

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Per Johansson, Eshat Aydin, Sisko Bergendorff, Nina Granqvist,
Malin Josephson och Inger Sohlberg

Inspektionen för socialförsäkringen



UNDERLAGSRAPPORT TILL
DEN PARLAMENTARISKA
SOCIALFÖRSÄKRINGSUTREDNINGEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

Arbetslivsinriktad rehabilitering

isf
INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen*
(S 2010:04)

Underlagsrapport nr 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Samtliga underlagsrapporter finns att ladda ned gratis på www.psfu.se eller kan beställas från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. E-post: psfu@social.ministry.se

Foto: www.fotoakuten.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2011

Förord

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ska enligt regeringens direktiv se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Kommittén ska överväga förändringar som kan leda till mer hållbara sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar. De förändringar som kan bli aktuella ska bidra till ökad sysselsättning och hållbara statsfinanser på lång sikt.

Med syfte att inbjuda till bred debatt och för att skapa ett mångfacetterat underlag inför kommitténs betänkanden har en rad underlagsrapporter beställts från forskare, myndigheter och andra aktörer med kunskaper om sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Analyser, slutsatser och rekommendationer i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av den parlamentariska kommittén.

Arbetslivsinriktad rehabilitering ses av många som ett verkningsfullt medel för en låg sjukfrånvaro men det är svårt att hitta ett tydligt empiriskt stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har en påtaglig effekt på återgång i arbete. I denna rapport redogör Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) för vad man i dagsläget vet om arbetslivsinriktad rehabilitering. Tidigare studier på området har ofta avgränsats till att studera effekter av enskilda rehabiliteringsinsatser. Till skillnad från dessa utgår denna rapport från att, i ett bredare perspektiv, beskriva strukturer och relatera detta till arbetsgivar- och arbetstagarincitament.

Rapporten slår bland annat fast att det inte går att belägga tydliga effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering, samt att Försäkringskassan saknar medel för att uppnå sina mål. Författarna framhåller även att arbetsgivaren i Sverige har litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner.

Detta är den sjunde rapporten i den serie underlagsrapporter som kommittén ger ut. Rapporten är skriven av Per Johansson,

Eshat Aydin, Sisko Bergendorff, Nina Granqvist, Malin Josephson
och Inger Sohlberg, samtliga verksamma vid ISF.

Stockholm i december 2011

Irene Wennemo
Huvudsekreterare i den parlamentariska
socialförsäkringsutredningen

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningens ledamöter

Under 2010 tillsatte regeringen den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Kommitténs uppdrag är att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Syftet är att överväga förändringar som ger hållbara försäkringar för framtiden. Kommitténs arbete, som ska vara avslutat i maj 2013, kommer att presenteras i ett slutbetänkande med förslag till utformning av framtidens sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar.

Ledamöter i den parlamentariska kommittén är:

Gunnar Axén (M), ordförande

Tomas Eneroth (S)

Lars-Anders Häggström (S)

Patrik Björck (S)

Lotta Finstorp (M)

Kajsa Lunderquist (M)

Tomas Tobé (M)

Gunvor G Ericson (MP)

Johan Pehrson (FP)

Fredrick Federley (C)

Erik Almqvist (SD)

LiseLotte Olsson (V)

Emma Henriksson (KD)

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Inledning	19
2 Rehabilitering för återgång i arbete	23
2.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering och dess aktörer	23
2.2 Försäkringskassans samordningsansvar	24
2.2.1 Strukturellt arbete	25
2.2.2 Individens rehabilitering	26
2.3 Rehabiliteringskedjan i den nya sjukskrivnings- processen	27
2.4 Rehabilitering i praktiken	30
2.4.1 Utredning av rehabiliteringsbehov	30
2.4.2 Arbetsgivarens ansvar	32
2.4.3 Försäkringskassans utredningsansvar	32
3 Hur organiseras arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige och andra länder?	39
3.1 Arbetslivsinriktade åtgärder för återgång i arbete – en internationell överblick	39
3.1.1 Danmark	42
3.1.2 Finland	44
3.1.3 Nederländerna	48
3.1.4 Norge	50
3.1.5 Storbritannien	52
3.1.6 Tyskland	54

3.1.7	Sverige.....	56
3.2	Sverige i jämförelse med Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland	60
4	Arbetslivsinriktad rehabilitering. Från sjukskrivning till arbete.....	63
4.1	Att åter göra duglig	64
4.2	Vetenskapliga studier från Norden och Nederländerna	67
4.2.1	Psykisk ohälsa och återgång i arbete.....	69
4.2.2	Besvär i rörelseorganen och återgång i arbete	70
4.3	Effekter av samverkansinsatser	73
5	Privata rehabiliteringsförsäkringar.....	75
5.1	Vilken typ av försäkringar avses?	76
5.2	De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i den svenska hälso- och sjukvården.....	77
5.3	Undersökningar om försäkringsinnehav	80
5.3.1	Undersökningar om befolkningen	80
5.3.2	Undersökningar om företagare/företag.....	82
5.3.3	Marknaden för rehabiliteringsförsäkringar.....	84
5.4	Sjukvårds- och rehabiliteringsförsäkringarnas framtida roll – en principiell slutdiskussion.....	90
5.4.1	Varför privata försäkringar?.....	90
5.4.2	En avslutande diskussion om förväntade effekter.....	92
6	Avslutande diskussion	97
	Referenser	103

Sammanfattning

Utgångspunkter

Arbetslivsinriktad rehabilitering ses av många som ett verkningfullt medel för en låg sjukfrånvaro. Det är dock svårt att hitta ett tydligt stöd för detta i den empiriska litteraturen, vilket kan synas lite märkligt. En tänkbar anledning till att det kan vara svårt att ta till sig att rehabiliteringsinsatser inte ger positiva resultat är att rehabilitering ofta förknippas med medicinska insatser. Detta är emellertid en feltolkning av vad arbetslivsinriktad rehabilitering innebär, i regel avses icke-medicinska åtgärder riktade mot individer med bristande arbetsförmåga.

Det är dock inte lätt att definiera arbetslivsinriktad rehabilitering och att särskilja den från medicinsk rehabilitering. Definitionen kan vara så vid att den exempelvis inkluderar insatser som förebygger sjukskrivning då hälsan börjat svikta. Eftersom det inte är lätt att definiera vad som utgör en arbetslivsinriktad rehabilitering, är det inte heller lätt att ge en samstämmig bild om effekter av densamma. I rapporten har vi i stället för att fokusera på enskilda åtgärders effekter valt att fokusera på strukturer och relatera detta till de inblandade aktörernas (individ, Försäkringskassan och arbetsgivare) incitament, möjligheter och medel i rehabiliteringsprocessen.

I rapporten ges ingen entydig definition av vad som utgör arbetslivsinriktad rehabilitering, definitionen blir därför beroende av de olika kapitlens innehåll. På ett övergripande plan handlar arbetslivsinriktad rehabilitering om åtgärder som syftar till att den som drabbas av arbetsoförmåga ska få återfå förmågan och ges förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Varför spelar då definitionen av arbetslivsinriktad rehabilitering roll för de nedslående resultaten kring dess effekter? Orsaken är helt enkelt att det finns andra skäl att vara sjukfrånvarande än de

rent hälsomässiga och dessa skäl kan vara svåra att både identifiera och därmed att rehabilitera.

Det är viktigt att komma ihåg att hälsa och arbetsförmåga inte är binära tillstånd, det vill säga antingen frisk eller sjuk, utan sjuklighet och hälsa är tillstånd som varierar beroende på känslomässiga tillstånd. Om vår närvaro kontrolleras eller om de finansiella kostnaderna för sjukfrånvaro är höga, kommer vi också vid varje hälsoläge vara mindre frånvarande än om kontrollen är låg eller kostnaden låg.

Detta betyder att graden av sjuklighet bland dem som är sjukskrivna beror på hur institutionerna är uppbyggda. På en dåligt fungerande arbetsplats i ett system med höga ersättningsnivåer, låga kostnader för arbetsgivare och låg grad av kontroll är graden av sjuklighet högre än på en välfungerande arbetsplats i ett system med låga ersättningsnivåer, höga kostnader för arbetsgivare och hög grad av kontroll. Skälet till detta är att de sjukskrivna individernas incitament att komma tillbaka till arbetsplatsen är diametralt olika. Vidare är incitamenten för arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar väldigt olika.

Under de senaste åren har det vuxit fram en marknad av privata sjukvårdsförsäkringar. Detta kan vara ett argument för att rehabiliterande insatser har effekt. Varför skulle arbetsgivaren betala för något som inte fungerar? Det kan också vara så att arbetsgivaren fullföljer sitt rehabiliteringsansvar genom tecknandet av dessa försäkringar. Frågan är dock om detta är en sund och bra utveckling och om det är något som statsmakten bör stödja. Det är därför av intresse att beskriva hur denna marknad fungerar och för vilka arbetsgivaren tecknar denna typ av försäkring.

Rehabilitering för återgång i arbete

I kapitlet beskrivs hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs, särskilt Försäkringskassans arbete. Utgångspunkt är hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är utformad utifrån Försäkringskassans samordningsansvar. I Försäkringskassans uppdrag enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) och Försäkringskassans vägledningar ingår att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt SFB. Försäkringskassan ska också, om den försäkrade medger det, samverka med andra berörda aktörer i rehabiliteringsarbetet. Försäkringskassan

ser sitt samordningsansvar som både strukturellt och individuellt. Exempel på det strukturella arbetet är Försäkringskassans arbete med riktade insatser mot arbetsgivare genom förebyggande arbete. Det individuella perspektivet består i att Försäkringskassan utreder individens förutsättningar för rehabilitering och beslutar om rätten till ersättning.

Aktörerna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är, förutom Försäkringskassan, arbetsgivarna, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården och i vissa fall kommunerna. Arbetsgivarna ska se till att verksamheten är organiserad så att arbetsanpassning och rehabilitering kan fullföljas enligt Arbetsmiljölagen. Likaså ansvarar arbetsgivarna för att det finns en företagshälsovård som arbetsförhållandena motiverar. Företagshälsovården är dock inte obligatorisk enligt lag. Arbetslivsinriktad rehabilitering bedrivs även inom ramen för Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska verksamhet.

I kapitlet beskrivs också själva rehabiliteringsprocessen utifrån rehabiliteringskedjan som är ett led i den nya sjukskrivningsprocess som infördes den 1 juli 2008. Den ersatte steg-för-steg modellen och reglerar hur arbetsförmågan ska bedömas vid olika fasta tidpunkter. I kapitlet återges också handläggarnas egna beskrivningar av vad deras arbete går ut på och hur de upplever att den nya rehabiliteringskedjan fungerar i deras dagliga arbete.

Kapitlets huvudsakliga slutsats är att Försäkringskassan saknar medel för att uppnå sina mål med att få sjukskrivna tillbaka till arbete. Problemet är att Försäkringskassan endast har ett samordningsansvar för rehabilitering. Rehabiliteringsarbetet ska bedrivas av arbetsgivare och för arbetslösa som är sjukskrivna av Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan har inget annat medel än samtal att tillgå mot arbetsgivare och arbetsförmedling om dessa aktörer inte tar sitt ansvar.

Hur organiseras arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige och andra länder?

Huvudsyftet med kapitlet är att ge en översiktlig bild av hur ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är fördelat mellan olika aktörer i Sverige, Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland. Även huvuddragen i socialförsäkringsadministrationernas praxis för att stödja återgång i

arbete inkluderas. Ett annat syfte är att belysa ekonomiska drivkrafter för arbetstagaren att återgå i arbete och för aktörerna att vidta arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

De socialförsäkringar som studeras i samband med rehabilitering är sjukförsäkringen och pensionsförsäkringen för arbetstagare (ländernas system för förtidspension). Arbetskadeförsäkringen ingår däremot inte i beskrivningen. Arbetsförmedlingarnas insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering beskrivs endast om de utgör en integrerad del i socialförsäkringsadministrationernas verksamhet för återgång i arbete.

Som bakgrund till denna internationella överblick beskrivs nivån på och förändringen av sjukfrånvaron i de sju länderna. Bland OECD-länderna försörjer sig i genomsnitt 6 procent av befolkningen i förvärsaktiv ålder genom förtidspension. I ett antal europeiska länder har så många som 10–12 procent förtidspension och i Sverige är det närmare 9 procent av befolkningen. Därutöver är ett stort antal individer sjukskrivna. Mindre än 2 procent av dem som har beviljats förtidspension återgår årligen i arbete i OECD-länderna. Kostnaden för förtidspensionerna var i genomsnitt 1,2 procent och den sammanlagda kostnaden för förtidspensionerna och sjukpenningen 2 procent av bruttonationalprodukten (BNP) i OECD-länderna 2007. I de flesta länderna gick endast en mycket liten del av utgifterna för dessa förmåner, mindre än 4 procent, till sysselsättningsprogram och eller arbetslivsinriktad rehabilitering för dessa grupper. Bland undantagen med en högre andel kan nämnas Danmark, Nederländerna och Norge.

Sammanfattningsvis konstateras att arbetsgivare i Sverige har ett litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis mycket låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner. Vidare har den nya satsningen på företagshälsovård inte riktigt kommit igång och Försäkringskassans uppföljning av sjukfallen framstår inte som offensiv i jämförelse med exempelvis Danmark och Nederländerna.

Arbetslivsinriktad rehabilitering. Från sjukskrivning till arbete

I kapitlet sammanfattas kunskapsläget om effekter av åtgärder för de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivningar i Sverige och vad vi vet om effekterna av samverkansinsatser.

Besvär i rörelseorganen eller lättare psykisk ohälsa är vanligt förekommande i befolkningen. Vanligtvis leder inte besvären till någon längre sjukfrånvaro. Trots det är besvär i rörelseorganen (till exempel symtom i ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer, höft, knä, ben och fot) och psykisk ohälsa (till exempel depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression och anpassningsstörning) de vanligaste anledningarna till sjukfrånvaro och står för de största kostnaderna inom sjukförsäkringen. De flesta som är sjukfrånvarande kommer tillbaka i arbete utan rehabilitering. Men att bli fri från sin sjukdom, att börja må bättre, att få mindre ont eller få färre symtom är inte alltid detsamma som att återgå i arbete. Vem som återgår respektive inte återgår i arbete efter en sjukskrivning beror på en rad olika omständigheter.

I kapitlet diskuteras även definitioner av arbetslivsinriktad rehabilitering och några teoretiska modeller presenteras. Resultat från randomiserade kontrollerade studier och översikter redovisas. Diskussionen baseras till stora delar på den systematiska genomgång av litteratur som görs i Holm med flera samt på Rehabiliteringsrådets sammanställning och systematiska litteraturöversikter publicerade inom det så kallade Cochrane-samarbetet. En nyligen publicerad systematisk översikt över åtgärder för återgång i arbete vid sjukskrivningar för besvär i rörelseorganen, som även tar hänsyn till hur stor insats olika åtgärder kräver, redovisas också. Kapitlet avslutas med en kort diskussion om effekter av samverkansinsatser.

Huvudslutsatsen i detta kapitel är att det finns ett mycket begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansinsatser leder till minskad sjukfrånvaro. Potentiellt kan man se ett mönster i att åtgärder genomförda på arbetsplatser hade en mer positiv effekt än andra åtgärder. Ett problem med dessa studier är dock att de ofta omfattar för få individer, vilket gör att det är svårt att erhålla statistiskt säkerställda resultat. Problemet förstärks om behandlingseffekter beror på individens förutsättningar och när i en sjukfrånvaro insatsen ges. Detta kan innebära att effekten av en specifik behandling kan vara negativ för vissa men positiv för andra. Om effekten av en insats beror av både möjlighet och drivkraft att

återvända till arbete kan man tänka sig att en rehabiliterande insats kan leda till en förlängning av sjukfrånvaron snarare än det omvända. Att få en åtgärd/rehabilitering kan förstärka en individs självbild som sjuk. Även svenska data visar på längre sjukfrånvaro för individer som fick multimodal behandling än för dem som inte fick det.

Privata rehabiliteringsförsäkringar

Under senare år har det vuxit fram en marknad av privata sjukvårdsförsäkringar. Framväxten av de särskilda försäkringar som benämns rehabiliteringsförsäkringar kan knytas till de privata sjukvårdsförsäkringarnas utveckling. Rehabiliteringsförsäkringar är försäkringar som arbetsgivare tecknar för sina anställda inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering. I grova drag kan rehabiliteringsförsäkringarna sägas täcka arbetsgivarens kostnader för en rehabvägledare, som samordnar och planerar rehabiliteringen i samråd med arbetsgivaren och arbetstagen, kostnader för arbetsplatsanpassning samt kostnader för vissa behandlingar, som behandling hos psykolog och sjukgymnast. Syftet med rehabiliteringsförsäkringarna är att påskynda återgång i arbete med hjälp av arbetslivsinriktade åtgärder. Försäkringarna ger inte tillgång till hälso- och sjukvård. I detta skiljer sig rehabiliteringsförsäkringar från sjukvårdsförsäkringar vars syfte inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering är att påskynda återgången i arbete med hjälp av en snabbare tillgång till sjukvård.

Kapitlet belyser vilken roll både de privata sjukvårdsförsäkringarna och rehabiliteringsförsäkringarna spelar i Sverige i dag, men också vilken roll de eventuellt kommer ha i framtiden. En kartläggning av privata sjukvårdsförsäkringar görs utifrån olika enkätundersökningar. Innehållet i några rehabiliteringsförsäkringar beskrivs, så som försäkringsbolagen lanserar dem. I kapitlet förs också en principiell och teoretisk diskussion kring varför privata sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsförsäkringar etableras i Sverige.

Den huvudsakliga slutsatsen är att den ökande efterfrågan på privata sjukvårds- och rehabiliteringsförsäkringar sannolikt beror på att arbetsgivarna bedömer dem som en förmån som kan attrahera viss personal. Om marknaden blir för omfattande skulle detta kunna skapa konflikter med det allmänna. Ett sådant exempel

är att utbudet av rehabiliteringsåtgärder som erbjuds av försäkringsbolagen står i konflikt med lagstiftningens intentioner. För närvarande ger exempelvis försäkringen stöd i rehabiliteringen hos den arbetsgivare man redan har – försäkringen underlättar nödvändigtvis inte byte av yrke. Slutligen konstateras att rehabiliteringsförsäkringarna trots skattesubventioner än så länge inte är särskilt utbredda. Detta kan tolkas som att arbetsgivarna anser att de åtgärder som erbjuds inte på ett effektivt sätt påskyndar återgången i arbete för de sjukfrånvarande individerna. Vid en selektiv genomgång av marknaden för rehabiliteringsförsäkringar ser det också ut som att de rehabiliteringsinsatser som erbjuds inte skiljer sig nämnvärt från vad som anordnas med utgångspunkt i Försäkringskassans samordnande verksamhet och Arbetsförmedlingens verksamhet.

Policyimplikationer

Försäkringskassan ska på ett likformigt sätt avgöra om en individ har rätt till försäkring. Bedömningen av sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och kvalifikationskrav kan många gånger vara besvärlig, men det är betydligt svårare att bedöma arbetsförmåga. Baserat på medicinska underlag från läkare ska Försäkringskassans handläggare fatta beslut om individen har en sjukdom som gör att personen inte kan arbeta: (1) inom sitt nuvarande yrke på sin arbetsplats, (2) på sin nuvarande arbetsplats, och (3) gentemot hela arbetsmarknaden.

En korrekt bedömning av arbetsförmågan är sannolikt viktig för rätt rehabiliterande insatser. De medicinska underlag som läkarna utfärdar har dock kritiserats för att vara undermåliga. Läkare gör väsentligt olika bedömningar. Problemet beror sannolikt på att Försäkringskassan saknar sanktionsmöjligheter, samt att läkarna saknar incitament att skriva intyg av god kvalitet. Mot denna bakgrund är det nödvändigt att skapa möjligheter, via sanktioner eller ekonomiska incitament, för att skriva bra och välmotiverade intyg som underlättar Försäkringskassans arbete.

Försäkringskassan har endast samordningsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Detta innebär att Försäkringskassan ska samordna med dem som har skyldighet att svara för åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, det vill säga arbetsgivare, Arbetsförmedling och eventuellt landsting. Utgångs-

punkten för samordningen kan verka vara att arbetsgivare vill att den sjukskrivne personen ska tillbaka i arbete. Men detta är inte uppenbart. Många gånger kan orsaken till sjukfrånvaron vara konflikter med chefer och kollegor på arbetsplatsen. En långtids-sjukskriven person är också ofta ersatt av en vikare. Denna vikarie kanske fungerar bättre på arbetsplatsen än den person den ersatt. Det kan därför finnas få drivkrafter från arbetsgivaren att rehabilitera den sjukskrivne. En studie visar att arbetsgivaren sällan lever upp till sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar, vilket stöder hypotesen om brist på drivkrafter för att få individer att återgå i arbete och att arbetet med att aktivera och få tillbaka individer i arbete inte fungerar.

Slutsatsen är att även om vi kan hitta ett instrument som perfekt mäter en individs arbetsförmåga inom sitt nuvarande yrke på sin arbetsplats och/eller på sin nuvarande arbetsplats är vi beroende av arbetsgivarens och arbetstagarens goda vilja att definiera arbetsuppgifter som individen kan utföra. Om arbetsgivaren inte vill ha kvar den sjukskrivne kommer arbetsuppgifterna sannolikt definieras väldigt snävt. I ett system med starka ekonomiska drivkrafter för återgång i arbete både för arbetsgivare och arbetstagare är det i det närmaste omöjligt att konstruera ett instrument som entydigt definierar en person som arbetsförmögen eller ej. Vi anser därför att man också måste skapa starkare incitament för arbetsgivaren för förebyggande arbete och engagemang i att rehabilitera arbetstagare i ett tidigt skede i en sjukskrivning. Detta skulle innebära att via ekonomiska incitament decentralisera hela rehabiliteringsarbetet till de parter som är mest lämpliga att bestämma innebörden av arbetsoförmåga inom nuvarande yrke och på nuvarande arbetsplats. Lämpligheten i denna design stärks också av litteraturgenomgången i föregående kapitel. Detta har också föreslagits som ett sätt att komma tillrätta med den ökande andelen personer med förtidspension i USA. Vi anser att det måste bli kostsamt för arbetsgivare om en individ fortsätter sin sjukskrivning en längre tid eller att hon eller han hamnar i sjukersättning. Det innebär att sjukförsäkringen delvis ska bli erfarenhetsbaserad, i betydelsen att den riskbaserade delen i förtidspensionsavgiften bestäms på grundval av antalet arbetstagare som har förtidspensionerats under de senaste åren. Arbetsgivare ska exempelvis belastas med kostnader (till exempel högre premie) om en person hamnar i sjukersättning. Denna typ av system finns i det nederländska förtidspensionssystemet samt i USA och Kanada vid arbetslöshet, arbetsskada och förtidspension.

En sådan reform kan eventuellt leda till en ytterligare selektion av arbetstagare i anställningssituationen. Den potentiellt ökade selektionen kan dock minskas eller rent av undvikas. Ett sätt är att låta arbetsgivare slippa drabbas av den erfarenhetsbaserade premien när individer som redan innan anställningen hade en konstaterad arbetsförmåga är frånvarande. Innebörden av detta är att det är lättare att göra korrekta bedömningar av en individs arbetsförmåga (och potentiell sjukfrånvaro) före en anställning än efter en lång sjukfrånvaro. Vid bedömning av arbetsförmåga i samband med sjukfrånvaro är beslutet om arbetsförmåga eller ej sannolikt påverkat av både arbetsgivarens och arbetstagarens incitament. Ett intressant alternativ till denna design vore att lagstifta om att en arbetsgivare ska ha ett visst antal individer med nedsatt arbetsförmåga anställda vid en arbetsplats. En sådan lag finns i dag i Tyskland.

1 Inledning

Arbetslivsinriktad rehabilitering ses av många (se till exempel 2011/4725/SF) som ett verkningsfullt medel för en låg sjukfrånvaro. När man granskar den empiriska litteraturen är det dock svårt att hitta ett tydligt stöd för att detta verkligen är fallet (se kapitel 4 för en genomgång av litteratur). Det kan synas lite märkligt att insatser riktade till individer för att påskynda tillfrisknade och minska insjuknade inte leder fram till en lägre sjukfrånvaro.

En potentiell anledning till att det kan vara svårt att ta till sig att rehabiliteringsinsatser inte ger positiva resultat är att man lätt förknippar rehabilitering med medicinska insatser, så är emellertid inte fallet med arbetslivsinriktad rehabilitering. I stället avses i regel med arbetslivsinriktad rehabilitering icke-medicinska åtgärder riktade mot individer med bristande arbetsförmåga. I den här rapporten har vi ingen entydig definition av vad som utgör arbetslivsinriktad rehabilitering utan definitionen blir beroende av de olika kapitlens innehåll.¹ Vår syn på arbetslivsinriktad rehabilitering är att det är åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av en arbetsoförmåga ska få tillbaka denna och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Varför skulle detta med definition av arbetslivsinriktad rehabilitering spela någon roll för de nedslående resultaten kring effekter av åtgärder av arbetslivsinriktad rehabilitering? Skälet är helt enkelt att det finns andra skäl att vara sjukfrånvarande än de rent hälsomässiga och dessa skäl kan vara svåra att både identifiera och därmed att rehabilitera.

¹ I kapitel 2 definieras arbetslivsinriktad rehabilitering utifrån Försäkringskassans arbete. I den komparativa studien i kapitel 3 avgränsas arbetslivsinriktad rehabilitering till de åtgärder för återgång i arbete som arbetsgivare, företagshälsovård och socialförsäkringsadministrationer har skyldighet att vidta för arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga i de olika länderna. I kapitel 4 definieras arbetslivsinriktade rehabiliteringen som de åtgärder som är inriktade på att skapa förutsättningar för att individen ska kunna försörja sig själv genom yrkesarbete och slutligen i kapitel 5 diskuteras de insatser som ges inom ramen privata rehabiliteringsförsäkringar.

Vad som är viktigt att ha klart för sig är att hälsa och arbetsförmåga inte är ett binärt tillstånd, det vill säga antingen frisk eller sjuk, utan sjuklighet/hälsa är ett kontinuerligt tillstånd som varierar beroende på känslomässiga tillstånd.² Trivs vi på arbetsplatsen vill vi trots dålig hälsa arbeta medan om vi inte trivs kommer vi vid samma hälsa vilja vara sjukfrånvarande. Om vår närvaro kontrolleras eller om de finansiella kostnaderna för sjukfrånvaro är höga kommer vi också vid varje nivå på hälsa vara mindre frånvarande än om kontrollen är låg eller kostnaden låg.

Innebörden av detta är att graden av sjuklighet bland de som är sjukskrivna beror på hur institutionerna är uppbyggda. Är ersättningsnivåerna höga, är arbetsplatsen dåligt fungerande, är kostnaden för arbetsgivare låg och graden av kontroll låg är graden av sjuklighet högre än i ett system med låga ersättningsnivåer, med en väl fungerande arbetsplats, höga kostnader för arbetsgivare och hög grad av kontroll. Skälet till detta är att de sjukskrivna individernas incitament att komma tillbaka till arbetsplatsen är diametralt olika. Vidare är incitamenten för arbetsgivaren att förbättra arbetsmiljö och att försöka hitta lösningar väldigt olika.

Under de senaste åren har det också vuxit fram en marknad av privata sjukvårdsförsäkringar. Utifrån den ökning av de privata sjukvårdsförsäkringarna som kan noteras kan man potentiellt argumentera för att rehabiliterande insatser har effekt. Varför skulle arbetsgivaren betala för något som inte fungerar? Det kan också synas som att genom tecknandet av dessa försäkringar som att arbetsgivaren fullföljer sitt rehabiliteringsansvar. Frågan är om detta är en sund och bra utveckling och om detta är något som statsmakten bör stödja. Det är därför av intresse att beskriva hur denna marknad fungerar och för vem som arbetsgivaren tecknar denna typ av försäkring.

Syftet med rapporten är att beskriva vad vi vet om arbetslivsinriktad rehabilitering i dagsläget. Utgångspunkten har inte enbart varit att sammanställa vad vi vet om enskilda rehabiliteringsinsatser utan i stor utsträckning har vi velat beskriva strukturer och relatera detta till arbetsgivar- och arbetstagar incitament.

Kapitel 2 beskriver hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs och mer specifikt Försäkringskassans arbete. I kapitel 3

² Detta att sjukskrivningsbeteendet påverkas av en rad faktorer utöver ren arbetsförmåga har också kunna beläggas empiriskt i en rad studier t.ex. Johansson & Palme (1996, 2002, 2005), Henriksson & Persson (2004) Skogman-Thoursie (2004), Larsson (2006). Hesselius m.fl. (2005).

beskrivs hur arbetslivsinriktad rehabilitering organiseras på ett övergripande plan i andra länder. I kapitel 4 görs en litteraturgenomgång av effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering och effekter av samverkansinsatser på återgång i arbete. Privata sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsförsäkringar diskuteras sedan i kapitel 5 och rapporten avslutas med en diskussion i kapitel 6.

2 Rehabilitering för återgång i arbete

2.1 Arbetslivsinriktad rehabilitering och dess aktörer

Som det konstateras i inledningen och som framgår ur de kommande kapitlen är det inte lätt definiera arbetslivsinriktad rehabilitering för att särskilja denna från medicinsk rehabilitering. Definitionerna kan vara vida så att de exempelvis inkluderar insatser som förebygger sjukskrivning då hälsan börjat svikta (se här kapitel 3). OECD (2003) ger ingen strikt definition av arbetslivsinriktad rehabilitering. Däremot ges en snävare definition av arbetslivsinriktad rehabilitering i Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande "Mera försäkring och mera arbete" (SOU 2006:86). Denna rehabilitering omfattar enligt betänkandet det stöd och de åtgärder som en individ behöver utöver den medicinska rehabiliteringen för att återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå till sitt ordinarie arbete eller annat arbete. I Socialförsäkringsbalken (SFB 29 kap. 2 §) definieras arbetslivsinriktad rehabilitering som åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan i Sverige sägas stå på fyra ben: Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen. I kapitel 3 genomförs en komparativ analys av dessa aktörers roll i Sverige och några andra europeiska länder.

Förestående kapitel tar sin utgångspunkt i den formella definitionen av arbetslivsinriktad rehabilitering, nämligen i den definition som finns angiven i socialförsäkringsbalken. Kapitlet beskriver hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är utformad utifrån Försäkringskassans samordningsansvar. Själva rehabiliteringsprocessen beskrivs därefter med grund i rehabiliteringskedjan som är ett led i den nya sjukskrivningsprocessen. Kapitlet avslutas med en beskriv-

ning av hur arbetslivsinriktad rehabilitering bedrivs i praktiken – denna beskrivning kan göras bland annat på basen av resultaten från en intervjustudie med handläggare vid Försäkringskassan.

2.2 Försäkringskassans samordningsansvar

I Försäkringskassans uppdrag ingår att ”samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt SFB. Försäkringskassan ska också, om den försäkrade medger det, samverka med andra berörda aktörer i rehabiliteringsarbetet”.¹

Arbetsgivaren ska se till att verksamheten är så organiserad att arbetsanpassning och rehabilitering kan fullgöras enligt arbetsmiljölagen.² Arbetsgivaren har också ett ansvar för att det finns den företagshälsovård som arbetsförhållandena motiverar. I Sverige är företagshälsovården inte obligatorisk genom lag. Företagshälsovård ska dock finnas om arbetsförhållandena så motiverar men är annars frivillig för arbetsgivaren. Företagshälsovården ska tillhandahålla underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga.

Bland de andra aktörerna återfinns Arbetsförmedlingen, de lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheterna och i många fall även kommunerna. Inom ramen för Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska verksamhet bedrivs arbetslivsinriktad rehabilitering (se avsnitt 2.2.1 om samverkan). Detta rehabiliteringsarbete går ut på att erbjuda individer i behov av särskilt stöd ”utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser”.³

Av Försäkringskassans vägledning, metodstöd och riktlinjer framgår det att myndigheten ser sitt samordningsuppdrag ur dels ett strukturellt och dels ett individuellt perspektiv.⁴

¹ Socialförsäkringsbalken (SFB), 30 kap. 8 och 10 §§ samt Vägledning 2004:2, Version 17, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*, s. 342.

² Det kan finnas små drivkrafter från arbetsgivaren att rehabilitera den sjukskrivne individen. Khaledi (2005) finner att arbetsgivaren sällan lever upp till sitt vid denna tidpunkt lagstadgade rehabiliteringsansvar.

³ Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, 11 §.

⁴ *Ibid.* samt *Metodstöd för samverkan med prioriterade arbetsgivare*, Avdelningen Försäkringsprocesser, 2011-01-01 och *Riktlinjer för samarbete med prioriterade arbetsgivare i sjukfrånvaroprocessen*, Avdelningen Försäkringsprocesser, Dnr, 045945_2010, beslutsdatum 2008-04-25, ändringsdatum 2010-11-26.

2.2.1 Strukturellt arbete

Det strukturella arbetet omfattar att förhindra och förebygga samt generell samordning och samverkan.

Försäkringskassan arbetar med att *förhindra och förebygga* sjukfrånvaro genom att sprida kunskap. Detta sker genom att följa, analysera och informera om sjukfrånvaron och dess utveckling, påverka attityder hos arbetsgivare, sjukvård och allmänhet samt att utföra riktade insatser mot arbetsgivare och vårdgivare.

Försäkringskassans arbete med *riktade insatser mot arbetsgivare* sker genom att Försäkringskassan arbetar konsultativt med förebyggande arbete hos arbetsgivaren.

För *prioriterade arbetsgivare*, det vill säga arbetsgivare med minst 20 anställda som har sjukpenningfall som överstiger 14 dagar, finns särskilda riktlinjer. För dessa skrivs *samverkansöverenskommelser* och de kan få specifika *kontaktteam* med personliga handläggare hos Försäkringskassan. Kontaktteamens uppgift är att handlägga sjukfallsärenden, utreda rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning och handlägga dessa ärenden. Kontaktteamen uppmärksammar arbetsgivaren på sjukskrivningsmönster och ohälsoproblematik.

Det är Försäkringskassans *lokalt samverkansansvariga* som initierar samverkan och upprättar och följer upp samverkansöverenskommelser. På lokal nivå fungerar samverkansansvariga som en samrådspartner för arbetsgivaren när det gäller förebyggande ohälsorabete och hjälper arbetsgivaren med information och utbildning. Samverkansöverenskommelsen ska inte bara vara accepterad av båda parter utan även omfatta mål som är möjliga att mäta och följa upp.⁵ Den kan exempelvis omfatta handlingsplan för intern rehabiliteringsprocess och mål för sjukfrånvaro.⁶ Samverkansöverenskommelser kan även ske på nationell nivå ”för att stimulera företagsledningens intresse och engagemang i frågor som rör företagets totala sjukfrånvaro”.⁷ Samverkansöverenskommelser kan även träffas med vårdenheter som har avvikande sjukskrivningspraxis.

För *arbetsgivare som inte är prioriterade* gäller enbart konceptet för partnersamverkan. Bland annat har kundcenter för partners med självbetjäningfunktioner dygnet runt upprättats. Handläggare

⁵ Riktlinjer för samarbete med prioriterade arbetsgivare i sjukfrånvaroprocessen, Avdelningen Försäkringsprocesser, Dnr, 045945_2010, beslutsdatum 2008-04-25, ändringsdatum 2010-11-26, s. 2.

⁶ Försäkringskassans partnersamverkan, september 2009.

⁷ Riktlinjer för samarbete med prioriterade arbetsgivare i sjukfrånvaroprocessen, Avdelningen Försäkringsprocesser, Dnr, 045945_2010, beslutsdatum 2008-04-25, ändringsdatum 2010-11-26, s. 4.

ger här generella svar på frågor om sjuk- och socialförsäkringen, användarstöd i självbetjäningstjänsterna och kan förmedla kontakt till handläggare och samverkansansvariga.⁸

Arbetsförmedlingen har också en lång historia av samarbete kring rehabilitering med Försäkringskassan. De båda myndigheterna har haft samarbete på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens område inom ramen för samverkansformer som handlingsplanssamverkan,⁹ fyrpartsamverkan inom ramen för finansiell samordning¹⁰ samt senast genom införandet av det arbetsmarknadspolitiska programmet Arbetslivsintroduktion som vänder sig till individer vilka har nått den bortre gränsen i sjukförsäkringen enligt de nya sjukskrivningsreglerna (se avsnitt 2.3).

Generell samordning och samverkan omfattar arbete med bland annat Finsam, ESF-frågor (Europeiska socialfonden) och att stödja arbete i och utveckling av de finansiella samordningsförbunden.

2.2.2 Individens rehabilitering

När det gäller det *individuella perspektivet* ser Försäkringskassan att ansvaret består i att ta reda på förutsättningar för rehabilitering och besluta om rätten till ersättning. Detta görs genom kontakter med berörda parter och eventuella möten. Syftet med dessa möten är att försöka förkorta tiden med sjukpenning och arbetsoförmåga med hjälp av samordning av åtgärder eller rehabilitering och man planerar den försäkrades återgång i arbete. De olika aktörerna resonerar om vad som är möjligt. Rehabiliteringen kan vara medicinsk eller arbetslivsinriktad. Det är arbetsgivarens skyldighet att svara för att åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering¹¹

⁸ Försäkringskassans partnersamverkan, september 2009 samt Kundcenter för partner, Ny organisation, november 2010.

⁹ Handlingsplanssamverkan, också kallad Förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering, organisation och samordning, bedrivs inom ramen för Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens nationella handlingsplan för arbetslivsinriktad rehabilitering. Verksamheten bedrevs som pilotverksamhet under 2002–2004 för att därefter permanentas från och med 2006. Den nationella handlingsplanen revideras årligen. Uppdraget för verksamheten går ut på att Försäkringskassan i samråd med Arbetsförmedlingen ska säkerställa att den försäkrade får det stöd som behövs under hela processen från sjukskrivning till återgång i arbete. Arbetet bedrivs genom en gemensamt framtagen arbetsprocess (FAROS).

¹⁰ Avser finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård som regleras i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Den finansiella samordningen kräver att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting/region och kommun deltar som samverkande parter och ska bedrivas genom ett fristående samordningsförbund där parterna är representerade.

¹¹ SFB 30 kap. 6 §.

vidtas och se till att rehabiliteringsarbetet kommer igång.¹² Arbetsgivarens skyldighet är dock begränsad till åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. En arbetsgivare har ingen skyldighet att vidta medicinska åtgärder eller åtgärder som kan leda till arbete hos annan arbetsgivare.¹³

Gör inte arbetsgivaren detta kan Försäkringskassans handläggare anmäla arbetsgivaren till Arbetsmiljöverket som kan utkräva vite. Detta är dock inte något som sker särskilt ofta i praktiken. Arbetsgivaren är enligt föreskrifter skyldig att ha en beredskap och organisation för att hantera rehabilitering.¹⁴

På den individuella nivån handlar rehabiliteringen i mycket om att ta reda på om arbetsgivaren har annat arbete att erbjuda den försäkrade. Handläggaren kan göra en förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare utan att gå via den försäkrade.¹⁵ Handläggaren har även möjlighet att begära in arbetsgivarutlåtande på en särskild blankett från arbetsgivaren via den försäkrade. Utifrån kontakter eller information på blanketten tar handläggaren ställning till om arbetsgivaren har ett annat jobb att erbjuda, men som ISF rapporter¹⁶ visar gör Försäkringskassans handläggare i 70 procent av fallen sina bedömningar utan att utreda möjligheten till alternativa arbeten hos arbetsgivaren.

2.3 Rehabiliteringskedjan i den nya sjukskrivningsprocessen

De regeländringar inom sjukförsäkringen som trädde i kraft den 1 juli 2008 har som generell utgångspunkt att så många personer som möjligt ska kunna försörja sig själva genom eget arbete, för både sin egen och samhällets skull. Avsikten har varit att förändringarna i sjukskrivningsprocessen ska leda till en aktivare process med tidiga insatser för att i högre utsträckning ta tillvara på individens arbetsförmåga. Aktivt deltagande från den försäkrades sida ska vidare förbättra drivkrafterna för återgång i arbete och försäkringen kommer att bli mer förutsägbar.¹⁷

¹² Vägledning 2004:2, Version 17, s. 348 ff.

¹³ Se bland annat prop. 1990/91:141, s. 42–44.

¹⁴ Ibid., s. 348 f., med hänvisning till Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML), 8 kap. §§ 1–10.

¹⁵ Ibid., s. 116 f., med hänvisning till SFB (2010:110) 110 kap. § 14.

¹⁶ *Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna*, Inspektionen för socialförsäkringen (ISF Rapport 2011:5) samt *Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen* (ISF Rapport 2011:4).

¹⁷ Prop. 2007/08:136: *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*.

I samband med detta infördes den så kallade *rehabiliteringskedjan* som reglerar hur arbetsförmågans nedsättning ska bedömas vid olika tidpunkter, det vill säga de fasta tidsgränserna. Den rehabiliteringskedja som infördes i lag reglerades tidigare genom *steg-för-steg modellen*, som var utarbetad av Försäkringskassan och som i korthet innebar att de sjukskrivnas arbetsförmåga bedömdes i relation till först ordinarie och därefter annat arbete hos arbetsgivaren. Först när det var uteslutet att kunna återgå i någon form av arbete hos arbetsgivaren bedömdes arbetsförmågan mot vad som kallades annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. När alla möjligheter till återgång i arbete var uttömda skulle en prövning av rätten till sjukersättning göras. När dessa bedömningar skulle göras var inte uttalat i lagen utan det styrdes av ärendets beskaffenhet.

Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning under de första 90 dagarna i en sjukperiod görs i förhållande till det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Från och med den 91:a dagen i sjukperioden ska hänsyn även tas till om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med den 181:a dagen i en sjukperiod ska Försäkringskassan i normalfallet dessutom bedöma om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den *reguljära arbetsmarknaden* eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.¹⁸ Samtidigt skärptes kraven för beviljande av sjukersättning och möjligheten att få tidsbegränsad sjukersättning upphörde. Sjukersättning kan nu endast komma i fråga om den försäkrades arbetsförmåga är *stadigvarande nedsatt*¹⁹, vilket innebär att den bedöms bestå för återstoden av livet. Arbetsförmågans nedsättning ska vidare bedömas i förhållande till hela arbetsmarknaden. I praktiken rör det sig om kroniska sjukdomar och irreversibla skador, där ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår någon arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras. Till skillnad från tidigare ska inte längre den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet, och andra liknande omständigheter beaktas. Det finns övergångsregler som gör det möjligt att bevilja ytterligare perioder om sammanlagt högst 18 månader med

¹⁸ SFB 27 kap. § 46–49.

¹⁹ SFB 33 kap. § 6. Detta har nyligen prövats i Högsta förvaltningsdomstolen.

tidsbegränsad sjukersättning, dock längst till och med december 2012.

Rehabiliteringskedjan är indelad i tre etapper²⁰ från den första sjukdagen till och med dag 365. Under de första 90 dagarna av sjukskrivningen bedömer Försäkringskassan om den försäkrade individen kan klara av sitt vanliga arbete. Försäkringskassan ska också ta reda på om arbetsgivaren har möjlighet att tillfälligt erbjuda den försäkrade individen andra arbetsuppgifter, eller att anpassa arbetsplatsen eller arbetsförhållandena på ett sådant sätt att det blir möjligt för den försäkrade att arbeta trots sin sjukdom.

Redan i början av sjukskrivningsperioden ska det sättas upp mål för när den försäkrade individen ska börja arbeta igen, oavsett om vederbörande går tillbaka till sitt gamla arbete eller börjar ett nytt. Försäkringskassan ska därför tillsammans med den försäkrade ta fram en plan för återgång i arbete. Vid behov kan Försäkringskassan också kalla till ett avstämningsmöte. Avstämningsmötet sker tillsammans med den försäkrade och minst en annan part som kan påverka situationen för honom/henne. Det kan vara arbetsgivaren, behandlande läkare och ibland en representant från Arbetsförmedlingen. Även företagshälsovården och en representant från facket kan delta.

Under dag 91–180 ska Försäkringskassan utreda om arbetsgivaren kan erbjuda den försäkrade en permanent omplacering till annat arbete som denna klarar av trots sin sjukdom. Finns det risk att den försäkrade inte kommer att kunna gå tillbaka till något arbete hos sin arbetsgivare före dag 181 kan Försäkringskassan erbjuda hjälp med en kontakt hos Arbetsförmedlingen. Den försäkrade kan då söka ett nytt arbete och samtidigt få sjukpenning.

Under dag 181–365 ska Försäkringskassan ta reda på om den försäkrades arbetsförmåga skulle kunna tas tillvara utanför den ordinarie arbetsgivarens verksamhet. Det innebär att Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden. Bedöms den försäkrade kunna klara ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden föreligger inte längre rätt till sjukpenning. Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete någonstans i sin ordinarie arbetsgivares verksamhet före dag 366. Det gäller inte heller om det kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till arbete på den reguljära

²⁰ Beskrivningen av rehabiliteringskedjan bygger på uppgifter i Vägledning 2004:2, Version 17, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering* samt information på FK:s hemsida.

arbetsmarknaden. Arbetsförmågan bedöms då i förhållande till ett arbete hos den försäkrades ordinarie arbetsgivare.

Från och med dag 366 bedöms den försäkrades arbetsförmåga mot den reguljära arbetsmarknaden. Anses det däremot som oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till arbete på den reguljära arbetsmarknaden kan den försäkrade även i fortsättningen ha rätt till sjukpenning.

2.4 Rehabilitering i praktiken

I detta avsnitt beskrivs resultat från intervjuer som har genomförts med handläggare vid Försäkringskassan. Framställningen baserar sig på handläggares egna beskrivningar av vad deras arbete går ut på och hur de upplever att den nya rehabiliteringskedjan fungerar i deras dagliga arbete. Detta kopplas till vad som finns angivet i Försäkringskassans skriftliga vägledningar.

Intervjuerna, som genomfördes mellan maj 2010 och februari 2011, är gjorda på fem lokala försäkringscenter (LFC). Urvalet av LFC:n gjordes utifrån målet att få en blandning med hänsyn till dels storlek, dels geografisk placering i landet. På varje LFC intervjuades en grupp med cirka fem personliga handläggare med olika ålder och erfarenhet. Urvalet av handläggare gjordes av Försäkringskassan. Intervjuerna på Försäkringskassan kan betecknas som semistrukturerade. Inför intervjuerna formulerades ett antal frågor som berörde det aktuella området. Vid intervjuerna fördes detaljerade minnesanteckningar, som sedan bearbetades och analyserades utifrån teman som identifierats.

2.4.1 Utredning av rehabiliteringsbehov

Försäkringskassans handläggare uppger att de har till uppgift att utreda, administrera och informera om socialförsäkringen. I rehabiliteringssammanhang handlar det närmare bestämt om att på ett tydligt och lättfattligt sätt förklara den lag som reglerar rehabiliteringsarbetet och dess tillämpning. Syftet med verksamheten är att inom ramen för gällande regelverk utreda individens behov av rehabilitering. Därefter är målet att, med de resurser som Försäkringskassan har till sitt förfogande och tillsammans med andra rehabiliteringsaktörer, stötta individer utifrån deras egna förut-

sättningar och hjälpa dem att se alternativa vägar för att komma tillbaka i eller åtminstone att närma sig ett arbete. Ett syfte är även att bedöma vem som har rätt till ersättning.

Detta arbete bedrivs inom ramen för Försäkringskassans samordningsansvar. På handläggarnivå innebär samordningsansvaret konkret att ha kontakter med andra aktörer som till exempel sjukvården, arbetsgivare, den kommunala socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Dessa aktörer eller yrkesgrupper har ofta helt skilda utgångspunkter och värderingar, vilket påverkar hur de tolkar och ser på sina respektive uppdrag i rehabiliteringssammanhang. Försäkringskassans och handläggarnas uppgift och utmaning är att få dessa av skilda värderingar präglade aktörer att samarbeta och samverka för den enskilde individen som är i behov av rehabiliteringsinsatser.

Handläggarna anser att syftet med rehabiliteringskedjan är bra och tydligt. Den fungerar till exempel som ett bra stöd vid kontakter med arbetsgivarna. Ärenden som tidigare tog lång tid åtgärdas nu snabbare och handläggningstiderna har kortats. Det är även bra att det finns en plan, vilket förbereder den försäkrade mentalt på vad som ska hända i ett tidigt skede. Rehabiliteringskedjan har också bidragit till att handläggarna numera är bättre på att förbereda individen på vad som kommer att hända, vilket ger mer förståelse från den försäkrades sida.

Arbetet kräver i dag mer empati och pedagogik enligt intervjuade handläggare, eftersom de ofta möter människor i djup kris. Det är mer dramatiskt i det enskilda ärendet nu och handläggarna får sköta det bäst de kan. Handläggarna anser att de alltmer har förvandlats till socialarbetare och kuratorer.

De nya reglerna är visserligen tydliga för dem själva men intervjuade handläggare upplever ändå att de kan vara svåra att förklara för de försäkrade och för arbetsgivarna. De tycker inte att systemet alltid är logiskt, eftersom det inte ger hållbara lösningar. Detta gäller speciellt vid den fasta tidsgränsen 180 dagar och bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden. Det blir, enligt handläggarna, väldigt svårt att förklara varför den försäkrade ska gå från en, som han eller hon uppfattar det, trygg anställning till arbetslöshet, trots att vederbörande har en anställning.

Tillämpningen blir svår även när det gäller gränsfall, det vill säga individer som egentligen bedöms snart kunna bli friska. I intervjuerna uttrycker handläggarna hur svårt de har det att själva förstå ett system som bara kapar ersättningen för en försäkrad. ”Vi måste

ha underlag från doktorn och följa rutinen, men det finns lite om och men och ibland räcker inte det. Då åker deras ersättning i alla fall.” Särskilda skäl att skjuta upp bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden vid dag 180 kan bara tillämpas till dag 365 i rehabiliteringskedjan, även om läkarens bedömning är att den försäkrade kan återgå i arbete senare. Citatet kan också handla om att sannolikheten inte är tillräckligt stor för att skjuta upp bedömningen med anledning av särskilda skäl.

2.4.2 Arbetsgivarens ansvar

Enligt regelverket ska arbetsgivarna inte bara medverka till att behovet av rehabilitering klarläggs, utan också svara för att åtgärder som behövs för att en effektiv rehabilitering vidtas.²¹

Intervjuade handläggare uppger att de olika arbetsgivarnas benägenhet att ta ansvar för rehabiliteringsåtgärder varierar betydligt. Något som enligt de intervjuade handläggarna är tydligt är att det i allmänhet är lättare att samarbeta med stora privata företag än kommuner. Intervjuade handläggare uppger vidare att de privata företagen har en inställning och vilja att lösa situationen, medan kommunerna sällan ger uttryck för en vilja eller har några möjligheter till omplacering och väljer då att hellre säga upp personen.

Det mest konkreta uttrycket för denna skillnad är att i en kommun måste det finnas ett ledigt tillgängligt arbete för att det över huvud taget ska vara aktuellt med en diskussion om eventuell omplacering, medan det privata företaget aktivt försöker anpassa och skapa jobb eller ordna tillfälliga jobb för den berörda försäkrade.

2.4.3 Försäkringskassans utredningsansvar

Försäkringskassan har till uppgift att motivera och uppmuntra den försäkrade att aktivt ta del i rehabiliteringsarbetet. I uppdraget ingår det att i samråd med den försäkrade utreda och planera behovet av rehabilitering. Utgångspunkten för denna planering ska vara den försäkrades individuella behov och förutsättningar för att kunna få tillbaka sin arbetsförmåga och för att kunna försörja sig själv genom förvärvsarbete. Inom ramen för detta uppdrag har

²¹ SFB 30 kap. 6 §. Se även Vägledning 2004:2, Version 17, s. 348 ff.

Försäkringskassan till uppgift att samordna de rehabiliteringsinsatser som de andra aktörerna ansvarar för. I praktiken innebär detta att myndigheten har ett ansvar dels för att den försäkrades behov av rehabilitering klarläggs, dels för att rehabiliteringen genomförs effektivt. Däremot ska myndigheten inte själv vara en rehabiliteringsaktör.²²

I genomförda intervjuer uppger handläggarna att de i linje med detta uppdrag gör så kallade SASSAM-kartläggningar,²³ deltar i olika möten med andra berörda aktörer, genomför telefonutredningar och upprättar samt reviderar såväl rehabiliteringsplaner som planer för återgång i arbete. Rehabiliteringsplan tas fram när den försäkrade ska delta i en åtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning. Plan för återgång i arbete görs även för sjukpenning och tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättningsärenden.

Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplanen ska ange vilka rehabiliteringsåtgärder som kan vara aktuella, vem som har ansvar för dem, en tidsplan för rehabiliteringen och de uppgifter som behövs för att kunna göra rehabiliteringen. Den ska upprättas i nära samarbete med den försäkrade och även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för rehabiliteringstiden.²⁴

Plan för återgång i arbete

Plan för återgång i arbete upprättas för att utreda den försäkrades möjligheter att få tillbaka sin arbetsförmåga. Arbetet med att ta fram en plan för återgång i arbetet börjar med att handläggaren och den försäkrade sätter upp ett mål tillsammans utifrån rehabiliteringskedjan. En sådan plan ska göras i alla ärenden där Försäkringskassan samordnar rehabiliteringsinsatser, även om den försäkrade inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen.²⁵ I en nyligen

²² Ibid., s. 336 ff.

²³ SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och Samordnad rehabilitering. Syftet med Sassam-kartläggningen är att ta in uppgifter om arbetsförmågan och undersöka om det finns behov av rehabiliteringsåtgärder. Kartläggningen syftar också till att utreda sociala förhållanden. Sassam-kartläggningen görs under ett personligt möte mellan den försäkrade och den personlige handläggaren.

²⁴ Vägledning 2004:2, Version 17, s. 358 f.

²⁵ Vägledning 2004:2, Version 17, s. 361.

genomförd aktgranskning vid ISF konstateras att i 77 procent av samtliga genomgångna akter finns någon form av plan för återgång i arbete noterad (ISF Rapport 2011:5 s. 34).

I praktiken innehåller planen för återgång i arbete samma uppgifter som rehabiliteringsplanen. Den är Försäkringskassans verktyg för att samordna de insatser som olika aktörer ansvarar för, ge förutsättningar för en aktiv handläggning av ärendet och en överblick av alla rehabiliteringsåtgärder. Planen ska även säkra att den försäkrade är delaktig i processen och tydliggöra mot vilket mål den försäkrade strävar. I denna ska framgå vilka insatser som krävs för att nå uppsatta mål. Genom planen ska alla inblandade aktörer veta sitt ansvar och den ska underlätta uppföljning av åtgärderna. Den ska upprättas även om det är troligt att den försäkrade snart ska återgå i arbete, och ska då beskriva hur detta ska gå till.²⁶

Syftet med planen är att ge en överblick över alla åtgärder och insatser som behövs för att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga. Planen ska upprättas i samförstånd med den försäkrade, som därmed blir delaktig i processen. Av planen för återgång i arbete ska det alltid framgå vilken arbetsförmåga den försäkrade förväntas uppnå. Därutöver ska den innehålla delmål, insatser som behövs för att uppnå dessa delmål och slutmål, vem som ansvarar för insatserna och en tidsplan för dessa och övriga uppgifter som behövs för att genomföra planen. Utifrån mål och delmål ska handläggaren tillsammans med den försäkrade och övriga aktörer komma fram till vilka insatser som behövs. I planen dokumenteras sedan vilka insatser som ska genomföras för att nå fram till respektive delmål och vem som ansvarar för genomförandet av varje insats.²⁷

Rehabiliteringsersättning

För att en försäkrad ska kunna beviljas rehabiliteringsersättning är förutsättningen att vederbörande deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering med avsikt att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan. Ersättningen ifråga kan alltså betalas ut under arbetslivsinriktad rehabilitering som både syftar till att den försäkrade ska få tillbaka

²⁶ Vägledning 2004:2, Version 17, s. 359 ff.

²⁷ Ibid., s. 364 f.

sin arbetsförmåga och som vidtas för att förhindra att en sjukdom leder till nedsatt förmåga att arbeta.²⁸

Ersättningen består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.²⁹ Rehabiliteringspenning ska kompensera för inkomstförlust som uppstår för försäkrad som deltar i rehabilitering medan det särskilda bidraget kompenserar för kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen. Rehabiliteringspenningen motsvarar den försäkrades sjukpenningbelopp. I sammanhanget är det dock viktigt att notera att en försäkrad som inte har några dagar med ersättning kvar till följd av tidsbegränsningarna i sjukförsäkringen eller saknar sjukpenninggrundande inkomst, inte heller kan beviljas rehabiliteringspenning. Däremot kan det fortfarande bli aktuellt att betala särskilt bidrag för merkostnader i samband med arbetslivsriktad rehabilitering för dessa personer.³⁰

Rehabiliteringsåtgärder

Handläggarna anser att det fanns mera ”rehabiliteringsjobb” tidigare. Det var till exempel möjligt att skraddarsy en rehabilitering på ett helt annat sätt, med utbildning, arbetsträning etc. Nu styr rehabiliteringskedjan strikt. Det blir, enligt de intervjuade handläggarna, inte mycket arbetsträning för den som ska tillbaka till sitt gamla jobb, eftersom det saknas medel att köpa utbildning.

Intervjuade handläggare uppger att det enda de i dag kan köpa är utredningar, inte rehabiliteringsinsatser. Numera ska den försäkrade gå över till Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan har exempelvis inte möjlighet att skicka en försäkrad till rygginstitutet. Den typen av insatser faller inom landstingets och arbetsgivarens ansvar, och det enda Försäkringskassan kan göra är att hoppas att de gör rätt saker. Försäkringskassans handlingsutrymme är begränsat jämfört med tidigare.

Handläggarna anser att kompetensen om rehabilitering numera minskar inom Försäkringskassan, eftersom de inte längre får nödvändig information på området. Detta är enligt handläggarna något som är svårt för de försäkrade att förstå. De tror att Försäkringskassan rehabiliterar, när myndigheten bara ska samordna eventuella rehabiliteringsinsatser med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och

²⁸ Ibid., s. 375 ff. samt SFB 31 kap. 3 §.

²⁹ SFB 31 kap. 2 §.

³⁰ Ibid., s. 375 ff. samt SFB 27 kap. 20–24 a, 28 kap. 7, 10 och 11 §§, 31 kap. 14 §.

sjukvården. Det finns ingen klar uppfattning bland intervjuade handläggare om huruvida det har skett någon kompetensöverföring från Försäkringskassan till landsting och Arbetsförmedlingen eller arbetsgivare när det gäller rehabilitering eller inte.

Handläggarnas arbete i praktiken

Försäkringskassans ansvar för samordning omfattar alla typer av insatser från de olika aktörerna, det vill säga inte enbart de arbetslivsinriktade utan även medicinska och sociala insatser. Det viktiga är att den försäkrade får tillbaka sin arbetsförmåga. I intervjuerna uppger handläggarna att de i detta arbete sällan eller aldrig får någon fullständig vägledning och stöd. Detta blir svårt till exempel i samband med medicinska insatser, eftersom det ofta handlar om olika diagnoser. Samma diagnos kan exempelvis ge helt olika symptom beroende på individ. Befintlig vägledning ger enligt intervjuade handläggare på sin höjd en hint om hur handläggaren borde resonera, men vägledningens beskrivningar och exempel passar sällan in fullt på alla situationer.

Av intervjuerna framgår det vidare att handläggarna anser att rollen som personlig handläggare har förändrats betydligt sedan den nya rehabiliteringskedjan infördes. I dag innebär rollen mycket mer administration, genom att handläggaren ska dokumentera, registrera i DoA³¹, göra planer etc. Dessutom finns det en målsättning att processen i ärendehantering ska vara likformig, vilket framstår som problematiskt för erfarna handläggare som har jobbat länge. De uppger att det inte alltid går att göra precis på samma sätt för att nå samma mål. Detta gäller exempelvis kravet att första telefonkontakten med den försäkrade ska ske inom fem dagar, vilket intervjuade handläggare inte alla gånger finner lämpligt av olika skäl. Enligt de intervjuade handläggarna kan detta i vissa fall uppfattas som stötande av den försäkrade om vederbörande till exempel är ligger på sjukhus eller har ett livshotande tillstånd.

Det angivna syftet för den likformiga processen är att förkorta sjukskrivningstiden. Detta är enligt de intervjuade handläggarna en god intention som dock inte lämnar utrymme för dem att själv ta ställning i de enskilda ärendena. Handläggaren förväntas helt enkelt

³¹ DoA--registret (Diagnos och Arbetsgivaruppgifter) är ett system för att registrera uppgifter i sjukpenningärenden t.ex. när olika bedömningar i rehabiliteringskedjan gjorts eller att ett avstämningmöte har genomförts. Ingången till att registrera i DoA finns i ÄHS (ÄrendeHanteringsSystemet), men uppgifterna lagras i ett register fristående från ÄHS.

genomföra telefonkontakten eftersom det står i Ensa-processen att det ska ske, oavsett om den egna bedömningen är att det vore bättre att vänta på nya underlag till exempel. Detsamma gäller avseende plan för återgång i arbete, till exempel i samband med att en individ går på medicinsk behandling. För den erfarna handläggaren är det självklart att ett dokument i form av en formell plan inte i sig kan garantera återgång i arbete. Resultatet blir ofta luddiga planer för planens egen skull, vilken saknar egentligt värde för den försäkrade och är inte till någon hjälp i processen för återgång i arbete. Hela processen är hårt styrd på så sätt att handläggarna mer och mer ska följa givna regler, utan utrymme för några avvikelser.

Handläggarna upplever vidare att det har blivit alltför många olika mötesformer. Avstämningsmöten, kontaktmöten, överlämningsmöten och överlämning inför övergången till arbetslivsintroduktion. Inför överlämningsmötena till arbetslivsintroduktion måste handläggarna ha utrett klart att det finns en arbetsförmåga kvar när den försäkrade lämnar Försäkringskassan och går över till Arbetsförmedlingen. Tanken är att Arbetsförmedlingen ska lita på och respektera Försäkringskassans bedömning om arbetsförmåga i dessa fall. Ett problem i detta sammanhang är, enligt intervjuade handläggare, att arbetsförmedlarna på Arbetsförmedlingen har svårt att se ärendena ur Försäkringskassans perspektiv. Försäkringskassans handläggare anser att de själva lägger större vikt vid det medicinska medan Arbetsförmedlingen tenderar att mera lyssna på den försäkrade individen.

3 Hur organiseras arbetslivs- inriktad rehabilitering i Sverige och andra länder?

3.1 Arbetslivsinriktade åtgärder för återgång i arbete – en internationell överblick

I OECD-länderna försörjer sig i genomsnitt sex procent av befolkningen i förvärvsaktiv ålder med förtidspension.¹ I några europeiska länder har så många som 10–12 procent och i Sverige närmare 9 procent av befolkningen förtidspension (OECD 2010, Försäkringskassan 2010). Därutöver är ett stort antal individer sjukskrivna. Mindre än två procent av dem som har beviljats förtidspension återgår årligen i arbete i OECD-länderna. Kostnaden för förtidspensionerna var i genomsnitt 1,2 procent och den sammanlagda kostnaden för förtidspensionerna och sjukpenningen två procent av bruttonationalprodukten (BNP) i OECD-länderna 2007. Endast en mycket liten del av utgifterna för dessa förmåner, mindre än fyra procent, gick i de flesta länder till sysselsättningsprogram och eller arbetslivsinriktad rehabilitering för dessa grupper. Bland undantagen med en högre andel kan nämnas Danmark, Nederländerna och Norge (ibid.).

Arbetslivsinriktad rehabilitering (vocational rehabilitation) utgör en väsentlig del i insatserna som görs för att hjälpa sjukskrivna – och även förtidspensionärer – att återgå i arbete. Denna rehabilitering kan definieras på många sätt. Waddell, Burton och Kendall (2008) gör en vid definition:

Vocational rehabilitation is whatever helps someone with a health problem to stay at, return to and remain in work. It is an idea and an approach as much as an intervention or a service.

¹ Benämns aktivitets- och sjukersättning i Sverige sedan den 1 januari 2003.

Enligt denna definition omfattar arbetslivsriktad rehabilitering således inte enbart åtgärder som underlättar återgång i arbete efter en tids sjukskrivning, däribland medicinska behandlingar och medicinsk rehabilitering, utan även insatser som förebygger sjukskrivning då hälsan har börjat svikta. På motsvarande sätt omfattar definitionen insatser för hållbar arbetsförmåga efter en sjukskrivning.

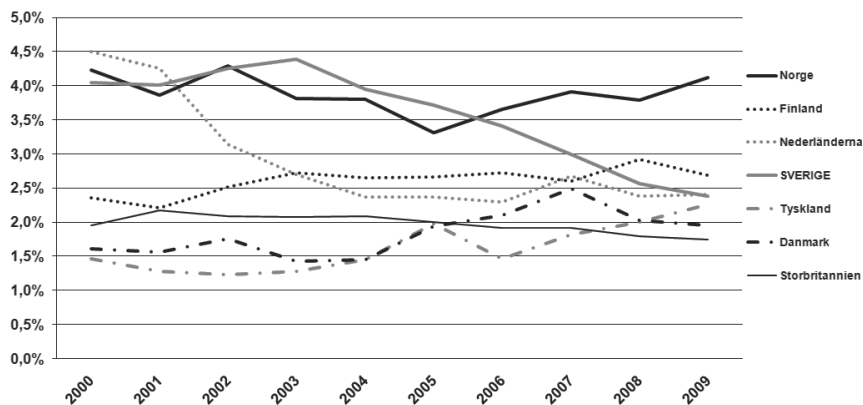
I detta kapitel avgränsas arbetslivsriktad rehabilitering till de åtgärder för återgång i arbete som arbetsgivare, företagshälsovård och socialförsäkringsadministrationer har skyldighet att vidta för arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga. Även arbetstagaren ingår som aktör.

Huvudsyftet med kapitlet är att ge en översiktlig bild av hur ansvaret för den arbetslivsriktade rehabiliteringen är fördelat mellan olika aktörer i Sverige, Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland. I denna bild inkluderas även huvuddragen i socialförsäkringsadministrationernas praxis för att stödja återgång i arbete. Ett annat syfte är att belysa ekonomiska drivkrafter för arbetstagaren att återgå i arbete och för aktörerna att vidta arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder.

De socialförsäkringar som studeras i samband med rehabiliteringen är sjukförsäkringen och pensionsförsäkringen för arbetstagare. Arbetsskadeförsäkringen, som administreras av andra institutioner än dessa försäkringar i några länder, ingår inte i beskrivningen. Arbetsförmedlingarnas insatser för arbetslivsriktad rehabilitering omfattas av kapitlet endast om de utgör en integrerad del i socialförsäkringsadministrationernas verksamhet för återgång i arbete.

Som en bakgrund för denna internationella överblick beskrivs nivån och förändringen av sjukfrånvaro i de sju länderna.

Diagram 3.1 Sjukfrånvaro i minst en vecka bland anställda 20–64 år en genomsnittlig vecka 2000–2009



Källa: Labour Force Surveys, Eurostat

Anm. Sjukfrånvaro mäts här som andelen heltidsfrånvarande anställda.

Historiskt sett har sjukfrånvaron varit mera vanligt förekommande i Sverige, Norge och Nederländerna än i övriga länder. Frånvaron har också varierat kraftigt i ett speciellt mönster som följer konjunkturutvecklingen. När arbetslösheten har varit hög har sjukfrånvaron varit låg. Under högkonjunkturer, då arbetslösheten har varit låg, har sjukfrånvaron varit hög. I Danmark, Finland, Tyskland och Storbritannien har sjukfrånvaron däremot varit betydligt lägre och relativt stabil över tid (Försäkringskassan 2009).

På 2000-talet har Nederländerna och Sverige varit framgångsrika i sin strävan att begränsa sjukfrånvaron medan resultaten i Norge är blygsamma i jämförelse. I de övriga länderna har en mindre ökning i sjukfrånvaron skett. Tillgänglig statistik visar att förtidspensionering följer ungefär samma mönster som sjukfrånvaro i Nederländerna, Norge och Sverige (ISF 2011). I Danmark och Finland har förtidspensionering dock minskat på 2000-talet (OECD 2008, Astri 2008, Försäkringskassan 2008a, 2009).

3.1.1 Danmark

Arbetsgivaren

I Danmark har arbetsgivaren ett ansvar enligt arbetsmiljölagen att planera och anpassa arbetet så att det ur säkerhetssynpunkt och hälsosynpunkt är tillfredsställande.² För övrigt är ansvaret under arbetstagarens sjukskrivning mycket begränsat. Arbetsgivaren kan bli involverad i uppföljningen av sjukfallet om socialförsäkringsadministrationen (SA) så önskar, men detta sker inte rutinmässigt. Arbetsgivaren har inte heller något lagstadgat ansvar att vidta rehabiliterande åtgärder. Därav följer exempelvis att arbetstagaren kan be arbetsgivaren om en plan för återgång i arbete inom åtta veckor men arbetsgivaren kan underlåta att göra en sådan plan. Samtidigt har arbetsgivaren i sin tur dock rätt att få arbetstagarens möjligheter att arbeta trots sjukdomen utredda i samarbete med arbetstagaren och läkaren (Arbejdsmarkedsstyrelsen a). Arbetsgivaren har dessutom rätt att säga upp arbetstagaren efter 120 dagars sjukfrånvaro under den senaste 12-månadersperioden (OECD 2004, Försäkringskassan 2008b)³.

I jämförelse med de övriga sex länderna spelar arbetsgivarna dock en viktig och ganska unik roll i Danmark för att hjälpa personer med nedsatt arbetsförmåga. SA kan upprätta olika typer av anställningar med lönebidrag hos privata och offentliga arbetsgivare och bekosta nödvändiga hjälpmedel, mentorer och så vidare för att bereda sjukskrivna och förtidspensionerade arbete.

Under de 15 första dagarna under sjukfrånvaron betalar arbetsgivaren full lön. Om arbetstagaren omfattas av en överenskommelse om full lön under hela sjukskrivningen betalar SA sjukpenningen, motsvarande 90 procent av lönen, därefter till arbetsgivaren. Resterande del av inkomstförlusten ersätts med ytterligare 10 procent från en kompletterande försäkring enligt kollektivavtal. Löneutbetalningarna till sjukskrivna arbetstagare ger svaga ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att minska sjukskrivningar (Försäkringskassan 2008 b). Systemet med lönebidragsanställningar och billig arbetskraft gynnar arbetsgivare och ger dem å andra sidan ekonomiska drivkrafter att underlätta sådana anställningar.

² Arbejdsmiljøloven 5 kap. 38 §.

³ Danmark tillhör den fjärdedel av OECD-länderna som har de minst restriktiva uppsägningsreglerna.

Företagshälsovården

Den danska företagshälsovårdens (Bedriftssundhedstjenesten BST) roll har tagits över av den statliga myndigheten Arbejdstilsynet (Arbetsmiljöverket). Varken BST eller Arbejdstilsynet har eller har haft till uppgift att bidra till rehabiliteringen av sjukskrivna arbetstagare utan har haft en förebyggande, rådgivande och stödjande roll i arbetsmiljöarbetet (Finnish Institute of Occupational Health 2001).

Kommunen (Försäkringskassan)

Socialförsäkringen administreras av kommunen i Danmark. Den försäkrades behov av rehabiliteringsåtgärder bedöms efter fyra veckors sjukfrånvaro av kommunens jobcenter och i samarbete med arbetstagaren. Tydliga krav ställs då på den enskildes egen aktivitet och medverkan till en snabb återgång i arbete. Sjukfallet följs därefter upp av jobcentret regelbundet och i täta intervaller, vanligen i ett personligt möte (Försäkringskassan 2008b).

De sjukskrivna kan ansöka om arbetslivsriktad rehabilitering hos kommunens jobcenter. I planeringen av rehabiliteringen fastställs ett tydligt yrkesmässigt mål för insatserna. Den egentliga rehabiliteringen föregås av en tidig ”förrehabilitering”, där arbetsprovning på en arbetsplats eller en rehabiliteringsinstitution ingår. Utbildning, upplärning och omskolning är vanliga rehabiliteringsformer. Den maximala tiden för rehabilitering är förhållandevis generöst tilltagen. Rehabiliteringspenning kan betalas ut i högst fem år (ibid., Borger.dk).

Om rehabilitering i form av praktik på en arbetsplats bedöms kunna leda till egen försörjning, helt eller delvis, kan den finansieras genom lönebidrag till arbetsgivaren (Försäkringskassan 2008 b).⁴

Utöver arbetslivsriktad rehabilitering finns möjligheter att bereda plats på arbetsmarknaden för sjukskrivna och förtidspensionärer. Om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt och alla möjligheter till omplacering och upplärning är uttömda kan kommunen upprätta ett ”fleksjob” med tillsvidareanställning hos en privat eller offentlig arbetsgivare. Utgångspunkten för ett sådant arbete är ett heltidsarbete anpassat till arbetsförmågan vad gäller exempelvis arbetstempo och behov av pauser. Även förtidspension-

⁴ Lov om aktiv socialpolitik 6 kap., 46–51 §§.

ärer med vilande pension kan tilldelas ett ”fleksjob” (Arbetsmarkedsstyrelsen b, Det Centrale Handicapråd 2009). Kommunen kan på motsvarande sätt anordna en annan typ av anställning med lönebidrag för förtidspensionärer. Dessa anställningar kan avse ett heltids- eller deltidsarbete. Om förtidspensionären har särskilda behov av hjälp och vägledning i arbetet får arbetsgivaren sina utgifter för nödvändiga hjälpmedel, utbildning av en mentor och för insatser av en mentor ersatta av kommunen (Borger.dk, Center for Ligebehandling af Handicappede 2009). En del av kommunens utgifter för lönebidraget och eventuella andra utgifter i de bägge anställningsformerna täcks av staten.

Den försäkrade individen

I Danmark finns en stark tillbaka-i-arbete kultur där tydliga krav ställs på sjukskrivnas egen aktivitet och medverkan till en snabb återgång i arbete. Kraven tar sig i uttryck i täta och regelbundna kontroller som kommunens jobcenter genomför i personliga möten under sjukskrivningen (Försäkringskassan 2008b).

Eftersom de flesta arbetstagare får full ersättning av inkomstförlusten under hela sjukskrivningen utgör ersättningsnivån knappast någon drivkraft för återgång i arbete. Däremot kan maximeringsperioden för sjukpenningen, som är ett år under en 18 månaders period, utgöra en drivkraft sent i sjukfallet. En svag anställningstrygghet utgör dock en kraftfull drivkraft. Såsom nämnts i avsnittet om arbetsgivaren kan sjukskrivna arbetstagare sägas upp efter 120 dagars sjukfrånvaro under den senaste 12-månadersperioden (OECD 2004, Försäkringskassan 2008b).

3.1.2 Finland

Arbetsgivaren

I Finland har arbetsgivaren enligt arbetarskyddslagen skyldighet att sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet och därigenom trygga och upprätthålla arbetstagarnas arbetsförmåga.⁵ För att uppfylla arbetarskyddslagens krav kan arbetsgivaren ansöka om grupp-rehabilitering eller individuell rehabilitering hos Folkpensions-

⁵ Arbetarskyddslag 23.8.2002/738 1 kap. 1 §, 4 §, 2 kap. 8 §.

anstalten (FPA, Försäkringskassan) och få rehabiliteringen finansierad av FPA.

Arbetsgivaren har ekonomiska drivkrafter att bidra till låg sjukfrånvaro och få förtidspensioneringar på arbetsplatsen. Arbetsgivaren betalar full sjuklön den första sjukdagen och nio därpå följande vardagar. Den avtalsenliga sjuklöneperioden löper därefter på 1–3 månader beroende på avtalsområde. Arbetsgivaren betalar då dels full lön, dels sociala avgifter på lönebeloppet. Sjukpenningen, som betalas till arbetsgivaren under den avtalade sjuklöneperioden, täcker dock endast 70 procent av lönen (Riksförsäkringsverket 2003, Försäkringskassan 2008b).

Även arbetspension (motsvarande svensk tjänstepension) innehåller betydande ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren. Arbetspensionssystemet är ovanligt, om inte unikt, i en europeisk jämförelse eftersom det tillämpar arbetsgivaransvar när kostnaderna för förtidspensioner ska fördelas. I den privata sektorn finns en självrisk kopplad till företagets omsättning och de två närmast föregående årens förtidspensioneringsfall. Självriskandelen varierade mellan 0 och 80 procent 2005. Ett likartat system finns även för den offentliga sektorn (Hytti och Hartman 2008).

De kraftfulla ekonomiska drivkrafterna är en bidragande orsak till att förebyggandet av arbetsrelaterad ohälsa och upprätthållandet av arbetsförmåga är högt prioriterade av såväl arbetsgivare som FPA och arbetspensionsanstalterna.

Företagshälsovården

I Finland finns en lagstadgad företagshälsovård. Arbetsgivaren ska ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa (Finnish Institute of Occupational Health 2001). Företagshälsovården har en central roll i sjukskrivningsprocessen i Finland. Sjukanmälan görs vanligen till företagshälsovården den första eller tredje sjukskrivningsdagen och företagshälsovården utfärdar läkarintyg till FPA (Riksförsäkringsverket 2003).

Företagshälsovården har många ansvarsområden. Den ska bland annat utreda och utvärdera hälsan hos de anställda och säkerheten i arbetet till exempel genom upprepade arbetsplatsbesök. En viktig

del i dess ansvar är att förmå arbetsgivaren att anpassa arbetet till arbetstagarens förutsättningar och följa upp arbetsgivarens genomförande av föreslagna åtgärder. Företagshälsovården ska också genomföra åtgärder som bevarar och främjar arbetsförmågan och vid behov utreda behovet av rehabilitering, ge råd om rehabilitering och hänvisa till medicinsk eller yrkesinriktad rehabilitering.⁶

Företagshälsovården finansieras gemensamt av arbetsgivaren och staten. Av arbetsgivarens kostnader för företagshälsovården ersätts 50 procent av staten genom sjukförsäkringen. Ersättningen är högre, 60 procent, om arbetsgivaren har avtalat om en praxis med företagshälsovården för hur upprätthållandet, uppföljningen och ett tidigt stödande av arbetsförmågan ska förverkligas genom arbetsgivarens och företagshälsovårdens gemensamma åtgärder.⁷

Folkpensionsanstalten och arbetspensionsanstalterna

I Finland fördelas ansvaret för arbetslivsinriktad (yrkesinriktad) rehabilitering mellan två aktörer, FPA och arbetspensionsanstalterna. Den arbetslivsinriktade rehabilitering som dessa två institutioner står för är starkt inriktad på att förebygga arbetsoförmåga. FPA kan efter ansökan från arbetsgivaren anordna så kallad TYK-rehabilitering, en lagstadgad träning för att bevara och förbättra arbetstagarens arbetsförmåga (Kela.fi a). Vidare kan FPA efter ansökan från arbetsgivaren anordna så kallade ASLAK-kurser, som är en behovsprövad, medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering. ASLAK-rehabiliteringen planeras i samråd med FPA, arbetsgivaren, företagshälsovården och serviceproducenten och genomförs i flera etapper under ett års tid (Kela.fi b).

Förutom den förebyggande arbetslivsinriktade rehabiliteringen erbjuds rehabilitering under sjukskrivningen. FPA utreder de sjukskrivnas rehabiliteringsbehov när sjukpenning har utbetalats i 60 dagar och gör en rehabiliteringsplan. Om så är lämpligt hänvisar FPA dem till rehabilitering inom arbetspensionssystemet. FPA-rehabiliteringen kan omfatta arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och hjälpmedel som möjliggör studier eller arbete. Utbildningar kan vara allmänbildande utbildning vid exempelvis gymnasium eller folkhögskola, grundläggande yrkesutbildning, yrkesförberedande utbildning, yrkesinriktad omskolning och vidareut-

⁶ Lag om företagshälsovård 21.12.2001/1383, 2 kap. 4 §, 9 §, 3 kap. 12 §, 14 §.

⁷ Sjukförsäkringslag 21.12.2004/1224, 13 kap. 1 §, 4–5 §.

bildning. Under FPA-rehabiliteringen får den försäkrade rehabiliteringspenning och ersättning för vissa kostnader (Kela.fi c).

Inom arbetspensionssystemet har arbetstagaren en lagstadgad rätt till yrkesinriktad rehabilitering med ekonomiskt stöd om han eller hon löper en risk för arbetsoförmåga under de närmaste fem åren (Arbetspension.fi a). Arbetspensionsanstalterna anordnar rehabilitering till de sjukskrivna som är etablerade sedan cirka fem år på arbetsmarknaden och vilkas sammanlagda arbetsinkomster under de senaste fem åren har uppgått till ett visst minimibelopp (Etk.fi).⁸ Rehabiliteringen kan innehålla rådgivning, arbetsprövning och arbetsträning på arbetsplatsen, yrkesinriktad utbildning, stöd för att inleda eller fortsätta med en näringsverksamhet och ersättning för behövliga och nödvändiga kostnader som rehabiliteringen förorsakar. Under rehabiliteringstiden, som inte är tidsbegränsad, utbetalas rehabiliteringspenning och ersättning för vissa kostnader (Arbetspension.fi b).

Den försäkrade individen

Den försäkrade individens ekonomiska drivkrafter att återgå i arbete ökar när utbetalningen av den avtalsenliga lönen upphör efter 1–3 månaders sjukskrivning och sjukpenning, som ersätter 70 procent av inkomstförlusten, börjar utbetalas till individen. Ytterligare drivkrafter sent i sjukskrivningen är den maximala ersättningsperioden i sjukförsäkringen och en efterföljande karensperiod. När antalet sjukdagar har uppgått till 300 vardagar inklusive lördagar under en tvåårsperiod upphör sjukpenningutbetalningarna. Därefter inträder en karensperiod på ett år då det inte är möjligt att få en ny period med sjukpenning för samma sjukdom (Kela.fi d, Riksförsäkringsverket 2003).

⁸ Enligt 2011 års nivå € 31 492,15.

3.1.3 Nederländerna

Arbetsgivaren

I Nederländerna har arbetsgivaren successivt getts ett allt större kostnadsansvar för sjukskrivningar och förtidspensioner och ett långtgående ansvar för de sjukskrivna arbetstagarnas återgång i arbete. Sjuklöneperioden är numera två år. Arbetsgivaren ska också anordna och finansiera företagshälsovård för sina arbetstagare och svara för åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete (Gatekeeper Law) (OECD 2007, van Gerven 2008).

I arbetsgivarens skyldigheter under sjukskrivningen ingår att inom åtta veckor från sjukskrivningens början göra en plan för återgång i arbete i samarbete med arbetstagaren, vidta rehabiliteringsåtgärder och hålla regelbunden kontakt med arbetstagaren. Arbetsgivaren och arbetstagaren ska utvärdera framstegen månad 12 i sjukskrivningen (ibid.).

Om det under sjukskrivningens gång står klart att återgång till arbete hos arbetsgivaren inte är möjlig är arbetsgivaren skyldig att försöka placera arbetstagaren i arbete hos en annan arbetsgivare. För detta ändamål kan arbetsgivaren köpa tjänster av Labour Reintegration Services (LRS), producenter av rehabiliteringstjänster i privat regi. Under månad 21 i sjukskrivningen ska arbetsgivaren och arbetstagaren rapportera om genomförda insatser och utvecklingen av arbetsförmågan till socialförsäkringsadministrationen (Uitvoering werknemersverzekering, UWV) och insända en ansökan om förtidspension. Under månad 23 ska UWV utvärdera arbetsgivarens åtgärder för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete. Om arbetsgivaren inte har vidtagit tillräckliga rehabiliteringsåtgärder kan UWV tillgripa sanktioner mot arbetsgivaren. Arbetsgivaren riskerar då att dömas till att betala sjuklön under ytterligare en period upp till ett år (ibid.). Detta sker i 13 procent av fallen som UWV utvärderar (OECD 2008). Arbetsgivaren kan överklaga UWV:s beslut.

Arbetsgivaren betalar 70 procent av lönen under sjukfrånvarons första år, vilket kompletteras med 30 procent enligt kollektivavtal för de flesta arbetstagare, och 70 procent av lönen under det andra (och eventuellt tredje) året (OECD 2007). De flesta arbetsgivare återförsäkrar sig i privata försäkringsbolag för att skydda sig mot höga sjuklönekostnader. Försäkringspremierna eller de omfattande sjuklönekostnaderna tillsammans med kostnaderna för företags-

hälsovården och tjänster från LRS samt risken att dömas till att betala sjuklönen även under det tredje året i sjukskrivningen utgör mycket starka ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att vidta åtgärder för återgång i arbete. För att införa ytterligare drivkrafter för arbetsgivaren har den fasta avgiften som arbetsgivaren betalar till förtidspensionssystemet kompletterats med en riskbaserad del. Den riskbaserade delen bestäms på grundval av antalet arbetstagare som har förtidspensionerats under de senaste åren (ibid., Riksförsäkringsverket 2003).

Företagshälsovården

Företagshälsovården har varit obligatorisk sedan 1996 i Nederländerna. Den formella skyldigheten har dock nyligen mildrats eftersom systemet fungerar väl (OECD 2010). Företagshälsovården finansieras av arbetsgivaren. Dess uppgift är att stödja arbetsgivaren och den sjukskrivna arbetstagaren i arbetstagarens rehabilitering och återgång i arbete. Företagshälsovården informeras av arbetsgivaren om arbetstagarens sjukfrånvaro på sjukanmälningsdagen och ska bedöma arbetstagarens arbetsförmåga och behov av rehabilitering inom sex veckor. Vidare föreslår företagshälsovården rehabiliteringsåtgärder och följer regelbundet upp arbetsgivarens genomförande av planerade åtgärder (Riksförsäkringsverket 2003).

Försäkringskassan

Den holländska sjukförsäkringen för arbetstagarna har i praktiken privatiserats i och med den långa sjuklöneperioden. Den lagstadgade sjukförsäkringen finns kvar för tillfälligt anställda, arbetslösa med flera UWV administrerar fortfarande alla förtidspensioner. UWV kan finansiera rehabilitering, exempelvis arbetsanpassning och arbetsträning, för att förebygga eller senarelägga förtidspensionering (Riksförsäkringsverket 2003). Förtidspensionärer som önskar återgå i arbete har möjligheten att själva planera sin arbetslivsinriktade rehabilitering och köpa rehabiliteringstjänster hos rehabiliteringsproducenter. Planen och budgetförslaget godkänns av socialförsäkringsadministrationen som utfärdar vouchers. Dessa används som betalningsmedel (Bosselaar och Prins 2007).

Den försäkrade individen

Arbetstagaren har en skyldighet att följa företagshälsovårdens ordinationer och verka aktivt för sin rehabilitering. Reglerna innehåller sanktioner i form av stoppade löneutbetalningar till arbetstagaren om denna vägrar att bli omplacerad på arbetsplatsen eller vägrar att acceptera en omplacering till en annan arbetsgivare. Arbetsgivaren har rätt att avsluta anställningen om den anställde inte medverkar i sin rehabilitering. Den ekonomiska drivkraften att återgå i arbete är svag för de flesta arbetstagare på grund av att de får full ersättning för inkomstbortfallet under det första året av sjukskrivningen. Därefter ökar incitamenten då den kollektivavtalade ersättningen på 30 procent faller bort. Samtidigt är företagshälsovårdens och arbetsgivarens uppföljning av sjukfallet regelbunden och tät.

3.1.4 Norge

Arbetsgivaren

I Norge har arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen ett ansvar att erbjuda arbetstagarna en hälsofrämjande arbetsmiljö, anpassa arbetet efter arbetstagarens förutsättningar och arbeta systematiskt för att förebygga och följa upp sjukfrånvaron.⁹ Denna lag förpliktigar arbetsgivaren att också anordna företagshälsovård (Bedriftshelsetjeneste, BHT) om hälsoriskerna i verksamheten motiverar det.¹⁰

Arbetsgivaren har initialt en pådrivande roll under arbetstagarens sjukfall. Arbetsgivaren ska utarbeta en uppföljningsplan med åtgärder i samarbete med arbetstagaren senast efter sex veckors sjukskrivning och följa upp den i ett dialogmöte¹¹ efter tolv veckors sjukskrivning. Arbetsgivaren rapporterar och lämnar därefter över ansvaret till Arbeids- og velferdsetaten (NAV¹²).¹³

⁹ Arbeidsmiljøloven § 1–1, § 3–1.

¹⁰ Arbeidsmiljøloven § 3–3.

¹¹ I ett dialogmöte deltar arbetsgivaren, arbetstagaren och företagshälsovården, om sådan finns, och eventuellt även läkaren för en genomgång och eventuell revidering av uppföljningsplanen.

¹² Socialförsäkringsadministrationen (Trygdeetaten), Arbetsförmedlingen (Aetaten) och delar av kommunens socialtjänst (Sosialetaten) har sammanförts i en ny myndighet Arbeids- og velferdsetaten NAV.

¹³ Arbeidsmiljøloven § 4–6.

Arbetsgivaren ska delta i ett nytt dialogmöte, som NAV sammankallar till, senast efter sex månader (Försäkringskassan 2008b).

Arbetsmarknadens parter och regeringen har slutit avtal om ett ”inkluderande arbetsliv” (IA-avtal) som bland annat syftar till att förebygga och minska sjukfrånvaron och hindra utslagning från arbetslivet. IA-anslutna arbetsgivare som sluter ett samarbetsavtal med NAV får tillgång till speciella tjänster från NAV (Nav.no a). Arbetsgivare som har undertecknat ett IA-avtal ska bland annat anpassa arbetet för den sjukskrivne arbetstagaren, bidra till hans eller hennes kvalificering för andra arbeten hos arbetsgivaren och utarbeta en uppföljningsplan. Arbetsgivaren betalar full lön under dag 1–16 i sjukskrivningen. Denna kostnad utgör en svag ekonomisk drivkraft för arbetsgivaren att minska sjukskrivningen på arbetsplatsen.

Företagshälsovården

Arbetsgivaren har ingen skyldighet att anordna företagshälsovård om inte arbetsförhållandena så kräver. Företagshälsovårdens (BHT) uppgifter är i huvudsak förebyggande och hälsofrämjande till sin karaktär. BHT, som utgör en oberoende expertresurs, ska godkännas av Arbeidstilsynet (Arbetsmiljöverket). I BHT:s uppgifter ingår även planering, initiering och uppföljning av åtgärder för att få sjukskrivna individer tillbaka till arbetet. Arbetsgivaren kan få företagshälsovårdens kostnader helt eller delvis ersatta av NAV om arbetsgivaren omfattas av ett IA-avtal (Nav.no b).

Försäkringskassan (NAV)

NAV bevakar arbetsgivarens aktivitet under arbetstagarens sjukskrivning och bistår vid behov med åtgärder. Vidare kontrollerar NAV att arbetstagarens aktivitetsplikt uppfylls inom åtta veckor genom att följa upp arbetstagarens, arbetsgivarens och läkarens åtgärder. Vid behov riktas sanktioner mot aktörerna (Nav.no c).

Senast efter sex månader ska NAV ta ställning till behovet av extern arbetslivsinriktad rehabilitering i ett möte med arbetsgivaren och arbetstagaren. Senast efter ett års sjukskrivning ska NAV och arbetstagaren diskutera behovet av ytterligare extern rehabilitering såsom arbetsförberedande träning, arbetsprövning, allmän upp-

lärnin g och social träning (Arbeidsdepartementet 2008). Rehabiliteringspenning kan betalas ut under medicinsk rehabilitering upp till ett till två år och under arbetslivsinriktad rehabilitering så länge som åtgärder kräver (Försäkringskassan 2008b).

Den försäkrade individen

Den sjukskrivna arbetstgaren ska delta i utarbetandet och genomförande av uppföljningsplaner och i dialogmöten som arbetsgivaren och NAV anordnar och kallar till.¹⁴ Arbetstgaren ska lämna behövlig information till arbetsgivaren och NAV om sin funktionsförmåga och bidra till utredning av denna. Om arbetstgaren inte är behjälplig och vägrar delta i rehabilitering, anpassning av arbete och andra liknande åtgärder, upphör sjukpenningutbetalningarna.¹⁵ Om det trots sjukdom inte finns medicinska hinder för att pröva att arbeta har arbetstgaren en aktivitetsplikt senast efter åtta veckors sjukskrivning. Plikten gäller skyldighet att arbeta med ordinarie eller andra uppgifter hos arbetsgivaren eller genomgå arbetsprövning och upplärning hos en annan arbetsgivare.¹⁶

Sjukpenningen ersätter inkomstbortfallet fullt ut efter sjuklöneperioden, sammanlagt upp till ett år under en treårsperiod. Ersättningen utgör därmed inte någon ekonomisk drivkraft för återgång i arbete under denna tid. Rehabiliteringspenningen är lägre.

3.1.5 Storbritannien

Arbetsgivaren

I Storbritannien är arbetsgivaren skyldig enligt hälso- och arbetarskyddslagen att anordna trygg och hälsosam arbetsmiljö samt följa upp hälsan på arbetsplatsen (Direct.gov.uk a). Arbetstgare som har nedsatt fysisk eller psykisk funktionsförmåga skyddas även av diskrimineringslagstiftningen som kräver att arbetsgivaren gör rimliga anpassningar av deras arbetsförhållanden. Den brittiska lagstiftningen innehåller dock inga krav för arbetsgivaren att rehabilitera sjukskrivna arbetstgare (hse.gov.uk a, hse.gov.uk b).

¹⁴ Arbeidsmiljøloven § 2–3.

¹⁵ Folketrygdloven § 8–8.

¹⁶ Folketrygdloven § 8–6.

Arbetsgivaren betalar sjuklön upp till 28 veckor. Den lagstadgade sjuklönen är låg, £ 81,60 i veckan 2011, och utgör därför ingen kraftfull ekonomisk drivkraft för arbetsgivaren att minska sjukskrivningar.

Företagshälsovården

I Storbritannien finns ingen lagstadgad företagshälsovård utan arbetstagarna hänvisas till den allmänna sjukvården (National Health Services). Endast en liten minoritet av arbetstagarna har tillgång till en företagsläkare (Nicholson 2003).

Jobcentre Plus (Försäkringskassan)

”Jobcentre Plus” har skapats med deltagande från Socialförsäkringsadministrationen och Arbetsförmedlingen med uppdrag att tydligare lägga fokus på sjukskrivnas återgång i arbete.

”Pathways to Work”-programmet (PtW) introducerades i form av successivt bredare pilotprojekt från och med 2003. PtW, som gav ett utökat ekonomiskt stöd för sjukskrivna men som också ställde högre krav på återgång i arbete, representerar ett nytänkande när det gäller ekonomiska drivkrafter för att främja återgång i arbete. PtW bestod av tre delar: sex obligatoriska arbetsrelaterade intervjuer under det första halvåret av sjukskrivningen, en uppsättning hälsorelaterade program och arbetsmarknadsprogram samt en premie på £ 40 i veckan för låginkomsttagare¹⁷ under det första året efter återgång i arbete (Brewer 2008). Kostnads- och nyttoanalyser av de tidiga pilotprojekten visade på samhälls-ekonomisk lönsamhet (Adam m.fl. 2008). PtW avskaffades dock som en del av de kraftiga budgetnedskärningarna i mars 2011.

”Fit for Work”-tjänsterna stödjer tidig återgång i arbete och koordinerar multidisciplinärt stöd i en tidig fas av sjukskrivningen. Förmånen ”Employment and Support Allowance” (ESA), som är lägre än sjuklön, kan betalas ut av socialförsäkringsadministrationen efter att sjuklönen har upphört. Dess längd beror på bedömt behov. ESA omfattar även tjänster av en personlig rådgivare och tjänster som erbjuder sysselsättningsmöjligheter, arbetsträning och konditionsträning för att kunna arbeta trots nedsatt arbetsförmåga

¹⁷ Årsinkomst (brutto) under 15 000 pund om året.

(Direct.gov.uk b). "Access to Work"-programmet kan vara till hjälp vid nedsatt arbetsförmåga. Där ingår rådgivning och ersättning för både arbetsgivaren och arbetstagaren för extra kostnader i anslutning till arbetstagarens hälsoproblem på arbetet (Direct.gov.uk c).

Arbetslivsriktad rehabilitering betraktas som en omogen tjänstemarknad i Storbritannien (Sainsbury Centre for Mental Health 2008), sannolikt därför att ingen stor efterfrågan finns vare sig från arbetsgivare eller "Jobcentre Plus".

Den försäkrade individen

Den låga lagstadgade sjuklönen £ 81,60 i veckan 2011, utgör en positiv ekonomisk drivkraft för återgång i arbete under 28 veckor. Företagsbaserade sjuklöner kan dock vara mera generösa. Drivkraften torde öka under perioden med ESA på grund av en lägre ersättning för inkomstbortfallet.

3.1.6 Tyskland

Arbetsgivaren

I Tyskland är arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen skyldig att skydda arbetstagarnas hälsa i arbetet och ge tillgång till hjälpmedel och preventiv företagshälsovård.

Arbetsgivaren betalar sjuklön som ersätter hela inkomstbortfallet i sex veckor. Sjuklönen utgör en ekonomisk drivkraft för arbetsgivaren att minska sjukskrivningarna på arbetsplatsen. Om arbetsgivaren anställer personer med nedsatt arbetsförmåga kan denne beviljas lönebidrag upp till 70 procent av lönen och full ersättning för arbetsgivaravgifterna till socialförsäkringen upp till två års tid. Samtliga arbetsgivare med fler än 20 arbetstagare har dessutom skyldighet att se till att fem procent av platserna i arbetsstyrkan ges till personer vilkas arbetsförmåga är nedsatt med minst 50 procent. En straffavgift tas ut från arbetsgivare som inte uppfyller lagens krav (Federal Ministry of Labour and Social Affairs 2010). Sammantaget har arbetsgivaren relativt kraftiga ekonomiska drivkrafter.

Företagshälsovården

Företagshälsovården ska bidra till att förebygga arbetsrelaterad ohälsa och att upprätthålla arbetstagarnas arbetsförmåga. Företagshälsovården arbetar därför primärt med hälsofrämjande aktiviteter, identifikation av hälsoriskerna, rådgivning vid planeringen av arbetsanpassning och åtgärder vid återgång i arbete (ibid.).

Försäkringskassorna och Pensionskassorna

I Tyskland administrerar försäkringskassorna både sjukförsäkring, sjukvård och medicinsk rehabilitering. Den dubbla rollen möjliggör en effektiv administration utan onödiga väntetider för vård. Försäkringskassorna, exempelvis Betriebskrankenkassen (BKK), följer kontinuerligt upp sjukfrånvaron hos arbetsgivarna, intervenserar vid behov genom att föreslå åtgärder för att komma till rätta med sjukfrånvaron och genomför en ny uppföljning för att kontrollera resultatet av åtgärderna. Försäkringsläkaren har rätt att inspektera arbetsplatsen och arbetsuppgifterna i individuella sjukskrivningsärenden (Riksförsäkringsverket 2003).

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen administreras däremot av pensionskassorna (och arbetsskadekassorna). ”Reha vor Rente” (”Rehabilitation has precedence over pension”)– rehabilitering går före pension – är en grundläggande princip i pensionslagen (Meggeneder m.fl. 2006). Om arbetstagaren har eller riskerar att få nedsatt arbetsförmåga kan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen erbjuda hjälp för återgång i ordinarie arbete eller hjälp med att få ett annat arbete. Arbetsträning, repetitionskurser, allmänbildande utbildning och vidareutbildning är exempel på sådana åtgärder (Federal Ministry of Labour and Social Affairs 2010).

Den försäkrade individen

Full lön betalas ut i sex veckor under sjukskrivningen. Därefter betalar Försäkringskassan ut den skattefria sjukpenningen, som uppgår till 70 procent av bruttolönen men högst 90 procent av nettolönen efter skatt. Sjukpenningen kan maximalt betalas ut under 78 veckor under en treårsperiod. Ersättningen utgör således ingen ekonomisk drivkraft för återgång i arbete under de första veckorna och endast en svag drivkraft därefter (SSA 2010). Ett

omställningsbidrag på 68–75 procent av den senaste nettolönen betalas ut till arbetstagaren under den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Federal Ministry of Labour and Social Affairs 2010).

3.1.7 Sverige

Arbetsgivaren

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.¹⁸ Vidare ska arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt arbetsmiljölagen och Socialförsäkringsbalken vilar på honom.¹⁹ Arbetsgivare ska efter samråd med den sjukskrivna arbetstagaren 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 som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.²⁰

Arbetsgivaren har också ett ansvar enligt arbetsmiljölagen för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena motiverar finns. Med företagshälsovård avses här en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering.²¹ Enligt Socialförsäkringsbalken är arbetsgivaren skyldig att lämna de upplysningar som behövs för Försäkringskassans utredning av rehabiliteringsbehoven.²²

Arbetsgivaren betalar sjuklönen (80 procent av lönen) dag 2–14 i sjukskrivningen. Därefter kompletterar kollektivavtalade försäkringar ersättningen för tjänstemän så att den under sjukdag 15–90 motsvarar cirka 90 procent av lönen både över och under taket i socialförsäkringen (7,5 pbb). Arbetare i privat sektor får ingen ersättning över taket och knappt 90 procent av lönedelar under taket. Efter sjukdag 90 ökar skillnaderna i ersättning mellan sektorerna (Försäkringskassan 2006, Sjögren - Lindquist och Wadensjö 2011). Arbetsgivarens kostnader utgör knappast någon större ekonomisk drivkraft att minska sjukfrånvaron på arbetsplatsen.

¹⁸ Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) kap. 2, 1 §, Arbetskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering 1994:1 (AFS) 12 §.

¹⁹ AML 3 kap. 2 a.

²⁰ SFB 30 kap. 6 §.

²¹ AML 3 kap. 2 c §.

²² SFB 30 kap. 6 §.

Företagshälsovården

I Sverige finns inget lagstadgat krav på obligatorisk företagshälsovård. Företagshälsovård ska dock finnas om arbetsförhållandena så motiverar men är annars frivillig för arbetsgivaren.²³ På senare år har staten gett företagshälsovården ekonomiskt stöd för utvidgade uppgifter att öka sjukskrivna arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom tidiga och anpassade insatser. Förutom sedvanliga utredande och medicinskt förebyggande uppgifter ska företagshälsovården initiera och koordinera lämpliga medicinska, rehabiliterande och arbetsanpassande insatser. Vidare ska företagshälsovården tillhandahålla underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga.²⁴ Statens stöd till företagshälsovården är villkorat bland annat med avseende på arbetsgivarens medfinansiering (minst 50 procent) och företagshälsovårdens kompetens. Stödet administreras av Försäkringskassan.²⁵ Satsningen har fått en trög start. Företagshälsovården har inte utnyttjat statens stöd för tidiga insatser i någon större omfattning. Föreningen Svensk Företagshälsovård hävdar att företagshälsovården kommer in för sent och inte hinner genomföra de insatser som krävs för bidrag för koordinerade insatser före dag 45 i sjukfallet. Vidare menar föreningen att systemet är administrativt för tungrott, att arbetsgivarna inte är intresserade och att företagshälsovården gör liknande insatser hos kundföretagen men dessa passar inte in i Försäkringskassans mall för de koordinerande insatserna (Föreningen Svensk Företagshälsovård 2011).

Försäkringskassan

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade individen se till att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.²⁶ Om den försäkrade behöver en arbetslivsriktad åtgärd ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planeringen ska göras i samråd med den försäk-

²³ 3 kap. 2 c § AML.

²⁴ Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet (SFS 2009:1423), 1 och 5 §.

²⁵ Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet (SFS 2009:1423), 4, 6–7 §§.

²⁶ 30 kap. 9 § SFB.

rade och utgå från individuella förutsättningar och behov. Vidare ska Försäkringskassan se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl. Om den försäkrade individen medger det ska Försäkringskassan samverka med dennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter. I detta arbete ska Försäkringskassan verka för att var och en inom sin verksamhet vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.²⁷

När sjuklönen har upphört börjar Försäkringskassan betala ut sjukpenning som är 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Efter 365 dagars sjukskrivning sänks ersättningsnivån till 75 procent för de flesta försäkrade. Den maximala tiden då sjukpenning kan betalas ut är 914 dagar. Rehabiliteringspenning motsvarande sjukpenning ersätter inkomstförlusten under den arbetslivsriktade rehabiliteringen under samma tid. Ett särskilt bidrag ersätter den försäkrade för kostnader i samband med rehabiliteringen.

Ekonomiska drivkrafter har introducerats för försäkrade som har sjuk- och aktivitetsersättning (förtidspension) och vill börja arbeta. De kan parallellt med lönen upp till ett prisbasbelopp (42 800 kronor 2011) behålla hela sin ersättning. Om lönen överstiger prisbasbeloppet får de en successivt avtagande del av ersättningen.

Den försäkrade individen

Den sjukskrivna arbetstagaren ska lämna de upplysningar som behövs för att klargöra hans eller hennes behov av rehabilitering, och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.²⁸ Sjukpenningen utgör en svag ekonomisk drivkraft för återgång i arbete för den enskilde även om det sker en viss förstärkning av drivkraften efter ett års sjukskrivning. Ersättningen till försäkrade med sjuk- och aktivitetsersättning som börjar arbeta utgör en viss drivkraft. Det har skett vissa förändringar i de ekonomiska drivkrafterna efter nuvarande regeringen tillträde hösten 2006. Nedan

²⁷ SFB 30 kap. 3 §, 8–12 §§, SFB 31 kap. 2–3 §§.

²⁸ SFB 30 kap. 7 §.

diskuteras kort de förändringar i individens incitament som skett sedan år 2006.²⁹

Första steget i jobbskatteavdraget trädde i kraft den 1 januari 2007 och, eftersom man inte är berättigad till avdrag när man upp- bär sjukpenning, är detta att likställa med en minskning av ersättningsnivån i sjukförsäkringen för sjukskrivningar längre än 14 dagar. Vid en inkomst på 20 000 kronor innebär reformen en genomsnittlig (relativ) kostnadsökning av sjukfrånvaro med 13 procent.^{30,31} Det andra, tredje och slutligen fjärde steget ger ytterligare 4, 9 respektive 12 procentenheter, det vill säga 17, 22 och 25 procents (relativ) kostnadsökning av att vara sjukfrånvarande.

I januari 2007 förändrades villkoren i arbetslöshetsersättningen. I korthet kan man säga att: (i) arbetsvillkoret skärptes; (ii) beräkningen av ersättningen förändrades; (iii) taket i försäkringen sänktes från 730 kronor till 680 kronor där också studerandevillkoret försvann. Från och med mars 2007 sänktes också ersättningsnivån: ersättningsnivån blev beroende av antalet ersättningsdagar och antal dagar med aktivitetsstöd som har betalats ut. Dessa förändringar ledde fram till att fler arbetstagare stod utan arbetslöshetsförsäkring men också att incitamenten åter blev mer fördelaktiga att utnyttja sjukförsäkringen i stället för arbetslöshetsförsäkringen. Utöver de fasta tidpunkterna när arbetsförmågan ska prövas innebar rehabiliteringskedjan också en ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning.³² Individer som uppburit sjukpenning längre än 364 dagar under en ramtid av 450 dagar kan efter ansökan få förlängd sjukpenning. Ersättningsnivån för den förlängda sjukpenningen är 75 procent av SGI (man kan ha kvar 80 procent ersättning av särskilda skäl). Vidare skedde också en anpassning av begränsningsregeln i den förlängda sjukpenningen. Innebörden av denna är att om till exempel en ersättning från en tilläggförsäkring betalas ut i samband med en förlängd sjukpenning ska ersättningen från Försäkringskassan minskas med det utbetalade beloppet från tilläggförsäkringen.

²⁹ Potentiella effekter på sjukfrånvaron utav de reformer som den nuvarande regeringen sjösat diskuteras i Hägglund och Skogman Thoursie (2010).

³⁰ Uträknat genom <http://jobbskatteavdrag.se/>

³¹ 30 000 och 40 000 kronor i månadsinkomst ger 11 procent respektive 8 procent relativa kostnadsökningar.

³² Notera att denna ettårsgräns inte på något sätt är absolut. Skillnad mot tidigare består i att handläggaren nu inte har skyldighet att inom ett år undersöka om det finns förutsättningar för en övergång till sjukersättning men, om den sjukskrivna ansöker om förlängd sjukpenning så får han/hon det.

3.2 Sverige i jämförelse med Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland

I samtliga sju länder har arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen likartad skyldighet att anpassa arbetet till arbetstagarnas förutsättningar.

Endast i Finland och Nederländerna är företagshälsovården obligatorisk, lagstadgad och med många ansvarsområden. En viktig uppgift för företagshälsovården i dessa länder är att föreslå åtgärder för återgång i arbete och följa upp arbetsgivarens genomförande av åtgärderna. I övriga länder arbetar företagshälsovården i huvudsak förebyggande och som en rådgivande expertresurs i arbetsmiljöfrågor.

Arbetsgivarens ansvar för att vidta åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete är begränsat i Danmark, Norge, Storbritannien, Tyskland och Sverige. De ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivaren att agera under sjukskrivningen är svaga eller i det närmaste obefintliga i Danmark, Norge, Storbritannien och Sverige. I Finland – och i ännu högre grad i Nederländerna – har arbetsgivaren starka ekonomiska motiv till att vidta åtgärder för att begränsa antalet sjukskrivningar och förtidspensioner på arbetsplatsen. Den kraftiga nedgång i sjukfrånvaro i Nederländerna på 2000-talet som kunde ses i diagram 1 i avsnitt 3.1 har skett efter att arbetsgivaren har getts ett ökat kostnadsansvar för sjukfrånvaro och förtidspensionering. I Finland har arbetsgivarens kostnadsansvar varit stort under lång tid och sjukfrånvaron har också varit relativt låg. Arbetsgivarens kostnadsansvar har däremot minskat i Sverige vid några tillfällen. Den kraftiga nedgången i sjukfrånvaron i Sverige sedan 2003 har skett utan ett ökat kostnadstryck på arbetsgivaren, bortsett från en kortare period med arbetsgivarens medfinansiering.

I de flesta länder är ersättningsnivåerna höga och utgör därför en ganska svag drivkraft för den enskilde individen. Detta gäller även för Sverige. Förvisso har drivkrafterna att inte vara sjukskriven ökat för dem med arbete i och med införandet av jobbskatteavdraget i januari 2007. Det finns dock fortfarande betydande och ökade drivkrafter för arbetslösa individer att vara sjukskriven i stället för att söka jobb eftersom man också samtidigt (från och med mars 2007) försämrats villkoren i arbetslöshetsförsäkringen.

Försäkringskassans personliga uppföljningsmöten under sjukskrivningen sker regelbundet och med korta intervaller i Danmark. I Finland och Nederländerna sker motsvarande möten i företagshälsovårdens regi. Försäkringskassans möten med de sjukskrivna i Norge och Sverige för att följa upp sjukskrivningen är få i jämförelse. De arbetslivsriktade rehabiliteringsinsatser som Försäkringskassan kan bidra till är för övrigt likartade i de sju länderna.

Den period som arbetslivsriktad rehabilitering kan pågå och en ersättning betalas ut från sjukförsäkringen är längst i Danmark, fem år. I Norge och på Arbetspensionsanstalterna i Finland pågår rehabilitering så länge som behov finns. I Nederländerna och Tyskland svarar Pensionsmyndigheten för arbetslivsriktad rehabilitering. Danmark utmärker sig med en alternativ arbetsmarknad för sjukskrivna och förtidspensionärer. Arbeten med lönebidrag upprättas av kommunen hos privata och offentliga arbetsgivare.

Sammantaget har arbetsgivaren i Sverige litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis mycket låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner. Den nya företagshälsovårds-satsningen har inte riktigt kommit igång. Försäkringskassans uppföljning av sjukfallen framstår inte som offensiv i jämförelse med till exempel Danmark och Nederländerna.

4 Arbetslivsinriktad rehabilitering. Från sjukskrivning till arbete

Kapitlet sammanfattar kunskapsläget om effekter av åtgärder för de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivningar i Sverige och vad vi vet om effekter av samverkansinsatser.

Besvär i rörelseorganen eller lättare psykisk ohälsa är vanligt förekommande i befolkningen. Vanligtvis leder inte besvären till någon längre sjukfrånvaro utan de flesta kan klara av att arbeta. Trots det så är besvär i rörelseorganen (till exempel symtom från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer, höft, knä, ben och fot) och psykisk ohälsa (till exempel depression, ångest, utbrändhet eller utmattningsdepression, anpassningsstörning) de vanligaste anledningarna till sjukfrånvaro och står för de största kostnaderna inom sjukförsäkringen (Försäkringskassan 2011). De flesta som är sjukfrånvarande kommer tillbaka i arbete utan rehabilitering. Men att bli fri från sin sjukdom, att börja må bättre, att få mindre ont eller få mindre symtom är inte alltid detsamma som återgång i arbete. Vem som återgår i arbete efter en sjukskrivning och vem som inte kommer tillbaka beror på en rad olika omständigheter.

Vi börjar med att diskutera definitioner av arbetslivsinriktad rehabilitering och presentera några teoretiska modeller om arbetslivsinriktad rehabilitering. Avsnitt 4.2 presenterar resultat från randomiserade kontrollerade studier och översikter. Till största delen baseras diskussionen på den systematiska genomgången av litteraturen i Holm med flera (2010). Kompletteringar har gjorts utifrån Rehabiliteringsrådets sammanställning (SOU 2011:15) och systematiska litteraturöversikter publicerade inom Cochrane-samarbetet (van Oostrom et al. 2009, Aas et al. 2011) samt, slutligen, en nyligen publicerad systematisk översikt över åtgärder för återgång i arbete vid sjukskrivningar för besvär i rörelseorganen som även tar hänsyn till hur stor insats olika åtgärder kräver

(Palmer et al. 2011). Kapitlet avslutas med en kort diskussion om effekter från samverkansinsatser.

4.1 Att åter göra duglig

Ordet rehabilitering härstammar från latin och betyder *åter göra duglig* (Gerner 2002). Målet för en rehabilitering, vad individen ska duga till, beror på situationen och finansiär. Både mål och möjligheter beror på individens funktionsförmåga, motivation, sociala situation och en rad andra individuella förhållanden. Hur målet sätts är också beroende av vilka som finansierar rehabiliteringen. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har olika uppdrag, vilket påverkar vilka mål som prioriteras. Målet för rehabilitering kan till exempel vara

- återgång i arbete på hel- eller deltid,
- förbättra, återställa och bibehålla funktionsförmåga,
- symtomlindring och
- en förbättring av livskvaliteten.

Med medicinsk rehabilitering avses aktiva åtgärder som syftar främst till att förkorta sjukdomstiden eller förhindra progress av sjukdomsförloppet och att helt eller delvis häva nedsättningen av arbetsförmågan. Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt Socialförsäkringsbalkens definition ska ”syfta till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete ” (SFB 29 kap 2 §).

Insatserna som görs kan vara detsamma om målet är ökad funktion eller att återfå arbetsförmågan. Det kan vara svårt eller omöjligt att skilja mellan medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett exempel är fysisk träning i grupp som leds av en sjukgymnast. Om det är medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering beror mycket på deltagarna och deras individuella mål.

Ekberg (2010) har beskrivit det så att medicinsk rehabilitering främst syftar till att återställa funktionsförmågan medan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen mer handlar om samspelet mellan en individs förmåga och kraven i ett arbete. Åtgärderna är inriktade på att skapa förutsättningar, för att individen ska kunna

försörja sig själv genom yrkesarbete. Åtgärder på arbetsplatsen med syftet att underlätta återgång i arbete, till exempel byte av arbetsuppgifter och ergonomiska hjälpmedel, är en del av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Varje beslut om rehabiliteringsåtgärder för att främja återgång i arbete efter en längre tids sjukskrivning bör grundas på tillgänglig vetenskaplig kunskap men också på en klinisk bedömning och värdering av individens förhållanden och önskemål.

Att beskriva sjukskrivning och återgång i arbete som en process kan sannolikt vara till hjälp för att reda ut vilka insatser som behövs och när de behövs. För att underlätta återgång krävs att förändringar och anpassningar av arbetet görs när det krävs och att individen får information, stöd och råd om vad som försämrar hälsan och vad som kan främja välbefinnande och en hållbar arbetsförmåga (Ekberg 2009). Enligt en modell som har förslagits av Krause med flera (2001) så är själva sjukdomen och dess symtom centrala i början av en sjukskrivning och individens kraft läggs på att återhämta sig. Rehabiliteringsåtgärder kan, enligt modellen, i det skedet inte tas tillvara av individen eftersom det inte finns någon beredskap eller kraft för återgång i arbete. Efter en tid börjar individen reflektera över och förbereda sig för att återgå i arbete. I den fasen är den egna motivationen och arbetets art av stor betydelse. När individen återgår finns det ett behov av stöd från arbetsplatsen men också från vårdgivarna. För att upprätthålla arbetsförmågan och för att på längre sikt kunna stanna kvar i arbete krävs meningsfulla arbetsuppgifter och en balans mellan individens kapacitet och det som krävs i arbetet (Ekberg 2010, Young et al. 2005). Hur lång tid processen tar är olika för olika diagnoser, arbeten och individer. Waddell et al. (2008) föreslår att under den första månaden av en sjukskrivning för besvär i rörelseorganen ska inte allt för omfattande åtgärder sättas in. Samtidigt innebär allt för långa sjukskrivningstider ofta minskat självförtroende som potentiellt försvårar en återgång i arbete (Falkdal et al. 2006).

Dessa teoretiska resonemang är intressanta men ger inte något stöd för att rehabilitering eller olika rehabiliteringsinsatser fungerar i praktiken. Resonemangen synliggör dock det komplex som är förknippat med rehabilitering. En insats till en individ kan ha en positiv effekt medan en negativ på en annan individ. Dessutom kan effekten potentiellt vara positiv om den ges sent snarare än tidigt och tvärtom. Svårigheten kan beskrivas i att finna rätt match, det vill säga rätt metod för en bestämd individ vid rätt tidpunkt.

Baserat på retrospektiva data, i en så kallad observationsstudie, är det ofta svårt att bestämma om det finns en effekt av en behandling. Problemet består i att man från dessa studier inte vet på vilka grunder som individer har fått en insats. Om individer med förväntat lång sjukfrånvaro i högre utsträckning blir föremål för insatser än individer med en förväntat kort sjukfrånvaro finns ett ”mekaniskt” positivt samband mellan sjukfrånvarofallets längd och förekomsten av insats. Om utredaren inte har vetskap om den process som bestämmer tillgång till insatsen (när och till vem) finns därför en stor risk att felaktiga slutsatser dras.

Ett sätt att lösa dessa selektionsproblem är att genomföra randomiserade kontrollerade studier. I en sådan studie ges behandling slumpmässigt till en grupp medan en slumpmässig kontrollgrupp inte får denna behandling. Om randomiseringen är korrekt gjord kan en skillnad i utfall mellan dem som behandlas och de som ingick i kontrollgruppen tros bero på behandling. Det finns dock, tyvärr, många problem med randomiserade studier (se exempelvis List och Rasul 2011). Om antalet individer som ingår i experimentet är litet är det fortfarande svårt att göra korrekta bedömningar. Detta problem förstärks, som det diskuterades ovan, om det finns stora skillnader i effekter beroende på när, vem och vilken behandling som ges.

En nyligen gjord observationsstudie av Jensen med flera (2011) utvärderar införandet av rehabiliteringsgarantin som vänder sig till individer i yrkesverksam ålder som är eller riskerar att bli sjukskrivna för lättare psykisk ohälsa eller för ospecifik smärta i rörelseorganen. De finner att varken multimodal rehabilitering för smärtpatienter eller psykologisk behandling för patienter med lättare psykisk ohälsa inom rehabiliteringsgarantin ökade återgången i arbete. Ett problem med studien kan vara att man inte, retrospektivt, lyckats kontrollera för skillnader i ohälsa mellan de individer som fick behandling och de som inte fick densamma. En annan potentiell förklaring är att åtgärderna inte har genomförts på ett tillräckligt bra sätt eller att åtgärderna inte är effektiva.

I en studie av Waddell med flera (2008) om vilka rekommendationer som kan ges för åtgärder inom arbetslivsinriktad rehabilitering poängteras primärvårdens viktiga roll. Primärvården kan informera och ge råd om ett strukturerat arbetssätt på arbetsplatserna och möjligheter till anpassningar, vilket förenklar återgången i arbete. I rapporten påpekas också att sannolikheten för återgång i arbete kan minska om allt för omfattande insatser sätts

in för tidigt. Den senare slutsatsen stöds med både experiment och svenska observationsdata data i Andersén med flera (2008).

Det finns potentiella förklaringar till dessa resultat. Det finns teorier om att (exempelvis Parsons 1978, Twaddle och Nordenfeldt 1994, Sachs 1987) sjukfrånvaro kan vara ett önskat tillstånd för en individ eftersom detta ger individen en identitet såsom sjuk. Insatser i syfte att rehabilitera individen kan på så sätt konfirmera individens identitet som sjuk och därför förlänga sjukfrånvaron. En alternativ och kompletterande förklaring är att en rehabiliteringsinsats kan innebära olika sekventiella insatser vilket kan leda till en ”inlåsningseffekt” i sjukfrånvaron eftersom det kan vara väntetider till de olika insatserna.

I det följande presenteras resultat från randomiserade kontrollerade studier och översikter. De systematiska kunskapsöversikter som publicerats om effekter av rehabiliteringsåtgärder på återgång i arbete innefattar huvudsakligen randomiserade kontrollerade studier.

4.2 Vetenskapliga studier från Norden och Nederländerna

Anema et al. (2009) är en komparativ studie på totalt 2 825 individer som var sjukskrivna på grund av ryggsbesvär i Danmark, Tyskland, Israel, Nederländerna, Sverige och USA. I länderna förekom olika individuella behandlingar, till exempel fysisk träning och utbildningsprogram i hur man tar hand om sin rygg, så kallade ryggskolor. Det som framkom från studien var att det var väldigt stora skillnader i återgång i arbete mellan länderna men att dessa skillnader inte kunde förklaras med skillnader i individuella behandlingar mellan länderna. I Nederländerna var det högst andel som återgick i arbete (62 procent) och i Tyskland lägst andel (22 procent). Det var betydligt vanligare med anpassningar av arbetet i Nederländerna där vi från kapitel 3 också sett att incitamenten för detta är stora.

Resultatet ovan visar på institutionernas betydelse i vid mening, det vill säga landets försäkringssystem och arbetsgivaransvar, för att förklara en stor del av skillnader i återgång i arbete mellan olika länder. Vidare visar det på de problem som finns med att studera effekter av rehabiliteringsinsatser och vad som främjar återgång när det finns få studier genomförda i ett fåtal länder. Notera att utifrån

denna studie kunde man inte uttala sig om att effekten av olika rehabiliteringsåtgärder beror av sjukförsäkringssystemet. Detta har inte heller undersökts i några andra studier som ingår i de sammanställningar vi funnit.

Tabell 1 visar att de allra flesta studier har undersökt effekten av åtgärder i Norden eller i Nederländerna. Sannolikt påverkas effekten av olika insatser och intresset för att studera rehabilitering och återgång i arbete av utformningen av sjukförsäkringen. Skillnader i sjukförsäkringen kan också föra med sig att rehabiliteringsåtgärder sätts in vid olika tidpunkt under sjukfrånvaron och att långtidssjukfrånvaro definieras på olika sätt. I studier av effekter av rehabiliteringsåtgärder för återgång i arbete kan deltagarna ha varit sjukskrivna i allt mellan några få dagar till mer än 12 månader innan rehabiliteringen påbörjas.

Ett annat problem är att återgång i arbete kan betyda olika saker i olika sammanhang. Betyder återgång i arbete exempelvis att individen går tillbaka till samma arbete som innan sjukdomen och innefattar återgången att individen återgår i arbete på heltid eller räknas också ett par timmars arbete per dag och arbetsträning som återgång i arbete? Krävs det att återgången är stabil under en längre period eller hur värderas nya perioder av sjukfrånvaro?

Tabell 4.1 Översikt över de länder där det genomfördes studier om återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa (antal artiklar)

	Psykisk ohälsa	Besvär från rörelseorganen
Nederländerna	10	13
Sverige	10	17
Norge	4	13
Danmark	3	2
Finland	1	-
Storbritannien	3	-
USA	3	2
Kanada	-	10
Övriga länder	2	4

Anm. Tabellen bygger på artiklar som publicerats i internationella engelskspråkiga vetenskapliga tidskrifter under 1990–2010 presenterade i *Arbete & Hälsa* 2010:44 (Holm med flera 2010) och i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15). Insatser som läkemedelsbehandling och kirurgiska ingrepp ingår inte.

I den svenska sammanställningen av kunskapsläget om åtgärder för att främja återgång i arbetet (Holm med flera 2010) identifieras fem områden som innebär att det är svårt att göra jämförelser mellan studier och att värdera och generalisera resultaten:

- skillnader i försäkringssystem,
- förändringar i arbetsmarknaden över tid och skillnader mellan länder,
- definitionen av återgång i arbete är inte entydig,
- sjukskrivningens längd innan rehabiliteringsåtgärden genomförs och
- tiden mellan rehabiliteringsåtgärd och uppföljningen.

4.2.1 Psykisk ohälsa och återgång i arbete

Det finns studier med hög kvalitet som ger ett vetenskapligt stöd för att psykologiska behandlingar, framför allt kognitiv beteendeterapi (KBT), ger symtomlindring vid ångest och depression (SBU 2004). Det finns däremot ingen vetenskaplig evidens för att rekommendera KBT eller andra åtgärder med avseende på återgång i arbete – detta på grund av att det i stort sett saknas kontrollerade randomiserade studier (Aas med flera 2011, Holm med flera, 2010, SOU:2011:15). En förklaring till att det finns så få publicerade studier är att tidigare forskning i mycket liten grad behandlat rehabilitering vid psykisk ohälsa och dess effekt på arbetsförmågan. De studier som är publicerade är gjorda under de senaste åren.

Ett fåtal studier, relativt små randomiserade kontrollerade studier från Nederländerna, av åtgärder baserade på KBT, har publicerats. I en studie undersöktes den kombinerade effekten av KBT och förändringar på arbetsplatsen (Blonk et al. 2006). Den riktade sig totalt till 122 egenföretagare med arbetsrelaterade psykiska besvär och en sjukskrivningstid på 23 veckor. En grupp fick KBT, två behandlingar i veckan under 11 veckor. Den andra gruppen fick KBT under 5–6 veckor kombinerat med arbetsplatsåtgärder för att minska stressen i arbetet. En tredje gjorde endast två kortare besök hos en allmänläkare. Resultatet vid uppföljningen efter tio månader visade att de som fått den kortare KBT behandlingen kompletterat med arbetsplatsåtgärder hade återvänt till arbete tidigare jämfört med övriga. Det fanns ingen skillnad i

återgång i arbete mellan de som bara fått KBT jämfört med den grupp som endast gjort två läkarbesök.

I en annan studie undersöktes 192 anställda inom post- och teleservice som varit sjukskrivna för lättare psykiska besvär i minst två veckor. En grupp deltog i ett KBT-program och de övriga fick ordinarie vård. Efter tre månader hade en större andel i KBT-gruppen i någon utsträckning återgått i arbete, men det var ingen skillnad mellan grupperna med avseende på full återgång i arbete. Efter ett år fanns det ingen skillnad i andelen sjukskrivna mellan de bägge grupperna (Klink et al. 2003).

I ytterligare en studie jämfördes effekten av ett stresshanteringsprogram baserat på KBT i grupp och i individuell form. En tredje grupp fick ordinarie vård, i det här fallet innebar det kontakt med företagsläkaren. Studien var liten, totalt 82 personer och uppföljningstiden var tio månader. Resultatet visade inte på några skillnader mellan grupperna i tid till återgång i arbete (de Vente et al. 2008).

Effekten av lösningsfokuserad behandling, till stor del det samma som KBT, undersöktes i en grupp med lättare psykiska besvär som varit sjukskrivna mindre än tre månader. Vid fem behandlingstillfällen under tio veckor fick 98 sjukskrivna hjälp med att identifiera sina problem, sätta upp problemlösande strategier och att testa lösningarna i vardagslivet. Kontrollgruppen, som bestod av 96 personer, fick ordinarie läkarvård. Vid uppföljningen efter tio månader identifierades inga skillnader i sjukskrivningsdagar eller tid till återgång i arbete (Brouwers et al. 2009). Det har också genomförts en liknande studie i Norge, där resultatet visar att åtgärderna inte gav några effekter på återgång i arbete (Nystuen et al. 2006).

4.2.2 Besvär i rörelseorganen och återgång i arbete

Multimodal rehabilitering innebär att olika professioner samordnar sina insatser. Rehabiliteringen innefattar en kombination av olika åtgärder med psykologiska insatser, fysisk aktivitet och manuella fysikaliska inslag. Enligt SBU:s systematiska genomgång av litteraturen finns det visst vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering för patienter med smärta från rörelseorganen underlättar återgång i arbete (SBU 2010). Däremot är det oklart,

enligt den värdering som SBU gjort av den vetenskapliga litteraturen, vilken typ av multimodal rehabilitering som ger bäst effekt.

Det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att åtgärder på arbetsplatser har en effekt på återgång i arbete och på att minska antalet sjukskrivningsdagar. I en sammanställning av van Oostrom et al. (2009) fann man fem studier med tillräckligt god vetenskaplig kvalitet. Slutsatsen var, trots det låga antalet studier, att det finns ett visst stöd för att åtgärder såsom förändring av arbetsplatsens utrustning, arbetets organisation, arbetsmiljö, och ett samarbete mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen för att vidta åtgärder kan öka återgång i arbete efter en längre tids sjukskrivning.

I en senare randomiserad kontrollerad studie av Lambeck med flera (2010) med individer med kroniska ryggbesvär finner man en positiv effekt på återgång i arbete av en integrerad åtgärd. Återgång i arbete definierades som att gå tillbaka till samma omfattning i arbetstid som före sjukskrivningen, till sitt gamla arbete eller till nya arbetsuppgifter men med bibehållen lön, och inga nya episoder med sjukfrånvaro under minst fyra veckor. Åtgärden bestod i att den sjukskrivna fick ta del av ett strukturerat rehabiliteringsprogram som samordnades av företagshälsovården. Arbetsplatsen var engagerad och i programmet ingick gradvis aktivering, psykologiska och ergonomiska insatser. Arbetsförmågan ökade i interventionsgruppen och deltagare återgick i arbete betydligt tidigare än kontrollgruppen.

Syftet med den systematiska litteraturöversikten i Holm med flera (2010) var att beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten och lättare psykisk ohälsa. I översikten ingick 56 studier om rörelseorganens sjukdomar och återgång i arbetet, 45 där individer slumpvis fördelats till en interventionsgrupp och 11 studier där en eller flera grupper med individer har följts. Sammanställningen innefattade studier publicerade under perioden 1990–2008. Resultatet visar på att det finns ett visst stöd för att åtgärder på arbetsplatsen i samarbete med den sjukskrivne främjar återgång i arbete. Även väl strukturerade mindre insatser, som till exempel information, vägledning och koordinering av vård kan ha en positiv effekt. Men resultaten är inte entydiga. Åtgärder där man kombinerar olika insatser, till exempel sjukgymnastik och psykologiska samtal, eller sammansatta program med en gradvis ökande belastning, ger inte heller några entydiga resultat enligt de få väljorda studier som är publicerade.

En systematisk litteraturöversikt (Aas et al. 2011) om åtgärder på arbetsplatsen för att minska sjukfrånvaro på grund av nackbesvär identifierade ett fåtal studier med hög vetenskaplig kvalitet. Studierna har få deltagare och det är oklart hur stor andel som var sjukskrivna när rehabiliteringsåtgärderna sattes in. Syftet med åtgärderna var att lindra smärta och minska symtomen snarare än återgång i arbete eller minskad sjukskrivning. Slutsatsen är att det finns alldeles för få studier för att på vetenskaplig grund kunna rekommendera eller avfärda arbetsnära insatser, till exempel ergonomisk rådgivning, med syfte att främja återgång i arbete vid nackbesvär.

I stort sett samma slutsats görs i ytterligare en systematisk genomgång av vetenskapliga studier. Syftet var att bedöma hur effektiva insatser i närmiljön och på arbetsplatsen är för att minska sjukfrånvaron och främja återgång i arbete för anställda med besvär i rörelseorganen (Palmer et al. 2011). I granskningen ingick 34 randomiserade studier och åtta longitudinella studier publicerade år 1990 och framåt. I likhet med tidigare refererade sammanställningar var så gott som samtliga studier genomförda i de nordiska länderna, Nederländerna eller Kanada. I 27 av studierna undersöktes återgång i arbete, i 21 studier undersöktes sjukfrånvarons längd och i två studier var utfallet även förlust av arbetet på grund av hälsoproblem. I de studerade rehabiliteringsinsatserna ingick tre olika huvudgrupper:

- åtgärder riktade till den enskilda individen, till exempel ryggskola, utbildning i en bättre arbetsteknik och avslappningsövningar,
- åtgärder bestående av anpassningar av arbetsplatsen, till exempel ergonomiska hjälpmedel och att arbetsuppgifterna blev lättare och
- åtgärder bestående av konsultationer med företagshälsovård, primärvård eller andra aktörer.

De flesta studierna var små, i genomsnitt ingick 107 individer. Även den vetenskapliga kvaliteten var begränsad. Det förekom att utvärderarna varit engagerade i de olika åtgärderna och ibland var procedurerna vid randomiseringen av deltagarna till olika grupper undermåliga, vilket kan ha påverkat utvärderingarna. Dessutom kan

man inte, som man gjorde i ett flertal studier, exkludera de som valt att inte delta i experimentet.

I värderingen av de studier som ingår i den systematiska översikten tas hänsyn till var i kroppen individen hade besvär, längden på pågående sjukskrivning när åtgärderna påbörjades, hur lång tid individerna följdes, antal deltagare i studien och studiens vetenskapliga kvalitet. Resultaten visar att de flesta åtgärder verkade ha en liten, men positiv effekt på återgång i arbete. De större studierna som var väl genomförda visar att chansen att komma tillbaka i arbete ökade med 10 procent, och gav i snitt en halv dags mindre frånvaro. I de mindre studierna, som också hade flera vetenskapliga brister, var effekten något större. Ingen typ av åtgärd var klart mycket bättre än någon annan. Dock var anpassningar av arbetsplatsen eller arbetsplatsnära stöd något mer gynnsamt än individuella åtgärder såsom fysisk träning eller stresshantering. Inget samband mellan den tidsåtgång och de resurser en åtgärd krävde och dess positiva effekt kunde påvisas i de studier som ingår i sammanställningen (Palmer et al. 2011).

Sammanfattningsvis, och där finns en stor samstämmighet, är det mycket begränsat vilka rekommendationer som kan ges för rehabiliteringsåtgärder utifrån den vetenskapliga litteraturen för individer som är sjukskrivna på grund av besvär i rörelseorganen och lättare psykisk ohälsa.

4.3 Effekter av samverkansinsatser

Olika samverkansformer har prövats för att fånga hela individens situation och undvika rundgångsproblematiken. Exempel på dessa är bland annat Finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvård (Finsam), Finansiell samordning mellan Försäkringskassan, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socsam), Frivillig samverkan inom rehabiliteringsområdet som bygger på lokala beslut (Frisam), och Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i form av Pilotinsatser för långtids-sjukskrivna till arbete (Pila).

Det är erfarenheterna härifrån som ligger till grund för såväl tvåpartssamverkan som nationell handlingsplanssamverkan och fyrtpartssamverkan. Dessa samverkansformer finansieras genom de så kallade samverkansmedlen, i dagsläget fem procent av anslaget till sjukpenning.

Kunskapen om samverkan och dess effekter är starkt begränsad, trots de många samverkansaktiviteter som har genomförts sedan början av 1990-talet. Av denna anledning fick Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att kartlägga och systematisera befintliga uppföljningar och utvärderingar som har gjorts av tvåpartssamverkan, nationell handlingsplanssamverkan och fyrpartssamverkan (ISF rapport 2010: 2).

Sammanställningen baseras på 122 externa uppföljnings- och utvärderingsrapporter. 94 rapporter behandlade fyrpartssamverkan, fem rapporter berörde tvåpartssamverkan och fyra handlingsplanssamverkan. I sammanställningen ingår också 19 av Försäkringskassans återrapporteringar till regeringen, vilka innefattar samtliga aktuella samverkansformer.

De slutsatser som kan dras av sammanställningen är för det första att de flesta studierna som gjorts är inriktade på effekter/uppföljning på symtomlindring och förbättrad funktion. Det finns betydligt färre studier om effekterna på återgång i arbete. En konsekvens blir att inga rehabiliteringsinsatser kan på vetenskaplig grund rekommenderas med avseende på återgång i arbete. För det andra saknas kunskap om effekterna av de olika samverkansformerna.

5 Privata rehabiliteringsförsäkringar

Det har vuxit fram en marknad av privata sjukvårdsförsäkringar under de senaste åren (se Konsumentverket 2010:16, s. 52). Framväxten av de särskilda försäkringar som benämns rehabiliteringsförsäkringar kan knytas till utvecklingen med privata sjukvårdsförsäkringar, något som kommer att framgå av förestående kapitel. Rehabiliteringsförsäkringar är försäkringar som arbetsgivarna tecknar för sina anställda inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering. I grova drag kan rehabiliteringsförsäkringarna sägas täcka arbetsgivarens kostnader för en rehavägledare, som samordnar och planerar rehabiliteringen i samråd med arbetsgivaren och arbetstagaren, kostnader för arbetsplatsanpassning samt kostnader för vissa behandlingar så som behandling hos psykolog och sjukgymnast. Syftet med rehabiliteringsförsäkringarna är att påskynda återgången i arbete med hjälp av arbetslivsinriktade åtgärder. Rehabiliteringsförsäkringarna ger alltså inte tillgång till hälso- och sjukvård. I detta skiljer sig rehabiliteringsförsäkringar från sjukvårdsförsäkringar vars syfte inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering kan ses vara att påskynda återgången i arbete med hjälp av en snabbare tillgång till sjukvård.

Detta kapitel följer den vida och övergripande definition av arbetslivsinriktad rehabilitering som formuleras i inledningen till denna rapport: ”åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av en arbetsoförmåga ska få tillbaka denna och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete”.

I kapitlet belyser vi vilken roll dels de privata sjukvårdsförsäkringarna, dels rehabiliteringsförsäkringarna spelar i Sverige i dag men också eventuellt i framtiden. Efter det inledande avsnittet med definitioner av olika former av privata försäkringar beskrivs de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i den svenska hälso- och sjukvården. I avsnitten 5.2 och 5.3 görs en kartläggning av privata

sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsförsäkringar. Kartläggningen av sjukvårdsförsäkringarna görs primärt utifrån olika enkätundersökningar. Genom att resultat från flera kartläggningar återges i kapitlet tror vi att vi kan förmedla åtminstone en översiktlig bild av de privata sjukvårdsförsäkringarna i Sverige i dag. Innehållet i några rehabiliteringsförsäkringar beskrivs också så som försäkringsbolagen väljer att lansera dem. I avsnitt 5.4 förs en principiell och teoretiskt inspirerad diskussion kring anledningar till att en marknad för framförallt privata sjukvårdsförsäkringar men även rehabiliteringsförsäkringar etableras i Sverige, som har en offentlig och allmän sjukförsäkring och en allmän hälso- och sjukvård. Kapitlet avslutas med en diskussion om framtiden.

5.1 Vilken typ av försäkringar avses?

De privata vårdförsäkringarna ingår i gruppen privata personförsäkringar, som ger ersättning vid inkomstbortfall, sjukdom och dödsfall. Privata personförsäkringar kan tecknas individuellt eller i form av gruppförsäkring. Gruppförsäkringar kan erbjudas via arbetsgivare och fackförbund. Konsumenternas vägledning om bank och försäkring¹ skiljer mellan olika försäkringar enligt följande:

- Olycksfallsförsäkring ger bland annat en engångsersättning vid bestående invaliditet efter en olyckshändelse och gäller därmed *inte* vid sjukdom. Vårdkostnader kan även ersättas.
- Sjuk- och olycksfallsförsäkring är en olycksfallsförsäkring som också ger ersättning för bestående invaliditet på grund av sjukdom.
- Sjukvårdsförsäkring ger tillgång till sjukvårdsrådgivning, vårdplanering, specialistvård och operation hos privata vårdgivare.
- Sjukförsäkring ersätter en del av inkomstbortfallet vid långvarig sjukskrivning. Det finns vanligtvis en karenstid på minst 90 dagar.

Det kan vara så att de privata sjukförsäkringarna och de privata sjukvårdsförsäkringarna sammanblandas. Man bör med andra ord vara uppmärksam på att det i allmän debatt och i dagligt tal

¹ <http://bankforsakring.konsumenternas.se/Forsakring/Personforsakring/>

förekommer att benämningen sjukförsäkring används när det i själva verket är sjukvårdsförsäkringar som avses.

Framställningen som följer gäller till stora delar de privata sjukvårdsförsäkringarna. Benämningen rehabiliteringsförsäkringar reserveras för särskilda försäkringar som arbetsgivare kan teckna för sina anställda inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering. För att vi ska anse att ett försäkringsbolag erbjuder en rehabiliteringsförsäkring måste en sådan särskild försäkring ingå i det utbud av försäkringar bolaget i övrigt har samt vara inriktad på individens återgång i arbete. Sjukvårdsförsäkringar kan ha inslag av rehabilitering, exempelvis rehabilitering efter operation. Detta likställer vi alltså inte med att i fråga varande försäkringsbolag erbjuder den typ rehabiliteringsförsäkring vi studerar här. Inslag av rehabilitering kan dessutom förekomma inom helt andra försäkringsområden, exempelvis inom fordonsförsäkringar.

5.2 De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i den svenska hälso- och sjukvården

I jämförelse med de privata sjukförsäkringarna är det svårare att definiera vilken roll de privata sjukvårdsförsäkringarna har i relation till sitt offentliga alternativ, nämligen den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Frågan är om de privata sjukvårdsförsäkringarna ska betraktas som substitut eller komplement till den offentligt finansierade vården. Försäkringarna kan ses som ett substitut om de ger tillgång till vård som inte ges inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och ett komplement/tillägg om individer med försäkringar erbjuds vård snabbare än vad samhället kan erbjuda. De privata sjukförsäkringarnas ersättningar däremot ingår i en individs totala försäkringskydd: ersättningarna från den allmänna sjukförsäkringen byggs på av kollektivavtalens och de privata sjukförsäkringarnas ersättningar, vilka tillsammans utgör den totala ersättningsnivån för en individ (se Sjögren-Lindquist & Wadensjö 2011).

Utrymmet för de privata sjukvårdsförsäkringarna i Sverige bör ses mot bakgrunden av hur hälso- och sjukvården är finansierad och organiserad. Hälso- och sjukvården i Sverige var år 2008 skattefinansierad till 81,9 procent i jämförelse med EU-genomsnittet som samma år var 73, 6 procent. De privata sjukvårdsförsäkringarnas andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna var år 2008 i snitt

3–4 procent inom EU-länderna. För Sveriges del var andelen så liten att den knappt kan noteras i OECD-statistiken (OECD 2010, Mossialos & Thomson 2004, OECD 2004a, se även Anell 2010).

Ett annat sätt att få en överblick av hur hälso- och sjukvården i Sverige är finansierad är att skilja mellan den landstingsproducerade hälso- och sjukvården och den vård som produceras av privata företag (SCB Statistiska meddelanden 2008). Landstingen dominerar verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet. År 2008 utförde landstingen hälso- och sjukvård till ett värde av 216 miljarder. Landstingen finansierar verksamheten genom landstingsskatt och generella statsbidrag: år 2008 var beloppet 200 miljarder. De privatägda hälso- och sjukvårdsföretagen bedriver en verksamhet som motsvarar 44 miljarder. I SCB-meddelandet konstateras det att det offentliga finansierar 61 procent av den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata företag. Även den privat bedrivna hälso- och sjukvården i Sverige är med andra ord till stora delar finansierad med offentliga medel.

De privata sjukvårdsförsäkringarna kan tecknas både individuellt och i formen av grupp-försäkring. År 2009 (se tabell 2) hade 360 746 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den övervägande delen av de privata sjukvårdsförsäkringarna är betalda av arbetsgivare, nämligen 81 procent. Andelen med grupp-försäkringar, där merparten tecknats via en arbetsgivare, var samma år 10 procent. Andelen med individuella sjukvårdsförsäkringar var 9 procent.² Av befolkningen hade 4,5 procent år 2009 tillgång till en privat sjukvårdsförsäkring (se även Anell 2010, s. 22 som anger en lika stor andel).

Sedan år 2005 redovisas rehabiliteringsförsäkringarna separat i statistiken från Sveriges Försäkringsförbund (nu Svensk Försäkring). Försäkringsförbundets statistik för sjukvårdsförsäkringarna innan 2005 inkluderade även rehabiliteringsförsäkringarna. Då det gäller rehabiliteringsförsäkringarna specifikt måste ökningen av antalet försäkringar betecknas som enorm. Försäkringsförbundet konstaterar att rehabiliteringsförsäkringarna innan år 2005 var väldigt få till antalet – år 2004 hade 1 408 personer en rehabiliteringsförsäkring. År 2009 hade 119 450 personer en rehabiliteringsförsäkring. Av dessa var 93 procent betalda av arbetsgivare, medan den resterande delen (sju procent) utgörs av grupp-baserade rehabiliteringsförsäkringar (Statistikblad från Försäkringsförbund,

² Statistikblad från www.forsakringsforbundet.com

översiktsstatistik från Sveriges Försäkringsförbund 1999–2009, statistikavdelningen).

Tabell 5.1 Antal sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsförsäkringar år 2009 (Sveriges Försäkringsförbund, statistikavdelningen)

	Arbetsgivarbetald	Gruppförsäkring	Individuell försäkring	Totalt
Sjukvårdsförsäkring	293 992	34 943	31 811	360 746
Rehabiliteringsförsäkring	111 323	8 127	-	119 450

Enligt Svensk Försäkring själv bör man iaktta en viss försiktighet i förhållande till de redovisade siffrorna – det kan vara så att försäkringsbolag tillkommit som medlemmar i Sveriges Försäkringsförbund/ Svensk Försäkring och att statistiken över försäkringarna därmed påverkats. Enligt uppgift har sammansättningen av medlemsbolag under de tre senaste åren dock varit jämförelsevis stabil. Det bör här också poängteras att det kan finnas försäkringsbolag som erbjuder rehabiliteringsförsäkringar och som inte är medlemmar av Svensk Försäkring. Ett sådant försäkringsinnehav ingår därmed heller inte i statistiken från Svensk Försäkring.

Rehabiliteringsförsäkringarna och även sjukvårdsförsäkringarna kan på basis av den ovan presenterade statistiken med rätta påstås vara en arbetsgivar driven fråga, något som ger oss anledning till att kort beskriva de regler kring beskattning och framför allt rätt till avdrag som gäller för de arbetsgivare som väljer att teckna en försäkring för sina anställda. Rehabilitering ingår bland de förmåner som är skattefria för arbetstagaren (11 kap. 18 § IL). Arbetstagarens tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering förmånsbeskattas alltså inte. ”Arbetsgivaren får göra avdrag för arbetslivsinriktade åtgärder som han ska svara för enligt 30 kap. 6 § SFB eller om han/hon kan visa att rehabiliteringen syftar till att den anställde ska kunna fortsätta förvärvsarbete (16 kap. 24 § IL). Avdrag får även göras för kostnader för förebyggande behandling, om arbetsgivaren kan visa att behandlingen har ett sådant syfte” (SKV M 2010:14, s. 23). I Skatteverkets meddelande nämns också att försäkringar som bekostar åtgärder inom ramen för 30 kap. SFB eller som syftar till att den anställde ska kunna fortsätta förvärvsarbete *bör* vara avdragsgilla (ibid. s. 24). Det kan redan här sägas att vi noterat att det förekommer att försäkringsbolagen själva i sitt

försäkringsmaterial kring sina rehabiliteringsförsäkringar meddelar att ”försäkringspremien är avdragsgill”.

Då det gäller de privata sjukvårdsförsäkringarna är avdragsrätten för arbetsgivaren beroende av om vården är offentlig eller privat. Utgifter för hälso- och sjukvård i Sverige som *inte* är offentligt finansierade är *inte* avdragsgilla (enligt 16 kap. 22 § IL). Utgifter för offentligt finansierad vård ska däremot dras av. I Skatteverkets meddelande sägs angående sjuk- och olycksfallsförsäkring tagen i samband med tjänst att /.../ ”arbetsgivaren har rätt till avdrag för den del av premien som avser offentlig vård och andra skattepliktiga ersättningar från försäkringen. Om försäkringen omfattar såväl privat som offentlig vård ska premien proportioneras” (SKV M 2010:14, s. 21). Med försäkring tagen i samband med tjänst avses att arbetsgivaren är försäkringstagare och betalar premien och att den anställde är den försäkrade (Skatteverkets ställningstaganden 2005: Fri hälso- och sjukvård genom försäkring som tecknats av arbetsgivare). I det nämnda ställningstagandet presenteras typfall av olika sjukvårdsförsäkringar som finns på marknaden.

5.3 Undersökningar om försäkringsinnehav

I det följande presenteras först några enkätkartläggningar av innehavet av sjukvårdsförsäkringar. Vi har valt att presentera undersökningarna för att ge en uppfattning om vilka grupper i samhället har tillgång till försäkringarna – uppgifter som vi inte kan få tillgång till på något annat sätt. Det bör påpekas att vi är hänvisade till att redovisa resultaten så som de presenterats i rapporterna. Sedan presenteras innehållet i några rehabiliteringsförsäkringar. Uppgifterna om rehabiliteringsförsäkringarnas innehåll och utbredning har hämtats från försäkringsbolagen direkt.

5.3.1 Undersökningar om befolkningen

Välfärdstendens 2011 (Folksam)

Försäkringsbolaget Folksam ger för fjärde året i rad ut en rapport som granskar löntagarnas försäkringsförmåner. Undersökningen omfattar 2 604 förvärvsarbetande personer i åldrarna 18–65 år. Undersökningen genomfördes av Synovate. Av samtliga svarande är det 16 procent som säger sig ha en sjukvårdsförsäkring.

Det är bland TCO-medlemmarna som andelen med försäkring ökar mest: mellan åren 2010 och 2011 ökade andelen som anger att de har försäkring från 14 till 22 procent. Av rapporten framgår också att det är i åldersgruppen 18–29 år som intresset för att teckna en privat vårdförsäkring är som störst.

De privata sjukförsäkringarna – försäkringar som täcker inkomstbortfall – är mer vanligt förekommande än de privata sjukvårdsförsäkringarna enligt Folksam undersökning Valfärdstendens. Andelen löntagare som har en privat försäkring – antingen individuell eller gruppbaserad genom facket – är 37 procent. Även här är ökningen bland TCO medlemmar störst. Andelen med privat sjukförsäkring har ökat från 35 till 58 procent mellan åren 2008 och 2011.

Vårdbarometern 2010

En fråga om kompletterande hälso- och sjukvårdstjänster ingår i Vårdbarometern som genomförs årligen i alla landsting och regioner förutom i Gotlands kommun. Vårdbarometern är sedan 2010 en renodlad befolkningsenkät. Undersökningen genomfördes av Institutet för kvalitetsindikatorer på uppdrag av de deltagande landstingen och regionerna. Samordningen av undersökningen gjordes av Sveriges Kommuner och Landsting. Urvalsramen består av individer som är bosatta i respektive landsting/ region i Sverige och som är 18 år och äldre. Undersökningen bygger på ett obundet slumpmässigt urval för varje landsting och genomfördes genom telefonintervjuer. Totalt blev 45 852 personer uppringda och 20 000 svarade, vilket betyder att den okorrigerade svarsfrekvensen är 43,6 procent. Den korrigerade svarsfrekvensen för undersökningen är 52,8 procent.

På frågan om man själv eller via sin arbetsgivare tecknat en kompletterande försäkring för hälso- och sjukvårdstjänster svarade 17 procent ja och på följdfrågan om varför de tecknat en kompletterande försäkring för hälso- och sjukvårdstjänster svarade

- 49 procent att det var för att de fått erbjudandet via sin arbetsgivare,
- 19 procent för att få snabbare tillgång till sjukvård och
- 15 procent för att vara säkra på att få sjukvård när de behöver.

Det är alltså framförallt tillgången till försäkringen genom arbetsgivaren som anges som anledning till att man har en sjukvårdsförsäkring.

De båda enkätundersökningarna ger en samstämmig bild – 16 respektive 17 procent. I den senare undersökningen består dock urvalet av personer som är 18 och äldre, medan den tidigare begränsar sig till förvärvsarbetande 18–65 åringar. Det är intressant att jämföra med den tidigare presenterade statistiken från Svensk Försäkring för sjukvårdsförsäkringar: om antalet personer med sjukvårdsförsäkringar relateras till befolkningen i åldrarna 18–65 år för år 2009 landar andelen vid 7,3 procent. I enkätundersökningarna verkar alltså försäkringsinnehavet att ha överskattats av de som säger sig ha tillgång till en försäkring, vilket kan ha att göra med osäkerhet kring och sammanblandning av vilken typ av försäkring man har. Samtidigt bör det ändå framhållas att de båda tillgängliga enkätkartläggningarna förmedlar ungefär samma nivå av försäkringsinnehav. Likaså bör man hålla i åtanke att alla försäkringsbolag som erbjuder sjukvårdsförsäkringar inte ingår i statistiken från Svensk Försäkring, vilket kan betyda att andelen med försäkring som baseras på statistiken är något för låg.

5.3.2 Undersökningar om företagare/företag

Driftig men otrygg 2011 (Folksam)

Folksam har gjort en särskild undersökning av försäkringsskyddet hos personer som driver företag. Undersökningen genomfördes av Synovate i mars 2011. Undersökningen begränsar sig till personer som driver företag som har högst 19 anställda och som alltså är småföretagare. Intervjuer gjordes bland 500 småföretagare av totalt 410 000. Av undersökningen framgår att 47 procent av småföretagarna har en privat sjukvårdsförsäkring. I rapporten anges att hälften av de manliga företagarna och en tredjedel av de kvinnliga företagarna har en privat sjukvårdsförsäkring.

Siffrorna gäller personerna som driver företagen – alltså inte försäkringsskyddet för företagets anställda. Rapporten lyfter fram företagarnas eget försäkringsskydd – även om företaget har slutit ett kollektivavtal ansluts inte företagaren per automatik till kollektivavtalet, utan han/hon måste själv ansluta sig till avtalet.

SEB:s Företagarpanel om privata sjukvårdsförsäkringar (2010)

Även SEB:s företagarpanel har ställt frågor om privata sjukvårdsförsäkringar. Drygt 1 000 småföretagare är tillfrågade. När frågan gäller företagarna själva uppger 46 procent att de har en privat sjukvårdsförsäkring. Frågan lyder: När det gäller dig själv, har du en sjukvårdsförsäkring (tillgång till vård snabbt)? Andelen företagare med sjukvårdsförsäkring tilltar med företagets storlek: i gruppen företag som inte har några anställda är andelen med försäkring 24 procent, i gruppen 1–9 anställda 49 procent, i gruppen 10–49 anställda 62 procent, medan andelen försäkrade i gruppen 50–249 anställda är 60 procent. Av de företagande kvinnorna har 39 procent en försäkring medan motsvarande andel för männen är 49 procent.

I SEB:s företagarpanel ingår också en fråga om försäkringskyddet för de anställda inom företaget som helhet. Frågan lyder: Erbjuder du dina anställda sjukvårdsförsäkring som en förmån? Det är 17 procent av företagen som erbjuder alla sina anställda en sjukvårdsförsäkring, medan 10 procent av företagen bara erbjuder försäkringar till vissa inom företaget.

I företagarpanelen ställdes också en följdfråga om i vilken mån man anser att sjukvårdsförsäkringen ger resultat. Frågan till företagarna lyder: Upplever du att det påverkar ditt företags produktivitet och resultat att du/dina anställda får tillgång till vård via en sjukvårdsförsäkring? Svaren ”ja definitivt” och ”ja i viss mån” anges av 36 respektive 29 procent. Andelen som svarade vet ej på frågan är 18 procent och andelen med nekande svar (nej, det påverkar inte företagets resultat och produktivitet) är 17 procent.

Svenskt Näringsliv – TJP (2008): Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inklusive försäkringstjänster och sjukfrånvaron

Tegle Jansson & Partners (TJP) har på uppdrag av Svenskt Näringsliv genomfört en undersökning som baseras på medlemsföretag i Livsmedelsföretagen, Sveriges Byggindustrier och Transportgruppen. Undersökningen bygger på en enkät som genomfördes år 2007. Urvalet omfattar samtliga företag med 30–499 anställda i nämnda medlemsgrupper av Svensk Näringsliv. Svarsfrekvensen var 61,5 procent.

Frågan om sjukvårdsförsäkringen och rehabiliteringsförsäkringen formulerades enligt följande: Har företaget tecknat någon av följande försäkringar för alla anställda som arbetar: (gäller ej försäkringar som bara omfattar en mindre grupp av anställda)? Andelen som svarar ja på frågan om innehavet sjukvårdsförsäkring i denna undersökning är 10 procent, medan andelen är 4 procent då frågan gäller rehabiliteringsförsäkring.

5.3.3 Marknaden för rehabiliteringsförsäkringar

I det följande presenteras innehållet i rehabiliteringsförsäkringar som erbjuds av några försäkringsbolag. Framställningen gör på inget vis anspråk på att vara komplett. Försäkringarna har valts ut för att de tydligt lanseras som en rehabiliteringsförsäkring i försäkringsbolagets försäkringsutbud i övrigt. Framställningen bygger på den text som presenteras i broschyrer och försäkringsvillkoren för rehabiliteringsförsäkringarna för i fråga varande försäkringsbolag. De försäkringar som presentas finns också bland de största försäkringsbolagen. Presentationen tar fasta på de olika varianter av rehabiliteringsförsäkringar som erbjuds och ska betraktas som exemplifieringar av de försäkringslösningar kring arbetslivsinriktad rehabilitering som förekommer på marknaden. Information om försäkringarna har hämtats från internet. Att informationen fortfarande är aktuell har sedan kontrollerats genom telefonkontakt med försäkringsbolagen. Framställningen inleds med siffror om antalet rehabiliteringsförsäkringar som vi begärt in direkt av de största försäkringsbolagen. Att siffrorna som vi fått är ungefärliga kommer att framgå – vår avsikt är att ge en uppfattning om hur sammansättningen av marknaden för rehabiliteringsförsäkringar ser ut.

Försäkringsbolagen ger oss efter kontakt med anställda vid i fråga varande försäkringsbolag nedanstående siffror över antalet personer som har en privat rehabiliteringsförsäkring.

- Skandia: 115 000 personer totalt har någon form av bolagets rehabiliteringsförsäkring. Av dessa har 95 000 personer en kombination av en sjukförsäkring (täcker inkomstbortfall) och en rehabiliteringsförsäkring. Kombinationen sjukvårdsförsäkring och rehabiliteringsförsäkring har tecknats för 5 000 personer. Rena rehabiliteringsförsäkringar (bara rehabiliteringsförsäkring) innehas av 15 000 personer.

- Trygghansa (år 2009): Totalt 8 500 individer har en rehabiliteringsförsäkring. Av dessa innehas en kombinationsförsäkring med sjukvård och rehabilitering av 3 500 individer, medan antalet personer som har en ren rehabiliteringsförsäkring är 5 000.
- Länsförsäkringar: ”Efterfrågan är mycket låg”.
- If: lanserade en rehabiliteringsförsäkring 2005. Liten skala.
- Folksam: ”i mindre skala på någon ort – verksamheterna/produkterna nu nedlagda”.
- SEB Trygg liv: ingen uppgift.
- Euro Accident Health & Care Insurance AB (inte medlem av Svensk Försäkring): år 2008–2009 cirka 1 000 individer, år 2010 cirka 5 000 individer. År 2011 har totalt cirka 14 000 individer någon form av bolagets rehabiliteringsförsäkring. Kombinationsförsäkring med sjukvård och rehabilitering innehas av cirka 5 000 individer, kombinationsförsäkring med sjukförsäkring (ersätter inkomstbortfall) och rehabilitering har tecknats för cirka 8 900 individer och en ren rehabiliteringsförsäkring innehas av cirka 900 individer.

Ett bolag (Skandia) dominerar alltså marknaden för rehabiliteringsförsäkringar. En stor del av detta bolags rehabiliteringsförsäkringar kombineras med en annan försäkring, nämligen med en sjukförsäkring som täcker inkomstbortfall.

I det följande presenteras innehållet i några försäkringsbolags rehabiliteringsförsäkringar. Först presenteras försäkringar som erbjuds av bolagen enbart i formen av en rehabiliteringsförsäkring. Därefter presenteras rehabiliteringsförsäkringar som kombineras med antingen en sjukvårdsförsäkring eller en sjukförsäkring.

Rehabiliteringsförsäkring utan vårdinslag – ren rehabiliteringsförsäkring

(Länsförsäkringar) Rehabiliteringsförsäkringen kan tecknas av arbetsgivare och organisationer för sina medarbetare. De anställda som ansluts till försäkringen ska vara fullt arbetsföra, vilket betyder att man kan utföra sitt vanliga arbete utan inskränkningar. Försäkringen kan tecknas tidigast för anställda vid 16 års ålder och

senast vid 63 års ålder. Den gäller till och med den månad den försäkrade fyller 65 år. Försäkringen gäller enligt försäkringsvillkoren för försäkringstagaren, nämligen arbetsgivaren. Försäkrade är alla namngivna i Sverige tillsvidare anställda hos försäkringstagaren. Den försäkrade ska vara bosatt och folkbokförd i Sverige samt inskriven i allmän försäkringskassa för att försäkringen ska gälla. Försäkringen gäller därmed heller inte anställda i utlandstjänst.

Försäkringen ger tillgång till en rehabiliteringsvägledare som ska underlätta att en rehabiliteringskartläggning görs så snabbt som möjligt och att ett förslag till rehabiliteringsplan upprättas. Anställda som kan förväntas bli frånvarande från arbetet på grund av sjukskrivning under en längre tid än fyra veckor i följd eller har upprepade perioder av kortare sjukperioder (minst sex) kan få hjälp av en rehabledare, vars tjänster alltså ingår i rehabiliteringsförsäkringen. Däremot gäller försäkringen inte yrkesvägledning eller karriärplanering och resekostnader till och från behandling.

Försäkringen täcker kostnader för rehabledaren, arbetsplatsanpassning, arbetsträning hos arbetsgivaren, behandling hos legitimerad psykolog/ psykoterapeut, behandling hos legitimerad sjukgymnast/naprapat/kiropraktiker (högst tio behandlingstillfällen efter remiss) samt den försäkrades byte av arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Försäkringen täcker också kostnader för multi-professionella åtgärder, vilket betyder att flera specialister så som läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer alternativt psykologer träffar den sjukskrivne.

Kostnaderna för rehabledaren innefattar kartläggning av rehabiliteringsbehovet, upprättande av arbetsgivarintyg, även möten mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan och andra intressenter under den tid utredningen görs. Kostnaderna inkluderar avrapportering till arbetsgivaren som innefattar ett förslag till rehabiliteringsplan. Kostnaderna ska godkännas av Länsförsäkringar.

År 2010 var premien 80 kronor per månad per försäkrad. Högsta ersättningen per skada är totalt fem prisbasbelopp, varav ett prisbasbelopp för rehabiliteringskartläggning och ett prisbasbelopp för multidisciplinära åtgärder. I försäkringen finns en självrisk.

Rehabiliteringsförsäkring med vårdinslag vid förväntad vårdkö

(Trygghansa) Försäkringen tecknas på årsbasis och gäller samtliga anställda i företaget. I de allmänna försäkringsvillkoren framgår att försäkringen omfattar rehabiliteringsansvar för den grupp av personer som anges i försäkringsavtalet. För att en anställd ska kunna omfattas av försäkringen krävs att han/hon är fullt arbetsför vid tecknandet av försäkringen. Den anställde ska vara bosatt i Sverige och inskriven i svensk försäkringskassa.

Insatserna som försäkringen ger rätt till delas in i två faser. Fas 1 innefattar utredningen. I fas 2 ingår själva rehabiliteringen.

Försäkringen ger i utredningsfasen tillgång till en rehabledare som gör en kartläggning och en behandlingsplan. Specialister anlitas vid behov. Rehabledaren förser arbetsgivaren med underlag för planen för återgång i arbete eller rehabiliteringsplanen. Försäkringen ersätter kostnader för rehabiliteringsvägledning och utredning samt kostnaden för att upprätta förslag till plan för återgång i arbete eller rehabiliteringsplan.

I själva rehabiliteringsfasen ersätter försäkringen den rehabilitering som planerats. Det kan även gälla behandling av olika typer av missbruk. Försäkringen täcker kostnader för arbetsplatsanpassning, arbetsträning och arbetsprövning enligt plan.

Rehabiliteringsförsäkringen ger också tillgång till privat vård om det kan förväntas att väntetiden till den offentliga vården blir längre än 45 dagar efter remiss. Försäkringen inkluderar den anställdes familj då det gäller rådgivning och psykologiskt stöd. Försäkringen ersätter även byte av arbetsuppgifter (så som utbildning och flytt inom företaget). Vidare kan ersättning ges för stöd på arbetsplatsen, exempelvis stödjande gruppsamtal till berörda. Försäkringen ersätter också en avrapportering till arbetsgivaren efter varje avslutat fall.

Inte heller här täcker försäkringen kostnader för utbildning eller åtgärder som syftar till att ge den anställde arbete hos en annan arbetsgivare. Försäkringen täcker inte heller lön för den anställde eller kostnader för ersättare. Resekostnader ingår inte.

Premiens storlek kan variera beroende av antalet anställda och sjukfrånvaron i företaget. Den högsta ersättningen är 150 000 kronor per skadefall. Försäkringen täcker hela kostnaden för utredning och rehabvägledning. Vidare täcks hälften av arbetsgivarens kostnader för rehabilitering.

Kombination av rehabiliterings- och sjukvårdsförsäkring

(Skandia) Bolaget erbjuder en försäkring som är en ren rehabiliteringsförsäkring men som också kan kombineras med en sjukvårdsförsäkring.

Den rena rehabiliteringsförsäkringen omfattar anställda hos arbetsgivare som har sin verksamhet i Sverige. Den anställde ska vara 16 år men ännu inte ha fyllt 66 år. Delägare, styrelseledamöter i handelsbolag och kommanditbolag samt innehavare av registrerad enskild firma kan jämföras med en anställd. Den försäkrade ska vara folkbokförd och bosatt i Sverige. Försäkringen gäller i normalfallet inte visstidsanställda. Visstidsanställda kan dock omfattas enligt särskild överenskommelse i samband med att försäkringen tecknas. Den försäkrade ska vara fullt arbetsför.

En rehabvägledare gör en bedömning vid risk för nedsatt arbetsförmåga. Bedömning av arbetsförmågan görs genom djupintervju och nulägesanalys. Bedömningen gäller om det finns särskilda behov av utrednings- och rehabiliteringsåtgärder och om det behövs ytterligare rehabvägledning. Rätten till rehabvägledning avgörs av försäkringsbolaget.

Rehabledaren upprättar i samarbete med arbetsgivaren en plan för återgång i arbete. Rehabiliteringen som erbjuds inom ramen för försäkringen är samtalsterapi, funktionsanalys, arbetsplatsanalys, vägledning till yrkeslivsplanering, bedömning av specialistläkare och planeringsmöten. Med planeringsmöten avses att rehabvägledaren vid behov sammankallar den försäkrade och berörda parter till möte. Parterna kan vara arbetsgivaren, Försäkringskassan och eller/behandlande läkare.

I de allmänna villkoren för försäkringen framgår att rehabiliteringsförsäkringen inte täcker vård och rehabilitering som faller under sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde med undantag för åtgärder som faller under punkten samtalsterapi. Ett rehab-center (Sophia-hemmet) ansvarar för samtliga tjänsteleveranser till rehabiliteringsförsäkringen i Sverige.

Premien för rehabiliteringsförsäkringen är 850 kronor per anställd och år. Ersättning lämnas med maximalt 1,5 prisbasbelopp per försäkringsfall.

En paketlösning erbjuds i anslutning till basutbudet i bolagets privata sjukvårdsförsäkring – basutbudet i sjukvårdsförsäkringen kan kombineras med rehabiliteringsförsäkringen. Genom den privata sjukvårdsförsäkringen ges den försäkrade bland annat

tillgång till sjukvårdsrådgivning dygnet runt, ersättning för patientavgifter upp till högkostnadsskyddet, vårdgaranti, specialistläkarevård, operation och sjukhusvård, eftervård och rehabilitering efter vård. Till försäkringsbolagets nätverk har knutits läkare, sjukgymnaster, naprapater/kiropraktorer och psykologer. Försäkringen ger tillgång till vård på privata sjukhus, kliniker och mottagningar.

Ansökan görs av den anställde som fyller i uppgifter om hälsa eller genom att arbetsgivaren intygar att den anställde är fullt arbetsför. Försäkringen kan vidare tecknas med eller utan krav på remiss.

Kombination av rehabiliteringsförsäkring och sjukförsäkring

(Skandia) Försäkringsbolaget erbjuder också rehabilitering i anslutning till en privat sjukförsäkring, med andra ord en försäkring som ersätter inkomstbortfall vid långvarig sjukfrånvaro. Kombinationen består av två delar: en sjukförsäkringsdel som begränsar inkomstförlusten vid lång sjukfrånvaro och en rehabiliteringsdel som ger rehabiliteringshjälp för återgång till arbete. Rehabiliteringsdelen erbjuds kostnadsfritt och är formellt sett inte en del av sjukförsäkringen utan erbjuds som en särskild förmån. I prospektet från försäkringsbolaget sägs att avsikten är att erbjuda rehabiliteringshjälp så länge det sparar pengar i hela sjukförsäkringen. Att så är fallet baserar försäkringsbolaget på studier från ett antal pilotprojekt – företag med rehabiliteringsinslag i sina sjukförsäkringar sägs ha minskat sina sjukskrivningar med upp till 40 procent.

Konsumentverkets kritik

Det har framförts en viss kritik till hur försäkringsbolagen bedriver sin marknadsföring kring försäkringarna på välfärdsområdet. Konsumentverket har av regeringen haft ett uppdrag att granska marknadsföring och förköpsinformation och avtalsvillkor rörande tilläggsförsäkringar riktade till konsumenter (Konsumentverkets rapport 2010:16). I rapporten lyfts bland annat frågan om kötiderna i den offentliga vården. Det framgår inte alltid för försäkringstagarna att det finns en vårdgaranti inom den offentliga vården. Likaså pekar rapporten på informationen om vårdtillgången – det förekommer att vården är koncentrerad till bara ett fåtal orter

i landet, vilket inte alltid framgår på ett tydligt sätt av den information försäkringstagarna får.

5.4 Sjukvårds- och rehabiliteringsförsäkringarnas framtida roll – en principiell slutdiskussion

I det följande förs en principiell och en teoretiskt inspirerad diskussion om de privata försäkringarna på det arbetslivsinriktade rehabiliteringsområdet. Hur kan man resonera kring drivkrafter bakom sjukvårdsförsäkringar/rehabiliteringsförsäkringar? Vad kan vi förvänta oss om rehabiliteringsförsäkringarnas framtida roll utifrån det utrymme och den utformning de har i dag? Till sist förs en avslutande diskussion om vad man kan förvänta sig om rehabiliteringsförsäkringarnas effekter.

5.4.1 Varför privata försäkringar?

De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll är beroende av hur hälso- och sjukvården är uppbyggd i grunden. Täcker hälso- och sjukvårdssystemet hela befolkningen och om utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster är stort, är utrymmet för privata sjukvårdsförsäkringar rimligtvis inte särskilt stort. Detta är något som man bör hålla i åtanke när man diskuterar de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll och särskilt när privata sjukvårdsförsäkringar ska jämföras mellan olika länder.

Olika funktioner för privata sjukvårdsförsäkringar har identifierats i en OECD rapport (OECD 2004b). De privata sjukvårdsförsäkringarna kan ha en primär funktion (a). Försäkringarna ger då tillgång till hälso- och sjukvård som individen inte kan få på annat sätt. I en överlappande funktion (b) ger försäkringarna service som också finns att tillgå inom ramen för det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Försäkringarna kan då marknadsföras som ett alternativ till den offentliga sjukvården. I en kompletterande/utfyllande funktion (c) täcker försäkringen kostnader för service som fyller ut den allmänna hälso- och sjukvården. En tilläggsfunktion (d) får försäkringen om den täcker kostnader för service som inte ges inom ramen den allmänna hälso- och sjukvården.

Frågan är var de privata sjukvårdsförsäkringarna som erbjuds i Sverige ska placeras. Ska försäkringarna ses som ett komplement till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i meningen att de ger den försäkrade en extra guldkant på tillvaron? Eller ger de tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård som det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet inte kan finansiera? Eller ska försäkringarna ses som dubbelförsäkring/överförsäkring i meningen att det offentligt finansierade systemet ger tillgång till liknande service?

Misstro mot det offentliga systemet kan vara en drivkraft för individen att skaffa sig ett privat försäkringsskydd. Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemets förmåga att leverera misstros och individen söker sig privata lösningar. Misstron är specifik eftersom den riktas mot en enskild institution, hälso- och sjukvården, till skillnad från generell misstro som riktas mot det politiska systemet i allmänhet. Misstron är förväntningsbaserad och utfallsorienterad: det är den förda politiken som skapar besvikelse (se översikt i Möller 1998). Den förda politiken kan avse omfattningen av och därmed tillgången till hälso- och sjukvård och rehabilitering, något som gör att individen, och i det här fallet arbetsgivaren, finner anledning att se över sina anställdas tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. En variant av detta resonemang är att individer utifrån egen erfarenhet väljer bort den offentliga hälso- och sjukvården och markerar sitt missnöje genom att söka sig privata alternativ i stället. Erfarenheten av offentlig service låter sig alltså förenas med en form av politiskt deltagande som innebär att individen lämnar den offentliga vården (exit) i stället för att försöka påverka den (voice) (Solevid 2009).

Man bör dock minnas att i ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, som även inkluderar privat vård, betyder det nödvändigtvis inte någonting finansiellt för individen att han vänder sig till en privat vårdproducent i stället för till en offentlig. Läget är däremot annat för den arbetsgivare som väljer att för sina anställda teckna och betala för privata sjukvårdsförsäkringar som ger de anställda tillgång till ett nätverk av privata producenter. Om individer i ökad utsträckning är villiga att betala för privata sjukvårdsförsäkringar eller om de genom sina arbetsgivare oftare får tillgång till sådana försäkringar kan det förväntas att det kommer att finnas en minskad vilja i samhället att betala för den skattefinansierade hälso- och sjukvården.

Det råder dock delade meningar om huruvida det är missnöje med den offentliga vården som skapar efterfrågan på privata

sjukvårdsförsäkringar (Mossialos & Thomsson 2004 s. 37). Bilden av en utbredd misstro mot eller ett utbrett missnöje med sjukvården i ett samhälle är en faktor som kan tänkas ge försäkringsbolagen underlag att marknadsföra ett behov av privata sjukvårdsförsäkringar. Det bör dock påpekas att hälso- och sjukvården tillhör de offentliga verksamheter som röner mest uppskattning bland vuxen befolkning i Sverige (Statskontoret 2011).

Att teckna försäkringar för sina arbetstagare kan också tänkas ge arbetsgivaren fördelar som ligger utanför hans intresse att snabbt få tillbaka sin arbetstagare i arbete och därmed kunna hålla produktionen i gång på arbetsplatsen. En sådan fördel skulle exempelvis kunna vara att det finns skattemässiga fördelar för arbetsgivaren med att anordna rehabilitering via en försäkringslösning.

Det kan också vara viktigt för arbetsgivaren att med hjälp av försäkringen kunna peka ut fördelar med att vara anställd hos just honom/henne. En sådan utgångspunkt kan tas i diskussionen om selektiva fördelar (Olson 1965, 1971, s. 51). Det är viktigt för en organisation att den lyckas utforma fördelar som är exklusiva för medlemmarna och som därmed inte inkluderar icke-medlemmar. Denna typ av argumentation lämpar sig väl för gruppförsäkringar som individen kan teckna genom sitt fackförbund. Individen får då tillgång till försäkringsförmåner i kraft av sitt medlemskap.

Försäkringslösningarna som tecknas av en arbetsgivare skulle alltså kunna betraktas som ett medel för arbetsgivaren att gentemot andra arbetsgivare attrahera och behålla god arbetskraft och samtidigt få de anställda att verka för företagets bästa. En specialdesignad försäkringslösning för de anställda skulle med andra ord vara det som gör att arbetstagaren väljer att söka sig till arbetsgivaren eller att stanna kvar hos arbetsgivaren. I ett system med en allmän och en skattefinansierad hälso- och sjukvård ger de privata sjukvårdsförsäkringarna arbetsgivarna möjlighet att åstadkomma och framförallt tydliggöra ett mervärde med att vara anställd hos en bestämd arbetsgivare.

5.4.2 En avslutande diskussion om förväntade effekter

Det visar sig att rehabiliteringsförsäkringarna förekommer i kombination med sjukvårdsförsäkringar, exempelvis så att rehabiliteringsförsäkringen kan tecknas som ett tillägg till sjukvårdsförsäkringen

och erbjuds även gratis i något fall. Detta visar att rehabiliteringsförsäkringarna i praktiken är nära sammankopplade med utvecklingen av de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det är här viktigt att påpeka att rehabiliteringsförsäkringarna också förekommer i kombination med sjukförsäkringar som täcker inkomstbortfall. Har arbetsgivaren tecknat en privat sjukförsäkring för sina anställda kan den anställde vara långtidssjukskriven med en ”hög ersättning”. Blir sjukskrivningarna många och långa blir kostnaderna höga för Försäkringskassan, avtalsförsäkringarna och de försäkringsbolag som betalar ut de privata sjukförsäkringarnas ersättningar. Det blir därför viktigt för företagen att både införa kontroll och rehabilitering så att försäkringen inte används felaktigt.

En nyckelfråga i diskussionen om rehabiliteringsförsäkringar är om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är mer framgångsrik hos arbetsgivare som tecknat en försäkring än hos arbetsgivare som anordnar rehabilitering på annat sätt. Det är tyvärr omöjligt att här uttala sig om effekterna av rehabiliteringsförsäkringar specifikt med grund i vetenskapliga empiriska studier eftersom vi inte har tillgång till sådana. Vi väljer dock att reflektera kring enstaka förhållanden som framkommit då vi studerat de exempel på rehabiliteringsförsäkringar vi presenterar i rapporten.

Ett av försäkringsbolagen, som sedan år 2004 har erbjudit rehabiliteringsförsäkringar och följt de företag som tecknat sådana försäkringar, säger sig ha funnit dramatiska effekter vad gäller minskad sjukfrånvaro. En positiv effekt av rehabiliteringsförsäkringen kan vara rehabiliteringsvägledarens funktion som kommunikatör och förmedlande länk mellan de olika parterna: det finns en person som ser till att de nödvändiga mötena anordnas mellan de olika parterna. En fråga är om de planer (plan för återgång i arbete/ rehabiliteringsplan) som upprättas inom ramen för rehabiliteringsförsäkringarna överlag är bättre, mer detaljrika eller realistiska än i de fall där arbetstagaren/arbetsgivaren inte har haft tillgång till en rehabiliteringsförsäkring och därmed inte kunnat ta hjälp av en rehabvägledare.

Av innehållet i de rehabiliteringsförsäkringar som vi valt att exemplifiera framställningen med framgår att utbildningsinsatser i rehabiliteringen bara avser utveckling hos den arbetsgivare man redan har och inte utbildning eller utveckling som kan leda till en ny typ av arbete någon annanstans. Återgången i arbete innebär alltså en återgång i arbete hos samme arbetsgivare. Detta kan ur

arbetstagarens synvinkel eventuellt motverka att han/hon tar steget mot en ny yrkeskarriär. Det kan dock här påpekas att ett av bolagen erbjuder vägledning till yrkeslivsplanering.

Rehabiliteringsförsäkringarna, i den mån de kombineras med sjukvårdsförsäkringar, innebär skillnader i tillgång till vård i jämförelse med arbetstagare som inte har sådana försäkringar. Frågan gäller också hur denna tillgång ser ut i praktiken. Konsumentverket konstaterar i sin granskning av marknadsföringen av bland annat sjukvårdsförsäkringar att landsomfattande nätverk av vårdgivare i praktiken kan innefatta vård som finns koncentrerad till landets storstäder. Då uppträder inte bara en skiljelinje mellan arbetstagare som har tillgång till sjukvårdsförsäkringar och inte, utan också skillnader i förutsättningar som har att göra med om man bor på landsbygden eller i en stad.

En grundläggande fråga är naturligtvis vilka försäkringarna tecknas för. I de allmänna villkoren för de rehabiliteringsförsäkringar som beskrivits framgår att det är bara arbetstagare med tillsvidareanställning som omfattas. Ur informationsmaterialet för en försäkring framgår dock att även anställda med visstidsanställning kan omfattas om det särskilt skrivs in i försäkringsavtalet. Möjligheterna att få rehabilitering kan med andra ord skilja sig mellan olika arbetstagare beroende av vilken typ av anställningsform man har.

Ett kriterium som försäkringsbolagen definierar själva är begreppet fullt arbetsför, vilket är en förutsättning för att arbetstagaren ska kunna inlemmas i försäkringskollektivet då försäkringens tecknas. Med full arbetsförhet kan menas att fullgöra sitt vanliga arbete utan undantag och heller inte lyfta ersättningar som har att göra med sjukdom etc. och inte heller av hälsoskäl ha ett anpassat arbete. Frågan är i vilken utsträckning arbetsgivaren och arbetstagaren kan tänkas tänja på ett sådant begrepp. I vilken utsträckning har arbetsgivaren ett intresse av att utesluta eller innesluta individer som han vet eller kanske anser att inte kan prestera fullt? Då det gäller de rehabiliteringsförsäkringar som kan eller ska kombineras med sjukvårdsförsäkringar ingår en hälso-deklaration, vilket utesluter arbetstagare med dålig hälsa. Ytterligare en fråga är på vilket sätt och med vilket innehåll diskussionerna mellan arbetsgivare och försäkringens rehabvägledare förs i den konkreta rehabiliteringssituationen – en sådan diskussion kan exempelvis gälla i vilken mån arbetsgivaren förväntar sig att arbetstagaren kan återfå sin arbetsförmåga.

Kan vi förvänta oss att det genom försäkringarna åstadkoms rehabilitering som annars inte skulle bli av? Arbetsgivaren har uppenbarligen tagit ett ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för sina anställda genom att teckna en särskild försäkring för arbetslivsinriktad rehabilitering. Den privata försäkringens rehabledare förväntas samordna de insatser som erbjuds inom försäkringen och därmed inga andra insatser, inte heller för fler och längre insatser än vad som medges inom ramen för försäkringen. Har arbetsgivaren betalat för en rehabiliteringsförsäkring för sina anställda är det paketet av insatser som ingår i försäkringen som de anställda får tillgång till. Arbetsgivaren kan knappast förväntas vara intresserad av att betala för andra typer av insatser eller anordna andra typer av rehabiliteringslösningar. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle alltså i ett system som domineras av privata rehabiliteringsförsäkringar kunna komma att inlemmas i ett ytterst standardiserat utbud av rehabiliteringsåtgärder. En fråga är också var arbetsgivarnas förebyggande arbete på arbetsplatserna skulle hamna i ett system som domineras av privata rehabiliteringsförsäkringar.

Vilka effekter kan rehabiliteringsförsäkringarna få i ett bredare samhälleligt perspektiv? Frågan gäller naturligtvis hur många sjukskrivna arbetstagare rehabiliteras genom rehabiliteringsförsäkringar och i så fall med vilken effekt. Rehabiliteringsförsäkringarna är än så länge inte särskilt utbredda, vilket betyder att antalet sjukskrivna som kommit till åtnjutande av försäkringarnas förmåner heller inte är stort. Det bör dock påpekas att utvecklingen av antalet rehabiliteringsförsäkringar kan sägas ha varit enorm under de senaste åren.

6 Avslutande diskussion

Det är inte lätt att definiera arbetslivsinriktad rehabilitering och att särskilja denna från medicinsk rehabilitering. Definitionerna kan vara vida så att de exempelvis inkluderar insatser som förebygger sjukskrivning då hälsan börjat svikta. Om det inte är lätt att definiera vad som utgör en arbetslivsinriktad rehabilitering blir det inte heller lätt att ge en samstämmig bild om effekter av densamma. I den här rapporten har vi i stället för att fokusera på enskilda åtgärders effekter fokuserat på att beskriva strukturer och relatera detta till de, i rehabiliteringsprocessens, olika inblandade aktörernas (individ, försäkringskassa och arbetsgivare) incitament, möjligheter och medel.

Kapitel 2 beskriver hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs och mer specifikt Försäkringskassans arbete. I kapitel 3 beskrivs hur arbetslivsinriktad rehabilitering organiseras på ett övergripande plan i Sverige och i sex andra europeiska länder. I kapitel 4 görs en litteraturgenomgång av effekter av arbetslivsinriktad rehabilitering och effekter av samverkansinsatser på återgång från sjukfrånvaro. Privata sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsförsäkringar diskuteras sedan i kapitel 5.

Den huvudsakliga slutsatsen från kapitel 2 är att Försäkringskassan saknar medel att uppnå sina mål med att få de sjukskrivna individerna tillbaka till arbete. Problemet är att Försäkringskassan endast har ett samordningsansvar för rehabilitering. Rehabiliteringsarbetet ska bedrivas av arbetsgivare, och för arbetslösa sjukskrivna, av Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan har inget annat medel än diskussion att tillgå mot arbetsgivare och Arbetsförmedlingen om dessa aktörer inte tar sitt ansvar. Utifrån kapitel 3 kan det konstateras att arbetsgivaren i Sverige har litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis mycket låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner, att den nya företagshälsovårdssatsningen inte riktigt har kommit igång och att

Försäkringskassans uppföljning av sjukfallen inte framstår som offensiv i jämförelse med till exempel Danmark och Nederländerna.

Huvudslutsatsen från kapitel 4 är att det finns ett mycket begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansinsatser leder till minskad sjukfrånvaro. Potentiellt kan man se ett mönster i att åtgärder genomförda på arbetsplatser hade en mer positiv effekt än andra åtgärder. Ett problem med dessa studier är att de ofta är gjorda med få individer. Detta gör att det är svårt att erhålla statistiskt säkerställda resultat. Detta problem förstärks om behandlingseffekter beror på individens förutsättningar och när i en sjukfrånvaro insatsen ges. Detta kan innebära att effekten av en specifik behandling kan vara negativ för vissa men positiv för andra. Om effekten av en insats beror av både möjlighet och drivkraft att återvända till att arbeta kan man tänka sig att en rehabiliterande insats kan leda till en förlängning av sjukfrånvaron snarare än det omvända. Uppmärksamhet av att få en åtgärd/rehabilitering kan förstärka en individs självbild som sjuk (se till exempel Parsons 1978). Med svenska data har till exempel Andersén med flera (2008) kunnat visa på längre sjukfrånvaro för individer som fick multimodal behandling än för de som inte fick densamma.

I kapitel 5 diskuteras slutligen varför det har tillkommit en marknad med privata sjukvårds- och rehabiliteringsförsäkringar. Efterfrågetillväxten beror sannolikt på att arbetsgivare kan tycka att detta är en förmån som kan attrahera viss personal. Om marknaden skulle bli stor skulle detta kunna skapa konflikter med det allmänna, exempelvis så att utbudet av rehabiliteringsåtgärder som erbjuds av försäkringsbolagen står i konflikt med lagstiftningens intentioner. För närvarande ger till exempel försäkringen stöd i rehabiliteringen hos det arbetsgivare man redan har, det vill säga underlättar nödvändigtvis inte byte av yrke. Slutligen kan man dock konstatera att rehabiliteringsförsäkringarna är, trots skatte-subventioner, än så länge inte särskilt utbredda. Detta kunde tolkas som att arbetsgivare tycker att de åtgärder som erbjudas inte på ett effektivt sätt påskyndar återgången i arbete för de sjukfrånvarande individerna. Vid en selektiv genomgång av några rehabiliteringsförsäkringar som erbjuds ser det också ut som att de rehabiliteringsinsatser som erbjuds inte skiljer sig nämnvärt från vad som erbjuds med utgångspunkt i Försäkringskassans samordnade verksamhet och Arbetsförmedlingens verksamhet.

Policyimplikationer

Försäkringskassan ska avgöra om en individ har rätt till försäkring och tillämpa detta på ett likformigt sätt. Bedömning av SGI och kvalifikationskrav kan vara besvärlig många gånger men betydligt svårare är att bedöma arbetsförmåga. Försäkringskassans handläggare ska, baserat på medicinska underlag från en läkare, fatta beslut om individen har en sjukdom som gör att individen inte kan arbeta: (1) inom sitt nuvarande yrke på sin arbetsplats; (2) på sin nuvarande arbetsplats och (3) gentemot hela arbetsmarknaden.

Problemet med att bedöma en individs arbetsförmåga är inget som diskuteras i rapporten men en korrekt bedömning av denna är sannolikt viktigt för att en individ ska få rätt åtgärder och rätt rehabiliterande insatser. De medicinska underlag som läkarna utfärdar har dock kunnat konstaterats vara av undermålig kvalitet. Problemet framstår som stort när också utbildade läkare gör väsentligt olika bedömningar (Goine med flera (2009) och Henriksson, Kiessling och Arrelöv (2009) och Arrelöv (2009)). Problemet med dåliga intyg består troligtvis i att Försäkringskassan inte har några sanktionsmöjligheter mot dåligt utfärdade underlag eller att läkarna saknar incitament att skriva intyg av god kvalitet. Att skapa möjligheter via sanktioner eller ekonomiska incitament för att skriva bra och välmotiverade intyg som underlättar Försäkringskassans arbete med att göra en korrekt bedömning om vilka insatser som behöver genomföras är därför nödvändigt om vi ska behålla nuvarande regelverk.

Försäkringskassan har endast samordningsansvar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Detta innebär att Försäkringskassan ska samordna med dem som har skyldighet att svara för åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, det vill säga arbetsgivare (Arbetsförmedling) och potentiellt landsting.

Utgångspunkten i denna tanke kring samordning synes vara att arbetsgivare vill att den sjukskrivne personen ska tillbaka till arbete. Men detta är inte uppenbart. Många gånger kan orsaken till sjukfrånvaron vara konflikter med chefer och kollegor på arbetsplatsen. En långtidssjukskriven person är också ofta ersatt av en vikarie. Denna vikarie kanske fungerar bättre på arbetsplatsen än den person den ersatt. Det kan därför finnas små drivkrafter från arbetsgivaren att rehabilitera den sjukskrivne personen. Khaledi (2005) finner att arbetsgivaren sällan lever upp till sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar vilket stöder hypotesen om brist på driv-

krafter för att få individer att återgå i arbete och att arbetet med att aktivera och få tillbaka individer i arbete inte fungerar.

Slutsatsen från denna diskussion är att även om vi kunde hitta ett instrument (se till exempel SOU 2008:66 och 2009:89) som perfekt mäter en individs arbetsförmåga inom sitt nuvarande yrke på sin arbetsplats och/eller på sin nuvarande arbetsplats är vi beroende av arbetsgivarens och arbetstagarens goda vilja att definiera arbetsuppgifter som individen kan utföra. Om arbetsgivaren inte vill ha kvar den sjukskrivne individen kommer arbetsuppgifterna sannolikt definieras väldigt snävt.

I ett system med starka ekonomiska drivkrafter för både arbetsgivare och enskild är det nog i det närmaste omöjligt att konstruera ett instrument som entydigt kan definiera en person som arbetsförmögen eller ej. Vi tycker därför att man också måste skapa starkare incitament för arbetsgivaren för förebyggande arbete och engagemang i att rehabilitera arbetstagare i ett tidigt skede i en sjukskrivning. Detta skulle innebära att via ekonomiska incitament decentralisera hela rehabiliteringsarbetet till de parter som är mest lämpliga att bestämma innebörden av arbetsoförmåga inom nuvarande yrke och på nuvarande arbetsplats. Lämpligheten i denna design stärks också från den litteraturgenomgång som gjordes i kapitel 4 där man potentiellt kunde dra slutsatsen att insatser vid arbetsplatsen kunde påskynda genomgången i arbete. Designen föreslås också av Autor and Duggan (2010) som ett sätt att komma tillrätta med de den ökande andelen av personer med förtidspension i USA. Vi anser att det måste bli kostsamt för arbetsgivare om en individ får fortsätta gå sjukskriven en längre tid eller att en person hamnar i sjukersättning.¹ Detta innebär således att sjukförsäkringen delvis ska bli erfarenhetsbaserad, i betydelsen att den riskbaserade delen i förtidspensionsavgiften bestäms på grundval av antalet arbetstagare som har förtidspensionerats under de senaste åren. Arbetsgivare ska till exempel belastas med kostnader (till exempel högre premie) om en person hamnar i sjukersättning. Denna typ av system finns i det Nederländska förtidspensions-systemet (se avsnitt 3.1.3) och i USA och Kanada vid arbetslöshet, arbetsskada och förtidspension.

¹ Hägglund (2010) finner vid utvärdering av Rehabkedjan att de fasta tidsramarna leder fram till att individer lämnar sjukskrivning snabbare. Effekt är starkare för den med starkare förankring på arbetsmarknaden. En tolkning är att Rehabkedjan påverkat både arbetstagare och arbetsgivare så att arbetsåtgång påskyndats.

En sådan reform kommer potentiellt att leda till en ytterligare selektion av arbetstagare. Denna potentiella ökade selektion kan dock minskas eller rent av undvikas genom att skapa undantag från att drabbas av den erfarenhetsbaserade premien när individer med en konstaterad arbetsförmåga innan en anställning är frånvarande. Innebörden av detta är att det är lättare att göra korrekta bedömningar av en individs arbetsförmåga före en anställning (och potentiell sjukfrånvaro) än efter en lång sjukfrånvaro. Vid bedömning om arbetsförmåga i samband med en sjukfrånvaro är beslutet om arbetsförmåga eller ej sannolikt påverkad av både arbetsgivarens och arbetstagarens incitament. Ett intressant alternativ till denna design vore att lagstifta om att en arbetsgivare ska ha ett visst antal individer med nedsatt arbetsförmåga anställda vid en arbetsplats. En sådan lag finns i Tyskland (se avsnitt 3.1.6).

Referenser

- Aas, R. W. et al (2011) Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database Syst Review*. April 13;(4).
- Adam, S., Bozio, A., Emmerson, C., Greenberg, D., Knight, G. (2008) *A cost-benefit analysis of Pathways to Work for new and repeat incapacity benefit claimants*. Research Report No 498. London: Department for Work and Pensions.
- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson A-S., Johansson, P., Lindahl, E. och Winblad, U. (2008) *Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning*. Rapport 2008:8, IFAU.
- Anell, A. (2010) Några av vårdens utmaningar. *Sjukvårdens utmaningar*. SNS Välfärdsrapport. SNS förlag Stockholm.
- Anema J.R., Schellart A.J., et al (2009) Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil*. Dec;19(4):419-26.
- Arbetsdepartementet, *FOR 2008-12-11 nr 1320: Forskrift om arbeidsrettede tiltak mv*. <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20081211-1320.html>
- Arbetsmarkedsstyrelsen a, *Arbejdsgivers opgaver kort fortalt*. <http://www.ams.dk/Reformer-og-indsatser/Indsatser/Sygefravaersguide/Arbejdsgivers%20opgaver.aspx>
- Arbetsmarkedsstyrelsen b, *Fleksjob*. <http://www.ams.dk/Ams/Vejviser-for-borgere/Fleksjob.aspx>
- Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML).
- Arbetspension.fi a, *Yrkesinriktad rehabilitering*. <http://www.tyoelake.fi/Page.aspx?Section=39520>

- Arbetspension.fi b, *Innehållet i rehabiliteringen*.
<http://www.tyoelake.fi/Page.aspx?Section=39521>
- Arrelöv, B., Edlund, C. och Goine, H. (2006) Grindvakterna och sjukförsäkringen – samspel och motspel. *Sjukförsäkring, kulturer och attityder* (SKA-projektet). Edward Palmer (ed.), Försäkringskassan analyserar 2006:16, Stockholm: Försäkringskassan.
- Arrelöv, B. (2009) Läkarutlåtandet om hälsotillstånd. En granskning av kvalitet och innehåll. Finsam 93 2009-12-31.
- Astri (2008) *Eindrapportage herbeoordfeeld... En dan? Stand van zaken achttien maanden na de uitslag 2005 en 2006*. Av Leiden: Bureau Astri.
- Autor, D.H. and Duggan, M.G. (2010) *Supporting Work: A Proposal for Modernizing the U.S. Disability Insurance System*. Center for American Progress and the Hamilton Project.
- Bewley, H., Dorsett, R., Haile, G. (2007) *The impact of Pathways to Work*. Research Report No 435. London: Department for Work and Pensions.
- Blonk, R.W., Brenninkmeijer, V., et al (2006) Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work&Stress*; 20:129-144.
- Borger.dk, *Fleksjob, løntilskud for førtidspensionister, revalidering*
<https://www.borger.dk/Emner/arbejde-dagpenge-orlov/fleks-job-loentilskud-for-pensionister-revalidering/Sider/revalidering.aspx>
- Bosselaar, H., Prins, R. Personal (2007) Return to Work Budgets for Persons with disabilities: Demand-based Delivery of Reintegration services in the Netherlands. *European Journal of Social Security* 2, vol. 9 (June 2007).
- Brewer, M. (2008) *Welfare Reform in the UK:1997–2007*. Working paper 2008:12. Uppsala: IFAU.
- Brouwers, E.P., Terluin B, et al. (2009) Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil*. Dec;19(4):323-32.

- Center for Ligebehandling af Handicappede (2009), *Job med løntilskud til førtidspensionister. 4. udgave*.
http://www.clh.dk/fileadmin/templateclh/filer/pjecer/job_med_loentilskud_4udg/jobmloentag.pdf
- Det Centrale Handicapråd (2009), *Fleksjob. 19. Udgave*
<http://www.clh.dk/fileadmin/templateclh/filer/pjecer/Fleksjob19udg/fleksjob19.pdf>
- de Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp, P.M., Blonk, R.W. (2008) Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* Jul;13(3):214-31.
- Direct.gov.uk a, *Employers' health and safety responsibilities*.
http://www.direct.gov.uk/en/Employment/HealthAndSafetyAtWork/DG_4016686
- Direct.gov.uk b, *Employment and Support Allowance – eligibility*.
http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Illorinjured/DG_171891
- Direct.gov.uk c, *Access to Work – practical help at work*.
http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/Employmentsupport/WorkSchemesAndProgrammes/DG_4000347
- Ekkberg, K. (2009) Faser i arbetslivsinriktad rehabilitering. *Socialmedicinska tidskrift* 3: 210-219.
- Ekkberg K (2010) Arbetslivsinriktad rehabilitering Edling, C. m.fl. (red.) *Arbets- och miljömedicin- en lärobok om hälsa och miljö*. Studentlitteratur.
- Engström, P., Goine H., Johansson, P. och Palmer E, (2009a). *Påverkas sjukskrivning och sjukfrånvaro av information om stärkt granskning av läkarnas sjukskrivning?* IFAU rapport 2009:13.
- Etk.fi, *Invalidpension*. <http://www.etk.fi/sve/service/invalidpension/1274/invalidpension>
- Falkdal, A.H., Edlund, C., Dahlgren, L. (2006) Experiences within the process of sick leave. *Scand J Occup Ther.* Sep;13(3):170-82.
- Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2010): *Social Security at a glance*.

- Finnish Institute of Occupational Health (2001), *Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union and Norway and Switzerland*. People and Work. Research Reports 45. Helsinki.
- Föreningen Svensk Företagshälsovård (2011), *Viktigt budskap från FSF*. <http://www.foretagshalsovard.se/nyhetsbrev/2011/april/viktigt-budskap-fran-fsf/>
- Försäkringskassan (2004) Vägledning 2004:2, Version 17, Sjukpenning och samordnad rehabilitering.
- Försäkringskassan (2006), *Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 2)*. ANALYSERAR 2006:3.
- Försäkringskassan (2008a) *Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering. Erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990–2007*. Socialförsäkringsrapport 2008:5.
- Försäkringskassan (2008b) *Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro*. Socialförsäkringsrapport 2008:1.
- Försäkringskassan (2009) *Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007*. Socialförsäkringsrapport 2009:10.
- Försäkringskassans partnersamverkan (2009) Försäkringskassans partnersamverkan, september 2009.
- Försäkringskassan kundcenter (2010) Kundcenter för partner, Ny organisation, november 2010.
- Försäkringskassan (2010) *Socialförsäkringen i siffror 2010*.
- Försäkringskassan riktlinjer (2010) Riktlinjer för samarbete med prioriterade arbetsgivare i sjukfrånvaroprocessen, Avdelningen Försäkringsprocesser, Dnr, 045945_2010, beslutsdatum 2008-04-25, ändringsdatum 2010-11-26.
- Försäkringskassan metodstöd (2011) Metodstöd för samverkan med prioriterade arbetsgivare, Avdelningen Försäkringsprocesser, 2011-01-01.
- Försäkringskassan (2011) *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?* Socialförsäkringsrapport 2011:4.

- Gerner, U. (2005) *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Rapport i socialt arbete nr 113–2005. Doktorsavhandling; Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Goine, H., Söderberg, E., Engström, P. och Palmer, E. (2009) *Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag*. IFAU rapport 2009:14.
- Henrekson, M. and Persson, M. (2004) The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, 22(19, pp. 87-113.
- Hesselius, P., Johansson, P. and Larsson, L. (2005) Monitoring Sickness Insurance Claimants: Evidence from a Social Experiment. Working Paper 20005:15. Institute for Labour Market Policy Evaluation.
- Holm, L., Torgén, M, m.fl. (2010) *Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa*. Arbete & Hälsa nr 44(3).
- Hse.gov.uk a, *Guidance on legal issues*.<http://www.hse.gov.uk/sicknessabsence/legalguidance.htm>
- Hse.gov.uk b, *Health and Safety at Work etc Act 1974*.<http://www.hse.gov.uk/legislation/hswa.htm>
- Hytti, H., Hartman, L. (2008) *Integration vs kompensation – välfärdsstrategier kring arbetsförmåga i Sverige och Finland*. IFAU Rapport 2008:10.
- Hägglund, P. (2010) Do Time Limits in the Sickness Insurance System Increase Return to Work? Working Paper 2010:1 The Swedish Social Insurance Inspectorate.
- Hägglund, P. och Skogman Thoursie , P.(2010) *Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006-2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss?* Rapport 2010:17, IFAU.
- Inkomstskattelag (1999:1229) IL.
- ISF (2010) *Samverkan inom socialförsäkringen. En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel* (ISF Rapport 2010-2).
- ISF (2011) *Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen* (ISF Rapport 2011:4).
- ISF (2011) *Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna*, Inspektionen för socialförsäkringen (ISF Rapport 2011:5).

- ISF (2011), *Unga med aktivitetsersättning. Den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen*. Rapport 2011:10. Inspektionen för socialförsäkringen.
- Jensen, I., m.fl. (2011) *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. Slutrapport del 1. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Johansson, P. and Palme, M. (1996) Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *Journal of Public Economics*, Vol, 59, pp. 195–218.
- Johansson, P. and Palme, M. (2002) Assessing the effects of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, Vol. 37, No. 2, pp. 381–409.
- Johansson, P. and Palme, M. (2005) Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, Vol. 89, pp. 1879–1890.
- Johansson, P. och Nilsson, M. (2008) *Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro*. IFAU Rapport 2008:27.
- Kela.fi a, *TYK-rehabilitering*.<http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/230708154202KP>
- Kela.fi b, *ASLAK kurser* .<http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/230708154757KP?OpenDocument>
- Kela.fi c, *Stöd för rehabilitering*.<http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/261001124135EH?OpenDocument>
- Kela.fi d, *Sjukdagpenning, löntagare*.<http://kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/160908132454TK?OpenDocument>
- Khaledi, B. (2005) Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Analyserar 2005:17. Stockholm: Försäkringskassan.
- Konsumenternas vägledning om bank och försäkring (2011) Om personförsäkringar. <http://bankforsakring.konsumenternas.se>
- Konsumentverket (2010) *Granskning av marknadsföring och avtalsvillkor för vissa försäkringar riktade till konsumenter*. Rapport 2010:16.

- Krause, N., Dasinger, L.K., et al. (2001) Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med.* Oct; 40(4):374-92.
- Lambeek, L.C. and Bosmans, J.E., et al. (2010) Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* Nov 30.
- Lambeek, L.C., van Mechelen, W., et al. (2010) Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* Mar 16.
- Larsson, L. (2006) Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance, *The Scandinavian Journal of Economics*, Vol. 108, pp. 97–113.
- List, J. and Rasul I. (2011). Field Experiments in Labor Economics. In (eds Orley Ashenfeter and David Card) *Handbook of Labor Economics* 4a, Elsevier B.V.
- Lov om aktiv sosialpolitik, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=127214#K6>
- Meggeneder, O., Breucker, G., Jarvisalo, J. (eds.) (2006) *Social Insurance for Health. The Role of Health Promotion and Prevention within Social Insurance in Europe*. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.
- Moissalos, E. och Thomson, S. (2004) *Voluntary health insurance in the European Union*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.
- Möller, T.(1998) *Politikerförakt eller mogen misstro*. En översikt. Ajour. En serie av kunskapsöversikter från Svenska Kommunförbundet. Nr 2.
- Nav.no a, *Hva er IA (Inkluderende arbeidsliv)?*<http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/Hva+er+IA>
- Nav.no b, *BHT – tilskudd*.<http://www.nav.no/Arbeid/Oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte/BHT+-+tilskudd/BHT+-+tilskudd.1073747562.cms>
- Nav.no c, *Oppfølging av sykmeldte arbeidstakere*.<http://www.nav.no/Arbeid/Oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte/Oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte+arbeidstakere.282332.cms>

- Nicholson, P. J. (2003) Occupational health services in the UK—challenges and opportunities. *Occupational Medicine* Volume 54, Issue 3.
- Nystuen, P., Hagen, K.B. (2006) Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. Mar 16;6:69-.
- OECD (2003) *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. OECD Paris.
- OECD (2004) *OECD Employment Outlook 2004*. OECD Paris.
- OECD (2004a) Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health System. Av Francesca Colombo and Nicole Tapay. OECD Working Papers 15. OECD Paris.
- OECD (2004b) *The Role of Private Health Insurance in Mixed Systems of Health Care Funding*. Private Health Insurance in OECD Countries. OECD Paris.
- OECD (2007) *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review*. OECD Paris www.oecd.org/els/disability
- OECD (2008) *Sickness, Disability and Work (Vol.3): Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*. OECD Paris.
- OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Paris.
- OECD (2010) Financing of Health Care. In *Health at a Glance*. OECD Paris.
- Olson, M. (1965) (1971) *The logic of collective action. Public goods and the theory of groups*. Harvard University Press.
- Ot.prp. nr. 6 (2006-2007) *Om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte mv.)* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/otprp/20062007/otprp-nr-6-2006-2007-/3.html?id=430458>
- Palmer, K.T., Harris, E.C, et al. (2011) Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss--a systematic review. *Rheumatology* Mars (16).

- Parsons, T. (1978) *The Action Theory and the Human Conditions*, Free Press, New York.
- Prop. 2007/08:136: En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Riksförsäkringsverket (2003) *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*. RFV ANALYSERAR 2003:16
- Sachs, L. (1987) Medicinsk antropologi. Stockholm.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2008) *Vocational Rehabilitation: what is it, who can deliver it, and who pays?* London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- SBU (2004) *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*.
- SBU (2010) *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2.
- SBU (2011) *Evidensbaserad vård* <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Tillganglig> 19 augusti 2011
- SEB (2010) SEB:s Företagarpanel om sjukförsäkringar: Privata sjukvårdsförsäkringar växer bland småföretagarna. Statistisk rapport.
- Sjögren Lindquist, G. och Wadensjö, E. (2011) *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:4. Fritzes. Stockholm.
- Skatteverkets meddelanden (2010) Skatteverkets information om visa förmåner att tillämpas vid beräkning av skatteavdrag och arbetsgivaravgifter för beskattningsåret 2011 samt vid 2012 års taxering. SKV 2010: 14.
- Skatteverkets ställningstaganden (2005) Fri hälso- och sjukvård genom försäkring som tecknats av en arbetsgivare. Dnr/målnr/löpnr: 130 103335-05/111.
- Skogman Thoursie, P. (2004) Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious? *Journal of Applied Econometrics*, vol 19, s. 809–823
- Solevid, M. (2009) *Voices from the Welfare State. Dissatisfaction and Political Action in Sweden*. University of Gothenburg. Dissertation: Dept. of Political Science. Gothenburg Studies in Politics. Number 119.

- SOU (2006) *Mera försäkring och mera arbete*. Statens offentliga utredningar. SOU 2006:86.
- SOU (2008). *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*. Statens offentliga utredningar. SOU 2008:66.
- SOU (2009) *Gränslandet mellan sjukdom och arbete: arbetsförmåga/medicinska förutsättningar/försörjningsförmåga*. Statens offentliga utredningar. SOU 2009:89.
- SOU (2011) *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. Statens offentliga utredningar. SOU 2011:15.
- SSA (2010) *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010* <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/europe/>
- Statistiska meddelanden (2008) *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2008*. OE 29 SM 1001. Statistiska centralbyrån.
- Statskontoret (2011) *Uppfattningar om förvaltningen – kvalitet i offentlig verksamhet från allmänhetens och företagens horisont*. Statskontoret. Stockholm.
- Svensk Försäkring (2011) *Sjukvårdsförsäkring 2000–2009*. Statistikblad från Svensk Försäkring.
- Sveriges Försäkringsförbund (2010) *Översiktsstatistik. Sjuk- och olycksfallsförsäkring 1999-2009*. Statistikavdelningen. Sveriges Försäkringsförbund.
- TJP (2008) *Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkrings-tjänster och sjukfrånvaron*. Rapport genomförd av TJP (Tegle Jansson & partners AB) på uppdrag av Svenskt Näringsliv.
- Twaddle, A. and Nordenfeldt L. (1994) *Disease illness and sickness. Three central concepts in the theory of health*. Linköping University. Linköping.
- Waddell, G, Burton, A.K. and Kendall. N. (2008) *Vocational rehabilitation. What works, for whom, and when?* UK;The Stationery Office (TSO).ISBN 978-011-703861-5.
- van der Klink, J.J, Blonk, R.W., et al. (2003) *Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design*. *Occup Environ Med*, 60:429–437.

- van Gerven, M. (2008) *The Broad Tracks of Path Dependent Benefit Reform. A Longitudinal Study of Social Benefit Reforms in Three European Countries, 1980–2006*. Studies in social security and health 100. Helsinki: Kela.
- van Oostrom, S.H., Driessen, M.T., et al. (2009) *Workplace interventions for preventing work disability*. *Cochrane Database Syst Review*, April 15;(2).
- Wilford, J., McMahon, A.D., Peters, J., Pickvance, S., Jackson, A., Blank, L., Craig, D., O'Rourke, A., Macdonald, E.B. (2008) Predicting job loss in those off sick. *Occup Med (Lond)*. Mar;58(2):99-106. Epub 2008 Jan 22. Review.
- Vingård, E., Waldenström, M., m.fl. (2007) *Långtidssjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete – processer och resultat inom företag i privat sektor*. Delstudie 4. Karolinska Institutet, Uppsala Universitet och Stockholms läns landsting.
- Vårdbarometern (2010). *Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård*. Befolkningsundersökning 2010. Sveriges kommuner och Landsting.
- Välfärdstendens (2011) *Välfärdstendens. Rapport från Folksam*
- Young, A.E., Roessler, R.T., et al. (2005) A Developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. Dec;15(4):557-68.

Det är svårt att finna empiriskt stöd för att arbetslivsriktad rehabilitering är ett verkningsfullt medel för en låg sjukfrånvaro. Det kan tyckas vara märkligt att insatser riktade till individer för att påskynda tillfrisknande och återgång i arbete inte skulle ha någon effekt. Varför så kan vara fallet diskuteras i rapporten. Fokus ligger på att beskriva strukturer som relateras till incitament, möjligheter och medel hos de inblandade aktörerna i rehabiliteringsprocessen. Mer konkret görs, förutom en genomgång av effekter av arbetslivsriktad rehabilitering, en beskrivning av hur den arbetslivsriktade rehabiliteringen anordnas i Sverige och några andra länder och slutligen beskrivs hur marknaden för rehabiliteringsförsäkringar ser ut i Sverige.

Rapporten är skriven av Per Johansson, professor vid IFAU/ISF, Eshat Aydin, Sisko Bergendorff, Nina Granqvist, Malin Josephson och Inger Sohlberg, alla forskare/utredare vid Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).

Rapporten är den sjunde i den parlamentariska socialförsäkringsutredningens underlagsrapportserie.

Underlagsrapporter i serien

1. Studerande och socialförsäkringen
2. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet
3. Hur bör arbetslöshetsförsäkringen utformas?
4. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna
5. Förtidspensionering av unga
6. En socialförsäkring för alla – Handikappförbundens förslag till en hållbar socialförsäkring
7. Arbetslivsriktad rehabilitering



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*