäkringskassan bedömer att en individ sannolikt kommer att ha arbetsförmåga vid dag 180 i rehabiliteringskedjan, kan Försäkringskassan erbjuda ett så kallat *kontaktmöte* med Arbetsförmedlingen. Kontaktmötet genomförs tidigast dag 91 i rehabiliteringskedjan. Syftet med mötet är att ge individen möjlighet att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen och kunna söka arbete under pågående sjukskrivning.

Från och med den 1 juli 2018 införde myndigheterna en ny mötesform, *omställningsmötet*, som ersatte det tidigare så kallade *överlämningsmötet*. *Överlämningsmötet* var ett möte med Arbetsförmedlingen som Försäkringskassan erbjöd individer som inte längre hade rätt till sjukpenning samt personer som fått avslag på ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Om individen ville ha ett *överlämningsmöte* så genomfördes mötet efter att beslutet om avslag på ansökan om ersättning var fattat.

I myndigheternas regleringsbrev 2018 utökades det förstärkta samarbetet till att även omfatta de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga och därmed inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Uppdraget till myndigheterna uttrycks enligt följande:

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras

⁴ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019). *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 11.

och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.⁵

Överlämningsmötet ersattes under våren 2018 av *omställningsmötet*. Omställningsmötet erbjuds och genomförs innan Försäkringskassan fattat beslut om att inte längre betala sjukpenning. Mötet flyttades till innan Försäkringskassans beslut i syfte att öka individens förutsättningar för en bra omställning från sjukförsäkringen till arbetslivet.⁶ Omställningsmötet är ett rent informationsmöte, vid vilket individen får information om vilket stöd Arbetsförmedlingen kan ge, om och när individen ska söka ett nytt arbete. Omställningsmötet medför inte att individen skriver in sig hos Arbetsförmedlingen. Till skillnad från mötet i den gemensamma kartläggningen är den arbetsförmedlare som individen möter hos Arbetsförmedlingen vid omställningsmötet inte den arbetsförmedlare individen kommer att ha kontakt med, eller träffa, när individen skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen. År 2018 genomfördes 597 kontaktmöten och 3 109 omställningsmöten. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen följer andelen omställningsmöten i förhållande till antal individer som får avslag på ansökan om sjukpenning i pågående fall. Myndigheternas slutsats är att de individer som har behov av ett omställningsmöte också deltar i ett sådant möte, vilket är cirka 17 procent av de individer som får avslag på ansökan om sjukpenning i pågående fall.⁷

7.1.3 Resultat av det förstärkta samarbetet

Sammantaget fick 12 344 individer ta del av aktiviteter som ligger inom ramen för det förstärkta samarbetet, inklusive kontaktmöten och omställningsmöten under 2018. Av dessa individer deltog 8 092 i aktiva insatser. I Socialförsäkringsrapport 2018:11, *Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna* drogs följande slutsatser beträff-

⁵ Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen. Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.

⁶ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 17.

⁷ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 19.

fande det arbete inom det förstärkta samarbetet som bedrivs inom den så kallade rehabiliteringssamverkan:

- en personlig kontakt innan gemensam kartläggning tycks spela roll för resultatet av de aktiva insatserna,
- det är inte möjligt att förutse vilka individer som har störst behov av det förstärkta samarbetet och bäst förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna,
- resultaten av insatserna är goda, även för de som vid den gemensamma kartläggningen bedöms ha en låg aktivitetsförmåga,
- granskningen visar att Arbetsförmedlingens specialister skulle använts oftare för att höja kunskapen om individens behov och förutsättningar när insatser ska påbörjas,
- försämrad hälsa är den vanligaste orsaken till att en deltagare i det förstärkta samarbetet går tillbaka till Försäkringskassan.

I september 2019 tog Försäkringskassan fram ett dialogmaterial, *Ge fler möjlighet – våga prova*, som gick ut till chefer hos Försäkringskassan i syfte att ge fler individer möjlighet att få ta del av stöd från Arbetsförmedlingen inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna. I dialogmaterialet konstateras att resultaten av insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet är goda, vilket analysen av samarbetet visar, men att inflödet till gemensam kartläggning är lågt och det är få individer som får chansen att få ta del av det förstärkta samarbetet. I dialogmaterialet är uppmaningen att låta fler individer få möjlighet till en gemensam kartläggning. Det huvudsakliga skälet till att låta fler individer få del av en kartläggning är att den gemensamma kartläggningen inte bara kan leda till insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet, utan även kan klagöra andra behov som till exempel att individen kan gå vidare till insatser inom samordningsförbund.⁸

Arbetsförmedlingens uppdrag inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen omfattar, som nämns ovan, även samarbetet kring personer som inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen genom att omställningsmötet ingår som del i det förstärkta samarbetet. Utöver själva omställningsmötet har Arbets-

⁸ Försäkringskassan (2019), *Dialogmaterial till chefer*.

förmedlingen inget särskilt uppdrag för individer som varit sjukskrivna, uppburit sjukpenning och av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga. När en individ av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga arbetar Arbetsförmedlingen på samma sätt med dessa individer som med övriga arbetssökande och individen erbjuds insatser utifrån identifierade behov.

7.1.4 Regelkonflikter som försvårar det förstärkta samarbetet

Att inflödet till rehabiliteringssamverkan är lågt kan delvis förklaras av att Försäkringskassan 2018 gjorde ett internt förtydligande gällande rehabiliteringsersättning som fick påverkan på myndigheternas rehabiliteringssamverkan. I förtydligandet klargjordes att lägsta möjliga omfattning av rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringspenning är en fjärdedel av en individs normala arbetstid. Förtydligandet har lett till att samverkan i det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna försvårats. En gemensam kartläggning kan leda till en arbetsmarknadspolitisk bedömning som i sin tur kan visa att individen har behov av en insats i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Om den aktivitet (inom ramen för det arbetsmarknadspolitiska programmet) som individen ska delta i understiger 25 procent av individens ordinarie arbetstid, kan individen inte få rehabiliteringspenning. För att kunna fortsätta erbjuda stöd till individer som har en lägre aktivitetsförmåga än 25 procent av sin ordinarie arbetstid och därmed inte kan få rehabiliteringsersättning, ändrade myndigheterna sitt gemensamma arbetssätt och i dag kan dessa individer påbörja sin rehabilitering hos Arbetsförmedlingen och under denna tid uppbära sjukpenning. Detta möjliggörs genom att Arbetsförmedlingen kan arbeta med personer inom ramen för det förstärkta samarbetet utan att anvisa dem till ett arbetsmarknadspolitiskt program. Men de insatser som dessa individer kan få ta del av begränsas till sådana insatser som Arbetsförmedlingen kan erbjuda i egen regi i Arbetsförmedlingens lokaler. Studiebesök på arbetsplatser eller arbetsträning utanför Arbetsförmedlingens lokaler är inte möjligt för dessa individer med anledning av att de, när de uppbär sjukpenning, saknar sakskadeförsäkring. Försäkringskassan har lämnat en framställan om att komplettera sakskadestyddet för arbetsgivare och andra anordnare som tar emot individer som får sjukpenning för att möjliggöra

för dessa individer att göra besök på arbetsplatser som en del i arbetsförberedande insatser.⁹ Myndigheterna har också i åiterrapporteringen av ett gemensamt regleringsbrevsuppdrag 2017 sett över regelverket avseende ersättning vid deltagande i insatser som bedrivs i rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna.¹⁰ Myndigheternas översyn resulterade i en skrivelse till regeringen med ett antal förslag om författningsändringar i socialförsäkringsbalken, förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd samt förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.¹¹ Ett förslag remitterades under 2018.¹² Förslaget bereds för närvarande vidare i regeringskansliet.¹³

7.1.5 Från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan

I dag finns ingen särskild rutin för hur en individ går från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan. De individer som är i behov av en övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan är de som på grund av sjukdom inte kan delta i arbetsmarknadspolitiska program trots anpassning av programmen. När en individ som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program blir sjuk ska hen lämna ett läkarintyg till Arbetsförmedlingen som styrker att hen inte kan delta i programmet.¹⁴ Med ett sådant underlag som grund bedömer Arbetsförmedlingen om det går att anpassa programmet så att individen kan delta, i någon omfattning, trots sjukdom. Om det inte går att anpassa programmet blir individen utskriven ur programmet efter 30 dagar¹⁵ och de flesta av dessa individer ansöker troligen om sjukpenning.

Mellan 2012 och 2019 fanns en rutin som innebar att Arbetsförmedlingen kunde ta initiativ till gemensam kartläggning med Försäkringskassan för en individ utan att individen hade ett läkar-

⁹ Försäkringskassan (2019) *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.*

¹⁰ Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Arbetsförmedlingen och Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.

¹¹ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017) *Skrivelse till regeringen. Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*, s. 4.

¹² Ds 2018:32, *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering*.

¹³ Prop. 2019/20:126, *Några frågor om rehabiliteringsersättning och vårdbidrag*.

¹⁴ <https://arbetsformedlingen.se/halso--och-sjukvarden/lakarintyg-for-deltagare-i-program>. Hämtad 2020-03-03.

¹⁵ <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/stod-och-ersattning/att-delta-i-program/om-du-ar-sjuk-i-mer-an-sju-dagar>. Hämtad 2020-03-27.

intyg och utan att individen behövde ansöka hos Försäkringskassan om samordning av rehabiliteringsinsatser. Skälet till att detta arbets sätt togs bort var att Försäkringskassan utan läkarintyg och ansökan saknade underlag. De kunde då inte bedöma om individens arbetsförmåga var nedsatt på grund av sjukdom eller om individen hade behov av samordnade insatser för att kunna komma åter till arbete, vilket i sin tur betydde att det saknades förutsättningar för att ta ställning till behov av rehabiliteringssamverkan. Om Arbetsförmedlingen i dag bedömer att en individ som är inskriven hos Arbetsförmedlingen är i behov av stöd genom det förstärkta samarbetet ska Arbetsförmedlingen uppmana individen att ansöka om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan.¹⁶

I dialog med Försäkringskassan framkommer att det inte finns någon rutin för hur Försäkringskassan ska använda utredningsunderlag från Arbetsförmedlingen när Försäkringskassan gör bedömning om arbetsförmågans nedsättning. Det finns heller ingen rutin som anger när Försäkringskassan ska begära in underlag från Arbetsförmedlingen, om sådana finns, när en individs arbetsförmåga ska bedömas. I SOU 2020:06 granskades 150 ärenden och inte i något av dessa 150 ärenden gick att se att Försäkringskassan inhämtat underlag från Arbetsförmedlingen när bedömning av en individs arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete skulle göras.¹⁷ Att Arbetsförmedlingens bedömningar har relativt liten betydelse för Försäkringskassans bedömningar om arbetsförmåga i normalt förekommande arbete visar också de intervjuer med handläggare som genomfördes inom ramen för utredningen.¹⁸ I en dom från Högsta förvaltningsdomstolen 2018 konstaterar domstolen att:

[...] Försäkringskassan vid sin prövning har anledning att beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan (jfr bet. 1996/97: SfU6 s. 10 och HFD 2012 not. 16).¹⁹

¹⁶ Försäkringskassan (2019), *Information om att Försäkringskassan inför en ansökan om samordning av rehabiliteringsinsatser inför gemensam kartläggning*.

¹⁷ SOU 2020:06. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 19.

¹⁸ SOU 2020:06. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 119.

¹⁹ HFD 2018:51.

Av Försäkringskassans vägledning framgår:

Att Försäkringskassan ska beakta en arbetsförmågeutredning som Arbetsförmedlingen har gjort innebär att utredningen *kan* vara vägledande *men inte behöver vara avgörande* för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. Värderingen av ett sådant underlag ska göras på samma sätt som värderingen av de övriga underlag som Försäkringskassan har att ta ställning till, som till exempel läkarintyg eller utlåtanden från försäkringsmedicinska rådgivare.²⁰

I dialog med Försäkringskassan framkommer det dock att det inte finns något särskilt framtagen mall för Arbetsförmedlingen att använda när information om utredning av en individs arbetsförmåga ska lämnas till Försäkringskassan, vilket det exempelvis gör för läkare (läkarintyget).

7.1.6 Utredningens slutsatser

Fler individer bör få ta del av rehabiliteringssamverkan

Vår bedömning är att fler individer har behov av stöd i form av rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen än de som får det i dag.

I *Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna* konstateras att resultaten av insatserna inom ramen för det förstärkta samarbetet är goda, även för de som vid den gemensamma kartläggningen bedömts ha en låg aktivitetsförmåga.²¹ Trots detta har inflödet till gemensamma kartläggningar minskat årligen sedan 2016.

Enligt Försäkringskassans årsredovisning 2018 fick 67 291 individer sjukpenning på fortsättningsnivå 2018. Sjukpenning på fortsättningsnivå är till för de individer som har sjukfall som av olika anledningar inte kan avslutas inom ett år, men vars sjukdom inte bedöms vara allvarlig. Om individen har en allvarlig sjukdom fås sjukpenning på normalnivå.²² Enligt Försäkringskassans vägledning beviljades individer med sjukpenning på fortsättningsnivå tidigare ofta tidsbegränsad sjukersättning, men med anledning av att tidsbegränsad sjukpenning ofta ledde till en permanent sjukersättning

²⁰ Försäkringskassan (2019), *Vägledning 2015:1 Version 12*, s. 101.

²¹ Försäkringskassan (2018), *Socialförsäkringsrapport 2018:11 Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna*.

²² 27 kap. 23 § SFB.

ansåg regeringen att förlängd sjukpenning, det vill säga sjukpenning på fortsättningsnivå, var en mer flexibel ersättningsform som gav individen bättre möjligheter att pröva återgång i arbete.²³ I en skrivelse till regeringen från Försäkringskassan 2017 föreslår myndigheten förändringar i reglerna om rätten till sjukersättning. Skälen till förslaget om regeländringar är att dagens regelverk gör att individer blir kvar i långa sjukskrivningar, vilket myndigheten bedömer bland annat beror på att rätten till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan bedöms mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp, normalt förekommande arbete, än det som gäller för prövningen av rätt till sjukersättning, där arbetsförmåga bedöms mot ett arbete på arbetsmarknaden. I begreppet arbetsmarknaden ingår anpassade arbeten, subventionerade anställningar i form av lönebidrag, utvecklingsanställning, trygghetsanställning och särskilt nystartsjobb samt helt skyddade anställningar på Samhall. Om individen bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning och någon prövning av om det rent faktiskt existerar ett sådant arbete vid beslutstillfället eller kan ordnas i framtiden görs inte och behöver inte göras enligt domstolspraxis.²⁴ Av Försäkringskassans skrivelse till regeringen framgår att Försäkringskassan bedömer att det bland sjukfall längre än 2,5 år finns individer som har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i relation till ett normalt förekommande arbete samtidigt som rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda, men där ett subventionerat eller skyddat arbete som de bedöms klara inte finns tillgängligt inom en överskådlig tid.²⁵

Ovanstående visar att det finns individer som uppbär sjukpenning på fortsättningsnivå och som inte är i behov av insatser inom ramen för rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, eftersom deras rehabiliteringsmöjligheter är uttömda, men som bedöms kunna klara ett subventionerat eller skyddat arbete. Vi anser att det bland de 67 291 individer med sjukpenning på fortsättningsnivå torde finnas fler individer än 8 638 som har rehabiliteringspotential och som borde kunna vara i behov av insatser inom rehabiliteringssamverkan. Vi bedömer därför att nuvarande inflöde till rehabiliteringssamverkan mellan Försäkrings-

²³ Försäkringskassan (2019), *Vägledning 2015:1 Version 12*, s. 61.

²⁴ Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017.

²⁵ Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017, s. 6.

kassan och Arbetsförmedlingen är uppseendeväckande lågt i relation till hur många individer som uppbär sjukpenning på fortsättningsnivå.

Det finns skäl att ifrågasätta om omställningsmötet leder till goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna

Vår uppfattning är att omställningsmötets konstruktion inte leder till det som uppdragen i myndigheternas respektive regleringsbrev syftar till. Omställningsmötet leder inte till att skapa goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna och att individens behov av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete.

Det finns individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen efter att deras sjukpenning dragits in som är i behov av ett mer omfattande stöd från Arbetsförmedlingen för att de ska kunna komma åter i arbete. Att ge sådant stöd är en del av Arbetsförmedlingens ordinarie uppdrag. Om en individ, efter att Försäkringskassan dragit in hens sjukpenning skriver in sig hos Arbetsförmedlingen gör Arbetsförmedlingen enligt gängse ordning en arbetsmarknadspolitisk bedömning. Vid en sådan bedömning kan det visa sig att individen har behov av extra stöd till följd av nedsatt hälsa och individen kan då få insatser inom ramen för ett arbetsmarknadspolitiskt program. De insatser som individen då får, är samma typ av insatser som ges de individer som ingår i rehabiliteringssamverkan.

Som vi redogör för ovan så har omställningsmötet ingen annan funktion än att vara ett rent informationsmöte för individen om vad Arbetsförmedlingen kan erbjuda arbetssökande i generella termer. Det betyder att individen inte skriver in sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen i direkt anslutning till omställningsmötet, utan efter att omställningsmötet är genomfört och efter att Försäkringskassan dragit in sjukpenningen. Omställningsmötet är en engångshändelse som inte leder till en fast kontakt hos Arbetsförmedlingen och när individen skrivit in sig, finns ingen information hos Arbetsförmedlingen som visar att individen deltagit i ett omställningsmöte. När individen är inskriven kan Arbetsförmedlingen komma fram till att individen behöver extra stöd genom ett arbetsmarknadspolitiskt program för att komma åter i arbete. Den bedömningen görs inte i

direkt relation till själva övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen och kan därför inte ses som en del i myndigheternas uppdrag som är *att gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete.*

Då det gäller de medel som är avsatta för insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet, används dessa medel till att bekosta insatser för individer som deltar i rehabiliteringssamverkan. Dessa medel används inte till insatser riktade till de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete, trots att en del av dessa individer är i behov av stöd för att kunna ställa om till ett annat arbete.

Regelkonflikterna behöver lösas ut

Som beskrivs ovan så försvåras samverkan mellan myndigheterna av att det finns regelkonflikter mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Å ena sidan kan individer med en aktivitetsförmåga under 25 procent inte ingå i ett arbetsmarknadspolitiskt program eftersom de då inte kan få rehabiliteringsersättning och därmed inte omfattas av sakskaideskydd, vilket i sin tur betyder att de inte kan delta i insatser hos externa leverantörer. Å andra sidan finns det inget som reglerar omfattningen av en individs deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Hindret för medverkan i arbetsmarknadspolitiska program ligger med andra ord inte i det regelverk som reglerar programmen i sig och inte heller i praktiska hänsyn för programmets utformning. Snarare är det reglerna i socialförsäkringsbalken som i detta fall sätter gränser för medverkan i arbetsmarknadspolitiska program i Arbetsförmedlingens regi. Det kan knappast vara avsikten att individer som behöver, och skulle kunna få, stöd i program utformade för att ge dem stöd hindras till detta. Det finns också andra regelfrågor som myndigheterna uppfattar som försvårande och som handlar om att det finns flera möjliga ersättningar för deltagare i rehabiliteringssamverkan. Det gör det svårt för deltagaren att förstå vad som gäller avseende de olika ersättningsformerna och leder också till betungande administra-

tion.²⁶ Det är viktigt att de regelverksfrågor som av myndigheterna identifierats som problematiska löses ut för att myndigheternas arbete med att ge individer i det förstärkta samarbetet ett ändamålsenligt stöd ska löpa så effektivt som möjligt.

Förtydliganden behövs om hur Försäkringskassan ska använda Arbetsförmedlingens utredningsunderlag när individens arbetsförmåga ska bedömas

Vi har under utredningens gång fått information om att det finns ett behov av en övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan. En övergång från arbetsmarknadspolitiken till socialförsäkringen är komplicerad eftersom en övergång till sjukförsäkringen måste föregås av en ansökan om sjukpenning. Först när ansökan har kommit till Försäkringskassan kan anspråket utredas. Även om individens och arbetsförmedlarens uppfattning är att individen inte kan vara arbetssökande eller delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program på grund av sjukdom, behöver individen ansöka om sjukpenning eller om samordning av rehabiliteringsinsatser för att Försäkringskassan ska kunna fatta ett beslut. Att använda metoden gemensam kartläggning som ett arbetssätt för att Försäkringskassan ska få kännedom om en individ som ska ansöka om sjukpenning eller om samordning av rehabiliteringsinsatser är inte ändamålsenligt med anledning av att det inte är möjligt att göra någon fortsatt planering för individen eftersom individen inte har ett ärende hos Försäkringskassan förrän ansökan är godkänd. Vi bedömer dock att den information som Arbetsförmedlingen har om en individ och hans arbetsförmåga med systematik behöver tas tillvara och beaktas i Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

²⁶ Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*, s. 18.

7.2 Stöd för återgång i arbete för individer som uppbär försörjningsstöd

Bedömning: Det finns betydande risk för att individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, inte får det stöd de behöver för att kunna återgå till arbete. Därför finns det anledning att vidare utreda hur målgruppens behov av stöd bäst ska kunna tillgodoses.

Den som saknar SGI har inte rätt till sjukpenning (mer om reglerna avseende SGI i avsnitt 2.1.1). Om individen har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och inte kan få sjukpenning eller försörja sig på annat vis, kan individen ansöka om försörjningsstöd hos kommunen. Individen kan ha rätt till försörjningsstöd om hen inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt.²⁷ En del individer kan ha arbetsoförmåga på grund av sjukdom under tiden de uppbär försörjningsstöd. Enligt socialtjänstlagen 4 kap. 4–5 §§ får socialnämnden begära att den som får försörjningsstöd ska delta i praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om individen inte kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Om individen inte deltar i anvisad aktivitet kan socialnämnden helt eller delvis avslå individens ansökan om ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 5 § socialtjänstlagen. Ett godtagbart skäl för individen att inte delta i anvisad aktivitet kan vara sjukdom. Det är socialsekreteraren som bedömer om ekonomiskt bistånd kan beviljas när individen är förhindrad att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom. Individen kan behöva visa läkarintyg, eller annan dokumentation av sina svårigheter, men det finns inga formaliserade krav på socialsekreterarens bedömning av oförmåga att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom. Socialnämnden har inte heller rätt att kräva läkar- eller psykologutredning när individen ansöker om ekonomiskt bistånd om individen motsätter sig det.²⁸ Försäkringskassan har det samordnande rehabiliteringsansvaret för individer som inte har någon SGI på samma sätt som för individer med SGI.²⁹ Individer utan SGI kan ansöka om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. För att Försäkringskassan ska kunna

²⁷ 4 kap. 1 § Socialtjänstlag (2001:453).

²⁸ Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*, s. 84–85.

²⁹ 27 kap. 25 § SFB.

göra en bedömning av behovet av samordnad rehabilitering behöver den som ansöker bifoga ett aktuellt läkarintyg som styrker att hens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom.³⁰

7.2.1 Viljeinriktning om samverkan kring individer som saknar SGI

År 2016 undertecknades en viljeinriktning av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR med syfte att individer med arbetsförmåga på grund av sjukdom som saknar SGI skulle få möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering. I viljeinriktningen anges att de undertecknande aktörerna förordar att aktörerna lokalt utvecklar arbetssätt liknande ett arbetssätt som utvecklades i Halmstad under åren 2012–2014. Enligt det arbetssättet klarlägger socialsekreteraren individens resurser och hinder utifrån individens medicinska underlag. Denna arbetsuppgift bedöms ligga inom ramen för socialtjänstens uppdrag eftersom det är en del i arbetet att hjälpa individen till självförsörjning. Socialsekreteraren meddelar Försäkringskassan när hen bedömer att en individ har behov av samordnad rehabilitering. Arbetssättet kräver att socialsekreteraren genom utbildningsinsatser från Försäkringskassan får försäkringsmedicinsk kunskap för att kunna veta hur uppgifter i medicinska underlag ska användas när bedömning av rehabiliteringsbehov ska göras.³¹ År 2019 genomförde SKR en enkätundersökning bland landets kommuner för att få bättre bild av utvecklingen av ekonomiskt bistånd. Enkäten besvarades under november–december 2019 och hade en hög svarsfrekvens (93 procent) vilket ger god tillförlitlighet vad gäller resultatet. En av frågorna i enkäten handlade om huruvida kommunerna har samarbete andra aktörer avseende individer som saknar SGI. Av de svarande kommunerna angav 28 procent att de hade ett samarbete med Försäkringskassan kring målgruppen. Endast 18 kommuner av 290 svarade att de arbetar enligt Halmstadsmodellen.³²

³⁰ Försäkringskassans blankett FK 7434.

³¹ SKR, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*

³² SKR (2019.) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019.*

7.2.2 Den nya funktionen för koordinering kan leda till att fler individer som saknar SGI får sitt behov av rehabilitering utrett av Försäkringskassan

I den nya lagen om koordinerade insatser för sjukskrivna patienter så ska regionen, om individen samtycker till det, informera Försäkringskassan om individen bedöms ha behov av samordnad rehabilitering enligt 8 § 30 kap. SFB. Det i sin tur kan innebära att fler individer som saknar SGI, men som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och är i behov av samordnade insatser, kan aktualiseras hos Försäkringskassan och få sina behov av samordnade rehabiliteringsinsatser utredda och få rehabiliterande insatser samordnade. För att en bedömning av individens behov av samordnade insatser ska kunna göras inom hälso- och sjukvården krävs att individen blir sjukskriven. Sjukskrivning är, enligt lagen om funktion för koordinering, en förutsättning för att koordinerande insatser ska bli aktuella och därmed är sjukskrivning också en förutsättning för att en bedömning av behov av samordnade insatser ska göras.³³

7.2.3 Utredningens slutsatser

Vår slutsats är att det är en risk att individer som saknar SGI och som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till stöd för att kunna återgå i arbete. Utredningen har tagit emot ett underlag där SKR kortfattat gett en bild av vilka utmaningar som finns i kommunerna när det gäller arbetet med individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI.³⁴ Med utgångspunkt i underlaget bjöd utredningen in företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och SKR, avdelningen för Utbildning och arbetsmarknad och avdelningen för Vård och omsorg, till ett samtal om hur stödet för återgång i arbete för individer som saknar SGI fungerar i dag. Ett antal utmaningar för ett välfungerande stöd för återgång i arbete för målgruppen diskuterades vid mötet. Dessa utvecklas nedan.

³³ 4 § lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

³⁴ SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Socialtjänsten har inte i uppdrag att bedöma arbetsförmåga

Ett av skälen till att det finns risk för att individer inte får tillgång till insatser för att kunna återgå till arbete är att socialtjänsten inte har i uppdrag att bedöma rätten till försörjningsstöd i relation till om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Socialtjänsten bedömer om individen har rätt till bistånd oavsett skäl till att individen inte själv kan tillgodose sina behov eller på annat sätt få dem tillgodosedda. Om socialtjänsten bedömer att det finns godtagbara skäl till att individen inte står till arbetsmarknadens förfogande så har individen rätt till försörjningsstöd.³⁵ I socialtjänstlagen finns inte krav på att en individ ska styrka sin oförmåga att delta i aktivitet på grund av sjukdom med ett medicinskt underlag. Dock ställs ofta krav på den enskilde att styrka arbetsoförmåga om denne inte deltar i anvisad aktivitet. I vissa fall är det för socialtjänsten ställt utom rimligt tvivel att personen har arbetsoförmåga. I andra fall är det svårare att bedöma och individen kan då bli ombedd att inkomma med underlag, såsom läkarintyg. Som redogjorts för ovan så är kunskap om bedömning av innehåll i medicinska underlag inte kunskap som socialsekreterare normalt sett har, eftersom det inte ligger inom ramen för deras uppdrag. Det arbetssätt som förordas i den viljeinriktning som beskrivs ovan innebär att socialsekreteraren ska klarlägga individens resurser och hinder utifrån individens medicinska underlag, något som kräver att socialtjänstsekreteraren får en utbildning i försäkringsmedicin. När sådan kunskap inte finns hos socialtjänsten så finns det en risk för individens förmåga att delta i aktivitet inte uppmärksammas, och heller inte individens behov av rehabiliterande insatser för att kunna återgå i arbete.

Få individer som saknar SGI får sina behov av samordnade insatser utredda av Försäkringskassan

Ett annat skäl till att det finns risk att individer utan SGI och som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till insatser, är att de inte får sina behov av samordnade rehabiliteringsinsatser utredda av Försäkringskassan. Det finns risk att Försäkringskassan inte får kännedom om dessa individer eftersom individen behöver själv ansöka om samordning av rehabiliteringsinsatser och för att

³⁵ 4 kap. 1 § socialtjänstlag (2001:453).

göra det behöver de ett aktuellt läkarintyg. Eftersom det inte ligger inom ramen för socialtjänstens uppdrag att utreda om individen har arbetsförmåga på grund av sjukdom och heller inte utreda om det finns behov av rehabiliterande insatser för att individen ska kunna återfå arbetsförmåga finns det heller ingen skyldighet för socialtjänsten att hänvisa individer till Försäkringskassan för att behov av samordnade insatser ska utredas. Kunskapen om aktörernas ansvarsområden kan förväntas vara låg hos dessa individer, vilket i sin tur sannolikt innebär att det är få av de individer som saknar SGI, som har arbetsförmåga på grund av sjukdom och som på eget bevåg ansöker om samordning hos Försäkringskassan. I avsnitt 3.1.5 redovisar att det under år 2018 var totalt 536 individer personer, som hade försörjningsstöd och saknade SGI, som beviljades samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. Om både individen och socialsekreterarna har låg kännedom om vad det som krävs för att en individ ska kunna få stöd från Försäkringskassan, kan det leda till att impulser om dessa individers behov av stöd inte lämnas till Försäkringskassan.

Om Försäkringskassan inte får kännedom om dessa individer och kan utreda deras behov av samordnade insatser, betyder det i sin tur att dessa individer heller inte får tillgång till insatserna inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, eftersom den enda ingången till insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet är via Försäkringskassan.

Viljeinriktningen är otillräcklig

Ovan nämnda viljeinriktning, med beskrivet arbets sätt, har förtjänster och om aktörerna arbetade i enlighet med viljeinriktningen skulle fler individer få stöd för att återgå i arbete. Ökade kunskaper i försäkringsmedicin hos socialsekreterarna kan vara en pragmatisk lösning för att under rådande förhållanden ge enskilda bästa stöd. Men eftersom det inte ingår i socialtjänstens ordinarie uppdrag att förvärva och använda sådan kunskap, samtidigt som det inte heller ingår i Försäkringskassans uppdrag att tillhandahålla socialtjänsten sådan kunskap, kommer kompetens att utvecklas på frivillig basis, vilket inte borgar för stabilitet över tid. Om kommuner och Försäkringskassan samverkar på olika sätt runt om i landet leder det också till

att individers möjligheter till stöd kommer att skilja sig åt beroende på var i landet de bor. De läkarintyg som ska ligga till grund för bedömningar inom socialtjänsten är heller inte ändamålsenligt utformade för att utgöra grund för bedömning av möjligheter att delta i anvisad aktivitet, eftersom dessa intyg utfärdas för att ligga till grund för bedömning av rätt till sjukpenning när arbetsförmåga på grund av sjukdom är nedsatt. Som vi redogör för ovan har viljeinriktningen heller inte fått genomslag.

Hur målgruppens behov av stöd ska kunna tillgodoses behöver utredas vidare

Vi anser att det behöver utredas hur denna målgrupps behov av stöd kan identifieras och mötas. Vår uppfattning är att det inte är ändamålsenligt att det är Försäkringskassan som ska ha ansvar att samordna insatser för att dessa individer ska kunna komma åter till arbete. Ett av skälen till detta är att vi bedömer det vara svårt att skilja ut individer som har arbetsförmåga på grund av sjukdom och uppbär försörjningsstöd från andra grupper som uppbär försörjningsstöd hos kommunen som också har behov av olika typer av insatser för att kunna komma åter i arbete. Ett annat skäl är att socialtjänsten är den aktör som har kännedom om dessa individer och deras behov av stöd för att komma åter i arbete. Under utredningens gång det framkommit från olika aktörer att de insatser som sannolikt är mest ändamålsenliga för denna målgrupp är insatser som finansieras av samordningsförbund. Detta är dock något som inte vi inte kan belägga, och vi menar därför att frågan om samordningsförbundens betydelse för målgruppen ytterligare behöver utredas.

7.3 Stöd för återgång i arbete genom samordningsförbund

Bedömning: Samordningsförbunden kan spela en viktig roll för de individer som har arbetsförmåga på grund av sjukdom, som står långt ifrån arbetsmarknaden och som behöver omfattande stöd för att kunna återgå i arbete. Effekter av insatser som finansieras av samordningsförbund behöver dock följas upp och

utvärderas med systematik, något som framförts av flertalet tidigare utredningar. Kunskap om effektiva insatser behöver spridas i högre utsträckning och förutsättningarna för att effektiva insatser ska kunna bedrivas med långsiktighet behöver stärkas.

Samordningsförbundens uppgift är att finansiera insatser för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser för att de ska uppnå eller förbättra förmåga att utföra förvärvsarbete, samt stödja samverkan mellan samverkansparterna.³⁶ Samordningsförbund består av fyra parter, kommun, region, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. År 2018 fanns 83 samordningsförbund. Totalt ingår 260 av Sveriges 290 kommuner i något förbund. Samordningsförbunden finansieras gemensamt av kommun, region och staten. Staten står för hälften av finansieringen och kommunerna och regionerna står för en fjärdedel vardera. Samordningsförbundens tilldelade medel har i genomsnitt legat mellan sex och sju miljoner kronor årligen under perioden 2005–2015.³⁷ År 2018 var 32 715 deltagare registrerade i individinriktade insatser. Av dessa hade 89 procent offentlig försörjning, det vill säga ersättning från a-kassa, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller kommunen. Vid insatsstart uppbar 32 procent av deltagarna försörjningsstöd, 20 procent av deltagarna uppbar sjukpenning eller rehabiliteringspenning och 17 procent uppbar aktivitetsstöd.³⁸ Inspektionen för socialförsäkringen fick 2017 i uppdrag av regeringen att utvärdera samordningsförbundens verksamhet.³⁹ Inspektionen för socialförsäkringen har publicerat två rapporter inom ramen för uppdraget. I den första rapporten, som kom i februari 2019, granskas samordningsförbundens organisering och verksamhet⁴⁰. Den andra rapporten beskriver effekterna av samordningsförbundens verksamhet på kommunnivå⁴¹.

³⁶ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

³⁷ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.

³⁸ Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*, s.16.

³⁹ Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet*. diarienummer S2017/02622/SF (delvis).

⁴⁰ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1.

⁴¹ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.

I december 2021 publiceras en rapport om effekterna av samordningsförbundens verksamhet på individnivå.

Inspektionen för socialförsäkringens granskning visar att unga är den vanligaste målgruppen för förbundens insatser. Inspektionen för socialförsäkringens bedömning är att det dels beror på att regeringen gett Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i uppdrag sedan 2011 att utveckla stödet till ungdomar med aktivitetsersättning och dels att ungdomsarbetslösheten har varit hög under en lång tid. Då det gäller de individriktade insatserna är de vanligaste insatserna sådana som syftar till att individen efter insatsen ska börja eller fortsätta arbeta eller studera, och insatser som ska förbereda individen att kunna ta nästa steg i återgången i arbete. De insatser som ska stödja samverkan mellan medlemmarna kan till exempel handla om kartläggningar av målgrupper, kompetensutveckling och att skapa bra relationer mellan handläggare hos medlemmarna. I den ISF-rapport som beskriver förbundens verksamhet på kommunnivå konstateras att förbunden gör skillnad. Analysen visar bland annat att inom kommuner som är med i ett samordningsförbund minskar andelen individer med sjukpenning, andelen individer med sjuk- eller aktivitetsersättning ökar och att andelen män i dessa kommuner som går från Arbetsförmedlingen till arbete ökar.⁴² Inspektionen för socialförsäkringens bedömning är att samordningsförbunden kan spela en avgörande roll för individer med komplex problematik, men att det är viktigt att utveckla SUS⁴³, det system inom vilket samordningsförbundens registrerar sin verksamhet för att avgöra om insatserna som finansieras når avsedd effekt.⁴⁴ Av Inspektionen för socialförsäkringens rapport *Samordningsförbundens organisering och verksamhet* framgår att det är svårt att få medlemmarna i ett förbund att ta över insatser när förbundets finansiering av verksamheten upphör. Det i sin tur kan leda till att projekt läggs ned och att investeringar i metodutveckling och individer inte tas tillvara.⁴⁵ Inspektionen för socialförsäkring anser att det ska finnas en målsättning om att

⁴² Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04,15.

⁴³ Sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

⁴⁴ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04, s. 79.

⁴⁵ Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1, s. 174.

varje insats som påbörjas ska kunna implementeras i någon av medlemmarnas ordinarie verksamhet och att en sådan målsättning ska vara klarlagd vid tiden för styrelsens beslut om insats. Inspektionen för socialförsäkringen anser även att det är en utmaning för förbunden att säkerställa att det finns långsiktig finansiering av framgångsrika insatser som befinner sig gränslandet mellan två eller flera myndigheter. Av Försäkringskassans svar på Inspektionen för socialförsäkringens rapport framgår dock att myndigheten inte ser några hinder i att samordningsförbund står för en långsiktig finansiering av insatser som befinner sig i gränslandet mellan aktörernas uppdrag.⁴⁶ Inspektionen för socialförsäkringens slutsats av granskningen är också att det finns skäl att se över myndigheternas instruktioner gällande uppdraget att samverka, med anledning av att granskningen visar att det finns en utbredd uppfattning om att de statliga myndigheternas vilja och förmåga att bidra med medarbetare i samverkan i har minskat. I detta sammanhang tar Inspektionen för socialförsäkringen särskilt upp att Försäkringskassan 2018 reviderat sina riktlinjer för hur Försäkringskassan ska bedriva samverkan genom samordningsförbund. De reviderade riktlinjerna förtydligar på vilket sätt medarbetare på Försäkringskassan kan medverka i en insats som finansieras av ett förbund. Inspektionen för socialförsäkringens granskning visar att de reviderade riktlinjerna har tolkats på olika sätt inom Försäkringskassan och på en del ställen i landet har tolkningen av riktlinjerna inneburit att samverkanpåverkats negativt. Försäkringskassan förklarar i sitt svar på rapporten att skälet till revideringen av riktlinjerna var att det framkommit att medarbetare på Försäkringskassan haft arbetsuppgifter i insatser finansierade av samordningsförbund som legat utanför myndighetens uppdrag. Försäkringskassan har nu internt förtydligat att det som Försäkringskassans medarbetare kan göra inom ramen för insatser finansierade av samordningsförbund, är att samordna individers behov av rehabilitering eller informera om socialförsäkringen, det vill säga sådant som ligger inom ramen för medarbetarnas ordinarie arbetsuppgifter hos Försäkringskassan. Försäkringskassan anger vidare att de nationella parterna är överens om att arbetsuppgifter som utförs av medarbetare från respektive aktör ska ske inom ramen för respektive

⁴⁶ Försäkringskassan (2019) *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet*, s. 1.

aktörs uppdrag.⁴⁷ Arbetsförmedlingen rekommenderar i sin rapport *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen* att:

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan bör utreda ändamålsenliga samverkansformer, inklusive förslag om hur samordningsförbund kan slås ihop till större och färre förbund. På så sätt skulle samverkan effektiviseras och blir mer ändamålsenlig.⁴⁸

Utredningen har träffat flera samordningsförbund, och de problem som beskrivs i Inspektionen för socialförsäkringens rapport beträffande svårigheterna att få insatser som bedöms vara framgångsrika att implementeras hos någon av aktörerna, har också framkommit i utredningens möten med samordningsförbund. I möten med samordningsförbund har det också framkommit att förbunden upplever att myndigheterna, och då framför allt Försäkringskassan, har minskat sin medverkan i förbundens insatser.

Dialog med tre samordningsförbund

I oktober 2019 hade vi en dialog med företrädare för tre samordningsförbund. Vid mötet framkom att företrädarna för de deltagande samordningsförbunden ser ett behov av en nationell struktur och form för uppföljning och utvärdering av förbundens insatser. Förbunden har i uppdrag att följa upp och utvärdera rehabiliteringsinsatserna⁴⁹, men det saknas en struktur för att ta om hand den kunskap som genereras genom förbundens arbete, vilket leder till att kunskap om effektiva metoder inte sprids med systematik. Detta i kombination med att många av individinsatserna bedrivs i projektform, och inte får fäste hos någon av aktörerna leder till att det är svårt att på en övergripande nivå få kunskap om effekterna av samordningsförbund. Vid mötet framkom även att insatser som finansieras av samordningsförbund paradoxalt nog kan ses som konkurrerade i relation till de finansierande aktörernas egna insatser.

⁴⁷ Försäkringskassan (2019) *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet*.

⁴⁸ Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen*. Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag, s. 19.

⁴⁹ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

7.3.1 Utredningens slutsatser

Inspektionen för socialförsäkringens pågående granskning av samordningsförbunden kommer bidra till kunskap om på vilket sätt insatser inom ramen för samordningsförbunden behöver utvecklas för att förbunden ska kunna utgöra ett än mer ändamålsenligt stöd till för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Utredningens bedömning är att samordningsförbunden spelar en viktig roll för de individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och som behöver omfattande stöd. Utredningen anser också att förbunden i högre utsträckning än i dag behöver finansiera likvärdiga insatser. Under utredningens gång har vi tagit del av information som visat på att inriktningen mellan förbunden skiljer sig åt, en del förbund finansierar nästan uteslutande individinsatser och en del förbund finansierar insatser på strukturell nivå. Individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och som har behov av stöd finns i hela landet och att förbundens inriktningar skiljer sig åt kan betyda att det finns risk för att individer på olika ställen i landet med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser inte får likvärdigt stöd.

Samtidigt finns det, som några av aktörerna som vi haft dialog med påpekat, svårigheter att få kunskap om huruvida målgruppen för insatser enligt lagen om finansiell samordning erbjuds likvärdiga insatser över landet. Det finns även svårigheter att utvärdera och följa upp de insatser som finansieras av samordningsförbund. Skälen till att det är svårt att få kunskap om likvärdiga insatser beror på att kommuners behov av att samordningsförbunden ska finansiera insatser skiljer sig åt. Exempelvis kan en kommun i ordinarie verksamhet erbjuda insatser som i en annan kommun finansieras av ett förbund. Det i sin tur betyder att individer i olika kommuner kan erbjudas likvärdiga insatser men att insatserna finansieras på olika sätt. För att utreda om individer erbjuds likvärdigt stöd så kan man inte bara se till insatser som finansieras av förbund, utan man måste se till alla de insatser som erbjuds individen av olika aktörer. Då det gäller uppföljning och utvärdering har vi fått information om att Nationella rådet är i färd med att ta fram en stödstruktur för uppföljning och utvärdering. På samma sätt som det är svårt att få kunskap om likvärdighet i utbud av insatser är det svårt att följa upp och utvärdera förbundens insatser på en övergripande nivå, eftersom de behov insatserna var tänkta att möta springer ur lokala behovs-

analyser. En av fördelarna med samordningsförbunden är just att de att de kan anpassa insatser utifrån de lokala förutsättningarna, men likvärdigt stöd till dessa individer behöver finnas i hela landet, oavsett lokala förutsättningar.

Vi bedömer vidare att det är problematiskt att insatser som har goda resultat inte integreras i ordinarie verksamhet. Inspektionen för socialförsäkringen och Försäkringskassan har olika uppfattningar om det är möjligt att förbunden långsiktigt driver projekt/insatser som ligger i gränslandet mellan aktörernas uppdrag, och detta är något som behöver klargöras.

7.4 Europeiska socialfonden (ESF) finansierar projekt som stödjer individer åter till arbete

En del insatser för att stödja individer till arbete finansieras av den Europeiska socialfonden (ESF) som är EU:s verktyg för att skapa fler och bättre jobb i Europa. Varje medlemsland har förvaltningsorganisationer som ser till att pengarna används i enlighet med både EU:s strategier och den nationella politiken. Den nuvarande programperioden löper mellan 2014 och 2020. Det svenska programmet har denna gång tre programområden och inom ramen för området *Ökade övergångar till arbete* finansierar fonden projekt för arbetslösa med sammansatt problematik och för arbetslösa som står långt från arbetsmarknaden.

Insatserna i programområdet ska bidra till att personer som står långt ifrån arbetsmarknaden utvecklas, kommer i arbete eller kommer närmare arbetsmarknaden. En av målgrupperna för programområdet är individer som är arbetslösa alternativt står långt ifrån arbetsmarknadens och är eller har varit sjukskrivna och har behov av stöd för återgång i arbete. Enligt skriften *Europeiska socialfonden i Sverige* är insatser som bygger på och främjar samverkan är viktiga för detta mål. Arbetsförmedlingen nämns särskilt som en aktör med vilken samverkan ska prioriteras och även andra viktiga aktörer nämns exempelvis enskilda kommuner och landsting, arbetsmarknadens parter och Försäkringskassan. Här nämns också exempel på insatser: arbetslivsinriktade rehabiliterings- eller platsförmedlingsinsatser från Arbetsförmedlingen i samverkan med sociala insatser från kommunen, medicinska insatser från hälso- och sjukvården,

individ ersättning via Försäkringskassan, insatser inom den ideella sektorn.⁵⁰ Arbetsförmedlingen har i uppdrag att i en särskild rapport i samband med myndighetens årsredovisning redovisa sin medverkan i socialfondsprogrammet under programperioden.⁵¹ Försäkringskassan har sedan 2015 i uppdrag att i en särskild återrapport i samband med årsredovisningen till regeringen redovisa sitt deltagande i genomförandet av socialfondsprogrammet med en slutredovisning 2022. Försäkringskassan ska bland annat redovisa erfarenheter och lärdomar av programmet som myndigheten bedömer vara av betydelse för dess verksamhet. Försäkringskassans projektengagemang under programperioden fram till och med den 31 december 2018 var deltagande i 83 projekt av totalt 474 projekt.⁵²

ESF-finansierade projekt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och andra aktörer sker även inom ramen för samordningsförbund. Den 31 december 2018 var 8 samordningsförbund ägare till 13 ESF-projekt samt 23 samordningsförbund medfinansierare i totalt 26 olika projekt.⁵³

⁵⁰ Svenska ESF – rådet. *Europeiska socialfonden i Sverige. Program för investering i tillväxt och sysselsättning 2014–2020.*

⁵¹ Regleringsbrev 2019 avseende Arbetsförmedlingen.

⁵² Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018.*

⁵³ Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen. Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag, s. 269.*

8 Rekommendationer och överväganden

8.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Rekommendation:

- Att det med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska avses den process som börjar då individens arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås.
- Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ska vara *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

Skäl till rekommendationen: Stödet till individen utgörs av aktörernas samlade insatser. Aktörernas syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt och det saknas i dag en gemensam definition av processen och dess syfte. Vi utvecklar resonemang om processens definition och syfte i avsnitt 1.2. Studier av samverkan, som redogörs för i avsnitt 4.2 visar på betydelsen av att samverkande parter har samsyn om syftet med samverkan. Det är viktigt att sådan samsyn etableras på alla organisatoriska nivåer hos de aktörer som samverkar i processen. Alternativet, att aktörerna som ska stödja individen, har olika syn på det gemensamma syftet och på processens definition riskerar snarare att utgöra ett hinder för samverkan och därmed för det stöd som aktörerna kan ge individen.

Vår bedömning är att samsyn om vad som avses med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och vad processen ska leda till,

stärker förutsättningarna för dialog och samverkan i processen. En definition av processen är också en viktig utgångspunkt för utredningens rekommendation om samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess som beskrivs i avsnitt 8.2.

8.2 Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Rekommendation:

- Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.
- Försäkringskassan ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess med syfte att individer ska återfå arbetsförmåga och kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer avses Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap, SKR som företrädare för hälso- och sjukvård och för socialtjänsten, SKR, Arbetsgivarverket och Svenskt Näringsliv som företrädare för arbetsgivarna, samt företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning. Även fackförbunden LO, TCO och Saco ska medverka i samverkan.

Skäl till rekommendationen: Utredningen bedömer att nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete. Myndigheternas skyldigheter att samverka på strukturell nivå uttrycks i allmänna ordalag i lag och förordningar, och de specifika uppdrag som ges en eller flera myndigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen riktas mot delar av pro-

cessen, snarare än mot processen som helhet (vi redogör för detta i avsnitt 4.3). Av förvaltningslagen framgår att:

En myndighet ska inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. En myndighet ska i rimlig utsträckning hjälpa den enskilde genom att själv inhämta upplysningar eller yttranden från andra myndigheter.¹

I avsnitt 4.3.1 redogör vi för de myndighetsinstruktioner som relaterar till samverkan. I instruktionerna för Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket framgår att myndigheterna:

ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.²

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska med samma syfte:

träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Förordning (2016:11).³

Begreppet *rehabiliteringsområdet* i ovan nämnda instruktion uppfattas som otydligt och i utredningens dialog med myndigheterna framkommer att begreppet inte relateras till samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Snarare uppfattar vi att instruktionen tolkas som att handla om effektivt användande av resurser för rehabiliteringsinsatser. Nuvarande instruktion bidrar därmed inte till tydlighet i fråga om gemensamt ansvar för samverkan, som främjar helhetssyn och motverkar stuprörstänkande i processen. Vår bedömning är att nuvarande instruktion behöver kompletteras med en uppgift *att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.*

I regeringens proposition 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag* framgår att det är av vikt att myndigheternas samverkan sker inom de respektive myndigheternas eget

¹ 8 § förvaltningslag (2017:900).

² 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket, 3 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan, 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

³ 5 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan, 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

verksamhetsområde. Bestämmelsen om samverkan ska inte ge stöd för några samverkansprojekt som faller utanför respektive myndighets verksamhetsområde. Av propositionen framgår dock att:

Detta utesluter samtidigt inte att man i specialförfattningar eller i förordningarna med myndighetsinstruktion även fortsättningsvis vid behov kan ta in särskilda föreskrifter om samverkan som går längre eller annars avviker från förvaltningslagen. Det skulle t.ex. kunna gälla föreskrifter om undantag från begränsningen till myndighetens verksamhetsområde eller om krav på att samverkan i en viss situation ska ske med andra än myndigheter.⁴

Mot bakgrund av ovanstående anser vi att ett förtydligande om att samverkan mellan de berörda myndigheterna och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer, som inte är myndigheter, ska skrivas in i myndigheternas instruktioner. Med anledning av Försäkringskassans centrala roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bedöms myndigheten vara den aktör som ska samordna samverkan på nationell nivå. Vi menar också att de fackliga organisationerna LO, TCO och Saco är aktörer som bör medverka i samverkan. De företräder, genom sina medlemmar, många individer och har därmed ett viktigt individperspektiv som bör beaktas i samverkan. Vi bedömer vidare att Nationella rådet för finansiell samordning bör medverka i samverkan. Nationella rådet för finansiell samordning består förvisso av företrädare för aktörer som redan företräds i samverkan, det vill säga Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen, men Nationella rådet har ett särskilt uppdrag att på olika sätt stärka den finansiella samordningen och ska också stödja samordningsförbundens arbete med uppföljning och utvärdering.⁵ Genom representation från rådet kan samverkansfrågor som har betydelse för den finansiella samordningen och för samordningsförbund därmed uppmärksammas på ett bättre sätt än om företrädarna för respektive aktörs kärnverksamheter även skulle företräda denna typ av frågor.

Vår bedömning är att också sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte; *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete*, bör regleras. Utredningen föreslår därför att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte uttrycks i det uppdrag Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, För-

⁴ Prop. 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 37.

⁵ www.finsam.se/nationella-radet. Hämtad 2020-03-24.

säkringskassan, Myndigheten för arbetsmiljökunskap och Socialstyrelsen får i sina respektive instruktioner om att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

8.2.1 Aktörerna behöver samverka på strukturell nivå

För att samverkan mellan aktörerna i individärenden ska fungera måste aktörerna samverka på strukturell nivå i syfte att skapa förutsättningar för de professioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som arbetar närmast individen. I kapitel 5 redogör vi för förhållanden som försvårar samverkan, och som direkt eller indirekt kan påverka individen. De förhållanden som beskrivs i kapitel 5 är exempel på sådant som behöver hanteras i strukturell samverkan för att problematiska förhållanden i processen inte ska lämnas till professionerna som samverkar närmast individen att hantera. Betydelsen av strukturell samverkan, för att skapa förutsättningar för samverkan i individärenden, uttrycks även i Socialstyrelsens och Försäkringskassans redovisning av regeringsuppdraget *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården 2019*:

För att kunna identifiera problem som uppkommer i det dagliga arbetet hos båda parter professioner behövs tydliga vägar för att eskalera problem samt forum för dialog och samråd om hur problemen kan lösas. När en part vidtar åtgärder för att utveckla och förbättra sin hantering kan det medföra konsekvenser för medaktörerna. Ett exempel på detta är praxisförändringar som påverkar t.ex. Försäkringskassans behov av information från hälso- och sjukvården. Förändringar som påverkar den andra parten behöver kommuniceras i god tid och gemensamma konsekvensanalyser behövs.⁶

För att rekommendationen om samverkan ska få avsedd effekt bör aktörernas uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess årligen och gemensamt följas upp av de departement som ansvarar för de myndigheter som här rekommenderas ges uppdraget om samverkan.

⁶ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. s. 36.

8.2.2 Är ett förtydligande i myndigheternas respektive instruktioner tillräckligt för att alla aktörer ska medverka i samverkan?

Under utredningens gång har det framförts att det kan finnas en risk att svårigheter att samverka uppstår om inte samma krav ställs på alla aktörer i processen. Det kan till exempel finnas en risk att arbetsgivare och hälso- och sjukvård inte ställer sig bakom processens syfte eftersom syftet endast anges i ovan nämnda myndigheters instruktioner. Med anledning av att vi under utredningens gång tagit emot synpunkter från aktörerna i referensgruppen på hur syftet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska formuleras och att majoriteten av aktörerna instämmer i det syfte utredningen rekommenderar, bedömer vi denna risk som liten.

Vi har inte heller under utredningens gång uppfattat att aktörer som inte är myndigheter, det vill säga SKR, arbetstagarorganisationer och arbetsgivarorganisationer, inte vill medverka i samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, snarare tvärtom.

För att kravet på samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ska vara detsamma för myndigheter, regioner och kommuner har vi övervägt om det skulle vara möjligt att reglera aktörernas ansvar för samverkan i en särskild förordning. Vår bedömning är dock att det är tillräckligt att rekommendationen om att samverkan skrivs in i myndigheternas instruktioner, inklusive det särskilda uppdrag som ges till Försäkringskassan att samordna samverkan även med de aktörer som inte är myndigheter. Om det skulle visa sig att det i framtiden uppstår svårigheter i samverkan som kan motverkas genom en särskild förordning om samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess som också omfattar de övriga aktörerna, så bör en sådan förordning övervägas.

8.2.3 Företrädare för verksamheter ska samverka

Sveriges läkarförbund har framfört till utredningen att de anser att Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet också ska medverka i samverkan. Utredningen delar Sveriges läkarförbunds uppfattning om att den medicinska professionen och läkare har en central roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Med an-

ledning av att de aktörer som vi menar behöver samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är representanter för verksamheter och inte professioner, är vår uppfattning att professionsförbund inte ska medverka i samverkan. Däremot ser vi inget hinder att läkare kan företräda hälso- och sjukvården genom att representera de företrädare för hälso- och sjukvården som medverkar i samverkan, det vill säga Socialstyrelsen och SKR.

8.2.4 Varför ska Försäkringskassan samordna samverkan?

Under utredningens gång har det lyfts fram synpunkter om att det vore en fördel om en oberoende aktör ges i uppdrag att ansvara för att samordna samverkan. Bland annat har Socialstyrelsen nämnts som ett alternativ. Vi bedömer dock att det skulle vara svårt för en aktör som inte har sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som ett primärt verksamhetsområde att vara en samlande aktör. Att Försäkringskassan också ställer sig positiv till att ta ett sådant ansvar kommer till uttryck i *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*:

Försäkringskassans samordningsansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen innebär att det är naturligt att myndigheten får huvudansvaret för att, i samverkan med övriga aktörer, etablera och utveckla ändamålsenliga och effektiva samarbetsformer.⁷

Försäkringskassans ansvar att samordna samverkan innebär inte att Försäkringskassan har ett större ansvar för att samverkan ska fungera än vad andra aktörer har. Samverkan kräver engagemang från samtliga aktörer i processen. Försäkringskassans uppdrag innebär inte heller, något som uttryckts som en farhåga under utredningens gång, att Försäkringskassan ska få en avgörande röst i frågor som hanteras i samverkan.

⁷ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 37.

8.2.5 Former för samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Utredningen bedömer att aktörerna behöver utveckla former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och bidrar till att hantera brister i samverkan som utredningen identifierat och redogör för i betänkandet.

För att åstadkomma samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess rekommenderas aktörerna därför att:

1. Teckna en överenskommelse om hur de vill arbeta tillsammans.
2. Skapa en styrgrupp för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.
3. Dela information med varandra på ett strukturerat sätt.
4. Tillsammans ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Varför en överenskommelse?

Syftet med en nationell överenskommelse är att ge det gemensamma uppdraget att samverka form, och att i dialog på strukturell nivå komma överens om grundläggande förutsättningar för hur samverkan ska organiseras. Överenskommelsen ska vara ett stöd för aktörerna att samverka kring kända förhållanden som kan leda till svårigheter i samverkan, det vill säga sådana förhållanden som beskrivs i kapitel 5. Utöver att vara en form som stödjer samverkan förutsätter framtagande av en överenskommelse dialog och samtal där olika perspektiv kan belysas och diskuteras mellan aktörerna. Arbetet med att ta fram en överenskommelse kan därmed tillgodose de förutsättningar som i upprepade studier visat sig viktiga för att samverkan ska fungera, men som regelverket inte kan ge, nämligen ett gemensamt synsätt, tillit och förtroende, förståelse för varandras förutsättningar och perspektiv, tydliggörande av kommunikationsvägar och processer för eskalering av problem i samverkan. Sådana frågor som handlar om tillit, förtroende och förståelse för varandras uppdrag behöver genom-

syra samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer, upp till högsta ledning, och till regeringskansliet för att samverkan ska fungera. Att involvera även strategisk ledning är viktigt då det är de som har ansvar att organisera arbetet på ett sätt som skapa förutsättningar för samverkan. I praktiken handlar det om att de samverkande aktörerna behöver investera resurser i sin relation med varandra och gemensamt skapa förutsättningar för samverkan. Betydelsen av sådana aktiviteter framkommer i den forskning som utredningen redogör för i avsnitt 4.2 *Teoretiska perspektiv på samverkan*, och bekräftas i utredningens dialoger med aktörerna.

Behovet av former för samverkan på strukturell nivå ligger också i linje med det behov som nyligen identifierats i Försäkringskassan och Socialstyrelsen svar på regeringsuppdraget *Bättre dialog mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*.⁸ Av svaret framgår att Försäkringskassan och Socialstyrelsen ska ansvara för att strukturer för samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan etableras. Vår bedömning är att en nationell överenskommelse mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen stärker det arbete som påbörjats av Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens komplexitet medför att det kontinuerligt kommer att identifieras utvecklingsområden som berör två eller flera aktörer och som behöver hanteras av aktörerna i samverkan.

Aktörerna har under utredningens gång haft synpunkter på en överenskommelses för- och nackdelar. En synpunkt som lyfts fram är att organisationer som företräder medlemmar inte kan teckna bindande överenskommelser. Vår bedömning är dock att det är möjligt att ta fram en överenskommelse som inte är ett rättsligt bindande avtal vilket borde möjliggöra att samtliga aktörer kan underteckna en gemensam överenskommelse.⁹

⁸ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 37.

⁹ Se exempelvis Försäkringskassans mall Wimi FK15424-010-W för överenskommelse som används när överenskommelser ska tecknas med arbetsgivare eller med hälso- och sjukvård. Av mallen framgår bland annat att bristande uppfyllelse av överenskommelsen inte ska leda till skadeståndsansvar.

Vilken aktör bör ansvara för att en överenskommelse tas fram och följs upp?

Med anledning av Försäkringskassan i sin instruktion ges i uppdrag att samordna samverkan bedömer vi att det är Försäkringskassan som bör ansvara för att en gemensam överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan aktörerna i processen tas fram och följs upp.

Vad bör en överenskommelse innehålla?

En överenskommelse bör innehålla:

- en beskrivning av hur respektive aktör i processen bidrar till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte, vilket är att *individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete,*
- former för hur informationsutbyte mellan aktörerna ska genomföras i syfte att minska oönskade konsekvenser av förändringar som sker inom processen (utvecklas nedan),
- en beskrivning av hur aktörerna ska skapa goda förutsättningar för fungerande samverkan mellan de professioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som arbetar närmast individen,
- en beskrivning av hur aktörerna ska ta fram regionala och lokala överenskommelser med utgångspunkt i den nationella överenskommelsen,
- en beskrivning av hur överenskommelsen ska följas upp och uppdateras.

Försäkringskassan ansvarar för att bjuda in myndigheterna, ovan nämnda företrädare för arbetsgivare, företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst, företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning samt fackförbunden LO, TCO och Saco till framtagande av överenskommelsen. Försäkringskassan ska också ansvara för att myndigheterna och ovan nämnda aktörer bjuds in till att medverka vid uppföljning och uppdatering av överenskommelsen. Vår uppfattning är att en nationell överenskommelse inte kan ersätta överenskommelser som springer ur regeringsuppdrag och är teck-

nade i syfte att hantera specifika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

En styrgrupp för överenskommelsen om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

En styrgrupp bestående av representanter från sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer bör ansvara för innehållet i överenskommelsen och löpande se över, följa upp och utveckla överenskommelsens olika delar. Det är viktigt att frågor om samverkan är förankrad i aktörernas ledande positioner. Aktörernas representanter i styrgruppen bör därför vara de som har det övergripande ansvaret för aktörens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De aktörer som företräder medlemmar såsom arbetsgivarrepresentant, arbetstagarrepresentant och SKR, kan dock representeras av utsedda sakkunniga hos organisationen.

Utredningens bedömning är att en gemensam styrgrupp ger aktörerna förutsättningar att få bättre förståelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet och för varandras ansvar och förutsättningar. Det i sin tur ger ökade möjligheter att identifiera gemensamma utvecklingsbehov. Styrgruppen kan också ta gemensamma initiativ till att uppvakta regeringen med uppmärksammade problem i processen som inte kan lösas genom samverkan.

I framtagandet av förslaget om nationell överenskommelse och styrgrupp har vi fått synpunkter från aktörerna om att det finns en risk för att den nationella överenskommelsen kommer att ligga på en alltför övergripande nivå för att kunna utgöra ett reellt stöd för att hantera de samverkanssvårigheter som professionerna närmast individen upplever. Vår bedömning är dock att för att de frågor som behöver hanteras i samverkan ska ges den betydelse de kräver, behöver aktörerna, på strategisk nivå, ge samverkan legitimitet genom att själva samverka i styrgrupp och upprätta en överenskommelse som utgör utgångspunkt för överenskommelser och samverkan på regional och lokal nivå.

Vår uppfattning är att aktörerna behöver avgöra om det finns behov av en struktur för tillfälliga eller permanenta beredningsgrupper/arbetsgrupper för att hantera specifika frågor inom ramen för en överenskommelse. I avsnitt 4.3.2 beskriver vi befintliga samverkansgrupper inom ramen för processen. Vår bedömning är att

processens aktörer bör se över om dessa grupper kan ersättas av styrgruppen för den nationella överenskommelsen och hur dessa grupper, om bedömningen är att de även fortsättningsvis behövs, ska förhålla sig till styrgruppen för den nationella överenskommelsen.

Att dela information om planerade förändringar

Som del av en överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess bör aktörerna utveckla former för informationsutbyte om planerade förändringar i den egna verksamheten som bedöms kunna få betydande konsekvenser för individen eller för de andra aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utredningen redogör i avsnitt 5.9 för hur förändringar som genomförs hos en aktör i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan leda till oönskade konsekvenser för andra aktörer och för processen som helhet. Vi konstaterar att det saknas effektiva former för aktörerna att dela information om kommande förändringar. Vår bedömning är att bristen på sådana former utgör en allvarlig risk för såväl samverkan i processen som stödet till individen. Former för systematisk dialog kring förändringar hos en aktör som kan påverka andra aktörer och processens som helhet kan minska oönskade konsekvenser, stärka processens funktion och förbättra samverkan mellan aktörerna.

En precisering av utredningens rekommendation

Vår utgångspunkt är att aktörerna själva bör utveckla former för informationsdelning. Vi har dock under vårt arbete diskuterat med aktörerna hur ett praktiskt genomförande skulle kunna utformas och delar här slutsatserna från dessa diskussioner.

Förändringar som bedöms ha påverkan på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan komma till följd av:

- uppdrag i regleringsbrev eller genom regeringsuppdrag,
- förändring av tillämpningen av gällande regelverk. Sådana förändringar kan komma till följd av domar eller interna rättsliga ställningstaganden och ställer krav på analys av påverkan på individ och andra aktörer,
- förändring till följd av intern utveckling, till exempel utveckling av system,
- förändringar av budget som får påverkan på aktörens verksamhet,
- andra faktorer som exempelvis omorganisationer. Då det gäller denna typ av förändringar är det viktigt att den förändrande aktören tidigt involverar de övriga för att få en bredare förståelse av på vilket sätt en intern omorganisation kan få för betydelse för de individen och för de övriga aktörerna.

Kategorier av förändringar som beskrivs ovan är exempel och inte uttömmande. Utredningen föreslår att aktörerna i dialog och över tid utvecklar sin förmåga att identifiera vilka förändringar som är meningsfulla att dela med övriga aktörer.

Principer för informationsdelning

Formerna för informationsdelning bör utvecklas i ett gemensamt lärande mellan aktörerna. Utredningen rekommenderar aktörerna att årligen följa upp formerna för samverkan och informationsdelning. Särskilt fokus bör vara att identifiera i vilken utsträckning som förändringar, som i efterhand visat sig ha konsekvenser för individen eller andra aktörer i processen, de facto är sådana som aktörerna delat i informationsdelningsprocessen samt om informationsdelning haft avsedd effekt. Information om förändring bör delas så tidigt som det är meningsfullt och möjligt. Förändrande aktör bestämmer själv hur synpunkter från de övriga aktörerna ska användas. Även om det i många fall kanske inte kommer finnas möjlighet att justera en planerad förändring så ser utredningen ändå ett värde i att information delats. Värdet består dels i att aktörernas kunskap om varandra, processen och konsekvenser för individen ökar dels i att de andra aktörerna ges möjlighet att anpassa sin egen verksamhet till andras kommande förändringar.

Informationsdelning om förändring på regional och lokal nivå och rutiner för hur sådan delning ska gå till bör tas fram i den nationella överenskommelse som utredningen rekommenderar.

Aktörsgemensam samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Vår bedömning är att det är av betydelse att individen får samstämmig och konsekvent information om respektive aktörs ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, betydelsen av detta utvecklas i avsnitt 3.3.3. För att säkerställa detta rekommenderar vi aktörerna att gemensamt ta fram sådan information och att informationsmängder länkas från en gemensam källa.

Utredningen bedömer att Försäkringskassan är bäst lämpad att ansvara för att administrera arbetet att utveckla och förvalta innehållet i den gemensamma samhällsinformationen, med anledning av rekommendationen om att myndigheten ska ha en samordnande roll för samverkan, och med anledning av myndighetens digitala kapacitet. En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna ansvara för förvaltning och utveckling av gemensam samhällsinformation är att övriga aktörer deltar aktivt.

Genom vilka forum informationen delas är slutgiltigt en fråga för aktörerna. En viktig utgångspunkt bör vara att informationen finns tillgänglig för medborgarna att nå hos samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

8.3 En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Rekommendation: Förutsättningarna för att dela den planering, de åtgärder och de beslut som rör en individs sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, digitalt mellan aktörerna i processen bör utredas.

Skäl till rekommendationen: Utredningens bedömning är att en gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle underlätta för både individer och aktörer i processen. Vi anser därför att det bör tillsättas en utredning som bereder förslag som syftar till att en digital yta kan skapas.

Med anledning av att hindren för en gemensam digital yta främst är av juridisk art bör utredningen utreda de juridiska förutsättningarna för en gemensam planeringsyta, och föreslå författningsändringar som möjliggör en sådan. Utredningen bör arbeta i nära samarbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer så att de juridiska förutsättningarna matchar de behov som finns. När juridiska förutsättningar finns på plats bör en myndighet ges i uppdrag att utveckla den gemensamma ytan i samverkan med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och ges förutsättningar för en långsiktig förvaltning av ytan.

8.3.1 Mer förutsägbarhet skulle underlätta individens process

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens regelverk och aktörernas uppdelade ansvar gör att det för en individ kan vara svårt att överblicka sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. På en gemensam planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete ska individen kunna dela information från aktörerna och med aktörerna i syfte att underlätta sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Individen behöver ges möjlighet att få planering avseende sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samlad på ett ställe. Att få överblick över alla aktörers planering skulle innebära en betydande förbättring avseende individens möjlighet att förutse vad som kommer att ske näst i processen och ger individen möjlighet att själv få översikt över sin rehabiliteringsprocess. I avsnitt 5.2.3 beskriver vi hur flera aktörer kan utforma planer för individen, och att det kan vara svårt för individen att förstå i de fall innehållet i dessa planer inte överensstämmer. På en gemensam planeringsyta skulle alla aktörers planer kunna samlas och det skulle bli lättare för individen att få översikt över sin samlade rehabiliteringsplan. Att alla planer samlas på ett ställe kan också möjliggöra att aktörerna uppmärksammar eventuella motsägelser och då samverkar kring de planer, åtgärder och insatser som planeras. Ökad överblick kan dessutom minska antalet

kontakter i syfte att stämma av vad som är planerat med processens aktörer.

De individer som har nytta av en digital yta för planering antas vara de som har förmåga att själva administrera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. De individer som inte kan administrera en digital yta för planering, eller som behöver stöd att göra rätt i relation till aktörerna, har behov som inte kan tillgodoses av en digital yta för planering. Ett förslag för denna grupp utvecklas i avsnitt 8.4.

I den begränsade utvärdering som genomförts av Ineras prototyp av en digital samverkansyta, som vi redogör närmare för i avsnitt 4.3.6, uttryckte individer att ytan ökade känslan av kontroll och delaktighet samt skapade transparens och överblick som avlastade.¹⁰

8.3.2 Individen behöver hjälp att bära information genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningen bedömer att individen behöver administrativ avlastning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det innebär framför allt hjälp med att förmedla information mellan aktörerna. I utredningens intervjuer med individer i processen framgår att många uppfattar det som är besvärligt och svårt att själva ansvara för att förmedla information mellan aktörerna.

Att individer används som förmedlare av information på grund av att effektiva kommunikationskanaler mellan aktörer saknas, visar även svaret på regeringsuppdraget om ett effektivt och säkert elektroniskt informationsutbyte i offentlig sektor.¹¹

¹⁰ Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering.*

¹¹ Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet, Skatteverket och Myndigheten för digital förvaltning (2019), *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget* Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019–100. DIGG. 2019.

8.3.3 En gemensam digital planeringsyta kan även underlätta för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Med bättre möjligheter till informationsutbyte skulle förutsättningarna för samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer förbättras.

Om det går att skapa en digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete löser man ett antal problem för aktörerna. Vi kan konstatera att aktörerna i processen har svårigheter att, på ett effektivt sätt, i individärenden dela information med varandra och komma i kontakt med varandra. I avsnitt 4.3.6 redogör vi för att bristande kontaktvägar skapar problem i samverkan och i avsnitt 3.3.3 och avsnitt 5.2.3 redogör vi för att den planering som finns för en enskild borde samverkas i större utsträckning. En digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete skulle därmed kunna innebära effektivitetsvinster för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

I dialog med processens aktörer har det också framkommit farhågor att en digital planeringsyta skapar mer administration för aktörerna. Ineras prototyp inkluderade funktioner där arbetsgivare skulle dokumentera arbetsplatsens förutsättningar. Denna funktion kan säkerligen vara bra ur ett rehabiliteringsperspektiv men utredningen gör bedömningen att en avskalad version av en digital planeringsyta har större förutsättningar att bli verklighet än en mer extensiv variant.

Att aktörerna får denna hjälp underlättar också indirekt för individerna. Till exempel kan tid som inte behöver läggas på att informera individer, som med en digital planeringsyta själva kan administrera sin process, i stället läggas på de individer som behöver stödet bättre.

8.3.4 De juridiska förutsättningarna för en gemensam digital planeringsyta behöver utredas

De juridiska förutsättningarna är inte klara

Utredningens bedömning är att de juridiska förutsättningarna för en digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete saknas och behöver utredas. Två andra utredningar, vilka beskrivs nedan, har kommit till samma slutsats.

I den utvärdering Inera gjorde av sitt eget försök att skapa en digital samverkansyta för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer konstaterar de att tekniken finns på plats men att det finns juridiska hinder för genomförandet.¹²

I ett regeringsuppdrag har Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet och Skatteverket tillsammans med Myndigheten för digital förvaltning utrett *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn*. I slutrapporten konstaterar myndigheterna att rättsliga frågor och säkerhetsfrågor skapar hinder som inte kan övervinnas och att privatpersoner (och företag) får agera kurirer mellan myndigheter. De konstaterar också att lösningar för informationsutbyte ofta är framtagna för specifika ändamål, ofta bilateralt mellan två aktörer och att dessa ofta inte kan skalas upp på grund av avsaknad av exempelvis rättsligt stöd. I slutrapporten konstateras också att tekniken inte ställer hinder i vägen.¹³

En utredning måste tillsättas

Med anledning av den nytta vi ser med en digital planeringsyta för rehabilitering och att hindren främst är av juridisk art anser vi att det bör tillsättas en utredning som bereder förslag som syftar till att en gemensam digital yta för planering kan skapas.

I ovan nämnda regeringsuppdrag om säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn gavs också i uppgift att ge förslag på lösningar som skulle vara förenliga med gällande rätt såsom regleringen om behandling av personuppgifter, offentlighetsprincipen samt beakta säkerhetsaspekterna.¹⁴ Vi anser att samma principer bör gälla även för en utredning om juridiska förutsättningar för en gemensam planeringsyta.

I slutrapporten, som även refereras ovan, föreslås att en kommitté bör tillsättas för att löpande kunna bereda de förslag som behöver

¹² Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*.

¹³ Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, Fi2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.

¹⁴ Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, Fi2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.

utarbetas för att digital kommunikation i offentlig sektor ska kunna komma till stånd.¹⁵ Vi ställer oss bakom det förslaget då det sannolikt är fler processer än sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som skulle underlättas av digital kommunikation.

När förutsättningarna för en digital planeringsyta utreds bör det tas hänsyn till hur åtkomst till individens information ska kunna ges på ett säkert sätt och hur ytan ska kunna integreras med redan befintliga system hos exempelvis Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Vi anser att det är viktigt att en gemensam planeringsyta kan skapas för alla individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det behöver därmed utredas hur ytan kan konstrueras för att inkludera även de individer som inte har sjukpenning (exempelvis studenter eller individer utan sjukpenninggrundande inkomst).

En utredning måste utöver att ge förutsättningar för att individen ska kunna dela information med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer också utreda juridiska förutsättningar för individer att återta redan delad information.

Även hur förvaltning av en gemensam planeringsyta ska finansieras och vilken myndighet som är mest lämpad att utveckla och förvalta ytan bör ingå i en kommande utrednings uppdrag.

Vi anser det viktigt att en digital yta för planering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen underlättar individers sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samtidigt som aktörernas administrativa börda inte ökar.

¹⁵ Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, Fi2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.

8.4 Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade

Rekommendation: Försäkringskassan ges i uppgift att bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att förmedla information om individens sjukskrivningsärende mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

Skäl till rekommendationen: Utredningens bedömning är att vissa individers behov av stöd att överföra information mellan aktörer, och att ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt, inte tillgodoses. De individer som får rehabiliterande insatser samordnade av Försäkringskassan får stöd av Försäkringskassan att överföra information mellan de aktörer som ansvarar för de samordnade insatserna. För de individer som inte har behov av att rehabiliterande insatser samordnas, men som har behov av stöd för att förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt, saknas sådant stöd. Konsekvenserna av detta kan vara stora för dessa individer. Vi rekommenderar därför att Försäkringskassans ansvar att bistå individer i kontakter med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer ska utökas. Försäkringskassan ska, inom ramen för sitt ansvar i 30 kap. SFB, bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att förmedla information om individens sjukskrivningsärende mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

8.4.1 Individer har behov av avlastning vad gäller förmedling av information

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ställer krav på individen att själv administrera sin process. Individen ska bland annat lämna relevant information, samt efter bästa förmåga medverka i åtgärder som underlättar återgång i arbete.¹⁶ Individen behöver, för

¹⁶ 30 kap. § 7 SFB.

att processen ska löpa framåt, förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

I avsnitt 3.3 redogör vi för att individer efterfrågar högre förutsägbarhet och mer administrativ hjälp i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individer nämner att det är svårt att hålla reda på vilka intyg man måste ha, vart intygen ska skickas och vilka man måste kontakta. I de berättelser från individer vi tagit del av ges exempel på hur individer, med sjukdomar som innebär kognitiva nedsättningar, ansvarar för att förmedla information mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan, något som dessa individer uppfattar som svårt. För den individ som har nedsatt förmåga på grund av sjukdom kan det vara svårt att orientera sig i processen och att agera ändamålsenligt och i rätt tid.

Utredningens bedömning är att individens rehabilitering tillbaka till arbete i vissa fall kan försvåras om informationsflöden går via individen själv, något som kan innebära att nödvändig information inte når rätt aktör vid rätt tillfälle.

8.4.2 Ingen aktör har i dag uppdraget att bistå individen genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Ingen aktör i processen har i uppdrag att hjälpa individen genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har ett extensivt uppdrag som beskrivet i avsnitt 2.4. Som vi beskriver i avsnitt 5.6 så kan det inte tydligt utläsas i lagstiftningen att det ingår i Försäkringskassans samordningsuppdrag att ge individen hjälp med informationsöverföring och hjälp att agera ändamålsenligt och i rätt tid. Individens behov av administrativt stöd att förflytta information mellan aktörer i sjukskrivningsärendet går utöver Försäkringskassans serviceskyldighet och utredningsskyldighet eftersom informationen inte behövs hos Försäkringskassan för att bedöma rätt till ersättning eller behov av rehabilitering.

8.4.3 En ny lagstadgad uppgift för Försäkringskassan

Vi gör bedömningen att Försäkringskassans ansvar i 30 kap. SFB bör utökas. Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.¹⁷ Försäkringskassan ska också, i samråd med individen, se till att behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.¹⁸ I tillägg till detta rekommenderar vi att Försäkringskassan får i uppgift att bistå försäkrade som är behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (överväganden om målgrupp finns i nästa stycke). Denna uppgift bör läggas som strecksats i § 9 30 kap SFB eller såsom en ny § 8 a i 30 kap SFB.

Såsom beskrivs i avsnitt 5.6 så poängterades det i de förarbeten som föregick införandet av samordningsansvaret att samordningsansvaret omfattar att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen.¹⁹ Också regeringen har signalerat att de önskar att Försäkringskassans inkluderar stöttande åtgärder till individer som inte nödvändigtvis behöver samordnad rehabilitering inom samordningsuppdraget.²⁰

Den rehabiliterande förmån vi nu rekommenderar regeringen att införa i SFB bör också ges till försäkrade som inte är i behov av att rehabiliterande insatser samordnas per se. Vår bedömning är att rehabilitering i någon form pågår i samtliga sjukfall, men att Försäkringskassan, med all rätt, kan komma fram till att de rehabiliteringsinsatser som pågår inte behöver samordnas. Individen kan ändå, trots att Försäkringskassan bedömt att hen inte har behov av att få rehabiliteringsinsatser samordnade, ha ett behov av stöd för att förmedla information mellan aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

Uppdraget vi rekommenderar handlar om att ta över en del av det ansvar individen själv normalt ska kunna ta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen men som en del individer inte klarar av att hantera under hela, eller delar av, en sjukskrivning. Försäkrings-

¹⁷ 30 kap. 8 § SFB.

¹⁸ 30 kap.9 § SFB.

¹⁹ Prop. 1990/91:141 s. 50.

²⁰ Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.*

kassan ska ha nära kontakt med dessa individer för att hjälpa dem se till att deras rehabilitering tillbaka till arbete blir effektiv. I praktiken kan uppdraget innebära att Försäkringskassan hjälper individen att förstå information i processen och därmed bistår individen att i tid skicka rätt information till rätt aktör i processen. Ett annat sätt att bistå individen kan vara att Försäkringskassan hjälper individen att dela den information som individen vill dela på den digitala planeringsytan (se avsnitt 8.3). Individen kan vilja möjliggöra digitalt utbyte av viss information aktörerna emellan men sakna förutsättningar att hantera ytan. Uppdraget kan också innebära att Försäkringskassan påminner individen om att inkomma med anspråk om ersättning eller att bistå en individ i kontakter med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen.

Redan i dag finns möjligheter till att möta individens behov. Exempelvis kan ett avstämningsmöte bidra till att individen får stöd i att förmedla information mellan aktörerna. Denna metod används dock bara för individer som bedöms i behov av att insatser för dem samordnas. Det är inte heller ett effektivt användande av resurser att genomföra avstämningsmöten i syfte att enbart förmedla information mellan aktörerna för alla de individer som är i behov av stöd för informationsöverföring. Det kan också konstateras att tydliga ingångar till aktörerna, som exempelvis hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskoordinator, kan underlätta för individen.

Om denna nya uppgift ges Försäkringskassan bör Försäkringskassan i samband med det ges i uppdrag att noga analysera vilka moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där individer, i angiven målgrupp, generellt har störst behov av hjälp, så att rätt stöd ges till rätt individ.

8.4.4 Individens egen bedömning av behov av stöd bör vara vägledande

Målgruppen som behöver ett förstärkt stöd för informationsöverföring genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är individer som inte själva klarar att hantera sin process. Individen ska, enligt 30 kap. 7 § SFB efter bästa förmåga medverka i sin egen rehabilitering. Det är därför viktigt att de individer som har förmåga att hantera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess också gör det.

Försäkringskassan behöver därmed göra en bedömning av det behov den enskilda individen har av stöd.

Målgruppen är inte individer som behöver ett så pass omfattande stöd att de till exempel redan är beviljade boendestöd eller har en god man eftersom dessa individers behov av stöd redan är tillgodosett. Målgruppen är individer som behöver hjälp med informationsöverföring och hjälp att agera ändamålsenligt i rätt tid. Det kan handla om individer som med anledning av sin sjukdom har tillfälligt, eller varaktigt, nedsatta kognitiva förmågor. Exempelvis kan smärta²¹, depression²², Parkinsons²³ eller cytostatikabehandling vid behandling av cancer²⁴ innebära kognitiv påverkan. Kognitiv påverkan är till exempel problem med koncentration och minnesfunktioner.

Att en individ har behov av denna typ av stöd bör kunna signaleras på flera olika sätt och av flera olika aktörer. Individens egen bedömning av behov av stöd ska vara vägledande för möjligheten att beviljas stödet. Ingen annan aktör har bättre kunskap om behovet än individen själv.

Försäkringskassan bör tillfråga individer om behov av stöd i de fall individens diagnos eller agerande indikerar att extra stöd i processen kan behövas. En arbetsgivare eller vårdens rehabiliteringskoordinator bör också kunna signalera behov av förstärkt stöd för en individ. Den information som skickas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan när individen kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB bör också kunna resultera i denna typ av stöd.

²¹ Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi.

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/langvarig-smarta-i-rorelseorganen-inkl-fibromyalgi/271>. Hämtad 2020-03-09.

²² Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Depressiv episod <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/depressiv-episod/508>. Hämtad 2020-03-09.

²³ Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Parkinsons sjukdom. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/parkinsons-sjukdom/133>. Hämtad 2020-03-09.

²⁴ Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Bröstcancer. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/brostcancer/632>. Hämtad 2020-03-09.

8.4.5 Övervägande om hela samordningsuppdraget behöver förtydligas

Som beskrivs i avsnitt 5.6 finns olika förväntningar på vad samordningsansvaret innebär hos sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Samordningsansvaret har också tolkats olika över tid av Försäkringskassan och vi kan således konstatera att samordningsansvaret ger utrymme för olika tolkningar. Om de olika tolkningarna skapar problem i samverkan kan det finnas anledning att förtydliga samordningsansvaret som helhet. Vi anser dock att det är möjligt att ensa förväntningarna på samordningsansvaret i samverkan mellan aktörerna i processen. Det uppdrag vi vill ge att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (avsnitt 8.2) bör kunna bidra i denna riktning.

8.5 Stärkta drivkrafter för arbetsgivare

Rekommendation: Arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete behöver stärkas. Regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter genom utökat kostnadsansvar för arbetsgivare (*Hälsoväxling för aktiva rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*) bör därför övervägas på nytt och kompletteras med en utredning om redovisningsskyldighet av ekonomiska kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Utredningen ska ge svar på hur sådan redovisningsskyldighet kan utformas och om redovisningsskyldighet kan komplettera (eller ersätta) regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter.

Skäl till rekommendationen: Utredningens bedömning är att stärkta ekonomiska drivkrafter kan bidra till högre aktivitet i arbetsgivares förebyggande arbete och stödjande insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sådana insatser har en central betydelse för individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Insatser på arbetsplatsen kan i många fall positivt påverka hur individens sjukskrivning utvecklas. Med arbetsgivarrollen följer omfattande ansvar och skyldighet att agera tidigt för att förebygga ohälsa och att stödja individens återgång vid sjukskrivning.²⁵ Utöver

²⁵ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

det lagstadgade ansvaret utgör ekonomiska incitament en viktig drivkraft för arbetsgivares agerande och prioriteringar.

En underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, *Arbetslivsinriktad rehabilitering*,²⁶ konstaterar att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter i internationell jämförelse är svaga och att drivkrafterna inte tillräckligt bidrar till arbetsgivares aktiviteter för att stödja individer tillbaka till arbete. Rapporten rekommenderar därför att ekonomiska incitament för arbetsgivare ska öka. Selektionsproblematik identifieras som risk och föreslås på olika sätt minskas. I *Sjukskrivningarnas anatomi*, en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet, argumenteras åter för att arbetsgivarnas drivkrafter är svaga och att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivare kan förväntas leda till ökning av arbetsgivares aktivitet för att hålla nere sjukfrånvaron.²⁷ I lagrådsremiss *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* föreslår regeringen, med grund i aktuell forskning och aktuella rekommendationer, att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter att agera för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete bör stärkas.²⁸ Utredningens dialog med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och arbetsmiljö- och rehabiliteringsforskare speglar bilden av arbetsgivares drivkrafter som viktiga.

I samband med regeringens förslag om hälsoväxling erbjöd regeringen arbetsmarknadens parter möjlighet att, som ett alternativ till hälsoväxlingen, komma överens om åtgärder som kunde bidra till bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Inom samtliga sektorer träffade arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar om hur sjukfrånvaron skulle kunna minska, vilket medförde att regeringen avstod från att lämna förslaget om hälsoväxling till riksdagen. Vi redogör för avsiktsförklaringarna och processen som ledde fram till dem i avsnitt 6.2.1.

I utredningens översyn av förebyggande arbete och stöd för återgång, avsnitt 6.2.1, konstaterar vi att avsiktsförklaringarna kan stödja en utveckling mot friska arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro. Avsiktsförklaringarna har däremot inte väsentligt bidragit till förstärkning

²⁶ Inspektionen för socialförsäkringen (2010), *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. En underlagsrapport till parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), s. 16 och 60.

²⁷ Hägglund, P., Johansson, P. (2016), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2016:2), s. 86 ff.

²⁸ Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

av arbetsgivarnas drivkrafter. Utredningen har heller inte identifierat andra förändringar i regelverket som under senare år förändrat arbetsgivarnas drivkrafter. Vår slutsats är att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång inte förändrats sedan förslaget om hälsovaxling drogs tillbaka. Utredningens bedömning är därför att regeringens och ovan nämnda rapporters slutsatser om behovet av stärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare fortfarande är giltiga.

8.5.1 Frågan om drivkrafter bör utredas vidare

Utredningen föreslår att frågan om stärkta drivkrafter utreds vidare. I huvudsak är utredningen positiv till regeringens förslag om så kallad hälsovaxling och anser att förslaget bör övervägas på nytt. Vi noterar dock ett antal risker med förslaget som lyfts av remissinsatser och som åskådliggörs i lagrådsremissen.²⁹ Dessa risker ger anledning att belysa frågan om drivkrafter ytterligare. En sådan risk med förslaget är att individer med svag ställning på arbetsmarknaden selekteras bort vid rekrytering. Utredningens bedömning är att regeringen, i sitt förslag om hälsovaxling, beaktat denna risk på ett tillräckligt bra sätt. En annan risk är att ekonomiska drivkrafter inte är ett tillräckligt effektivt instrument för att påverka drivkrafter i offentlig sektor. I lagrådsremissen resoneras på följande sätt:

Till skillnad från den privata, och konkurrensutsatta, sektorn är det en större utmaning att skapa effektiva ekonomiska drivkrafter i offentlig sektor. Detta utifrån att offentlig sektor har möjlighet att finansiera ökade kostnader genom att höja skatten eller få kompensation via högre statsbidrag. För att ekonomiska incitament på ett effektivt sätt ska bidra till att internalisera kostnader för sjukfrånvaro eller dålig arbetsmiljö måste kostnaderna vidare ner på en lokal verksamhetsnivå, i de interna lokala budgeteringsprocesserna, vilket sker mer naturligt i mindre företag jämfört med stora organisationer som förekommer i offentlig sektor.³⁰

Utredningen bedömer det problematiskt att utökat kostnadsansvar riskerar att ha begränsad effekt på offentliga arbetsgivare som i allmänhet har stora utmaningar med sjukfrånvaro. Vi anser att frågan om ekonomiska drivkrafter för offentlig sektor inte hanteras i till-

²⁹ Lagrådsremiss. *Hälsovaxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016.

³⁰ Lagrådsremiss. *Hälsovaxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016, s. 97.

räcklig utsträckning i förslaget om hälsovaxling och rekommenderar därför att frågan ses över ytterligare. I texten nedan diskuterar vi *redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro* som ett möjligt komplement (eller alternativ) till hälsovaxlingen som kan bidra till ökade drivkrafter och som kan vara särskilt effektivt i offentlig sektor. Resonemangen om redovisningsskyldighet gör inte anspråk på att vara fullständiga utan är tänkta som inspel till vidare utredning.

8.5.2 Drivkrafter genom redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro

Utredningens bedömning är att arbetsgivares drivkrafter skulle kunna stärkas genom skyldighet att redovisa kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Sådan redovisningsskyldighet av kostnader ingår inte i nuvarande krav på redovisning och inte heller i arbetsmiljöcertifieringar såsom certifiering enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) eller arbetsmiljöcertifieringar inom ISO 45001 och ISO 18001.³¹

Kostnader för ohälsa och sjukskrivning kan tas fram genom hälsoekonomiska beräkningar. Utveckling av hälsoekonomiska modeller för sådana beräkningar går framåt och det finns sedan ett antal år flera fritt tillgängliga beräkningsmodeller. Försäkringskassan har en modell för beräkning av kostnader vid sjukfrånvaro på sin webbplats.³² För beräkning av kostnader för brister i arbetsmiljö och ohälsa på arbetsplatsen finns flera arbetshälsoekonomiska analysverktyg publicerade på Myndigheten för arbetsmiljökunskaps hemsida.³³

Vilka de faktiska kostnaderna för ohälsa och sjukfrånvaro är kan vara svårt för arbetsgivare att uppskatta. Hälsoekonomiska beräkningar synliggör kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro och utgör därmed en viktig komponent för ändamålsenlig ekonomisk styrning. Utöver att vara ett instrument för ekonomisk styrning anser utredningen att transparent redovisning av ekonomiska kostnader för

³¹ Certifieringarna fokuserar på ledningssystem och utgår från system, rutiner och processer, snarar än resultat och utfall. Utredningen menar därför att nuvarande certifieringar fyller ett gott syfte, men ett annat syfte än det som här avses. En möjlig utveckling är att ställa krav på redovisning som utöver översyn av system, rutiner och processer kompletterar med en redovisning av kostnader för brister i arbetsmiljö och för sjukfrånvaro.

³² Försäkringskassan. Beräkna kostnader för sjukfrånvaro.

www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/e-tjanster-for-arbetsgivare/berakna-kostnader-for-sjukfranvaro/#/. Hämtad 2020-03-26.

³³ www.mynak.se/publikationer/. Hämtad 2020-03-26.

ohälsa och sjukfrånvaro kan vara ett viktigt underlag för dialog om arbetsplatsens arbete med arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Nuvarande certifieringar inom arbetsmiljöområdet fokuserar på att rutiner och organisation av arbetsmiljöarbetet finns på plats. Vår bedömning är att sådant fokus bör kompletteras med ekonomiska (och andra) utfall, för att ge en mer fullständig bild av förhållandena.

Redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro kan också vara ett viktigt instrument för att skapa medvetenhet och engagemang hos ägare. Det antas vara särskilt effektivt som påtryckningsmedel för offentliga arbetsgivare där medborgarna är ”ägare” och bör ha ett intresse i att ekonomiska medel nyttjas på ett ändamålsenligt sätt. Bland offentliga arbetsgivare har bland annat kommuner och regioner generellt hög sjukfrånvaro och transparent redovisning av kostnader kan antas leda till ökad medvetenhet hos såväl personal som medborgare om hur stora kostnaderna är. En sådan medvetenhet kan stimulera en offentlig dialog och ansvarsutkrävande för kostnader till följd av brister i arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Då det dessutom finns risk att utökat kostnadsansvar kan ha lägre effekt i offentliga verksamheter (enligt resonemang tidigare i detta kapitel) kan redovisningsskyldighet i det offentliga utgöra ett värdefullt komplement till, eller alternativ till, ökat kostnadsansvar.

Utredningen ser som en möjlighet att förslaget om redovisningsskyldighet avgränsas till offentlig sektor. I praktiken skulle offentliga arbetsgivare frivilligt kunna åta sig att redovisa sådana kostnader. Alternativt skulle regeringen och SKR kunna träffa en överenskommelse om redovisning av kostnader och, till exempel, stöd i finansiering till arbetsgivare för framtagande av sådana kostnader. Möjlighet till, och utformning av, en sådan avgränsning av rekommendationen till offentlig sektor bör ingå i den utredning vi föreslår.

Utformning av redovisningsskyldighet

Redovisning av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro görs förslagsvis i samband med årsredovisning. Oberoende extern expertis bör anlitas och såväl direkta som indirekta kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro inkluderas i redovisningen. En vanlig direkt kostnad är sjuklön och indirekta kostnader kan avse produktionsbortfall, rekryteringskostnader, handläggningstid för chef och annan administrativ

personal, belastning på kollegor etcetera. Både direkta och indirekta kostnader ingår i de modeller som hänvisas till tidigare i detta kapitel. Redovisning av sådana kostnader kan till exempel benämnas *arbetsmiljöbokslut* eller *utökad arbetsmiljörevision*.

8.5.3 Arbetsgivarföreträdarnas kritik till ökade ekonomiska drivkrafter

Under arbetet med förslaget har arbetsgivarföreträdarna från Svenskt näringsliv, SKR och Arbetsgivarverket tydliggjort att de ställer sig avvisande till såväl ytterligare övervägande om förslaget om hälsoväxling och till utredningens rekommendation om redovisningsskyldighet. Arbetsgivarföreträdarna tar upp att drivkrafterna redan i dag är tillräckliga och att förslagen leder till ökad administration. Arbetsgivarföreträdarnas syn på regeringens tidigare förslag om hälsoväxling kan också läsas i remissvar på Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.³⁴ Trots att arbetsgivarföreträdarna ställer sig avvisande är vår bedömning att argumenten för ökade drivkrafter, som vi redogör för ovan, är starka och att en förstärkning är viktig för att åstadkomma ett bättre stöd till individen.

³⁴ Arbetsgivarverket (2016), *Yttrande över promemorian Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (Ds 2016:8)*, Svenskt Näringsliv (2016), *Remissvar. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (2016:8)* och SKR (2016), *Yttrande. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (Ds 2016:8)*.

8.6 Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Rekommendation: Arbetsgivaren ska, när en plan för återgång i arbete tas fram, konsultera en expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som stöd i en kvalificerad bedömning om vilka insatser som behöver genomföras på arbetsplatsen för att ge individen stöd att återgå i arbete. Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

Skäl till rekommendationen: Utredningens bedömning är att arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete behöver stärkas. Ökade krav på konsultation av expert förväntas leda till att möjligheter till arbetsplatsinriktat stöd tas tillvara på ett bättre sätt och att stödjande insatser på arbetsplatsen utformas med utgångspunkt i kunskap och erfarenhet.

I avsnitt 6.3.1 *Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* redogör vi för förekomst av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och faktorer som påverkar det stöd som ges individen. Utredningens underlag visar att stödjande insatser är otillräckliga i 16 till 35 procent av studerade sjukfall. Underlaget baseras på såväl studier av arbetsgivares dokumentation av insatser som individers upplevelse av stöd.

Det är arbetsgivaren som har ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Ansvaret omfattar att säkerställa att egen personal har kompetens inom området samt att företagshälsovård eller annan expertresurs anlitas i de fall där den egna kompetensen inte är tillräcklig.³⁵ I kapitel 6.3.1 redogör vi för att chefer uppger sig lämnade ensamma med ansvaret, och att deras kunskap i frågor om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är låg. Med utgångspunkt i utredningens egen undersökning uppskattar vi att arbetsgivare konsulterar företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktade insatser i 10 till 15 procent av sjukfall.³⁶ En nivå vi bedömer som låg.

De rapporter och studier som vi hänvisar till i kapitel 6.3.1 är relativt få och varierar i kvalitet. Vi bedömer dock tillgänglig kunskap som tillräcklig för att gå vidare med rekommendation om kon-

³⁵ 4–6 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

³⁶ Se utredningens underlag och uppskattning av intervall i avsnitt 6.3.1.

sultation av expertstöd. Arbetsplatsinriktat stöd spelar en viktig roll för individens rehabilitering och sjukskrivningens längd och rekommenderas i nationella och internationella kunskapsöversikter.³⁷ Det är därför viktigt att säkerställa att sådana insatser ges i tillräcklig utsträckning och till alla som har behov av sådant stöd.

Utredningens rekommendation om ökade drivkrafter för arbetsgivare, avsnitt 8.5, förväntas bidra till ökad efterfrågan på företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs. Vår bedömning är att rekommendation om drivkrafter stärker förutsättningar för rekommendation om konsultation av expert och att de båda rekommendationerna gemensamt ger goda förutsättningar för ett bättre arbetsplatsinriktat stöd.

8.6.1 Att arbetsgivare själva bedömer behovet av expertstöd har både för- och nackdelar

Nuvarande ordning, att arbetsgivare själva bedömer när expert ska konsulteras, har fördelen att experter inte nyttjas i de fall där arbetsgivarens kompetens är tillräcklig. Detta har också påtalats av arbetsgivarföreträdare under utredningens arbete. Vi ifrågasätter inte heller att det förhåller sig på det sättet. Nackdelen med att arbetsgivaren själva bedömer behovet av att involvera expertis är dock att arbetsgivare dels kan sakna ekonomiska incitament att ta hjälp av extern expertis³⁸ och dels att arbetsgivaren kan sakna kompetens att bedöma när behov av stöd uppstår³⁹. Tillsyn av att arbetsgivare använder företagshälsovård, eller annan oberoende expertresurs, i den utsträckning som de behöver har konstaterats som i praktiken mycket begränsad.⁴⁰ Utredningen visar i sitt arbete att stora grupper sjukskrivna inte får del av arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd i den utsträckning de anser sig behöva. Vi ser att företagshälsovård involveras i få fall, med indikationer på att när företagshälsovård involveras så ökar kvaliteten i bedömning av vilket arbetsplatsinriktat stöd som kan ges.

³⁷ Utredningen utvecklar detta i avsnitt 6.1.1.

³⁸ Att arbetsgivare har relativt svaga ekonomiska incitament för sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen redogörs för i avsnitt 8.5, rekommendation om stärkta drivkrafter för arbetsgivare.

³⁹ Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

⁴⁰ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.

Bästa lösning vore att genom en precis bedömning av behov använda expertstöd i samtliga fall där det behövs, men inte i fler fall än så. Att arbetsgivare själv gör bedömningen verkar leda till ett underskott av konsultation och otillräckligt stöd. Utredningens rekommendation om krav kan leda till ett överskott av kunskap och därmed en ineffektivitet. Underlaget medger ej detaljerade beräkningar utöver de resonemang som utredningen redogör för. Vår bedömning är att tillgängligt underlag talar för att fördelarna i detta fall överväger nackdelarna. Anledningen till det är de argument vi redogör för ovan och som vi fördjupar i avsnitt 6.3.1. I sammanfattning är argumenten att arbetsplatsinriktat stöd rekommenderas för att stärka återgång i arbete och förkorta sjukskrivningars längd, att det föreligger ett underskott av stöd och att experter kopplas in i relativt få fall trots att kompetensen hos ansvariga chefer är låg.

8.6.2 En precisering av utredningens rekommendation

Utredningens rekommendation är att arbetsgivare ska konsultera, det vill säga rådgöra med, en expert på arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång när plan för återgång i arbete tas fram, det vill säga inom 30 dagars sjukfrånvaro. Det är således ingen förändring i arbetsgivarens ansvar, men en skärpning av arbetsgivarens skyldighet att säkerställa att arbetsplatsinriktat stöd utformas med utgångspunkt i kunskap och att företagshälsovård eller annan expertresurs används när den egna kompetensen inte är tillräcklig. Det är fortsatt arbetsgivaren som har ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering och för plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren ska dokumentera konsultation med expertresurs. Konsultation av expert i relation till plan för återgång bedöms leda till tydlighet i arbetsgivarens ansvar.

Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § SFB.

Ett utökat stöd till arbetsgivaren

Expertresursen ska bistå arbetsgivaren att identifiera och utforma arbetsplatsinriktade insatser som kan genomföras på arbetsplatsen för att stödja återgång i arbete. Konsultationen kan också omfatta att ge råd och stöd till arbetsgivare i angränsande frågor som har betydelse för individens återgång och som ligger i arbetsgivarens ansvar. Det kan till exempel handla om att uppmuntra till socialt stöd och kontakt med individen. Eller att stödja chefen med samtalsmetoder som bidrar till en ändamålsenlig dialog och uppmuntrar individen att själv delta aktivt i sin egen rehabilitering. Expertresursens bör, i enlighet med aktuella riktlinjer, uppmuntra och vid behov stödja arbetsgivaren att undersöka sjukfrånvarons koppling till arbetsmiljön.⁴¹

Det får förutsättas att behovet av arbetsplatsinriktat stöd i vissa fall är mindre och i andra fall är större. Arbetsgivare har, beroende på arbetets betingelser och egen tillgång till kunskap inom området, olika stora behov. Studier visar att chefer i framför allt mindre och medelstora arbetsgivare ofta känner sig ensamma med rehabiliteringsansvaret och har större behov av externt stöd än chefer hos större arbetsgivare där tillgången till internt stöd generellt är större.⁴²

Definition av expertresurs

Med expertresurs ska avses företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs så som det beskrivs i 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen.

Vi bedömer att det expertstöd som avses i vår rekommendation i första hand kan tillhandahållas av sådana professioner där det relativt sätt finns god tillgång till kompetens, i huvudsak arbetsterapeuter, psykologer, beteendevetare och ergonomer. Professioner där det är stor brist inom företagshälsovården, dvs. företagsläkare och arbetsmiljöingenjörer, bedöms beröras i mindre utsträckning.⁴³

⁴¹ www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-26.

⁴² Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

⁴³ Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*. Rapport FHV 2019:2.

8.6.3 Risk att frågan om arbetsplatsinriktat stöd blir för komplicerad

Vi har tagit del av farhågor att krav på konsultation med expertresurs vid framtagande av plan för återgång i arbete riskerar att skicka signaler om att stöd för återgång är komplicerat, vilket kan ha en hämmande effekt på arbetsgivares initiativ till arbetsplatsinriktat stöd.

Vår utgångspunkt är att en god dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare är viktigt både för planering av insatser och för att ge socialt stöd till den som blivit sjukskriven. Det är svårt att bedöma om, och i så fall hur stor, hämmande effekt ökade krav på konsultation skulle ha på arbetsgivares initiativ till dialog. En annan möjlighet, vilket är en del av syftet med rekommendationen, är att en expert vid en konsultation skulle påtala och stödja arbetsgivare i, och till, dialog med den sjukskrivne. Det skulle därmed kunna leda till fler samtal mellan arbetsgivare och sjukskrivna medarbetare. Sannolikt skulle den effekten vara störst vid psykisk ohälsa där det finns ett väldokumenterat stigma och överlag lägre kunskap hos arbetsgivare.⁴⁴

Arbetsplatsinriktat stöd för återgång är också i vissa fall ett svårt område. Arbetsmetoden ADA+ som vi redogör för i avsnitt 6.1.2 omfattar vägledning för kognitiv ergonomi (stöd till individer med psykisk ohälsa) som knappast kan betraktas som allmän kunskap. Vi menar att kunskap om hur arbetsplatsinriktat stöd ska utformas behöver öka på arbetsplatser, och vi ser tendenser till att komplexiteten inom området inte ges tillräcklig uppmärksamhet och förståelse. Arbetsgivare och arbetstagare ska prata med varandra, men att stanna vid ett samtal mellan lekmän nyttjar inte den fulla potentialen i tillgänglig kunskap.

⁴⁴ Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

8.6.4 Rekommendation om expertstöd i relation till 2018 års reformer för stärkt stöd för återgång i arbete

Betydelsen av arbetsplatsinriktade insatser för återgång i arbete är känd sedan tidigare och framför allt två reformer, *plan för återgång i arbete*⁴⁵ och *arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*⁴⁶, har under senare år syftat till att stärka sådana insatser. Utredningen redogör här för sina överväganden om föreliggande rekommendation i relation till dessa reformer.

Utredningens bedömning är att plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet förvisso kan bidra till en förstärkning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång, men att reformerna bara delvis stimulerar användandet av expertis och kunskap i frågor om arbetsplatsinriktat stöd.

Plan för återgång i arbete betonar tidig aktivitet från arbetsgivaren. Tidig aktivitet kan vara viktigt, men leder inte per automatik till att den tidiga aktiviteten är kunskapsbaserad eller når upp till tillräcklig kvalitet för att ge ett gott stöd. I förarbetena skrivs att expertstöd ska anlitas vid behov.⁴⁷ Det är viktigt att betydelsen av expertstöd nämns, men det stärker inte arbetsgivarens ansvar. Ansvar att involvera företagshälsovård eller annat expertstöd är etablerat sedan flera decennier, till exempel i arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering och systematiskt arbetsmiljöarbete.⁴⁸

Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet syftar till att öka användning av expertis och kunskap i utredning, analys och framtagande av arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Som redovisas i avsnitt 6.2.5 är nyttjandet betydligt lägre än förväntat och nyttjandet minskar från 2018 till 2019.

Utredningen anser att reformerna inte tillräckligt bidrar till arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Vi menar därför att det finns anledning att komplettera dessa reformer med ökade krav på att konsultera experter på stöd för återgång vid framtagande av plan för återgång i arbete.

⁴⁵ 30 kap. 6 § SFB.

⁴⁶ Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

⁴⁷ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63.

⁴⁸ 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 12 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

8.6.5 En principiell fråga om kvalitetssäkring

Krav på konsultation med företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs innebär en kvalitetssäkring av arbetsplatsinriktade insatser för återgång. Det kan konstateras att samhället ställer mycket höga krav på kvalitetssäkring av medicinska rehabiliteringsinsatser genom att det är legitimerad personal inom hälso- och sjukvården som ansvarar för dessa. Det är bra att vi ställer höga krav på medicinsk rehabilitering. Det kan dock tyckas märkligt att motsvarande kvalitetssäkring saknas för utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång, där konsultation med expert i praktiken är frivilligt.⁴⁹ Inte minst med anledning av hur viktiga sådana arbetsplatsinriktade insatser visat sig vara för återgång i arbete, en fråga med stor relevans för både individen och för samhällets ekonomi.⁵⁰

8.7 En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Rekommendation: Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete.

Skäl till rekommendationen: Med arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete avses sådana insatser som ges på eller i nära anslutning till arbetsplatsen och med syfte att stödja en individ som är sjukskriven, eller som riskerar sjukskrivning, att återfå arbetsförmåga för att hen ska kunna återgå i arbete. I avsnitt 6.1.1 redogör vi för nationella och internationella kunskapsöversikter inom området. Översiktarna visar på betydelsen av arbetsplatsinriktade insatser för individens återgång i arbete. I avsnitt 6.2.1 beskriver vi arbetsmetoden ADA som ett exempel på hur generell kunskap om stöd för återgång kan omsättas i ett konkret verktyg. Utredningens bedömning är att det finns behov av fler arbetsmetoder och modeller som med utgångspunkt i vetenskap kan vägleda professionella, myndigheter och arbetsgivare i deras ansvar att ge individen stöd för återgång.

⁴⁹ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.

⁵⁰ Utvecklas i avsnitt 6.1.1.

Vilka arbetsplatsinriktade stödjande insatser som har effekt kan vara svårt att avgöra. Ett exempel på detta redogörs för i avsnitt 5.4.2 där vi beskriver hur aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen drar olika slutsatser om vilka insatser som bör rekommenderas individen.

Kunskapsområdet stöd för återgång i arbete har stor betydelse för utformning av stöd till individen. Vi konstaterar att det i dag inte finns någon aktör med ansvar att samla in, sammanställa och sprida kunskap inom området. Utredningens bedömning är att en aktör med sådant ansvar skulle öka möjligheterna för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att använda sig av vetenskapligt förankrad kunskap om återgång i arbete. Vår rekommendation är att ett sådant ansvar ges Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

8.7.1 Ansvaret ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Av instruktionen till Myndigheten för arbetsmiljökunskap framgår att myndigheten är nationellt kunskapscentrum för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten ska ansvara för kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning och bidra till att kunskap om arbetsmiljö kommer till användning i praktiken. Myndigheten ska också följa och främja företagshälsovårdens utveckling.⁵¹ Det skulle kunna argumenteras att kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* ligger inom arbetsmiljöområdet och därmed redan är del av myndighetens ansvarsområde. Myndigheten har till exempel publicerat *riktlinjer vid psykisk ohälsa* på arbetsplatsen som omfattar rekommendationer om stöd för återgång i arbete.⁵² Riktlinjer för psykisk ohälsa fanns dock redan innan myndigheten startade upp och överfördes till myndigheten från Karolinska Institutet. Riktlinjerna kan därmed inte till fullo ses spegla en inriktning mot stöd för återgång i arbete. Utredningens samlade bedömning är att myndighetens uppdrag inom arbetsmiljöområdet inte med självklarhet kan sägas omfatta kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*.

Utredningen ser framför allt två argument för att uppdraget ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap:

⁵¹ Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

⁵² www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-26.

1. Företagshälsovården har en viktig roll som resurs för arbetsgivaren i dennes ansvar att stödja individen åter i arbete. Att ge myndigheten ett ansvar att samla och sprida kunskap inom området stöd för återgång harmoniserar, enligt utredningen, väl med myndighetens uppdrag att främja företagshälsovårdens utveckling. I kombination med utredningens rekommendation om expertstöd (rekommendation 8.6) stärker uppdraget om kunskapsförvaltning företagshälsovårdens roll som arbetsgivarens resurs.
2. Enligt utredningens rekommendation om samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer (rekommendation 8.2) ska Myndigheten för arbetsmiljökunskap samverka med andra myndigheter och aktörer för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Utredningen anser att myndigheten har en viktig roll att som kunskapsmyndighet, i samverkan med övriga aktörer, bidra med aktuell kunskap om stöd för återgång i arbete.

Vi har övervägt om uppdraget skulle kunna ges till andra myndigheter såsom Försäkringskassan eller Socialstyrelsen. Båda dessa myndigheter har uppdrag som kan sägas omfatta och angränsa kunskapsområdet stöd för återgång i arbete. Myndigheten för arbetsmiljökunskaps uppdrag i relation till företagshälsovården har dock varit tungt vägande i vår rekommendation då företagshälsovården kan antas vara en av de viktigaste kanalerna för att omsätta kunskapsområdet i handling ute på arbetsplatserna. Myndigheten för arbetsmiljökunskap är dessutom en utpräglad kunskapsmyndighet som torde ha goda förutsättningar att effektivt administrera rekommenderat kunskapsuppdrag.

8.8 Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd

Rekommendation: Att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vidareutvecklar sin samverkan för att:

- Ge fler individer stöd genom rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna.
- Ge individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, ett bättre stöd för att de ska kunna tillvarata sin arbetsförmåga.
- Ge alla individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen, information om vilka krav de behöver uppfylla för att deras sjukpenninggrundande inkomst ska vara fortsatt skyddad.
- Säkerställa att aktuell information hos Arbetsförmedlingen om en individs arbetsförmåga, vägs in i Försäkringskassans bedömning om arbetsförmågans nedsättning när individen ansöker om sjukpenning.

Skäl till rekommendationen: I avsnitt 5.5.2 och 7.1.6 redogör vi för på vilka sätt nuvarande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte i tillräcklig utsträckning tillgodoser de behov individer har av stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga när de går från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden. Vår bedömning är att den kunskap som finns om rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna visar på goda effekter, men att det är för få individer som får stöd tillbaka till arbete genom rehabiliteringssamverkan. Vi bedömer vidare att de individer som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga, men som har nedsatt hälsa, inte ges tillräckliga förutsättningar att ställa om till arbete, vilket var avsikten med det nolltoleransuppdrag regeringen gav myndigheterna 2018.⁵³ Vi bedömer även att de metoder som myndigheterna utvecklat för

⁵³ Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.

att förhindra att individer förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI) i övergången mellan myndigheterna inte är tillräckliga. Slutligen bedömer vi att de uppgifter som Arbetsförmedlingen har om en individs arbetsförmåga behöver tas om hand av Försäkringskassan när en individ ansöker om sjukpenning efter en tid i ett arbetsmarknadspolitiskt program (problematiken redogörs för i avsnitt 7.1.5).

8.8.1 Individen väljer själv om hen vill ha stöd i övergången mellan myndigheterna

Om individen får sin sjukpenning indragen avgör individen själv om hen vill ha stöd av Arbetsförmedlingen. Individen kan alltså välja bort det stöd som syftar till att skapa en bra övergång för individen mellan myndigheterna. Myndigheterna har därför ett stort ansvar att i samverkan säkerställa att individen förstår hur systemet är tänkt att fungera.

8.8.2 Försäkringskassan behöver göra mer för att fler individer ska ges stöd genom myndigheternas rehabiliteringssamverkan

Trots att Försäkringskassan genomför insatser för att ge fler individer stöd i rehabiliteringssamverkan som vi redogör för i avsnitt 7.1.3 har antalet individer som får ett sådant stöd minskat under de senaste åren. Av Försäkringskassans årsredovisning för 2019 framgår att färre individer erbjöds en gemensam kartläggning 2019 än 2018. I avsnitt 7.1.6 gör vi också bedömningen att betydligt fler än de individer som får insatser i rehabiliteringssamverkan bör vara i behov av sådana insatser. Detta tyder på att mer kraftfulla insatser behöver vidtas av Försäkringskassan för att fler individer ska få ta del av detta stöd.

Vi bedömer därför att Försäkringskassan behöver intensifiera sitt arbete med att identifiera individer som kan vara i behov av stöd i rehabiliteringssamverkan och erbjuda detta stöd. Hur Försäkringskassans arbetar med att initiera fler individer till rehabiliteringssamverkan bör redovisas i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens gemensamma återrapportering enligt myndigheternas regleringsbrev.

8.8.3 Ett utvecklat stöd till individer som har nedsatt hälsa men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga

Regeringen har i sitt nolltoleransuppdrag till Försäkringskassan och till Arbetsförmedlingen påtalat att individer som har nedsatt hälsa, men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, har behov av ett särskilt stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. Av myndigheternas respektive regleringsbrev framgår att:

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.⁵⁴

I avsnitt 7.1.2 redogör vi för metoden *omställningsmöte*, som är den metod som används för att ge dessa individer goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna. Vår bedömning är att omställningsmötet inte utgör ett tillräckligt stöd för övergången mellan myndigheterna för en del av de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga, men som har behov av stöd för att de ska kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. För dessa individer behöver samverkan i övergången mellan myndigheterna innefatta ett mer individuellt anpassat stöd än det stöd som omställningsmötet i sin nuvarande form erbjuder. Stödet behöver innefatta en tydlighet om hur den bedömning av individens arbetsförmåga som Försäkringskassan genomfört tas omhand av Arbetsförmedlingen i utformningen av det fortsatta stödet till individen. Stödet behöver också innefatta en plan för hur individen ska ges stöd av Arbetsförmedlingen innan individens sjukpenning dras in.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utvecklar metoder för ett mer omfattande stöd till de individer som har behov av ett sådant för att kunna ställa om till arbete. Vi rekommenderar även att myndigheterna utvecklar meto-

⁵⁴ Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Arbetsförmedlingen och Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

der för att identifiera vilka individer det är som behöver ett mer omfattande stöd i övergången mellan myndigheterna. Utgångspunkt för utveckling av sådana metoder bör vara de arbetsformer som finns inom ramen för rehabiliteringssamverkan, med anledning av att detta arbetssätt mellan myndigheterna visat ge effekt på återgång i arbete.

Överväganden

Vi bedömer att myndigheternas nuvarande tolkning av sina likalydande regleringsbrevsuppdrag är för restriktiv. Den nuvarande metoden *omställningsmöte* kan ses som ett sätt att förbereda individen för en övergång mellan myndigheterna i överensstämmelse med de likalydande uppdragen. Vid mötet ges individen allmän information om vad Arbetsförmedlingen erbjuder arbetssökanden, information om hur man skriver in sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och myndighetens representanter kan ge svar på frågor som individen har.⁵⁵ Genom att erbjuda individen ett sådant möte kan myndigheterna anses ha uppfyllt sina respektive uppdrag. Men mötet innehåller ingen individuell planering för hur en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara, och kan därmed inte ses som att myndigheterna *gemensamt* ser till att individens behov av insatser identifieras och möts så tidigt som möjligt för att underlätta individens omställning till arbete. Vår bedömning är att det finns individer vars behov av stöd i omställning inte tillgodoses av det nuvarande omställningsmötet, vilket också bekräftas av dialog med Arbetsförmedlingen under utredningens gång. Vi bedömer därför att stödet i övergången behöver utvecklas för att individer ska uppleva att sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken hänger samman.

⁵⁵ www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/sjukpenning Från sjukförsäkring till arbetsliv. Hämtad 2020-03-16.

8.8.4 Mer behöver göras för att säkerställa att individer inte förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen

Det finns fortfarande individer som förlorar sin SGI i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och konsekvenserna för dessa individer kan bli mycket stora. Vår bedömning är således att nolltoleransuppdraget samt det utökade rådrummet som regeringen införde 2018 inte har varit tillräckliga för att förhindra att individer förlorar sin SGI.⁵⁶

För att detta inte ska inträffa är vår bedömning att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver utveckla ett automatiserat system för informationsöverföring. Ett sådant system skulle säkerställa att individer som går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen får den information de behöver för att uppfylla de krav som behövs för att skydda sin SGI. Arbetsförmedlingen är i dag beroende av att individen berättar att hen kommer ifrån sjukförsäkringen och därmed behöver ges särskild information om vad som krävs för att skydda sin SGI. Vi menar att det är orimligt. Genom en automatisk informationsöverföring från Försäkringskassan kan systemet uppmärksamma arbetsförmedlarna på individens behov av information. Arbetsförmedlaren kan då informera individen om att hen måste vara aktivt arbetssökande för att hens SGI ska vara skyddad. En sådan lösning minskar riskerna för individuella missförstånd och misstag. Myndigheterna behöver ta fram en lösning för hur en digital informationsöverföring ska gå till, och utreda de juridiska och tekniska förutsättningarna för en informationsöverföring.

Överväganden

Vår bedömning är att vår rekommendation i föregående avsnitt 8.8.3 leder till att fler individer får förståelse för hur de ska skydda sin SGI när de går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. Det arbete myndigheterna redan gör, och planerar att göra, bidrar troligen till att minska antalet individer som förlorar sin SGI i övergången. I dag erbjuds alla individer som får sin sjukpenning indragen i pågående

⁵⁶ Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria 2018-01-23.

sjukfall ett omställningsmöte, och i Försäkringskassans kommunikeringsbrev och beslutsbrev till individen finns information om vikten av att skydda sin SGI och vad det är individen behöver göra. Enligt uppgift från Arbetsförmedlingen så övervägs om följande text ska läggas in i samtliga arbetssökandes handlingsplan per automatik:

Om jag inte aktivt söker arbete så kan det också påverka andra ersättningar som andra myndigheter beslutar om. Det gäller exempelvis om jag tidigare har haft en anställning som gett rätt till en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) hos Försäkringskassan eller om jag har försörjningsstöd. Vid frågor om detta kan jag vända mig till den myndighet som beslutar om ersättningen.⁵⁷

Vår bedömning är dock att individer även fortsättningsvis, trots ett utvecklat samarbete enligt ovanstående rekommendation i 8.8.3 kan riskera att förlora sin SGI i övergången mellan myndigheterna. Skälet till detta är att individen, eftersom det är individen själv som avgör om hen vill ha stöd av myndigheterna i övergången, kan riskera att missa den viktiga information om att hen behöver vara aktivt arbetssökande för att skydda sin SGI när hen är inskriven hos Arbetsförmedlingen. Det vill säga att det inte räcker med att bara vara inskriven hos Arbetsförmedlingen för att SGI:n ska vara skyddad. Om inte denna information är tydlig, kan individen tro att SGI:n är skyddad eftersom individen är inskriven hos Arbetsförmedlingen. Men om individen blir registrerad som *arbetssökande med förhinder* hos Arbetsförmedlingen, och inte aktivt söker arbete, skyddas inte individens SGI. Individer kan avböja att delta i möten och insatser som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen erbjuder, och på egen hand skriva in sig hos Arbetsförmedlingen. Om individen då möter en arbetsförmedlare som inte vet att individen kommer från Försäkringskassan och är i behov av information om vad som krävs för att skydda sin SGI, kan individen uppge att hen är för sjuk att för att aktivt söka arbete. Individen kan då bli registrerad som *arbetssökande med förhinder* och därmed riskera att förlora sin SGI.

Vår bedömning är att det är orimligt att skyddet av en individs SGI ska bygga på att individen uppger för arbetsförmedlaren att hen kommer från Försäkringskassan för att arbetsförmedlaren i sin tur ska förstå att individen kan vara i behov av ingående information om vad det som krävs för att hen ska kunna skydda sin SGI. Vi har

⁵⁷ Inkommen uppgift från Arbetsförmedlingen. E-post 5 mars 2020.

övervägt om det skulle vara möjligt att utvidga SGI-skyddet så att det skulle omfatta samtliga individer som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen oavsett om de är aktivt arbetssökande eller inte. Vår bedömning är dock att ett sådant skydd skulle bli alltför extensivt och också omfatta individer som medvetet väljer att inte vara aktivt arbetssökande och därmed inte har rätt till ett SGI-skydd.

Den lösning som enligt vår mening kvarstår är att Arbetsförmedlingen automatiskt får information om vilka individer som fått sin sjukpenning indragen så att dessa individer i sin tur garanteras att av arbetsförmedlaren få den information de behöver för att kunna skydda sin SGI. Att föra information om enskilda individer mellan myndigheter innebär alltid en risk för individens integritet och hur en informationsöverföring av dessa uppgifter ska kunna genomföras behöver utredas vidare. Det behöver också utredas om information om en individ kan skickas från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen utan att samtycke ges i varje enskilt fall. Vår bedömning är att konsekvenserna av det ansvar som i dag vilar på professionerna hos respektive myndighet, att informera individer som kan riskera sin SGI, utan att det finns uppgifter hos Arbetsförmedlingen om vilka individer som är viktiga att informera, är för stora för att ett digitalt stöd för detta kritiska moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte skulle utredas vidare.

8.8.5 Övergången från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan

Som vi redogör för i avsnitt 7.1.5, finns det i dag inget stöd för övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan när en individ befinner sig i ett arbetsmarknadspolitiskt program och avbryter sin medverkan i ett sådant på grund av sjukdom och ska ansöka om sjukpenning. Vi delar Försäkringskassan uppfattning att mötesformen *gemensam kartläggning* inte är en ändamålsenlig form för att underlätta övergång mellan myndigheterna för en individ som på grund av sjukdom inte längre kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program och därför behöver ansöka om sjukpenning. Det är dock av stor betydelse att den information som finns hos Arbetsförmedlingen om individens arbetsförmåga beaktas i Försäkringskassans bedömning om rätt till ersättning eller rätt till samordnade insatser när individen avbryter sin medverkan i ett arbetsmarknadspolitiskt program och

ansöker om sjukpenning. För Försäkringskassans bedömning av individens arbetsförmåga bör Arbetsförmedlingens uppgifter om följande vara av särskilt stor betydelse:

- om anpassningar av det arbetsmarknadspolitiska programmets innehåll genomförts och i så fall vilka anpassningar som genomfördes,
- skälen till att individen, trots anpassningar, inte kunde delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet.

Därför behöver Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utveckla rutiner för hur information om en individs arbetsförmåga som finns hos Arbetsförmedlingen med systematik ska föras över och tas omhand hos Försäkringskassan när en individ på grund av sjukdom inte kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program och ansöker om sjukpenning.

Som vi beskrivit i avsnitt 8.8.3 behöver Försäkringskassans bedömning och utredning om en individs arbetsförmåga integreras i Arbetsförmedlingens planering för hur en individ ska kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. På samma sätt behöver Försäkringskassan använda Arbetsförmedlingens utredning om individens förmåga att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program när individen avbryter sin medverkan på grund av sjukdom, som ett underlag när Försäkringskassan tar ställning till om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Högsta förvaltningsdomstolen anger i mål HFD 2018:51 att:

En arbetsförmågutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan.

Vår bedömning är att om en individ trots anpassning inte kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program på grund av sjukdom, bör den information som finns om individens förmåga att delta i programmet, ha stor betydelse för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning och potential för rehabilitering. Myndigheterna behöver klargöra vilka frågor det är som Försäkringskassan mer specifikt behöver få besvarade av Arbetsförmedlingen när Försäkringskassan ska bedöma individens arbetsförmåga.

8.9 Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppstår försörjningsstöd

Rekommendation: Att en utredning ges i uppdrag att se över hur ett utökat ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten gällande de individer som har medicinska begränsningar, saknar SGI och uppstår försörjningsstöd, och hur ett sådant utökat ansvar ska finansieras. Socialtjänstens utökade ansvar bör omfatta att:

- Bedöma individers medicinska begränsningar i relation till aktivitet eller till att kunna söka arbete.
- Samordna insatser för att individer ska återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete.

Skäl till rekommendationen: Utredningens bedömning är att stödet till individer som har medicinska begränsningar, som saknar SGI och som uppstår försörjningsstöd behöver stärkas. Två centrala områden för att stärka stödet är att tillse att individen får en bedömning av sin förmåga att delta i aktivitet eller att kunna söka arbete samt vid behov får samordning av insatser för att kunna återfå arbetsförmåga, delta i aktivitet eller att kunna söka arbete. Vår bedömning är att socialtjänsten bör vara den aktör som ska ha detta uppdrag med anledning av socialtjänsten har kontakt med, och kännedom om, dessa individer. Socialtjänsten är därför den aktör som har bäst praktiska förutsättningar att identifiera vilka av dessa individer som har medicinska begränsningar och som kan vara i behov av stöd. För att möjliggöra ett sådant uppdrag behöver flera förutsättningar utredas. Vi rekommenderar därför att en utredning ska tillsättas med uppdrag att se över hur ett sådant ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten.

8.9.1 En utredning bör tillsättas om hur socialtjänsten kan ges ett utökat ansvar

Utredningen bör se över:

- hur socialtjänstens ansvar för att bedöma medicinska begränsningar och för att samordna insatser för att individer återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete, ska regleras i socialtjänstlagen,
- vilka medicinska uppgifter socialtjänsten behöver för att bedöma medicinska begränsningar kopplade till aktivitet eller möjlighet att kunna söka arbete,
- vilka medicinska uppgifter som socialtjänsten behöver för att kunna identifiera behov av att samordna insatser för att individen ska återfå förmåga att delta i aktivitet eller kunna söka arbete,
- hur socialtjänsten ska kunna inhämta medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården och vilka professioner inom hälso- och sjukvården som kan lämna uppgifterna,
- hur socialtjänstens behov av kompetens att bedöma medicinska uppgifter i relation till förmåga att delta i aktivitet eller möjlighet att stå till arbetsmarknadens förfogande ska tillgodoses,
- om samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver utvecklas och i så fall på vilket sätt,
- om samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen behöver utvecklas och i så fall på vilket sätt,
- om socialtjänsten även ska ansvara för att samordna insatser för de som inte uppbär försörjningsstöd men som saknar SGI,
- om Försäkringskassans samordningsansvar behöver omformuleras med anledning av socialtjänstens utökade uppdrag,
- hur socialtjänsten och Försäkringskassan ska samverka kring de individer som uppbär försörjningsstöd och ansöker om sjukersättning.

Utredningen bör också beräkna kostnader för socialtjänstens nya uppdrag och ge förslag på hur uppdraget ska finansieras.

8.9.2 Socialtjänsten behöver få förutsättningar att bedöma medicinska begränsningar

Det huvudsakliga skälet till att vi anser att det är socialtjänsten som ska ha detta uppdrag är att det är socialtjänsten som arbetar nära dessa individer och har kännedom om deras behov. Med nuvarande ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och Försäkringskassan finns det risk för att individens behov av stöd för att kunna återgå i, eller få, ett arbete inte identifieras. Denna risk uppstår när socialtjänsten, inte har i uppdrag att utreda och bedöma vad individen kan eller inte kan göra på grund av medicinska skäl och hur förmåga, när den inte finns, ska kunna återfås. När socialtjänsten inte har ett sådant uppdrag finns risk att individer som kan delta i aktivitet för att komma närmare arbete, inte deltar i sådana aktiviteter för att de har ett läkarintyg i vilket det finns en bedömning att arbetsförmåga inte finns. Att ha arbetsförmåga och att ha förmåga att delta i aktivitet är inte alltid samma sak. För att kunna bedöma om en individ kan delta i en aktivitet måste socialtjänsten få, och kunna förstå, medicinska uppgifter om individen. På samma sätt finns det risk (vi bedömer den låg) för att individer som av medicinska skäl inte bör delta i vissa aktiviteter ändå gör det, med anledning av att de inte har medicinska uppgifter som kan styrka deras medicinska begränsningar.

För att säkerställa att individer ska få rätt stöd anser vi att socialtjänsten behöver få ett uppdrag att bedöma individers medicinska förmåga att delta eller inte delta i aktivitet, alternativt kunna stå till arbetsmarknaders förfogande. Försäkringskassan, som har ansvar för att samordna rehabiliterande insatser för att individer ska komma åter i arbete, har inte i uppdrag att bedöma om dessa individer på grund av medicinska skäl kan eller inte kan delta i aktiviteter som socialtjänsten ansvarar för. Försäkringskassan har inte heller kännedom om dessa individer förrän den dag de ansöker om samordnad rehabilitering, och Försäkringskassan kan då bara vidta åtgärder i de fall individen bedöms ha behov av samordnad rehabilitering för att få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.⁵⁸

I dialog med SKR har vi under utredningens gång fått information om att det förekommer att en del kommuner upphandlar försäkringsmedicinskt konsultstöd, vilket visar att det finns ett behov

⁵⁸ 29 kap. § 2 SFB.

av denna typ av kunskap hos socialtjänsten i dag. Sveriges läkarförbund ställer sig bakom rekommendationen att utreda hur socialtjänsten ska få ett ansvar att bedöma medicinska begränsningar och att samordna insatser för att individer som saknar SGI ska återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete. Enligt Sveriges läkarförbund behöver förbudet för kommuner att anställa läkare ses över om detta uppdrag läggs på socialtjänsten, och förbundet anser även att en utredning bör ta ställning till ett återinförande av socialläkare, en typ av kommunala läkartjänster som ligger i gränssnittet mellan sjukvård och socialtjänst.⁵⁹

8.9.3 Socialtjänsten bör ha det samordnade ansvaret

Vår bedömning är vidare att socialtjänsten även ska ha det samordnande ansvaret för att dessa individer får ändamålsenligt stöd att kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Som vi redogjort för i kapitel 3 är det få individer, som uppbär försörjningsstöd och som har ett läkarintyg, som ansöker om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. År 2018 ansökte 2 533 personer, som inte hade någon SGI, om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. Det kan jämföras med att det 2018 fanns 27 101 individer som uppbär försörjningsstöd och hade ett läkarintyg. Av de som ansökte beviljades 1 314 personer (52 procent) minst en dags samordning. Vi kan inte uttala oss om innehållet i de insatser som beviljades, eller om effekterna av dessa insatser. Vår bedömning är dock att även om fler individer som uppbär försörjningsstöd och som har medicinska begränsningar skulle ansöka och bli beviljade samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan, är det tveksamt om det Försäkringskassan kan göra för dessa individer inom ramen för samordningsuppdraget ger ett bra stöd. Socialtjänsten har, till skillnad från Försäkringskassan, kännedom både om individerna och om vilket utbud av arbetsförberedande insatser som lokalt finns att erbjuda dessa individer. Det finns därtill anledning att tro att det kan vara svårt att skilja individer i målgruppen som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom från de som har arbetsoförmåga på grund av andra orsaker. Vår bedömning är att det är viktigt att arbetet att stödja individer som uppbär försörjningsstöd måste rymma flera aspekter än de som

⁵⁹ Inkommen uppgift från Sveriges läkarförbund. E-post 6 mars 2020.

handlar om att bedöma medicinska begränsningar och samordna insatser för att en individ, trots sina medicinska begränsningar, ska kunna komma tillbaka till, eller kunna söka, arbete. Socialtjänstens kunskap om dessa individer och om deras behov av sammanhållet stöd, utgör ytterligare ett skäl till att det är socialtjänsten bör ha detta utvidgade uppdrag.

8.9.4 Överväganden om att socialtjänsten ges uppdraget

Socialtjänsten ansvarar redan i dag för flera målgrupper med omfattande behov, vilket kan tala emot att socialtjänsten ska ansvara för ytterligare en målgrupp. Vi menar dock att den ansvarsuppdelning som i dag finns mellan socialtjänsten och Försäkringskassan för de individer som har medicinska begränsningar, saknar SGI och uppbär försörjningsstöd, till största delen finns på ett teoretiskt plan, med anledning av att det är en relativt liten grupp individer som uppbär försörjningsstöd som får samordnade insatser från Försäkringskassan. Med det sagt uppfattar vi att socialtjänsten redan i dag har ett omfattande ansvar för målgruppen, men vi bedömer det vara både otydligt och osynligt. Vår uppfattning är att socialtjänstens kostnader för målgruppen är dolda, eftersom det inte finns uppgifter om hur många individer som uppbär försörjningsstöd, som inte kan delta i aktivitet på grund av sjukdom, och som behöver insatser för att kunna söka arbete. Om socialtjänsten skulle ges uppdraget skulle bättre förutsättningar skapas för att synliggöra de kostnader som socialtjänsten uppbär för målgruppen.

Vi har under utredningens gång blivit uppmärksammade på att det kan bli problematiskt om både Försäkringskassan och socialtjänsten har liknande uppdrag men för olika målgrupper inom området rehabilitering och återgång i arbete. Detta kan leda till att olika bedömningsgrunder och arbetsmetoder utvecklas inom ett område som redan är behäftat med svårigheter gällande terminologi och ansvarsområden. Vår bedömning är dock att det är viktigt att kunskap om ändamålsenligt stöd till olika målgrupper utvecklas och används, och att det stöd som är ändamålsenligt för individer som står långt från arbetsmarknaden inte är samma stöd som har goda effekter för individer som har en arbetsgivare eller som är etablerade på arbetsmarknaden. Vår uppfattning är därför att det snarare är

värdefullt att kunskap om vilka insatser som har effekt för olika målgrupper utvecklas och används.

Ett argument för att Försäkringskassan bör fortsätta ha ett ansvar för målgruppen är att det bara är genom Försäkringskassan som en individ kan bli aktuell för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vi menar att Arbetsförmedlingen har stor betydelse för målgruppen, men att de individer som bedöms ha möjlighet att kunna tillgodogöra sig arbetsmarknadspolitiska insatser som i dag erbjuds inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, borde kunna få sådana insatser genom samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen utan att behöva gå vägen genom Försäkringskassan.

I de dialoger vi fört med representanter för olika aktörer under utredningens gång har det framkommit att av de insatser som i dag finns tillgängliga för målgruppen, är det de insatser som finansieras inom ramen för samordningsförbund som dessa individer oftast deltar i. Vi anser därför att det vore av värde att det vidare utreds hur likvärdiga och evidensbaserade insatser ska kunna erbjudas individer över hela landet inom ramen för samordningsförbundens verksamhet. En sådan utredning bör kunna ta vid när Inspektionen av socialförsäkringen är klar med sin pågående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet.⁶⁰ Det är dock redan i dag möjligt för socialtjänsten att aktualisera individer till insatser finansierade av samordningsförbund utan att gå vägen genom Försäkringskassan. Med vägledning av uppgifter från både Försäkringskassan och SKR bedömer vi att den viljeinriktning som togs fram mellan SKR, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 2016⁶¹ inte har fått genomslag.⁶² Att viljeinriktningen inte fått genomslag, trots att den undertecknats av samtliga aktörer på hög nivå är ett starkt skäl till att ansvaret för målgruppen behöver regleras på ett annat sätt än i dag.

I SKR:s sammanställning av en kommunenkät som besvarades av kommunerna under november och december 2019 framgår att även

⁶⁰ Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet*. S2017/02622/SF (delvis).

⁶¹ Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom*.

⁶² SKR (2019) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019* och intervjuer med samverkansansvariga hos Försäkringskassan.

SKR anser att en utredning bör tillsättas som ser över hur individer som är sjuka och som saknar SGI ska få sina behov av samordnade insatser för att komma tillbaka till arbete tillgodosedda.⁶³

8.10 Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas

Rekommendation: Det bör utredas hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan underlättas.

Skäl till rekommendationen: Ett effektivt utbyte av medicinska uppgifter är en förutsättning för ett ändamålsenligt stöd till individen. Tillgång till medicinska uppgifter är i många fall nödvändigt för att individen ska få tillgång till rätt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Mycket utvecklingsarbete har redan gjorts inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR.⁶⁴ Intyg har digitaliserats och digital ärendekommunikation skapats. Som vi konstaterar i avsnitt 5.3 är rehabiliteringsansvariga aktörer beroende av medicinska uppgifter om individen för sina bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Medicinskt informationsutbyte är inte bara viktigt i individärenden utan också en fråga som ställer stora krav på samverkan och som i vissa fall skapar problem i samverkan mellan aktörerna. Att lämna uppgifter kräver samverkan både för själva överföringen och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas. Det är i dagsläget oklart i vilken utsträckning hälso- och sjukvården kan tillhandahålla de uppgifter som behövs i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med avseende på både tillgängliga resurser och om det de facto är möjligt för hälso- och sjukvården att lämna de uppgifter som efterfrågas.

Även utredningen *Samspel för hälsa* såg behovet av att denna fråga utreds och redovisade följande bedömning:

⁶³ SKR (2019) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019*, s. 7.

⁶⁴ Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetsäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*.

Utredningen vill fästa uppmärksamhet på det önskvärda i att en grundläggande genomlysning av förutsättningarna för förändrade informationsansvar i anslutning till sjukintyg initieras. En sådan genomlysning skulle kunna genomföras inom ramen för en statlig utredning. Den bör bl.a. omfatta informationskraven i intygen kopplade till det kvalitetsansvar som hälso- och sjukvården ska ha, men också omfatta Försäkringskassans roll och förmåga att tillgodogöra sig och värdera information. Frågor om grundläggande inslag i sjukförsäkringens utformning, bl.a. utifrån glidningar i relation till sjukdomsbegreppet, bör ingå i en sådan genomlysning.

En specifik rekommendation är att målbilden för en sådan genomlysning bör vara att utveckla former för ett balanserat informationsansvar med inriktningen att minimera hälso- och sjukvårdens administrativa belastning och samtidigt förtydliga vårdens ansvar att tillämpa ett försäkringsmedicinskt försvarbart arbetssätt.⁶⁵

I vår mening är några områden särskilt viktiga att en utredning ser över:

- aktörernas behov av medicinska uppgifter om individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att ge individen rätt stöd,
- hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna medicinska uppgifter om individen,
- former för medicinskt uppgiftslämnande,
- förvaltning av system för utbyte av medicinska uppgifter.

Utöver detta anser vi att en utredning om medicinskt uppgiftslämnande bör ha ett bredare fokus än det informationsutbyte som behövs inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvården intygar medicinsk information i många olika sammanhang. I utredningen *Effektiv vård* konstaterades att det finns stora brister i hanteringen av de intyg som begärs av hälso- och sjukvården. Utredningens bedömning var att detta är en starkt bidragande orsak till ineffektivitet i vården och en väsentlig del av ”den administrativa bördan” som professionerna upplever. Utredningen ansåg det vara ett problem att intygen inte samordnades vare sig språkligt, innehållsmässigt eller tekniskt. Därutöver ansågs informa-

⁶⁵ SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

tionssystemen ge inget, eller svagt, stöd i att hantera intygen på ett effektivt sätt.⁶⁶

Vi anser att det är utmanande för vården att intyg krävs i många olika processer och även utmanande att det medför att det finns betydligt fler än en samarbetspartner för hälso- och sjukvården som har behov av olika, men snarlika, uppgifter. Detta kompliceras ytterligare av att hälso- och sjukvårdens regionindelning leder till att hälso- och sjukvården själva har många huvudmän. Det vore därmed önskvärt att ett helhetsgrepp tas i intygsfrågan. Det finns stora effektivitetsvinster att hämta om en gemensam terminologi kunde skapas och gemensamma, standardiserade informationsmängder användas.

Nedan utvecklas de frågor om medicinskt uppgiftslämnande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som vi anser bör utredas.

8.10.1 Aktörernas behov av medicinska uppgifter för att kunna utföra sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver klargöras

Vi konstaterar i avsnitt 5.3 att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte tillräckligt analyserat sina behov av medicinska uppgifter om individen. Den information som aktörerna behöver är i många fall likartad, men är specifik för varje aktör. Aktörerna behöver medicinska uppgifter för att ge effektiv rehabilitering och ta ställning till rätt till ekonomisk ersättning eller frånvaro. Den föreslagna utredningen behöver därför, i samverkan med aktörerna, klargöra samtliga aktörers behov av medicinska uppgifter om individen. I en analys ska det tydligt framgå vilka uppgifter en aktör behöver och vad syftet är med uppgifterna. Det ska också klargöras om uppgiften behöver intygas av en läkare enligt nuvarande lagstiftning.

Utredningen behöver därefter analysera om det finns återkommande behov och om standardiserade informationsobjekt kan skapas utifrån dessa behov.

⁶⁶ SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

8.10.2 Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att kunna lämna de medicinska uppgifter som efterfrågas måste klargöras

Behovet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen av medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården är stort och hanteringen tar stora resurser i anspråk. För att hälso- och sjukvården ska kunna tillgodose aktörernas behov av medicinska uppgifter finns behov av att flera aspekter belyses och utreds. För det första måste det utredas om de uppgifter som efterfrågas (efter analys enligt 8.10.1) de facto går att lämna till respektive aktörer. I den rapport som lämnades till regeringen med anledning av det så kallade dialoguppdraget, konstateras att det inte kan uteslutas att det som faktiskt är möjligt för hälso- och sjukvården att formulera och uttrycka i vissa fall inte räcker till för att stödja rätt till sjukpenning givet nuvarande rättsliga förutsättningar (inkluderat berörda aktörers tolkning av dessa).⁶⁷ För det andra behöver hälso- och sjukvården tillräckligt stöd i form av kunskapsstöd från exempelvis Socialstyrelsen, inte minst avseende kunskap om och när sjukskrivning som ett led i vård och behandling är mest lämplig behandlingsmetod. För det tredje är det viktigt att rätt profession lämnar rätt typ av uppgift så att hälso- och sjukvårdens personella resurser värnas. För det fjärde bör systemstöd utformas så att samma uppgift inte behöver dokumenteras mer än en gång.

Om aktörernas behov av uppgifter inte överensstämmer med hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna uppgifter behöver det avgöras hur överensstämmelse ska kunna uppnås. Det är teoretiskt möjligt att beräkna hur mycket resurser det kostar hälso- och sjukvården att genom ökad precision i lämnad information skapa bättre förutsättningar för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att göra korrekta bedömningar och därmed att höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huruvida ökad kvalitet är kostnadseffektivt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bör därför utredas. Vi är av åsikten att hälso- och sjukvården även fortsättningsvis bör ha i uppgift att lämna medicinsk information men att i de fall kostnadstäckning för intygande inte finns i dagsläget

⁶⁷ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

bör det utredas hur hälso- och sjukvården ska ersättas för sitt arbete att lämna medicinsk information och medicinska bedömningar.

8.10.3 Former för medicinskt uppgiftslämnande

För att få till ett utbyte av medicinska uppgifter av hög kvalitet utan att stora resurser tas i anspråk krävs att uppgiftslämnandet effektiviseras. Vi vill betona vikten av att skapa en gemensam terminologi, att gå från aktörspecifika intyg till standardiserade informationsobjekt och att skilja uppgifter som måste intygas från uppgifter som kan lämnas i informationssyfte som viktiga faktorer att inkludera i en kommande utredning. Därutöver behöver möjligheterna att situationanpassa uppgiftslämnandet utredas ytterligare. Det har genomförts försök till differentierat intygande (beskrivs i större detalj i avsnitt 5.7. Eftersom potentialen med sådant intyg bedöms stor är det angeläget att utreda möjligheter ytterligare.

En gemensam terminologi

Vi anser att det är viktigt att behovet av medicinska uppgifter för administrationen av sjukförsäkringen inte styr utvecklingen av terminologi. Det är också viktigt att samma begrepp inte används på olika sätt av olika aktörer eller mellan olika typer av ersättnings-system.

Inom ramen för denna del bör det undersökas om användande av ICF⁶⁸ kan underlätta utbyte av medicinska uppgifter. Att använda ICF ställer dock krav på kunskap hos både den part som lämnar information och den part som mottar den. Sådan kunskap finns inte hos samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis inte hos arbetsgivare. Fördelarna och nackdelarna behöver dock utredas.

Målet med en gemensam terminologi är att alla aktörer som behöver medicinsk information från hälso- och sjukvården ska förstå vad som förmedlas i underlagen och att hälso- och sjukvården lätt ska förstå vilken information som efterfrågas.

⁶⁸ www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/. Hämtad 2020-03-29.

Från blanketter till informationsmängder

Vi anser också att det bör utredas om det är möjligt att utveckla och använda ett antal informationsmängder som tillsammans kan fylla behovet hos många av de aktörer som behöver information från vården. Exempelvis skulle diagnos kunna vara en informationsmängd och pågående medicinsk behandling skulle kunna vara en annan.

Syftet med informationsmängder är att effektivisera uppgiftslämnandet. Samma uppgift ska bara lämnas en gång och om den efterfrågas från flera håll ska den kunna återanvändas. För att detta tillvägagångssätt ska vara i överensstämmelse med gällande regelverk måste syftet med att informationen lämnas vara klart. Eftersom information ändras över tid, och med anledning av att det är progress som eftersträvas inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, är det viktigt skilja information som är konstant från information som förändras. Exempelvis kan en informationsmängd om en allergi ha ett långt hållbarhetsdatum men information om hur exempelvis en depression påverkar koncentrationsförmågan på arbetet endast hålla under en kortare tid.

Informationsmängder bör tas fram i samverkan mellan berörda aktörer. Ett intyg till en specifik aktör skulle då kunna innehålla de informationsmängder som behövs för just den aktörens uppdrag.

Är det möjligt att skilja intygande från uppgiftslämnande?

Rätt till sjuklön, frånvaro från arbete och rätt till sjukpenning förutsätter att arbetsförmågans nedsättning intygats genom ett läkarintyg. I syfte att effektivisera uppgiftslämnandet anser vi att möjligheterna att särskilja den information som behöver intygas från den information som inte behöver intygas bör utredas. Vi menar att informationsmängder som inte behövs för att styrka rätten till frånvaro eller ersättning skulle kunna lämnas av andra professioner än läkare inom hälso- och sjukvården. Detta skulle dels kunna öppna upp för att flera professioner inom vården kan bidra till uppgiftslämnande, dels skulle en bättre dialog kunna komma till stånd avseende de informationsmängder som inte behöver intygas.

Det behöver dock utredas om det rättsligt är möjligt att särskilja information som behöver intygas från den information som inte behöver intygas.

Om det är möjligt att särskilja det uppgiftslämnande som behöver intygas från det som inte behöver intygas är det viktigt att utreda vilka professioner som kan lämna vilken typ av uppgifter.

Differentiering krävs

Vi anser också att det behöver utredas om det går att differentiera intygandet. Även utredningen *Samspel för hälsa* var inne på detta i sin rekommendation om att utveckla former för ett balanserat informationsansvar med inriktningen att minimera hälso- och sjukvårdens administrativa belastning.⁶⁹

8.10.4 Förvaltning av former för utbyte av medicinska uppgifter

Slutligen måste också förvaltning av former för medicinskt informationsutbyte utredas. Utredningen bör föreslå finansiering för förvaltning av frågorna samt vilken aktör som bör vara ansvarig för förvaltning av system för hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande.

Utveckling av rehabiliterande metoder, arbetssätt eller förändring av lagstiftning kan leda till att aktörers behov av medicinska uppgifter förändras över tid. Med anledning av att en del av de uppgifter som inhämtas från hälso- och sjukvården används i syfte att intyga rätt till ersättning eller frånvaro så förändras behovet av medicinska uppgifter också i takt med att till exempel praxis förändras.

Det är viktigt att ett system för informationsutbyte tar höjd för att behov kan förändras. Det behöver finnas möjlighet att kontinuerligt uppdatera exempelvis informationsmängder.

Ur ett samverkansperspektiv är det viktigt att ett förändrat behov kommuniceras till hälso- och sjukvården på ett strukturerat sätt. Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan detta ske i den styrgrupp som föreslås i avsnitt 8.2.5.

Den digitalisering som pågår inom området medför stora möjligheter men också utmaningar. Juridiska frågor om hur informationen kan hanteras digitalt i samverkan mellan aktörer bör inkluderas i utredningens uppdrag.

⁶⁹ SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

9 Konsekvenser av rekommendationerna

9.1 Rekommenderar fyra utredningar

Med utgångspunkt i vårt uppdrag har vi prioriterat en bred översyn av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och fyra av våra rekommendationer gäller nya utredningar inom områden som vi identifierat som viktiga, men inte haft möjlighet att fördjupa. Det handlar om *en gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, stärkta drivkrafter för arbetsgivare, ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som uppbär försörjningsstöd samt utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*. Konsekvensanalyser för dessa utredningar ligger inom respektive rekommenderad utredning att ta fram. Däremot redogör vi i denna konsekvensanalys översiktligt för det övergripande syftet med respektive utredning i de fall där det ökar förståelsen för de konsekvenser vi beskriver.

9.2 Konsekvenser för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningens rekommendationer om definition och syfte för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt gemensamt uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess syftar till att tydliggöra aktörernas gemensamma ansvar för processen. Rekommendationerna förväntas därmed främja en utveckling där aktörerna i samverkan agerar för att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.

Samverkan är ett medel för effektiv statlig förvaltning och rekommendationerna kan därmed förväntas bidra till ökad effektivitet i myndigheternas, och andra aktörers arbete, i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.¹ Det är dock svårt att beräkna de ekonomiska konsekvenserna av förbättrad samverkan. Ett sätt att närma sig frågan är att se till kända problem i samverkan under senare år. Till exempel redogör vi på flera ställen i betänkandet för det så kallade dialoguppdraget, ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen med syfte att bidra till en konstruktiv dialog och bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.² I myndigheternas svar på regeringsuppdraget redovisas bra lösningar. Samtidigt kan det tänkas att de problem som föranlett uppdraget inte hade behövt uppstå om en god samverkan och ett gemensamt ansvar varit etablerat. Vilka de ekonomiska konsekvenserna varit av detta har utredningen inte kunnat beräkna. De kan dock förväntas ha varit stora då ineffektivitet i samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården dels kan påverka många sjukskrivna dels involverar mycket stora grupper offentligt anställda.

Rekommendation 8.7 om förvaltning av kunskap om stöd för återgång i arbete bedöms leda till samsyn och bidra till en gemensam kunskapsbaserad utgångspunkt om vad som utgör effektivt stöd för återgång i arbete. Samsyn främjar samverkan och bedöms särskilt viktigt inom detta kunskapsområde då befintlig kunskap är svårtolkad. Att det saknats samlad kunskap inom området kan också ses som en delförklaring till brist på samsyn mellan aktörerna och att motstridiga slutsatser och rekommendationer får fäste. Vi utvecklar resonemang om detta i avsnitt 5.4 *Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer.*

¹ Utvecklas i avsnitt 4.2.

² Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.* S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis) och Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regleringsbrev från 2012 och framåt.

9.3 Ekonomiska konsekvenser

9.3.1 Konsekvenser för statens budget

Kostnader för rekommendation om utökat samordningsansvar

Vår bedömning är att utökat samordningsansvar kommer att leda till ökade kostnader för Försäkringskassan på 12,3 miljoner kronor. Finansiering föreslås genom omfördelning av medel inom statens budget, utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen. Anslaget ger bidrag till aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och omfattar, bland annat, bidrag till hälso- och sjukvården om 944 miljoner genom överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).³ I samband med utgången av 2020 avslutas överenskommelsen med SKR. Vi föreslår därför att medel som frigörs i samband med att överenskommelsen utgår används för att finansiera det utökade samordningsansvaret.

Kostnad om 12,3 miljoner kronor har beräknats med utgångspunkt i vår egen undersökning som redovisas i avsnitt 3.2.1. I undersökningen uppgav hälften av individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar att de haft kontakt med Försäkringskassan i syfte att ställa frågor om sin sjukskrivning. Många av dessa individer kan ta ansvar för sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. En andel av dessa individer skulle dock troligtvis behöva det utökade stöd som vi rekommenderar. Hur stor andel måste uppskattas. I utredningens undersökning uppgav 2 procent av individerna att de var mycket missnöjda med två av aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi bedömer att missnöje med två av aktörerna arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan indikerar behov av stöd för att göra rätt i processen. Två procent av sjukskrivna motsvarar att cirka 3 400 individer av de med en sjukskrivning som pågått minst 90 dagar varje år behöver detta stöd. Den tid som Försäkringskassan behöver för detta nya uppdrag behöver också uppskattas. Ledning kan tas i den uppskattning Försäkringskassan gjort för de individer som behöver att rehabiliterande insatser samordnas. Handläggningen för en individ som är i behov av att insatser samordnas uppskattas ta 620 minuter mer i anspråk första året i jämförelse med en individ som inte behöver insatser samordnade.⁴ Varje individ bedöms således behöva 620 minuter

³ Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*. Utgiftsområde 10, s 91 f.

⁴Inkommen uppgift från Försäkringskassan. E-post 17 mars 2020.

extra handläggning vilket motsvarar 10,3 timmar. Produktionskostnaden uppskattas till 350 kronor per timme. Det ger en total uppskattad kostnad om 12,3 miljoner kronor.

Kostnader för Försäkringskassans uppdrag att samordna samverkan

Vi rekommenderar att Försäkringskassan i sin instruktion ges i uppgift att samordna samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Att utveckla och förvalta en samordnande funktion för samverkan bedöms leda till ökade kostnader för Försäkringskassan om 3 miljoner kronor årligen. Även denna kostnad föreslår vi finansieras genom omfördelning av medel inom statens budget, utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

I avsnitt 8.2 framgår vad vi bedömer kommer att krävas för att samverkan mellan aktörerna ska fungera praktiskt. Försäkringskassans uppgift att samordna samverkan kräver att en struktur för samverkan mellan aktörerna på nationell nivå utvecklas och förvaltas.

Kostnader för rekommendation om konsultation av expertresurs vid framtagande av plan för återgång i arbete

Rekommendation om konsultation av expert leder till kostnader som bör finansieras av staten och arbetsgivare gemensamt. Vår bedömning är att staten kan stödja arbetsgivare ekonomiskt genom befintliga anslag inom utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

Utredningen har tagit stöd av tidigare underlag för beräkning av kostnader för rekommendationen. I Ds 2017:09 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete* beräknas tidsåtgång för att upprätta en plan för återgång i arbete till 20 minuter per plan och det totala antalet planer baserat på 2015 års sjukfrånvarostatistik till mellan 79 000 och 118 000 arbetstimmar.

Vi har utgått från 2018 då 346 901 startade sjukfall för anställda blev längre än 28 dagar och därmed kan komma att omfattas av förslaget. Med vägledning av antaganden och beräkningar för Ds 2017:09 bedöms konsultationsinsatsen ta 20 minuter. Omfattningen blir då

115 634 timmar eller cirka 61 årsarbetskrafter. Eftersom en del av dessa individer bedöms bli friska inom 60 dagar kommer de inte att omfattas av plan för återgång i arbete och därmed inte heller av krav på konsultation med expert. En alternativ beräkning, baserad på sjukfall längre än 56 dagar ger 216 859 individer och omfattning 72 196 timmar eller cirka 38 årsarbetskrafter. Beräkning av tidsåtgång ger en uppfattning av ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare och samhälle samt kompetensförsörjningsbehov för de som tillhandahåller tjänsten.

Tidsåtgång i intervallet 72 196 till 115 634 timmar till en uppskattad kostnad om 1 000 kronor per timme ger en total kostnad inom intervallet 72 till 116 miljoner kronor. Eftersom konsultation i viss mån redan genomförs i dag är siffrorna i överkant. Baserat på utredningens beräkningar av att expert konsulteras i 10 till 15 procent av fallen⁵ ligger en mer realistisk uppskattning i intervallet 65 till 104 miljoner⁶.

Konsultation av expert är en insats som vi bedömer omfattas av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.⁷ Stödet täcker upp till 50 procent av arbetsgivarnas kostnader, det vill säga 52 miljoner kronor om den högre kostnaden om 104 miljoner kronor används. Eftersom det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet har begränsningar i hur mycket som kan betalas ut till en arbetsgivare (200 000 kronor per år) och för en enskild individ (10 000 kronor per år) är dock statens verkliga utgifter för stödet troligen något lägre (och arbetsgivares därmed något högre). Hur mycket lägre (eller högre) har inte beräknats, men eftersom vi i beräkningarna ovan genomgående legat i överkant anser vi att det kompenserar för eventuella effekter som kommer av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet utformning. Vi utgår därför från ett stöd om 52 miljoner kronor både i denna beräkning av statens kostnader och för arbetsgivares kostnader nedan.

Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet bestämdes 2019 till 218 miljoner varav 48 miljoner betalades ut.⁸ År 2020 är stödet åter igen budgeterat till 218 miljoner. Nuvarande utformning av stödet

⁵ Redogörs för i avsnitt 6.3.1.

⁶ 76 miljoner \times 0,9 respektive 116 miljoner \times 0,9.

⁷ Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

⁸ Även 2018 underutnyttjades stödet, då med 43 miljoner kronor. Stödet förändrades dock och utökades med 100 miljoner kronor i och med 2019 års budget. Utredningen redogör för stödet i avsnitt 6.2.5.

skulle därmed med marginal täcka statens stöd till arbetsgivare. Utredningens bedömning är att stödet med nuvarande års budget är väl tilltaget. Vi ser ingen anledning att öka statens stöd till arbetsgivare för arbetsplatsinriktade insatser ytterligare.

9.3.2 Ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare

Med hänvisning till våra beräkningar i avsnitt 9.3.1 ger staten genom det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet upp till 50 procent, uppskattat till motsvarande 52 miljoner kronor, i bidrag till arbetsgivare för konsultation av expert. Därmed kvarstår ökade kostnader för arbetsgivare om 52 miljoner kronor. Utformningen av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet (med ett tak på 200 000 kronor per arbetsgivare och år) gör att kostnaderna kan bli större för stora arbetsgivare än för små och medelstora arbetsgivare. Kostnaderna kommer också att bli större för arbetsgivare som har många långa sjukfall.

Rekommendationen förväntas långsiktigt leda till minskade kostnader för arbetsgivare. Dels genom att stödet avlastar chefer med ansvar för arbetsplatsinriktat stöd, dels genom att bättre utformning av arbetsplatsinriktade insatser kan leda till kortare sjukskrivningar och därmed minskade frånvarokostnader. De ekonomiska konsekvenserna av detta har dock inte gått att beräkna.

9.3.3 Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället

Utredningens rekommendationer förväntas leda till bättre stöd för återgång i arbete. Förstärkning av det stöd som ges på eller i anslutning till arbetsplatser kan förväntas leda till effekter på återgång i arbete och därmed kortare sjukskrivningar. Sådana effekter har positiva konsekvenser i flera steg. För enskilda individer innebär varje fall av smidigare och bättre återgång till arbete positiva konsekvenser i termer av bättre förutsättningar att försörja sig själv. Genom att sjukskrivna kommer snabbare åter i arbete har det positiva konsekvenser för arbetsgivares ekonomi. Förutsättningarna för en god samhällsekonomi ökar när fler individer får stöd som förbättrar

deras återgång i arbete och bidrag till produktionen.⁹ Eftersom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen omfattar stora grupper sjukskrivna kan även små individeffekter ha stor samlad betydelse för samhället.

9.4 Konsekvenser för individen

Utredningens arbete har syftat till att på flera sätt förbättra stödet till individen. Processen rymmer många individer och våra rekommendationer omfattar både generella förbättringar som når stora grupper och mer specifika förbättringar som stärker stödet till dem med särskilt behov av stöd.

Stärkt samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess förväntas leda till ett bättre stöd till individen genom ökad tydlighet i frågor om aktörernas ansvarsområden och olika aktörers bedömningar. Det är en rekommendation som kan förbättra processen för alla individer, både för de som har komplicerade sjukskrivningar med stora behov av samordnat stöd och för de som har en enklare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Rekommendation om expertstöd riktar sig till alla anställda med en sjukskrivning som passerat 30 dagar och har därmed även den möjlighet att förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och återgång i arbete för en stor grupp sjukskrivna.

Andra rekommendationer syftar till att ge stöd till särskilda grupper av sjukskrivna som har behov som vi i dag anser inte tillgodoses. Genom ett förstärkt samordningsansvar bedöms stödet till individer med behov av detta till följd av kognitiva begränsningar stärkas. Det innebär att de individer som har en sjukdom som begränsar deras förmåga att själva administrera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ska få stöd att göra det. Rekommendationen om att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare ska utveckla

⁹ Utredningens rekommendation om konsultation av expert förväntas stärka arbetsplatsinriktat stöd vid framtagande av plan för återgång i arbete. Med vägledning av beräkning av kostnader för konsultation med expert uppskattar vi (grovt) att de 16 till 35 procent sjukskrivna, som utredningen identifierat inte får det arbetsplatsinriktade stöd som de behöver, i reella termer motsvarar 56 000 till 121 000 individer (baserat på de 346 901 individer som 2018 var sjukskrivna mer än 28 dagar) alternativt 35 000 till 76 000 individer (baserat på den alternativa beräkningen med 216 859 individer sjukskrivna mer än 56 dagar). Att individer får ett stöd, eller att de själva bedömer det som tillräckligt, utesluter inte att det stöd de får kan bli bättre. Det kan därmed tänkas att även individer som inte ingår i utredningens uppskattning om 16 till 35 procent kan beröras av rekommendationen.

sin samverkan förväntas leda till att fler individer får stöd inom ramen för myndigheternas rehabiliteringssamverkan. Den utvecklade samverkan förväntas också leda till att fler individen får ett mer kvalitativt stöd för återgång i arbete i övergången mellan myndigheterna och en minskad risk för individen att förlora sin SGI i övergången mellan myndigheterna.

Som vi nämner ovan rekommenderar vi att en utredning tillsätts som ser över hur en digital planeringsyta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska kunna realiserar. När en sådan planeringsyta finns på plats kommer individens förutsättningar att administrera och överblicka sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess öka avsevärt. Vidare rekommenderar vi en utredning som ska syfta till att utveckla stödet för individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, som saknar SGI och uppbär försörjningsstöd. Ett sådant stöd bedöms ge dessa individer bättre förutsättningar återfå sin arbetsförmåga och kunna söka arbete.

9.5 Konsekvenser för Försäkringskassan

Vi rekommenderar att Försäkringskassan, liksom Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap, ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga och så att hen kan återgå i, eller söka, arbete. Vår bedömning är att detta uppdrag kan utföras inom ramen för Försäkringskassans förvaltningsanslag, men att uppdraget preciserar myndighetens uppdrag att samverka i processen.

Utöver detta uppdrag rekommenderar vi att Försäkringskassan ska ansvara för att samordna samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Detta ansvar kommer att kräva att tid och resurser tas i anspråk hos Försäkringskassan. Statens kostnader för Försäkringskassans utökade ansvar för samordning av samverkan redogör vi för i avsnitt 9.3.1. Där redogör vi även för statens kostnader för ett utökat samordningsansvar. Om Försäkringskassan får ett utökat samordningsansvar behövs sannolikt en kompetensförstärkning för Försäkringskassans handläggare om andra aktörers uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Eftersom Försäkringskassan redan har ett ansvar att samverka med samma

aktörer enligt 30 kap. 10 § SFB bör denna kompetensförstärkning rymmas inom myndighetens nuvarande resurser.

Rekommendationen att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare behöver utveckla sitt samarbete för att ge individer stöd att återgå i arbete förväntas leda till att fler individer lämnar sjukförsäkringen. Alla delar i det som handlar om att utveckla samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kommer att kräva resurser från Försäkringskassan. Men med anledning av att allt färre individer fått stöd i rehabiliteringssamverkan de senaste åren, medan de medel som avsätts för samverkan mellan myndigheterna inte minskat anser vi att den ökade administrativa belastningen bör rymmas inom befintlig budget. Den del som handlar om att myndigheterna behöver se över om det är möjligt att utveckla en digital informationsöverföring för att fler individer ska kunna skydda sin SGI, kan leda till ökade kostnader för båda myndigheterna. Beräkningar av kostnader får tas fram av myndigheterna när lösningen utreds och myndigheterna bör vid behov äska medel för att lösningen ska kunna realiseras.

9.6 Konsekvenser för hälso- och sjukvården

I avsnitt 6.3.2 redogör vi för att hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla underlag till arbetsgivare behöver förtydligas. Vår bedömning är att rekommendation 8.6 *Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*, innebär ett sådant förtydligande genom att hänvisa arbetsgivare till företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs för stöd att ta fram underlag för arbetsplatsinriktat stöd. Som vi beskriver i avsnitt 6.3.2 finns en uppfattning att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla information om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd. Ett tydliggörande kan därmed förväntas ha en avlastande effekt på hälso- och sjukvården.

Vår rekommendation om utredning av hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förväntas klargöra på vilka sätt uppgiftslämnande kan underlättas och hur den administrativa bördan för hälso- och sjukvården kan minska samtidigt som samtliga aktörer får de underlag de behöver.

9.7 Konsekvenser för arbetsgivare

Vår bedömning är att rekommendation 8.6 *Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*, kommer att bidra med värdefullt stöd och underlätta för arbetsgivare i det ofta svåra arbetet att utforma arbetsplatsinriktade insatser. Rådgivning med en expert förväntas också bidra till arbetsgivares förståelse för sitt eget och andra aktörers ansvar i olika moment av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regelverket, de olika aktörernas ansvar och processens gång kan vara svår att förstå och många arbetsgivare, inte minst i små och medelstora företag, kan ha svårt att överblicka processen och därmed agera effektivt. En oberoende expertresurs förväntas också ha bättre förutsättningar, än arbetsgivaren själv, att göra en opartisk analys av organisatoriska orsaker till sjukskrivning och kan därmed öka arbetsgivares förståelse för orsaker till sjukfrånvaro.

På längre sikt är en förväntad effekt att arbetsgivares kunskap om möjligheterna till anpassning på den egna arbetsplatsen ökar och därmed ökar också arbetsgivarens förståelse för hur förebyggande arbete och förebyggande arbetsanpassning kan utformas. Det är viktigt då arbetsgivaren har stor påverkan på det förebyggande arbetet och på arbetsanpassning, men deras kunskap inom området är begränsad.¹⁰ Att arbetsgivares kunskap ökar kan därmed på sikt bidra till bättre förebyggande och rehabiliterande insatser för alla medarbetare och en generell förbättring av arbetsmiljön.

Rekommendationen om expertstöd förväntas också tydliggöra att det är företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs, och inte hälso- och sjukvården, som ska bistå arbetsgivaren i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd.

En viktig del i den utredning om *Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen* som vi rekommenderar i avsnitt 8.10 bör handla om arbetsgivares behov av att få tillräckliga medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården. Att arbetsgivare får de uppgifter de behöver är en förutsättning för att de ska kunna uppfylla sitt ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Samtliga konsekvenser som beskrivs ovan och som avser stärkt stöd och ökad tydlighet och kunskap förväntas vara särskilt viktiga

¹⁰ Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

för små och medelstora arbetsgivare. I jämförelse med stora arbetsgivare har de generellt mindre resurser och kompetens i frågor om regelverk och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och därmed större behov av stöd och tydlighet i processen.

9.8 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen rekommenderas att ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Vi bedömer att uppgiften en del av myndighetens generella uppdrag att samverka och att det därför inte behöver tillföras särskilda medel för detta uppdrag. Däremot är det viktigt att Arbetsförmedlingen definierar på vilket sätt myndigheten ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i enlighet med uppdraget. De positiva konsekvenserna av samverkan bedöms vara desamma för Arbetsförmedlingen som för de övriga samverkande aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vi har inte identifierat några negativa konsekvenser med anledning av det nya uppdraget i myndighetens instruktion.

Rekommendationen att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ytterligare behöver utveckla sitt samarbete kommer att belasta Arbetsförmedlingens administration. Men med anledning av att allt färre individer fått stöd i rehabiliteringssamverkan de senaste åren, medan de medel som avsätts för samverkan mellan myndigheterna inte minskat, kan den ökade administrativa belastningen för både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan rymmas inom ramen för dessa medel. Det är dock möjligt att rekommendationen att myndigheterna ska ge individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, ett bättre stöd för att de ska kunna tillvarata sin arbetsförmåga kommer att kunna innebära ökade kostnader för Arbetsförmedlingen. Om ökade kostnader för denna målgrupp identifieras i den planering myndigheterna behöver ta fram för att kunna ge ett sådant stöd, bör myndigheten äska medel för kostnaden.

Myndigheterna bör själva ta fram konsekvensanalys inom ramen för rekommendationen att utreda möjlighet till digital informationsöverföring för att fler individer ska kunna skydda sin SGI.

9.9 Konsekvenser för Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Myndigheten har ett viktigt uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap baserad på forskning på ett begripligt och lättillgängligt sätt.¹¹ Vi bedömer att vår rekommendation, att myndighetens ska ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete kan startas upp av myndigheten utan att ytterligare medel tillförs i nuläget. Myndigheten är i ett uppbyggnadsskede och bedöms ha utrymme att växa inom befintlig budget. Att tillföra mer resurser i ett läge där befintliga resurser inte används ter sig onödigt. Utredningens rekommendation ger Myndigheten för arbetsmiljökunskap möjlighet att själva utforma sitt uppdrag och äska mer resurser i sina budgetunderlag de kommande åren om det visar sig nödvändigt.

Rekommendationen att myndigheten ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess utgör en del av myndighetens generella uppdrag att samverka och tillförs inte särskilda medel. Myndigheten kommer att behöva definiera på vilket sätt de ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och vad som krävs av myndigheten för att kunna göra det.

9.10 Konsekvenser för övriga myndigheter och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Rekommendationen att Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i sina instruktioner ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess innebär ett förtydligande av deras uppdrag att samverka. Uppdraget utgör dock en del av myndigheternas generella uppdrag att samverka och behöver därför inte tillföras särskilda medel för detta uppdrag. Myndigheterna behöver definiera på vilket sätt de ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och vad som krävs av myndigheterna för att kunna göra det. De positiva konsekvenserna av samverkan bedöms vara desamma för dessa myndigheter som för de övriga samverkande aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringspro-

¹¹ 2 § förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

cessen och vi kan inte identifiera några negativa konsekvenser med anledning av den nya uppgiften i myndigheternas instruktion. Andra aktörer som ska medverka i samverkan på nationell nivå, SKR, Arbetsgivarverket, Svenskt Näringsliv, Nationella rådet för finansiell samordning och de fackliga förbunden LO, TCO och Saco. Vi har inte identifierat några negativa konsekvenser för dessa aktörer att medverka i samverkan.

9.11 Konsekvenser för jämställdhet

Närmare 70 procent av alla som är sjukskrivna längre än 180 dagar är kvinnor. De rekommendationer utredningen lämnar handlar på olika sätt om att stärka stödet till individer som är sjukskrivna, att öka förutsägbarhet och förståelse för processen och kommer därmed att rikta sig till fler kvinnor än män.

I dag prioriteras traditionellt mansdominerade arbetsplatser i arbetsmiljöarbetet, till exempel genom hög förekomst av medicinska kontroller på just manliga arbetsplatser.¹² Vår bedömning att ett mer extensivt användande av expertkompetens i frågor som handlar om arbetsplatsinriktat stöd för återgång på det sätt som vi rekommenderar kommer att öka kunskapsnivån om risker för arbetsplatsrelaterad ohälsa i framför allt kvinnodominerade yrken, där sjukfrånvaron är hög. När kvaliteten i bedömningar som handlar om arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser ökar i kvinnodominerade yrken, ökar på sikt kunskapen om hur ohälsa på dessa arbetsplatser ska förebyggas och hur tidiga tecken på ohälsa identifieras.

9.12 Övriga konsekvenser

Våra rekommendationer bedöms sakna konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. De anses inte heller få några konsekvenser för brottslighet, det brottsförebyggande arbetet, tillgången till offentlig service eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Rekommendationerna bedöms inte heller ha några konsekvenser för miljön.

¹² Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2019:3) om medicinska kontroller i arbetslivet.

Källor och litteratur

- Ahlström, Kristina, Förvaltningslag (2017:900) 6 §, Karnov, JUNO 2020-02-12.
- Alexanderson, K. et al. (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004*. Huvudrapport 2018. Karolinska Institutet.
- Andersson, J. et al. (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Andersson, J. et al. (2011), *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care 2011 (11).
- Arbetskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.
- Arbetsförmedlingen (2018), *Budgetunderlag*. Datum: 2018-02-16
Diarienummer: Af-2017/0026 4044.
- Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen*. Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*. Skrivelse till regeringen 2017-03-27.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2018), *Avsiktsförklaring Förstärkt samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2018*.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning*. Återrapportering enligt regleringsbrevet för 2018.

- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019*. Dnr Af-2019/0000 2419. Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.
- Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen, VästKom (2019), *Ambitionsdokument Västra Götalands samverkansgrupp*.
- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom*.
- Arbetsgivarverket (2017), *Yttrande över promemorian Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*.
- Arbetsmiljöverket (2018), *Arbetsmiljö 2017*. Arbetsmiljöstatistik rapport 2018:2.
- Arbetsmiljöverket (2019), *Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* Dnr A 2016/00159/ARM, 2019-02-22.
- Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Aktiv samverkan 2018*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.
- Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.
- Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2019:3) om medicinska kontroller i arbetslivet.

- Aronsson, G. och Lundberg, U. (2015). *Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av meta-analyser med inriktning på muskuloskeletal och psykiska besvär*. Arbete och Hälsa, Vol. 49(2).
- Avsiktsförklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting*. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.
- Axelsson, R. och Axelsson S.B. (2008): "Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning" i Axelsson, R. och Axelsson S.B. (red.) *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. och Axelsson S.B. (2013): "Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar" i Axelsson, R. och Axelsson S.B. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Cancelliere, C. et al. (2016). *Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews*. Chiropractic & manual therapies, Vol. 24(1), 32.
- Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018*. Rapport 2019:2.
- Cullen, K.L. et al. (2018). *Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 28, p. 1–15.
- Danermark, B. och Kullberg, C. (1999), *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- de Vries, H. et al. (2018). *Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review*. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 28, p. 393–417.
- Direktiv 2015:138, *Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)*.
- Direktiv 2017:39, *Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03)*.
- Direktiv 2017:44, *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04)*.

- Direktiv 2017:97, *Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.
- Direktiv 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)*.
- Direktiv 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjuk-skrivningsprocess*.
- Direktiv 2018:54, *Ett tryggare företagande i ett förändrat arbetsliv – för tillväxt och innovation*.
- Direktiv 2019:49, *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.
- Direktiv 2019:86, *Kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken*.
- Direktiv 2019:105, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)*.
- Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.
- Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete Socialdepartementet*.
- Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*.
- Ds 2018:32, *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering*.
- Eskilsson, T. et al. (2017), *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.
- Eskilsson, T. et al. (2018), *Strukturerad metod för hälso- och sjukvård som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa*. Slutrapport AFA. Umeå universitet.
- Etuknwa, A. et al. (2019). *Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors*. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 29, p. 679–700.
- Feltenius, D. (2019), *Fortfarande mellan stolarna? Om samverkan mellan statliga myndigheter inom sjukförsäkringen*. Statsvetenskapliga institutionens skriftserie 2019:3, Umeå universitet.
- Fransson, M. et al. (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*. Nordstedts Juridik, Stockholm.

- Frykman, M. (2019), *Företagsläkarnas unika kompetens måste användas rätt*. Läkartidningen.se.
- Förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.
- Förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.
- Förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.
- Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.
- Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud.
- Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
- Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
- Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.
- Försäkringskassan (2016), *Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkringsprocessen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1.
- Försäkringskassan (2016), *Finns det konflikter mellan Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regelverk?* PM 2016-08-23.
- Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig uppföljning 2016:2.
- Försäkringskassan (2016), *Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg*. Rättslig uppföljning 2016:3.
- Försäkringskassan (2017), *Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Dnr 019579-2017.
- Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017.
- Försäkringskassan (2017), *Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården*. Svar på regeringsuppdrag. Bilaga 3.
- Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag. Dnr 061638-2015.

- Försäkringskassan (2018), *Checklista – arbetsanpassning och rehabilitering*, 2018-11-11.
- Försäkringskassan (2018), *En differentierad handläggning av sjukpenningen. Har uppdelningen i kundflöden påverkat kvaliteten i Försäkringskassans prövning av rätt till ersättning?* PM 2018:8.
- Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.
- Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*.
- Försäkringskassan (2018), *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Syssetsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365*. Socialförsäkringsrapport 2018:8.
- Försäkringskassan (2019), *Dialogmaterial till chefer*.
- Försäkringskassan (2019), *Förvaltningsrätt i praktiken. Vägledning 2004:7 Version 13*.
- Försäkringskassan (2019), *Information om att Försäkringskassan inför en ansökan om samordning av rehabiliteringsinsatser inför gemensam kartläggning*.
- Försäkringskassan (2019), *Inriktning för samverkan inom sjukförsäringen*. Dnr 004146-2019.
- Försäkringskassan (2019), *Ny version av processen Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning (2009:07)*. IM 2019:038.
- Försäkringskassan (2019), *Sjukfrånvarons utveckling 2019*.
- Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12.
- Försäkringskassan (2019), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.*
- Försäkringskassan (2019), *Stöd för strukturell samverkan*.
- Försäkringskassan (2019), *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet*.

- Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018.*
- Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.*
- Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018.*
- Försäkringskassan (2020), *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan "gör" samordning. Socialförsäkringsrapport 2020:02.*
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018), *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.*
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*
- Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen (2019), *Överenskommelse om samverkan inom området försäkringsmedicin mellan Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen.*
- Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2018:3) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
- Förvaltningslag (2017:900).
- Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.
- Grahn, B. et al. (2016), WorkUp. *Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning.* REHSAM Research Report, Slutrapport RF11-005, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.

- Hägglund, P., Johansson, P. (2016), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2016:2).
- Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018 Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*.
- Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*.
- Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering. Bilaga 2. Juridisk utredning av Samverkansytan*.
- Inera (2019), *Intygstjänster 2019*.
- Inrikta (2018), *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2010), *Arbetslivsinriktad rehabilitering. En underlagsrapport till parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04)*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. ISF Rapport 2011:17.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen*. ISF rapport 2012:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet*. ISF Rapport 2016:14.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)*. ISF rapport 2016:10.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*. ISF Rapport 2017:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Remissvar Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. ISF Rapport 2018:16.

- Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. ISF Rapport 2018:16.
- Inspektionen för Socialförsäkringen (2018), *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen*. ISF Rapport 2018:12.
- Inspektionen för Socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenhetsnivå och regionnivå*. ISF Rapport 2019:05.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1.
- Karlson, B. et al. (2010). *Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study*. BMC Public Health Vol. 10, 301.
- Lag (1991:1047) om sjuklön.
- Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
- Lagrådsremiss. *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016.
- Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. Stockholm den 30 augusti 2018.
- LO (2018), *LOs yttrande över Arbetsmiljöverkets förslag om nya föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.
- LO (2018), *Rättsutredning med anledning av Arbetsmiljöverkets remiss med förslag till föreskrifter om arbetsanpassning 2018-09-26*.
- LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017), *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?*

- Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2015), *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*. Riktlinje 3.
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*. Rapport FHV 2019:2.
- Myndighetsförordning (2007:515).
- Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (2019), *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S2018:06*. Komm2018/00656-206.
- Nationellt försäkringsmedicinskt forum (2017), *Inriktningsdokument*.
- Partsgemensam avsiktsförklaring för det statliga avtalsområdet. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.
- Patientlag (2014:821).
- Proposition 1990/91:140, *Arbetsmiljö och rehabilitering*.
- Proposition 1990/91:141, *Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*
- Proposition 1990/91:181, *om sjuklön, m.m.*
- Proposition 2002/03:132, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*.
- Proposition 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*.
- Proposition 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*.
- Proposition 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017*.
- Proposition 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018*.
- Proposition 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*.
- Proposition 2019/20:126, *Några frågor om rehabiliteringsersättning och vårdbidrag*.
- Regeringens skrivelse 2015/16:80 *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020*.
- Regeringsbeslut 2017-03-30. *Inrättande av ett dialogforum för friskare arbetsplatser*. Utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2017-03-30, diarienummer 82017/01987/SF (delvis).
- Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet*. S2017/02622/SF (delvis).

- Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis).
- Regeringsbeslut 2019-12-11. *Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkrings-handläggningen i dialog med hälso- och sjukvården*. S2019/04627/SF S2019/05192/SF (delvis).
- Regeringskansliet (2019), *Inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen*.
- Region Jönköpings län och Försäkringskassan (2018), *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård*.
- Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.
- Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.
- Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.
- Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Arbetsförmedlingen.
- Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.
- Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*. Rapport 2018:11.
- Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*.
- Samordningsförbundet Uppsala län (2020), *Slutrapport Gesam 200131*.
- SKR (2016), *Yttrande. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* (Ds 2016:8).
- SKR (2018), *Det försäkringsmedicinska uppdraget – central ledning och styrning i landsting och regioner*.
- SKR (2018), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2018.
- SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2019-07-01.
- SKR (2019), *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019*.
- SKR (2019), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2019.
- Skrivelse från Saco, PTK och TCO till Arbetsmiljöverket 2019-05-07.

- Socialdepartementet (2015), *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro* Diarienummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.
- Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria 2018-01-23.
- Socialdepartementet (2019), *Inbjudan till samling för friska arbetsplatser*. 2019-02-12, Socialdepartementet 2019-02-12.
- Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299 /SF.
- Socialstyrelsen (2001), *Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*.
- Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2019), *Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2018*. Art.nr: 2019-10-6405.
- Socialtjänstlag (2001:453).
- SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*.
- SOU 2006:107, *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*.
- SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete*.
- SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.
- SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*.
- SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*.
- SOU 2016:2, *Effektiv vård*.
- SOU 2017:24, *Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön?*
- SOU 2018:80, *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.
- SOU 2019 :41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.
- SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.
- SOU 2020:06, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*.

- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2013), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2013*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2015*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2016*.
- Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner 2020*.
- Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*.
- Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoreringsproblem*.
- Statskontoret (2008), *Uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Fyra år med Finsam. Rapport 2008:7*.
- Statskontoret (2014), *Att effektivisera system. Om förutsättningar och möjligheter att använda systemperspektivet för att effektivisera statlig kärnverksamhet*.
- Statskontoret (2016), *Utvecklad styrning – om sammanhållning och tillit i förvaltningen*.
- Statskontoret (2017), *Frivillig samverkan mellan myndigheter*.
- Ståhl, C. et al. (2011), *Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system*, Disability and Rehabilitation, 33:15-16, 1373-1382.
- Svenska ESF-rådet. *Europeiska socialfonden i Sverige. Program för investering i tillväxt och sysselsättning 2014–2020*.
- Svenskt Näringsliv (2015), *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling. Socialförsäkring i förändring*.

- Svenskt Näringsliv (2016), *Remissvar. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* (2016:8).
- Svenskt Näringsliv (2018), *Remissvar. Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.
- Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Socialförsäkring i förändring*.
- Svenskt Näringsliv och SKR (2017), *Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete*. Skrivelse till regeringen 2017-05-16.
- Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.
- Svärd, V et al. (2018), *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg*. Karolinska Institutet.
- TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6.
- TCO (2017), *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag*. TCO rapport #2/17.
- TCO (2018), *Förslag till föreskrifter om arbetsanpassning 2018-10-10*.
- Unionen (2015), *Företagshälsovården – hur den fungerar och hur den kan bli bättre*.
- Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, punkt 18.
- Westrin, C.-G. (1986), *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser*. Socialmedicinsk tidskrift 63(7–8): 280–285.
- Åström Paulsson, S. et al. (2014), *Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? – En genomlysning av avtal och avtalsprocess*. Rapport nr 5, Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet.

Kommittédirektiv 2018:27

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

Beslut vid regeringssammanträde den 12 april 2018

Sammanfattning

En särskild utredare – en nationell samordnare – ska, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Samordnaren ska

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,
- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Arbetet ska ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Samordnaren ska lämna en delrapportering av arbetet senast den 30 april 2019. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.

Bakgrund

För att bryta den tidigare uppgången i sjukfrånvaron och minska skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män beslutade regeringen i september 2015 om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Försäkringskassan, arbetsgivare samt hälso- och sjukvården identifierades som de viktigaste aktörerna för att åstadkomma detta. I budgetpropositionen för 2017 utvecklades programmet med fokus på hälso- och sjukvårdens och arbetsgivarens roll i sjukskrivningsprocessen. Arbetsmarknadens parter roll betonades. Åtgärder vidtogs också i syfte att ge unga med funktionsnedsättning eller sjukdom bättre möjligheter att komma i arbete.

Det kan konstateras att uppgången av sjukfrånvaron har brutits. Målet är friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro. För att uppnå detta bedömer regeringen att åtgärdsprogrammet behöver utvecklas vidare. I detta arbete har regeringen identifierat flera områden som behöver utvecklas för en sjukförsäkring som ger individen såväl trygghet som stöd, och det finns framför allt två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser. Det handlar om att stödet till individen behöver öka och att samverkan behöver stärkas. Regeringen presenterade i januari 2018 elva åtgärder för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. En av dessa åtgärder är att tillsätta en nationell samordnare för att, med individens och samhällets bästa i fokus, analysera nuvarande förhållanden och främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Uppdraget att främja en välfungerande sjukskrivningsprocess

Den som blir sjuk ska kunna förvänta sig både ekonomisk trygghet och ett gott stöd för att komma åter till hälsa och arbete. Det gäller för såväl individer som har en anställning som individer som är arbetslösa. Det gäller också personer som är sjuka och får försörjningsstöd. Individen ska förstå vad som gäller och vilket stöd som kan ges. En välfungerande sjukskrivningsprocess kännetecknas av att individen ges ett bra stöd för att återfå hälsan och kunna återgå i arbete. När det brister är det ytterst individen som hamnar i kläm.

En förutsättning för en välfungerande sjukskrivningsprocess är att respektive aktör tar sitt ansvar, men också att det sker en dialog och samverkan mellan de berörda aktörerna. Det gäller i det enskilda fallet där samverkan kan vara avgörande för att stödja individen åter till hälsa och arbete. Det gäller också på strukturell nivå där gemensamma uppdrag och överenskommelser mellan berörda aktörer är viktiga för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.

Flera berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen

Arbetsgivaren har ansvaret för arbetsmiljön och har en central roll för arbetstagares rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren ansvarar för att det vidtas anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen, i syfte att underlätta för den som är sjukskriven att återgå i arbete. För att stärka arbetstagarens möjligheter till rehabilitering kommer arbetsgivare från och med den 1 juli 2018 att vara skyldiga att inom 30 dagar ta fram en plan för återgång i arbete tillsammans med den anställda som är sjukskriven, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar. Arbetsmiljöverket har i uppdrag att se till att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs. Arbetsmiljöverket ska bidra till att arbetsgivare kan skapa god arbetsmiljö och förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatserna. Arbetsmiljöverket tar fram juridiskt bindande föreskrifter, inspekterar arbetsställen och sprider information om arbetsmiljöregler. Arbetsmarknadens parter har på regeringens initiativ kommit överens om en för respektive sektor parts-gemensam avsiktsförklaring för att bidra till friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. De åtgärder som ingår i avsiktsförklaringarna innebär såväl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för

sjukskrivna anställda att återgå i arbete. Regeringen har återkommande samtal med parterna för att följa upp det påbörjade arbetet och effekterna på sjukfrånvaron.

Försäkringskassan är en central aktör i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan bedömer om en person har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Försäkringskassan prövar rätten till ersättning från sjukförsäkringen och ser till att behovet av rehabilitering klarläggs. Försäkringskassan samordnar rehabiliteringsinsatserna och ser till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Regeringen gav i november 2015 Försäkringskassan i uppdrag att stärka sin sjukförsäkringshandläggning för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess och bidra till att den stigande sjukfrånvaron bryts. Försäkringskassans prövning av rätten till ersättning har stärkts och bedöms ha bidragit till att ökningen av sjukfrånvaron har brutits. För att kombinera den stärkta handläggningen med ett utvecklat stöd för individen gav regeringen i januari 2018 Försäkringskassan i uppdrag att, inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar, förstärka arbetet med att ge stöd till sjukskrivna individer för återgången till arbete. En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna ge ett bra stöd till individen är att det vid behov finns fungerande kontakter och kommunikation med relevanta aktörer. Det gäller individens arbetsgivare när en sådan finns, men även hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Det gäller även kommunens socialtjänst som enligt socialtjänstlagen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.

Hälso- och sjukvårdens medicinska bedömning är ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov samt rätten till ersättning. En tidig bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad och personcentrerad vård och behandling kan bidra till att förebygga sjukskrivning. I de fall det är nödvändigt med sjukskrivning kan medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser vara avgörande för att den sjukskrivne ska kunna återfå arbetsförmågan och återgå i arbete. Den koordineringsfunktion som utvecklas inom hälso- och sjukvården syftar till att ge patienten stöd i vårdens interna processer och att samverka kring individen i externa kontakter med patientens arbetsgivare och andra myndigheter. För att stödja en förbättrad samverkan gav regeringen i januari 2018 Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen

mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Socialstyrelsen har också ett viktigt uppdrag att förvalta och utveckla försäkringsmedicinskt beslutsstöd, vilket innebär dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser.

Arbetsförmedlingen har en viktig uppgift att genom arbetslivsriktad rehabilitering bidra till att människor med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa kan börja arbeta. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har ett gemensamt uppdrag att i samarbete utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få, arbete. Denna samverkan omfattar i huvudsak personer som har ersättning från sjukförsäkringen, men det kan också handla om personer som redan är inskrivna hos Arbetsförmedlingen när behov av samverkan uppstår. Myndigheterna har också i uppdrag att skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Utgångspunkten är att ingen ska falla mellan stolarna på grund av bristande samarbete mellan myndigheterna.

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket ska, enligt respektive myndighets instruktion, samverka för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. I samma syfte ska Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samverka med kommun och landsting enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

För individer som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner att, enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, genom samordningsförbund finansiera sådana insatser så att dessa individer uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärsarbete. Vid utgången av 2017 fanns det 82 samordningsförbund som omfattade 253 av Sveriges 290 kommuner. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har i uppdrag att särskilt arbeta för att samordningsförbunden prioriterar insatser för långtidssjukskrivna, unga med funktionsnedsättning och unga som

har aktivitetsersättning. Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att utvärdera samordningsförbundens verksamhet.

Behov av att med individens och samhällets bästa i fokus främja en välfungerande sjukskrivningsprocess

Sjukskrivningsprocessen och strukturerna för ansvarsfördelning och samverkan kan vara komplicerade och ibland svåröverskådliga för individen som är sjukskriven. Det kan även gälla för arbetssökande som är eller blir sjuka när de är inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Det kan också gälla personer som är sjuka och får försörjningsstöd. För individen kan det vara svårt att också överblicka vilket stöd man kan få. Det finns därför behov av att analysera individens väg genom sjukskrivningsprocessen utifrån alla inblandade aktörers ansvar, och med utgångspunkt i den analysen bedöma om det finns behov av stöd och vägledning genom särskilda moment eller om sjukskrivningsprocessen på annat sätt kan göras enklare för individen.

Det faktum att det är flera aktörer som har ett ansvar för att ge individen stöd i sjukskrivningsprocessen innebär att det behövs dialog och samverkan mellan berörda aktörer. Om detta brister så finns det risk att individen faller mellan stolarna och inte ges nödvändigt stöd för att kunna återfå hälsan eller återgå i arbete. På grund av det uppdelade ansvaret kan det vara svårt för berörda aktörer att ha ett helhetsperspektiv. Det finns därför behov av att främja dialog mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete.

En särskild utredare – en nationell samordnare – kan bidra till att, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Målet är att samordnaren ska bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret.

Samordnaren ska därför

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,
- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Konsekvensbeskrivningar

Samordnaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Förslagen ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och särskilt motiverade om de inte bedöms främja jämställdhet. Samordnaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag. Förslagets administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, landsting eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas.

Samråd och redovisning av uppdraget

Uppdraget förutsätter löpande dialog med berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Arbetet ska därför ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för dem som arbetar inom

hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Samordnaren ska ha ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt och aktivt verka för att skapa goda förutsättningar att få genomslag bland berörda aktörer. I arbetet ingår också att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget.

Samordnaren ska beakta pågående arbeten som är relevanta för uppdraget, exempelvis det arbete som bedrivs inom ramen för Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04) samt Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (dir. 2018:26).

Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som bestäms i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet. Samordnaren ska lämna en delrapportering av arbetet senast den 30 april 2019.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.

(Socialdepartementet)



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

2018-10-02
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande
sjukskrivningsprocess**

S 2018:06

Nationell samordnare

Mandus Frykman

08-4059542

072-2128658

mandus.frykman@regeringskansliet.se

Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess vill ta del av era synpunkter

Den 12 april 2018 beslutade regeringen att tillsätta en nationell samordnare för att främja samverkan i sjukskrivningsprocessen. Utredningen har utifrån kommittédirektivet tolkat uppdraget i två punkter:

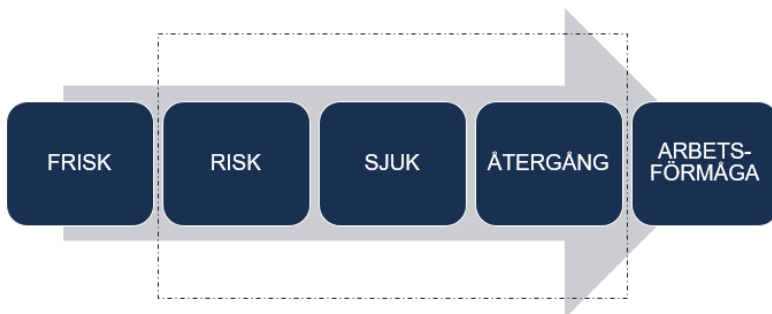
Den nationella samordnarens uppdrag är:

- *Att identifiera, och bidra till att täppa till, luckorna i sjukskrivningsprocessen för att skapa förutsättningar för en sammanhängande process där ingen faller mellan stolarna.*
- *Att bidra till enkelhet och begriplighet för individen genom att tydliggöra sjukskrivningsprocessen*

Kommittédirektivet finns att läsa i sin helhet,

<https://www.regeringen.se/rattsligadokument/kommittedirektiv/2018/04/dir.-201827/>

När det gäller definition av sjukskrivningsprocessen så utgår vi från följande modell:



Modellen integrerar ett förebyggande arbetsmiljöperspektiv (individer som är friska eller har förhöjd risk för sjukskrivning) med tiden från dag ett i en sjukskrivning (i modellen sjuk, återgång och beständig arbetsförmåga). Vi vill på detta sätt tydliggöra att sjukskrivningsprocessen i de flesta fall börjar innan första sjukdagen och att sjukskrivningar genom tidiga insatser ibland kan förhindras. I utredningen fokuserar vi på individer som arbetar, men visar tecken på ohälsa, på individer som är sjuka och ej kan arbeta samt på individer som är i återgång till arbete.

Vi vill ta del av era synpunkter

Av kommittédirektivet framgår att arbetet ska ske i nära dialog med olika aktörer, exempelvis med myndigheter och företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer. Av direktivet framgår även att arbetet ska ske i dialog med patient – och brukarorganisationer.

Er medverkan i detta arbete är viktig. Därför vänder vi oss till er med ett antal frågor om sjukskrivningsprocessen, och om i samverkan mellan aktörerna i processen, som vi hoppas att ni vill besvara.

Nedan följer fem frågor.

När ni svarar på frågorna ber vi er att tänka på hur det fungerar när en individ riskerar att bli sjukskriven, hur det fungerar när en individ är sjukskriven och hur det fungerar när en individ ska återgå i arbete efter en sjukskrivning.

1. Vilka huvudsakliga brister ser ni i sjukskrivningsprocessens regelverk?
 - 1.1 Vilka konsekvenser får dessa brister för era medlemmar?
2. Vilka brister ser ni i samverkan mellan de olika aktörerna (arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) i sjukskrivningsprocessen?
 - 2.1 Vilka konsekvenser får dessa brister för era medlemmar?
3. Vilka förbättringar skulle ni vilja se i nuvarande regelverk och i samverkan mellan aktörerna?
4. Hur kan sjukskrivningsprocessen göras enklare och mer begriplig för era medlemmar?
5. Vilka huvudsakliga styrkor ser ni i sjukskrivningsprocessen?

Vi ber er att svara i det bifogade svarsformuläret, det underlättar vårt arbete att sammanställa era svar.

Vi ber om era svar senast den 5 november 2018. Om ni har frågor är ni mycket välkomna att ta kontakt med sekretariatet på

valfungerande.sjukskrivningsprocess@regeringskansliet.se

Svar lämnas till samma mail eller direkt per post enligt adress ovan.

Vi bifogar en sändlista. Om ni upptäcker att vi glömt någon förening som ni tycker bör lämna synpunkter, så är vi tacksamma om återkopplar till oss vi kan ta kontakt. Vi har försökt att inkludera alla föreningar vi tror kan bidra med erfarenhet och kunskap till våra frågor. Detta innebär att utskicket kan ha omfattat föreningar vars

medlemmar ej berörs. Vi ber er att ha överseende med detta och förväntar oss självfallet inga svar om så är fallet.

Med vänlig hälsning

Mandus Frykman, med dr

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

Undersökning bland sjukskrivna

INFORMATIONSTEXT FÖRE UNDERSÖKNINGEN BÖRJAR

Hej,

Mitt namn är Xxx Xxx, jag ringer på uppdrag av undersökningsföretaget Novus.

Är det Förnamn Efternamn jag pratar med? OM FEL PERSON, BE ATT FÅ PRATA MED FÖRNAMN EFTERNAMN. OBS! AV YTTERSTA VIKT ATT VI SÄKERSTÄLLER ATT VI PRATAR MED RÄTT PERSON!

Vi genomför just nu en undersökning bland personer som är sjukskrivna. Det är den Nationella Samordnaren för en Valfungerande Sjukskrivningsprocess på uppdrag av regeringen som vill undersöka hur sjukskrivningsprocessen fungerar och hur den kan förbättras? Vi har fått uppgifter från Försäkringskassan om att du är eller har varit sjukskriven men dessa uppgifter kommer att raderas så snart undersökningen är genomförd.

Jag undrar om du vill vara med i den här undersökningen som tar cirka 10–20 minuter?

OM IP FRÅGAR OM HEN ÄR ANONYM SÅ SÄG: Ja, det stämmer att du är anonym. Nationella Samordnaren för en Valfungerande Sjukskrivningsprocess kommer få alla svar men de får inte veta vilka personer som valt att delta i undersökningen)

1. **Är du sjukskriven just nu?**

Ja, på heltid

Ja, på deltid

Nej

Vet inte

OM FRÅGA 1:3–4

2. **Har du varit sjukskriven under de senaste 3 månaderna?**

Ja

Nej – AVSLUTA (UR POP)

Vet inte – AVSLUTA (UR POP)

FRÅGA OM 1=1–2: Hur länge har du varit sjukskriven?

3. **FRÅGA OM 2=1: Hur länge varade din senaste sjukskrivning?**

Upp till 1 månad

Mer än 1 månad men mindre än 2 månader

2–6 månader

Mer än 6 månader

4. **Vilka av följande har du haft kontakt med angående din sjukskrivning? MULTIPLESVAR**

Försäkringskassan

Din arbetsgivare

Företagshälsovården

Rehabiliteringskoordinator i hälso- och sjukvården

Annat

5. Vilket sammanfattande omdöme skulle du ge till var och en av dessa aktörer i samband med din sjukskrivning?

Försäkringskassan (OM KONTAKT MED FÖRSÄKRINGSKASSAN ENLIGT FRÅGA 4)

Din arbetsgivare (OM KONTAKT MED ARBETSGIVARE ENLIGT FRÅGA 4)

Sjukvården (STÄLLS TILL ALLA)

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Vet inte

SLUMPA SÅ ATT INTERVJUPERSONEN FÅR BESVARA 2 AV FRÅGORNA 6–11 (BLIR FÖR BETUNGANDE + FÖR LÅNG INTERVJU OM DE SKALL SVARA FÖR ALLT)

OM FRÅGA 5:1=1–2

6. Vad är det som gör dig nöjd med Försäkringskassan?
SVARA GÄRNA KORT
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:2=1–2

7. Vad är det som gör dig nöjd med din arbetsgivare?
SVARA GÄRNA KORT
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:3=1–2

8. Vad är det som gör dig nöjd med sjukvården? **SVARA GÄRNA KORT**
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:1=4–5

9. Varför är du **INTE** nöjd med Försäkringskassan? **SVARA GÄRNA KORT**
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:2=4-5

10. **Varför är du INTE nöjd med din arbetsgivare? SVARA GÄRNA KORT**
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:3=4-5

11. **Varför är du INTE nöjd med sjukvården? SVARA GÄRNA KORT**
ÖPPET SVAR:

INFORMATIONSTEXT: Nu kommer några frågor om din arbetsgivare.

OM FRÅGA 3=3-4

12. **Har din arbetsgivare varit i kontakt med din läkare eller annan sjukvårdspersonal angående din sjukskrivning**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 3=3-4

13. **Har din arbetsgivare kontaktat dig efter det att du blev sjukskriven?**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 13=1, MULTIPEL, ALTERNATIV 6 OCH 7 ÄR EXCLUSIVE

14. **Vilken eller vilka var anledningarna till att din arbetsgivare kontaktade dig, var det ...**
MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1-4
...för att visa omtanke och fråga hur du mår
...för att de behövde information från dig, t ex för att dina arbetsuppgifter ska kunna tas om hand under din frånvaro
...för att prata om orsakerna till att du blev sjukskriven
...för att prata om hur du skall komma tillbaka i arbete

...annat, vad? STÄLLS VID BEHOV, ÖPPET SVAR

Inget av detta

Vet inte

OM FRÅGA 3=3-4

15. Har du fått stöd från företagshälsovården (eller annat rehabiliteringsstöd) via din arbetsgivare)?

Ja

Nej

Vet inte

OM FRÅGA 3=3-4

16. Har din arbetsgivare tagit fram en plan för hur du skall komma tillbaka i arbete? Planen är ett dokument som heter "Plan för återgång i arbetet" eller "Rehabiliteringsplan".

Ja, arbetsgivaren har tagit fram en sådan plan, dvs ett sådant dokument.

Nej

Vet inte

OM FRÅGA 16=1

17. Var du delaktig i framtagandet av planen för återgång i arbete?

Ja

Nej

Vet inte

OM FRÅGA 17=1

18. Var någon eller några av följande också delaktiga i framtagandet av planen för återgång i arbete?

MULTIPELSVAR, LÄS UPP ALT. 1-5

Skyddsombud

Facklig representant

Representant från företagshälsovården

Representant från hälso- och sjukvården

Representant från HR/personalavdelningen

Nej, ingen av dessa

Vet inte

OM FRÅGA 3=3-4, MULTIPLESVAR, ALTERNATIV 7
ÄR EXCLUSIVE

19. **Får du, eller kommer du att få, något eller några av följande stöd för att komma tillbaka i arbete?**
MULTIPLESVAR, LÄS UPP ALT. 1-5
OBS! MARKERA ALLA STÖD IP FÅR, OAVSETT OM IP TYCKER ATT STÖDET ÄR TILLRÄCKLIGT ELLER EJ!
Anpassning av arbetstid
Anpassning av arbetsuppgifter
Anpassning av arbetsplats
Arbets hjälpmedel
Hjälp med resor till och från arbetet
Annat, vad?
Nej, inget av detta
Vet inte

OM FRÅGA 3=3-4

20. **Upplever du att du får det stöd du behöver för att du skall kunna komma tillbaka i arbete? LÄS UPP SVARSALTERNATIV VID BEHOV**
Ja, jag får det stöd jag behöver
Nej, jag får inte det stöd jag behöver
Jag behöver inget stöd
Vet inte

OM FRÅGA 20:2

21. **Behöver du mer stöd, eller saknar stöd, vad gäller följande? MULTIPLESVAR, LÄS UPP ALTERNATIV 1-5**
Anpassning av arbetstid
Anpassning av arbetsuppgifter
Anpassning av arbetsplats
Arbets hjälpmedel
Hjälp med resor till och från arbetet
Annat, vad?
Nej, har inte saknat något stöd

OM FRÅGA 4=2

22. Du svarade tidigare att du varit i kontakt med Försäkringskassan i samband med din sjukskrivning. Var det du som kontaktade Försäkringskassan eller var det Försäkringskassan som kontaktade dig, eller har ni båda kontaktat varandra? *MULTIPELSVAR, OBS! MARKERA BÅDE 1 OCH 2 OM DE KONTAKTAT VARANDRA*

Jag har kontaktat Försäkringskassan
Försäkringskassan har kontaktat mig
Vet inte / Kommer inte ihåg

OM FÖRSÄKRINGSKASSAN KONTAKTAT IP, DVS FRÅGA 22=2

23. När Försäkringskassan tog kontakt med dig, var det för att... *MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1-4*

Ge dig information
Ställa frågor till dig för att kunna bedöma om du har rätt till sjukpenning
Ställa frågor till dig om dina möjligheter att återgå i arbete
Annat skäl, vad? ÖPPET SVAR
Kommer inte ihåg

OM IP SJÄLV KONTAKTAT FÖRSÄKRINGSKASSAN, DVS FRÅGA 22=1

24. När du själv tog kontakt med Försäkringskassan, var det för att... *MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1-3*

Få information om utbetalning
Få information om vad som händer i din sjukskrivning
Annat skäl, vad? ÖPPET SVAR
Kommer inte ihåg

25. Är din sjukskrivning orsakad av ditt arbete?

Ja, helt och hållet
Ja, delvis
Nej, inte alls
Vet inte

26. **Tror du att du kommer att återgå till dina tidigare arbetsuppgifter?**
Ja
Kanske
Nej, kommer antagligen byta arbetsuppgifter (eller byta arbetsgivare)
27. **Finns det något du vill tillägga kring din sjukskrivning och sjukskrivningsprocessen som du upplever inte har tagits upp i undersökningen? PLOCKA HÄR ÄVEN UPP SAKER SOM KAN HA KOMMIT UPP UNDER INTERVJUNS GÅNG MEN SOM INTE TÄCKS IN AV UNDERSÖKNINGEN.
ÖPPET SVAR**



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

2019-03-14
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande
sjukskrivningsprocess**

S 2018:06

Utredningssekreterare

Sofie Östling

08-4058264

072-2279942

sofie.ostling@regeringskansliet.se

Inbjudan till diskussion om arbetet
inom ramen för avsiktsförklaring
”Åtgärder för friskare arbetsplatser
i kommuner och landsting” daterad
2016-08-19

Datum: 2019-05-16

Tid: 10.00 – 12.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Sveriges kommuner och landsting, Kommunal, OFR, Lärarförbundets och Lärarnas Riksförbunds samverkansråd och Akademikeralliansen den 19 augusti 2016.

Den 5 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni senast den 9 maj besvarar dessa frågor skriftlig och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Meddela vilka från er som kommer senast den 9 maj.

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjuk-skrivningsprocess

Kommunernas och landstingens



ARBETSMILJÖRÅD

Antaget av Kommunernas och Landstingens Arbetsmiljöråd

2019-05-08

Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner

Den nationella samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess har bjudit in parterna till en fördjupad diskussion om arbetet med parternas *Avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser*. I detta underlag presenteras ett partsgemensamt svar på de frågeställningar som gick ut i samband med inbjudan. Dokumentet är framtaget i det partsgemensamma Arbetsmiljörådet (AMR) som har ansvar för att samordna arbetet kring avsiktsförklaringen.

Avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn består av åtta områden med ett antal åtgärder inom respektive område, till exempel partsinitiativ, avtal, stödfunktioner och verktyg. Varje åtgärd har en egen process för implementering och uppföljning.

Den partsgemensamma föreningen Suntarbetsliv har en central roll i implementeringen av avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser. Föreningen har arbetat fram ett brett utbud av kunskaper och metoder för att utveckla friska arbetsplatser, genom bland annat digitala verktyg, artiklar samt Resursteamets arbete (det lokala stödet).

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?

Suntarbetsliv

Implementeringsarbetet inleds redan när Suntarbetslivs verktyg utvecklas genom att framtida användare och parter med flera medverkar och bidrar i framtagandet av dem. Utbudet är tillgängligt via Suntarbetsliv.se och är kostnadsfritt för användaren. De digitala verktygen innehåller både kunskaper och metoder för förändring samt processledarstöd så att verktygen enkelt kan implementeras och på sikt bidra till goda effekter på arbetsplatserna.

Insatserna implementeras genom Suntarbetslivs och parternas kommunikation och genom Resursteamets arbete ute på arbetsplatserna inom sektorn och drygt 50 möten med målgrupperna.

Samverkanssystemet och AMRs stödteam för samverkan

Avsiktsförklaringens område 5. *Ta vara på medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro*, avser primärt Samverkansavtalet. Samverkanssystemet ger en struktur för partsarbete, dialog och inflytande, som genomsyrar organisationen från arbetsplatsnivå till central samverkansgrupp. I samband med avsiktsförklaringen tecknade parterna ett nytt samverkansavtal hösten 2017. Sedan dess har parterna arbetat med implementering av det nya avtalet, till exempel genom kommunikation, verktyg och stöd samt konferenser.

AMR har även inrättat ett stödteam med representanter från respektive förbund i syfte att stärka kommuner och regioners arbete kring samverkansprocessen. Stöd från teamet erbjuds:

- När lokala parter vill utveckla sin samverkansprocess och samverkansorganisation.
- När lokala parter ska skriva ett helt nytt samverkansavtal eller revidera ett befintligt.
- När relationen mellan lokala parter är ansträngd. När det har uppstått en konflikt.

Projekt förebygg ohälsa

Projekt förebygg ohälsa är centrala parter nästa steg i implementeringen av avsiktsförklaringen. Satsningen syftar till att öka kunskapen om de verktyg och stödfunktioner som har tagits fram inom ramen för projektet samt att inspirera fler kommuner och regioner att ta fram egna strategier eller avsiktsförklaringar för minskad sjukfrånvaro. Målgruppen, central samverkansgrupp/skyddskommitté i kommuner och regioner, nås genom att parterna kommunicerar samma budskap samtidigt och brett i sina kanaler.

2. Hur arbetar ni med process- och effektutvärdering?

Uppföljning av avsiktsförklaringen sker löpande och utifrån karaktären på respektive insats". Till exempel har Suntarbetslivs resursteam (område 2) en egen process kring utvärdering, liksom satsningen på omställning (TLO-KL) samt det nya samverkansavtalet som ska följas upp i slutet av 2019.

Suntarbetsliv

Föreningens strategi, att samla in kunskaper om förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser och att göra denna kunskap tillgänglig och använd på arbetsplatserna inom kommun- och landstingssektorn, är det uppdrag som Suntarbetslivs kansli har att verkställa.

Med detta som utgångspunkt har Suntarbetslivs kansli formulerat följande övergripande mål för den operativa verksamheten:

1. Suntarbetsliv ska vara en naturlig aktör i arbetsmiljöarbete och verksamhetsutveckling.
2. Suntarbetsliv associeras tydligt till begreppen funktion och engagemang.
3. Suntarbetsliv når målgruppen med ett omfattande utbud av verktyg, stöd, forskning och lärande exempel.

Fokus är att stödja chefer och skyddsombud i deras gemensamma arbetsmiljöarbete. Tonvikten ligger på utveckling av grupp och verksamhet.

Suntarbetsliv mäter och analyserar månatligen respektive årligen målgruppernas kännedom om, användning av samt upplevelse av Suntarbetslivs, nyttan av artiklarna och de digitala verktygen.

Suntarbetsliv använder en variation av kvantitativa och kvalitativa metoder för uppföljning och utvärdering. Föreningens uppdrag enligt avsiktsförklaringen innebar att utveckla och kommunicera stöd i arbetet för friska arbetsplatser. Dessa stöd är relativt nyligen lanserade och det är ännu för tidigt att utvärdera långsiktiga effekter. Dock indikerar den regelbundna uppföljningen att verktygen används i hög utsträckning, upplevs fungera och engagera och bidrar till förändring på arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn.

Resursteamets verksamhet utvärderas både formativt och summativt av extern utvärderare. Teamets arbete startade under hösten 2018 och av naturliga skäl finns därför inga resultat ännu av dess effekter.

3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?

Avsiktsförklaringen syftar till att skapa en struktur för ett långsiktigt och hållbart arbetsmiljöarbete och bra arbetsförhållanden – vilket leder till såväl minskad sjukfrånvaro som goda förutsättningar för kompetensförsörjning och att verksamheter i förlängningen kan klara välfärdsuppdraget.

Centrala parter avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser blev en katalysator för många kommuner och regioner att starta ett eget strategiskt arbete kring sjukfrånvaron. Önskan är att fler ska följa dessa exempel. Det är en av orsakerna till att parterna har initierat *Projekt förebygg ohälsa*.

Av erfarenhet vet parterna att implementering av verktyg och nya arbetssätt tar tid. Varje kommun och region som väljer att inleda ett strategiskt arbete för minskad sjukfrånvaro har en komplett process att genomgå innan önskad effekt uppnås. Centrala parter kan stödja arbetet genom samordnad kommunikation till respektive medlemmar, gemensamma verktyg och funktioner som Suntarbetslivs stödteam samt lärande exempel.

Den partsgemensamma sjukfrånvarostatistiken som publiceras i mars visar att sjukfrånvaron sjunker i både kommuner och regioner. Även om utvecklingen är glädjande gör parterna i nuläget inte anspråk på att minskningen beror på vårt arbete. Det primära syftet har varit att skapa långsiktigt hållbara förändringar som leder till en låg och stabil sjukfrånvaro över tid.

Suntarbetsliv

Inom Suntarbetsliv definieras kännedom- och effektmål för respektive del i utbudet. Mätningar visar positiva resultat avseende kännedom och upplevelsen av att utbudet fungerar och engagerar i målgruppernas vardagliga utmaningar samt i utveckling av friskfaktorer och verksamhet. Undersökningen, som genomfördes i maj 2018, visar att kännedomen är högst bland HR-grupper i kommuner och lägst i vissa chefsgrupper inom regioner. Suntarbetsliv och organisationens utbud upplevs mycket relevanta och engagerande. Målgrupperna uppskattar att utbudet är forskningsbaserat.

4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?

Parterna tar ansvar för komplexa utmaningar inom arbetslivet och har förutsättningar att genomföra och förvalta överenskommelser över tid. Utgångspunkten är att i samverkan åstadkomma hållbara strukturförändringar. En viktig utgångspunkt är att partsgemensamma avsiktsförklaringar och stödfunktioner har en hög legitimitet och kan kommuniceras brett.

Parterna har en lång tradition av att arbeta tillsammans kring arbetsmiljöfrågor, inte minst genom AFA, AMR, Suntarbetsliv och Samverkansavtalet. Sammantaget skapar detta en hållbar struktur för ett långsiktigt och metodiskt arbete. Utöver arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen driver parterna även flera andra gemensamma utvecklingsarbeten i samma syfte - goda arbetsvillkor inom kommuner och regioner.

5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?

Kommuner och regioner har relativt sett högre sjuktal, vilket var en gemensam och grundläggande utgångspunkt när parterna inom kommun- och regionsektorn formulerade den jämförelsevis ambitiösa och omfattande avsiktsförklaringen.

Majoriteten av yrkesgrupperna inom kommuner och regioner är så kallade kontaktyrken. En särskild friskfaktor är att åstadkomma balans mellan verksamhetens krav och de resurser chefer och medarbetare har för att möta kraven.

Mellan åren 2016 och 2026 kommer kommuner och regioner att behöva rekrytera uppskattningsvis en halv miljon nya medarbetare. Det är en utmaning för sektorn att klara denna omfattande kompetensförsörjning. Såväl lång som kort sjukfrånvaro påverkar behovet av kompetensförsörjning. Det beror bland annat på att så kallade kontaktyrken har ett större behov av vikarier även vid kort sjukfrånvaro.

Verksamheterna kommer att behöva ställa om sitt sätt att arbeta för att klara kompetensutmaningen. I det omställningsarbetet är arbetsmiljöarbetet viktigt. Dels för att identifiera och åtgärda risker, dels för att i samverkan (dialog och inflytande) mellan arbetsgivare, fack och medarbetare finna de bästa lösningarna samt att förankra och skapa legitimitet för nödvändiga förändringar.

6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?

Parterna har ett gemensamt intresse av att det finns evidensbaserad kunskap och verktyg för arbetsmiljöarbetet inom kommuner och regioner. Parterna har också långsiktiga strategier för att säkerställa både kunskapsutveckling och forskning samt implementering och användning.

Det partsägda AFA försäkring är en av landets största finansiärer för forskning inom arbetsmiljöområdet. Totalt avsätts 150 miljoner kronor per år för detta ändamål, 100 miljoner på privatsidan och 50 miljoner kronor till forskning för kommuner och regioner. Genom åren har AFA haft flera forskningsprogram som berör såväl förebyggande arbete som återgång i arbete. För närvarande pågår programmet Hållbart arbetsliv. Nyligen avslutades ett program om arbetslivsinriktad rehabilitering och ett annat om kronisk smärta. En stor del av den forskning som produceras inom ramen för AFAs program resulterar i praktiska verktyg. AFA arbetar även för att sprida kunskap och forskning genom såväl nationella som regionala konferenser och seminarier.

Utgångspunkten för Suntarbetslivs arbete är att det ska vara forskningsanknutet. Föreningen har uppdraget att bidra till kunskapsutveckling, inte minst genom att producera och sprida evidensbaserade metoder och verktyg. Som exempel kan nämnas det nya verktyget Chefoskopet som har sin utgångspunkt i den forskning som bedrevs inom ramen för Chefios, ett flerårigt samarbete mellan Göteborgs universitet och ett antal västsvenska kommuner. För närvarande utvecklar Suntarbetsliv ett verktyg om arbetslivsinriktad rehabilitering. Föreningen arbetar även med en ny satsning på forskningssammanfattningar i syfte att dels sprida kunskap, dels göra forskning tillämplig i arbetsmiljöarbetet.

7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

Se svar på fråga fyra samt sammantagna övriga svar i underlaget.



2019-03-14
Komm2018/06

STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

**Nationell samordnare för en välfungerande
sjukskrivningsprocess**

S 2018:06

Utredningssekreterare

Sofie Östling

08-4058264

072-2279942

sofie.ostling@regeringskansliet.se

Inbjudan till diskussion om arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen för att förebygga sjukfrånvaro och ta tillvara arbetsförmåga daterad 2016-08-22

Datum: 2019-09-10

Tid: 13.00-15.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Svenskt Näringsliv, LO och PTK den 22 augusti 2016.

Den 6 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i

avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni besvarar dessa frågor skriftligt och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjuk-skrivningsprocess

Inledning

- Presentation av parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro (samling för friska arbetsplatser)
- Presentation av parternas i övrigt pågående arbete genom Prevent, AFA försäkring och Gilla Jobbet



416 Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

Inom ramen för Prevent utveckla stöd och verktyg i sjukprocessen för företagen, särskilt för de små och medelstora företagen, för att ta tillvara arbetstagares arbetsförmåga vid sjukskrivning

- Pågående projekt, rehabverktyget. Kommer att vara klart under hösten och lanseras i november. Ett omfattande verktyg som ger praktiskt stöd för arbetsplatser i arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning. Utbildningen ”*rehabilitering på arbetsplatsen*” har tagits fram och genomförs löpande.

Informera om och stimulera företagen att bättre nyttja de ekonomiska stöd som finns avsatta för rehabiliteringsinsatser inom Försäkringskassan och AFA Försäkring

- Information om stöd från AFA försäkring finns via AFA Försäkring, LO och Finfa. Det nya rehabverktyget som tas fram genom Prevent innehåller information och hänvisningar till olika stöd som finns att söka.



Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

Utifrån nedbruten och branschspecifik statistik från Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket utveckla stödet i samband med sjukfrånvaro, så att det blir mer riktat och träffsäkert

- Vi saknar fortfarande fullständig statistik från såväl FK som AV.

Inom ramen för AFA Försäkring FoU öka kunskapen om de bakomliggande orsakerna till sjukfrånvaro

- En stor del av de forskningsansökningar som beviljas handlar om att identifiera bakomliggande orsaker till sjukfrånvaro, eller om åtgärder för att hantera redan kända riskfaktorer för sjukfrånvaro.
- Pågående FoU-program: Ung i arbetslivet (40 mnkr), Ett arbetsliv utan hjärt-kärlsjukdom (50 mnkr), Hållbart arbetsliv (30 mnkr), Att leva och arbeta med psykisk ohälsa (40 mnkr projektstart 2019)
- Avslutade program: Kronisk Smärta (50 mnkr, 2018) och Företagshälsovård – Forskningsbaserad kunskap för praktisk tillämpning (30 mnkr, 2016)



418 Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

Vidareutveckla implementeringen av slutsatser och forskningsrön från forskningsprojekt finansierade via AFA Försäkring genom Prevent och de partsgemensamma arbetsmiljöråden

- Arbetet mellan Prevent och AFA försäkring för att säkerställa en god implementering av forskningsresultat har formaliserats. Prevent är nu med i ett tidigare skede, innan slutrapportering av projekt är klara. Prevents verksamhetsplanering tar hänsyn till pågående projekt hos AFA försäkring.
- Ett internt seminarium har hållits hos AFA försäkring där forskare, parter och andra aktörer har deltagit för att diskutera hur resultat bättre kan implementeras.
- I projektansökan om forskning ställs nu högre krav på beskrivning av hur resultat ska spridas för att kunna få praktisk nytta.



Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

Utveckla den partsgemensamma statistiken avseende sjukfrånvaro hos såväl AFA Försäkring som Alecta

- På uppdrag av Alecta presenterade professor Kristina Alexandersson 2018 en rapport om *Sjukfrånvaro hos privatanställda tjänstemän*.
- Alecta arbetar för närvarande med att ta fram relevant och uppdaterad statistik över de privatanställda tjänstemännens sjukfrånvaro, genom att bearbeta statistik som beställts från Försäkringskassan.

Utreda i vilken omfattning företagen nyttjar företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering

- Parterna har gjort en undersökning av hur företag använder företagshälsovård och andra expertresurser inom arbetsmiljö och rehabilitering. Undersökningen presenterades 2017 i rapporten *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsojänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?*



420 Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

På sätt som parterna överenskommer verka för att arbetsgivare ska svara för att den företagshälsövård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsövård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsövården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (se arbetsmiljölagen [1977:1160])

- Arbetsmiljöverkstan – en återkommande nationell seminarieriserie har presenterat materialet ”att köpa arbetsmiljö- och hälsotjänster” som också har en webbaserad behovsanalys.
- Föreläsningar om hälsoekonomi och företagshälsövård har hållits på konferensserien Gilla Jobbet



Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

Utifrån våra erfarenhetsbaserade kunskaper om förhållandena på arbetsplatserna som organisationerna är bärare av delta och samverka, i mån av resurser, med ansvariga myndigheter i syfte att underlätta återgången i arbete och bättre ta tillvara på befintlig arbetsförmåga.

- LO, PTK och Svenskt Näringsliv deltar i Försäkringskassans partnerråd för arbetsgivar- respektive arbetstagsarsidan. Parterna deltar i Arbetsmiljöverkets centrala samråd



Parternas arbete inom privat sektor

422

Prevent, i urval

- **Uppdatering av BAM och lansering av e-BAM** – Bättre arbetsmiljö är den ledande grundläggande arbetsmiljöutbildningen. Vänder sig till chefer och skyddsombud. Utbildningen har uppdaterats och lanserades februari 2019.
- **Rehabverktyget** – Verktyget ska utvecklas för att bättre fungera som ett konkret stöd på arbetsplatsen för att förhindra sjukskrivning och underlätta återgång i arbete (troligtvis november)
- **Organisatorisk och Social Arbetsmiljö**
En e-bok och tryckt bok framtagen – ”Att jobba praktiskt med OSA” (ca 2000 sålda exemplar 2018), utbildningen ”Organisatorisk och social arbetsmiljö i praktiken” och ”OSA-enkäten (lanserad 2018)
- **Balansguiden – om det flexibla arbetslivet**
Framtagen för organisationer och individer, bl a om hur man förebygger och hanterar stress
- **Hälsöfrämjande ledarskap**
Verktyg för chefer som syftar till att främja de positiva och hälsöfrämjande aspekterna i arbetsmiljöarbetet. Lansering april 2019



Parternas arbete inom privat sektor

Prevent, i urval

- **Starkare samverkan i det lokala arbetsmiljöarbetet** – Arbete inlett med syfte att visa vikten av, och stärka lokal partssamverkan i arbetsmiljöfrågor. I arbetet lyfts också slutsatsen från den partsgemensamma rapporten om arbetsmiljö- och hälsofrågor; att fortsatt stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet, ta fram stöd och verktyg för samverkan.
- **Jobba praktiskt mot kränkande särbehandling** – Fördjupar OSA-arbetet, en bok är framtagen (februari 2019) och lansering av ytterligare verktyg under våren
- **Sexuella trakasserier** – Checklistor och en särskild ämnessida finns på Prevent.se. Särskilda projekt drivs, exempelvis ”schysst stall” som lanseras i mars 2019.



Parternas arbete inom privat sektor

Prevent, exempel på projekt som bedrivs/bedrivs 2018/2019:

- Arbetsmiljö för in- och uthyrd personal
- Arbetsmiljö för privata vården
- Arbetsmiljö Hotellstäd
- Arbetsmiljö Lackeringsbranschen
- Arbetsmiljöverkstad-Industrin 2018
- BAM Måleribranschen, grund och vidareutbildning + checklistor
- Din arbetsplats i handeln, ny version
- Enkät om organisatorisk och social arbetsmiljö
- EU-OSHA kampanj "Friska arbetsplatser hanterar farliga ämnen på ett säkert sätt"
- Hat och hot mot journalister
- Hälsöfrämjande ledarskap
- Höga tryck, webbutbildning
- Kränkande särbehandling
- Kommunikation webbutbildning Work and Technology on Human Terms
- Ny i industrin
- Revidering av Introduktionsguiden
- Schysst stall
- Sexuella trakasserier (checklista, enkät)
- Säkert arbete i gruvindustrin



Parternas arbete inom privat sektor

Prevent - Arbetsplatsrelationer 2018 (2017 inom parentes):

- 870 000 besök på prevent.se (810 000)
- 450 0000 besök på arbetsmiljoupplysningen.se (415 000)
- 495 152 besök på arbetsliv på webben (397 000)
- 66 000 (47 000) nedladdade pdf:er, till exempel informationsmaterial och handböcker
- 138 000 får papperstidningen Arbetsliv sex ggr per år
- 50 000 gånger har den nya digitala enkäten om OSA laddats ner sedan i juli 2018
- 81 000 nedladdade checklistor (digitala och PDF)
- 85 400 sålda böcker (80 300)
- 8 850 genomgick öppen- eller företagsanpassad utbildning (8 620)
- 30 190 deltagare slutförde en kostnadsfri webbutbildning (28 965)
- 440 000 visningar av Prevents samtliga filmer på Youtube (190 000)
- 10 mejlskolor genomfördes
- 33 projekt och förstudier pågick under året (36)



AFA Försäkring

- **Avslutade forskningsprogram:**
 - Företagshälsovård (2014 – 2017), tillsammans med KL-sektorn, slutredovisat mars 2017
 - Kronisk smärta (2015 – 2018) – avslutat och slutredovisat 2019
- **Pågående och kommande forskningsprogram:**
 - Hållbart arbetsliv (2016 – 2019), tillsammans med KL-sektorn (slutredovisas 2020)
 - Ett arbetsliv utan hjärt- och kärlsjukdom (2017 – 2022)
 - Unga i arbetslivet (2018 – 2022)
 - Att leva och arbeta med psykisk ohälsa (projektstart 2019)
- **IA-systemet** (Informationssystemet om Arbetsskador)
IA-systemet används aktivt och i ökande grad i det förebyggande arbetet vid många arbetsplatser. Drygt 900 000 anställda i Sverige arbetar idag i organisationer med tillgång till IA-systemet.

AFA finansierar i huvudsak fristående forskningsprojekt, men även kunskapssammanställningar, rörande exempelvis rörelseorganens sjukdomar, mentala sjukdomar, rehabilitering, sjukfrånvaro, arbetsorganisation, ergonomi och belastning, fysisk arbetsmiljö, kemiska hälsorisker, psykosocial arbetsmiljö.



Parternas arbete inom privat sektor

AFA Försäkring: pågående projekt som beviljats anslag (i urval):

- Hjärnskador vid kronisk arbetsrelaterad stress och nya metoder att motverka dessa (fick tilläggsanslag men har hållit på ett tag)
- När det brister: orsaker till och förekomst av destruktivt ledarskap i svenskt arbetsliv
- Fånga arbetsförmåga
- Evidensbaserad internetförmädlad behandling vid alkoholproblem - en kvalitativ studie om nyttan i arbetslivet (och kopplingen till psykisk ohälsa)
- Långvarig funktionsnedsättande smärta i rygg och nacke samt psykisk ohälsa - identifiering av modifierbara faktorer som påverkar risk och prognos
- Chefens perspektiv - kunskap och behov i mötet med anställda som har nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest

AFA finansierar i huvudsak fristående forskningsprojekt, men även kunskapssammansättningar, rörande exempelvis rörelseorganens sjukdomar, mentala sjukdomar, rehabilitering, sjukfrånvaro, arbetsorganisation, ergonomi och belastning, fysisk arbetsmiljö, kemiska hälsorisker, psykosocial arbetsmiljö.



Parternas arbete inom privat sektor

428

AFA Försäkring

- Rapporter publicerade om Arbetsolyckor och sjukfrånvaro inom handel och restaurang, Arbetsolyckor och sjukskrivningar bland städare, Arbetsolyckor och sjukskrivningar inom byggbranschen m.fl.
- Spridning – Parterna och AFA arbetar tillsammans aktivt med spridning och implementering av forskningsresultat. Vid utlysning och inför beslut om forskningsfinansiering tydliggörs att sökande forskare ska ha en plan för hur forskningsresultatet ska implementeras.
- Förtydligt fokus för forskningsfinansiering avseende området ”Hälsa”, med prioritering för forskning som kan förväntas ge reella effekter på sjukfrånvaro och ökad hälsa bland de försäkrade.
- Stöd för arbetsmiljöutbildning – utbildningssatsning. Sammanlagt beviljades stöd för utbildning av 23 247 personer, varav ca 90 procent var chefer. Stödet gick till 3076 unika företag. 75 miljoner kr var avsatta för utbildningsstödet.



Parternas arbete inom privat sektor

AFA Försäkring, spridning av kunskap och resultat

Frukostseminarier i urval:

- Rehabiliteringsstödet för arbetsgivare, sjukförsäkringens utveckling - en jämförelse mellan FK och AFA, heldagsseminarium inom handel, kunskapsöversikten om självmord, mobbing av chefer, sömn för främja fysisk och mental hälsa, aktivitetsbaserade kontor, en positiv syn på åldrande, hälsofrämjande ledarskap i ett föränderlig arbetsliv

Temaår och FoU-dagar

- Tema "digitalisering" (2017), FoU-dag i Karlstad
- Tema "fysisk arbetsmiljö" (2018), FoU-dag i Gävle
- Tema "ett arbetsliv i förändring" (2019), FoU-dag i Luleå



Parternas arbete inom privat sektor

Gilla jobbet – arbetslivets mötesplats

Projekt med syfte att öka intresset för arbetsmiljöfrågor, och att bidra till att omsätta forskningsresultat i praktisk tillämpning och ge stöd och verktyg.

Gilla Jobbet arrangeras av AFA försäkring, Prevent och Suntarbetsliv tillsammans med parterna inom privat och kommun- och regionsektorn.

Konferenser:

- 2017: Stockholm (1327) (antal deltagare)
- 2018: Malmö (320), Göteborg (434), Umeå (231) och Falun (150)
- 2019: Stockholm (2600 som prognos, i dagsläget fullt och 150 på väntelista)
- 2020: Malmö, Göteborg, Sundsvall, Luleå, Växjö och Karlstad

På Gilla Jobbets konferenser deltar chefer, skyddsombud och HR-representanter från privat och offentlig sektor





STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

2019-03-14
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande
sjukskrivningsprocess**

S 2018:06

Utredningssekreterare

Sofie Östling

08-4058264

072-2279942

sofie.ostling@regeringskansliet.se

Inbjudan till diskussion om arbetet inom ramen för avsiktsförklaring för att motverka ohälsa och stigande sjuktal daterad 2016-08-19

Datum: 2019-05-21

Tid: 10.00 – 12.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Arbetsgivarverket, OFR/S,P,O, Saco-S och Seko den 19 augusti 2016.

Den 4 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i

avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni senast den 14 maj besvarar dessa frågor skriftlig och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Meddela vilka från er som kommer senast den 14 maj.

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjuk-skrivningsprocess

PARTERNA PÅ DET STATLIGA AVTALSOMRÅDET
2019-05-14

1(6)

EN VÄLFUNGERANDE SJUKSKRIVNINGSPROCESS

Den nationelle samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess har bjudit in parterna på det statliga avtalsområdet till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Arbetsgivarverket, OFR/S,P,O, Saco-S och Seko den 19 augusti 2016. Inför mötet lämnas svar på de frågeställningar som ställts till parterna om implementering av insatser, förväntade effekter och effektvärdering.

Parterna vill inledningsvis framföra att såväl förebyggande arbete som arbetet till stöd för återgång i arbete ska bedrivas och anpassas till förhållanden hos varje arbetsgivare och de förutsättningar som verksamheten där ställer. Arbetet sker såväl partsgemensamt som partseget där en stor del av ansvaret ålagts arbetsgivaren genom lag. Insatser genom central partssamverkan ska till väsentlig del utgöra stöd för det lokala arbetet antingen genom mer allmängiltiga insatser eller genom insatser som kan verksamhetsanpassas.

I det följande beskrivs de insatser som centrala parter på det statliga avtalsområdet gemensamt genomför till stöd för lokala parters arbete. Arbetet sker idag i dialog mellan förhandlingsledningarna samt inom ramen för den partsgemensamma organisationen Partsrådet och då främst inom två arbetsområden; ”Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv” och programmet ”Hållbart arbetsliv”.

HUR ARBETAR NI MED IMPLEMENTERING AV INSATSER

Partsrådet är en väletablerad organisation för partsgemensamma insatser på den statliga sektorn. Centrala parter jobbar idag genom två arbetsområden för att bidra till den gemensamma avsiktsförklaringen från 2016, ”Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv” och ”Hållbart arbetsliv”. Arbetsområdena har olika arbetsätt och inriktning. Båda arbetsområdena bygger på överenskommelser mellan kollektivavtalsparterna för att möta sådana frågor som parterna har identifierat som väsentliga i sammanhanget.

Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv

Området har till uppgift att öka lärandet hos såväl fackets som arbetsgivarens representanter. Detta genom att ge företrädarna möjligheter att få del av forskningsbaserade kunskaper och information om gällande regelverk samt uppmuntra till dialog i såväl den egna verksamheten som med representanter för andra statliga verksamheter.

Arbetsområdet erbjuder utbildningar, seminarier och workshops samt förmedlar verktyg och information till lokala parter inom området Arbetsmiljö.

Inledningsvis har utbildningar tagits fram i samverkan med 70 lokala företrädare från 20 myndigheter. Arbets sättet innebär att den kunskap som erbjuds inom utbildningarna är relevanta för lokala parter. För den slutgiltiga utformningen och genomförandet anlätades forskare och experter. Arbets sättet bidrog också till en god implementering. Totalt erbjuds i nuläget fem olika utbildningar. Två utbildningar som behandlar det systematiska arbetsmiljöarbetet, ”Vilka regler styr” och ”Arbetsmiljö i praktiken”. Övriga tre rör ”Konflikthantering”, ”Att skapa robusta samarbetskulturer” samt ”Hållbart medarbetarskap och ledarskap när gränserna i arbetslivet förändras”. Utbildningarna har haft stor efterfrågan. Under åren 2016-2018 har utbildningarna tagit emot totalt 1 885 deltagare (954 arbetsgivarföreträdare och 931 fackliga företrädare).

Mot bakgrunden av utbildningarnas tydliga relevans för verksamheter inom sektorn samt för att bidra till ytterligare spridning och implementering av kunskap så har konceptutbildningarna arbetats om till e-utbildningar. Även här har parterna tagit fasta på vikten av samverkan mellan lokala parter och att forskare och experter medverkar. Implementeringen av dessa utbildningar sker under 2019 i såväl ordinarie medlemskanaler som genom inlägg i sociala medier.

I övrigt erbjuder arbetsområdet kunskaper och möjligheter till samverkan inom aktuella områden genom seminarier. Totalt har 29 seminarier genomförts under 2016-2018 med totalt knappt 1 600 deltagare.

Hållbart arbetsliv

Programmet Hållbart arbetsliv erbjuder ett mer direkt operativt stöd till den enskilda verksamheten. Stödet som erbjuds spänner över efterhjälpande och förebyggande insatser för att motverka ohälsa samt insatser som främjar engagemang, lärande och karriär. Centrala parter bedömer att arbetet för friska arbetsplatser är komplext och behöver mötas upp bredare än enbart genom insatser som fokuserar frågorna om hälsa. Programmet innehåller i dagsläget åtta olika tjänster. Just nu har 42 myndigheter avropat tjänster från programmet. En av de tjänster som är mest efterfrågade är en halvdags workshop om hur man kan arbeta mer proaktivt för att förebygga osund stress och ohälsa. Under våren 2019 lanseras även en tjänst som särskilt fokuserar på effektiv återgång i arbetet efter sjukskrivning.

HUR ARBETAR NI MED PROCESS - OCH EFFEKTUTVÄRDERING

Centrala parter följer insatserna i Partsrådet dels genom organisationens styrelse som är partsgemensamt tillsatt dels direkt genom att bemanna de styrgrupper som beslutar om insatserna i de olika arbetsområdena.

3(6)

Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv

Den upplevda kvaliteten av utbildningar och seminarier följs systematiskt upp i anslutning till respektive insats. Utöver det har en sammanfattande utvärdering genomförts med stöd av extern konsult. Att uppnå det långsiktiga effektmålet är främst ett ansvar för arbetsgivaren och lokala arbetstagarrepresentanter. Centrala parter bedömning är att kunskaper är en förutsättning för arbetet med minskade sjuktal och för en god arbetsmiljö ska kunna genomföras. Uppföljningen har därför fokuserat på den kunskapshöjande insatsen som sådan.

Hållbart arbetsliv

Inom programmet Hållbart arbetsliv ska en strategisk programutvärdering genomföras under hela programperioden. Utvärderingen syftar till att fånga både kvantitativa och kvalitativa faktorer som kan synliggöra hur programmet bidrar till friska och engagerade arbetsplatser. Ambitionen är att genomföra en utvärdering av hög kvalitet. Avsikten är att få fram ett underlag som ger tillräckligt hållbara resultat för att kunna fastställa vad programets faktiska bidrag. Utförare av utvärderingen är Oxford research.

VILKA EFFEKTER FÖRVÄNTAR NI ER AV INSATSERNA OCH VILKA EFFEKTER SER NI I NULÄGET**Arbetsmiljö**

Kunskaper bedöms vara grundläggande för ett systematiskt arbetsmiljöarbete och därmed en av förutsättningarna för sänkta sjuktal och friskare arbetsplatser. Efterfrågan på såväl seminarier som utbildningarna är höga och har överträffat förväntningarna. Centrala parter bedömer därmed att kunskaperna har fått stor spridning inom den statliga sektorn. Att fokus på samverkan är tydliga även i dessa kunskapshöjande insatser kommer att bidra i det lokala arbetet. Kunskaperna bedöms också bidra till att lokala parter kan ta emot tjänster från arbetsområdet Hållbart arbetsliv.

Hållbart arbetsliv.

Vår förhoppning är att tjänsterna inom programmet Hållbart arbetsliv ska bidra till att frågorna ligger högt upp på de statliga verksamheternas agenda. Stödet syftar till att bidra till att förstärka myndigheternas målsättningar om friska och engagerade arbetsplatser. Samtidigt ligger ansvaret för att vidta åtgärder som främjar hälsa och engagemang hos respektive verksamhet. Vilka effekter som programmet resulterar i är avhängigt vilken mottagarkapacitet som finns hos myndigheterna. Programmet har kunnat leverera faktiskt stöd sedan i oktober och det är för tidigt att tala om faktiska effekter i verksamheterna i nuläget.

Ansatsen är att arbetsmiljön ska ge bra förutsättningar för en verksamhetsutveckling som främjar ett hållbart arbetsliv. Kunskap är en viktig förutsättning!

HUR SER NI PÅ ERA FÖRUTSÄTTNINGAR (I ROLLEN SOM PARTER) ATT VERKA FÖR FRISKA ARBETSPLATSER OCH MINSKAD SJUKFRÅNVARO

Frågorna om friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro ställer krav anpassning utifrån varje verksamhet. Det förutsätter att arbetet är förankrat och sker löpande inom varje verksamhet. Centrala parter har förutsättningar att genom arbetssättet bidra till den lokala verksamhetsutveckling genom att främja en god arbetsmiljö som ökar hållbarheten och attraktiviteten. Vi kan konstatera att de som tagit del av tjänsterna särskilt värdesatt arbetssättet som t.ex. innebär att beställning av stödet föregås av partsgemensam dialog och att arbetsgivare och fack arbetar tillsammans. Liksom den styrka som det innebär att lokala parter deltar i arbetsmiljöutbildningar och seminarier tillsammans.

VILKA SEKTORSSPECIFIKA UTMANINGAR SER NI FÖR ERT ARBETE

Inledningsvis vill centrala parter framhålla att arbete i grunden är hälsofrämjande. Inom den statliga sektorn kan uppdragen och därmed arbetsuppgifter och arbetsförhållanden variera stort mellan myndigheter. De olika arbetsgivarna varierar också i storlek och deras geografiska placering lämnar olika förutsättningar. Det är en variation som utmanar och behöver beaktas när centrala parter arbetar fram och erbjuder tjänster och insatser. Samtidigt ser centrala parter flera andra områden som också kan behöva adresseras för att framja friska arbetsplatser.

Regeringens styrning av verksamheterna lägger grunden för arbetsmiljön och sjuktalet. De redan många gånger komplexa uppdragen kompletteras allteftersom med ytterligare uppdrag, uppgifter och återrapporteringskrav som i sig bidrar till en än mer komplex arbetssituation. Utöver det pågår en omlokalisering som i sig påverkar berörda myndigheters arbetsmiljö genom de förutsättningar det lägger för verksamheten. Detta behöver beaktas i styrningen.

Ett längre arbetsliv kommer att ställa nya förutsättningar och krav. Arbetslivet innebära att generationer som vuxit upp under olika förutsättningar och befinner sig i helt olika faser i livet är i arbetsför ålder och arbetar tillsammans. Med ett längre arbetsliv och en snabbare teknikutveckling kan skillnader mellan generationer bli tydligare. Det är en styrka, men kan också innebära att nya behov och andra krav ställs på t.ex. arbetsförhållanden och verksamhetsutveckling. När den lägsta åldern för att ta ut allmän pension höjs förskjuts också möjligheten uppåt för en väg ut från arbetslivet för den som är sjukskriven. Ytterligare år i arbetslivet får inte bli ytterligare år i sjukskrivning.

Hot och våld mot tjänstemän är ett annat område som centrala parter uppmärksammat. Öppna och transparenta myndigheter ställer krav på att arbetsgivare kan hantera de följder som dessa för med sig för de anställda. Den särskilda påfrestning

5(6)

som relationsintensiva yrken medför, där samtliga medborgare oavsett förutsättningar självklart ska bemötas på ett medkännande och korrekt sätt, behöver beaktas. Frågorna kan behöva angripas även med stöd av förändringar i lagstiftningen.

För att klara uppdrag och en föränderlig omvärld behöver även arbetstagarnas förmåga och personliga egenskaper stärkas för att hantera de alltmer komplexa uppdragen m.m.

HUR RESONERAR NI KRING KUNSKAPSUTVECKLING OM FÖREBYGGANDE ARBETE OCH ARBETE FÖR ÅTERGÅNG OCH DE DRIVKRAFTER SOM FINNS FÖR ARBETSGIVARE ATT ANVÄNDA SÅDAN KUNSKAP.

Centrala parter menar att kunskapsutveckling och användandet av dessa rön är väsentliga för att de mest effektiva insatserna för att arbetstagare ska återgå i arbete används. Arbetsgivarna har idag ett stort ansvar för arbetstagarens arbetslivsinriktade rehabilitering och för arbetsmiljön på arbetsplatserna. Detta arbete tar därför tid och resurser i arbetsgivarens arbete. Det är självklart väsentligt att dessa resurser används på rätt sätt. Ytterligare ansvar i form av ekonomiska krav blir snarare motverkande än bidrar till minskade sjuktal.

Mot den bakgrunden är det väsentligt att den forskning och den kunskap som idag finns tas tillvara och sprids. Även den kunskap som företagshälsovården och den specialitet som den besitter behöver tas omhand. Det finns annars en stor risk att den kompetensen kommer att saknas på sikt.

Även om kunskaperna finns är det väsentligt att alla aktörer har uppdrag som faktiskt bidrar till att främja förebyggande arbete och arbete för återgång. Den medicinska rehabiliteringen, försäkringskassans rehabiliteringsprocess och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar får inte ha mål som i sig motverkar övriga aktörers insatser. Utifrån den kunskap som finns kan en översyn av detta vara intressant.

Parterna har inom ramen för de båda arbetsområdena tagit fasta på kunskapsutveckling. Inom ramen för arbetsområdet arbetsmiljö använder parterna forskare inom området för kunskapsutvecklingen. Den uppföljning som genomförs bidrar också till att förändra insatserna allteftersom.

Inom ramen för Hållbart arbetsliv finns en gedigen programutvärdering med löpande avrapportering. Detta bedöms kunna bidra till att kontinuerligt stärka kunskaperna om förebyggande arbete och hur detta på bästa sätt bedrivs för att undvika sjukskrivningar och för en tidig återgång i arbete efter sjukskrivning.

Utvärderingen är också utformad för att jämföra utgångspunkterna för programmet och programgenomförandet med rådande kunskapsläge inom området arbetsmiljö och arbetsorganisation.

Genom Partsrådet har parterna inom ramen för Hållbart arbetsliv anställt en programchef med forskarbakgrund samt med sakkompetens inom området arbetsmiljö. Det bidrar till att hålla kunskapsfrågorna högt i programgenomförandet.

HUR ARBETAR NI FÖR ATT SÄKERSTÄLLA ATT ARBETET MED FRISKA ARBETSPLATSER OCH MINSKAD SJUKFRÅNVARO FORTSÄTTER VARA ETT OMRÅDE SOM PRIORITERAS ÖVER TID

För de statliga myndigheterna är arbetet med friska arbetsplatser en fråga om möjligheten till kompetensförsörjning. Statliga myndigheter har också under lång tid arbetat med frågorna. Det variation i sjukskrivning som kan ses över tid kan bara delvis förklaras av frågor som har koppling till arbetsplatsen. Det är också därför vi behöver bredda frågorna om hållbara arbetsplatser till att handla inte enbart om hälsa. Centrala parter insatser kan här bidra på ett positivt sätt och ge enskilda arbetsgivare andra resurser. Vi bidrar därmed till att lyfta frågan ytterligare.

När det gäller Hållbart arbetsliv är programmet i sig ett uppdrag som i dagsläget sträcker sig till 2022. Parterna kan vid behov förlänga eller förändra uppdraget. Även det bidrar till ett fortsatt arbete inom området.

Arbetsgivarverket

OFR:s förbundsområden inom det statliga förhandlingsområdet sammantagna

Anna Falck

Åsa Erba Stenhammar

Saco-S

Seko, Service- och kommunikationsfacket

Lena Emanuelsson

Helen Thornberg

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelse av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.
24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]
- Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]
- Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]
- Grönt sparande. [17]
- Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]
- Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]

Infrastrukturdepartementet

- Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

Justitiedepartementet

- Skärpta regler om utländska månggiften. [2]
- Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]
- Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

Kulturdepartementet

- Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

Miljödepartementet

- Hållbar slamhantering. [3]
- Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]
- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]
- Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

- Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]
- Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

- Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]
- En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]
- Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]
- Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]
- God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]
- Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. [23]
- Tillsammans för en välfungerande sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocess. [24]