

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering

*Delbetänkande av Utredningen En trygg
sjukförsäkring med människan i centrum*

Stockholm 2020



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2020:6

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

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

Svara på remiss – hur och varför

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

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

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

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

ISBN 978-91-38-25022-8

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Ardalan Shekarabi

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera delar av regelverket kring sjukförsäkringen och, om det bedömdes nödvändigt, lämna författningsförslag. Utredaren ska bland annat analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete och analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas för att en person ska kunna hänvisas till ett normalt förekommande arbete. Det är dessa frågor som redovisas i detta delbetänkande. Som särskild utredare förordnades den 12 april 2018 f.d. enhetschefen och jur. kand. Claes Jansson.

Som experter i utredningen förordnades från och med den 1 juni 2018 verksamhetsutvecklaren Terese Östlin (Försäkringskassan), rättsliga experten Carl Johan Fahlander (Försäkringskassan). Verksamhetssamordnaren Torbjörn Wass (Arbetsförmedlingen), utredaren Nina Karnehed (Socialstyrelsen) och departementssekreteraren Lisa Widén (Arbetsmarknadsdepartementet). Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 1 juni 2018 ämnesrådet Eeva Seppälä (Socialdepartementet), ämnesrådet Leif Westerlind (Socialdepartementet) och kanslirådet Joakim Ceije (Finansdepartementet).

Från och med den 31 augusti 2018 entledigades Nina Karnehed och från och med den 15 september 2018 förordnades utredaren Anna Ericsson (Socialstyrelsen) som expert. Från och med den 31 augusti 2018 entledigades Lisa Widén och från och med den 15 september 2018 förordnades departementssekreteraren Abukar Omarsson (Arbetsmarknadsdepartementet) som sakkunnig. Från och med den 4 februari 2019 förordnades juristen och utredaren Louise Grönqvist (Inspektionen för socialförsäkringen) som expert. Från och med den 31 maj 2019 entledigades Carl Johan Fahlander och från och med den 3 juni 2019 förordnades rättsliga experten Maria Ohlander (Försäkringskassan) som expert. Från och med den 21 augusti 2019 entledigades Joakim Ceije och från och med den 22 augusti 2019

förordnades departementssekreteraren Valter Lindmark (Finansdepartementet) som sakkunnig.

Som sekreterare i utredningen förordnades från och med den 14 maj 2018 utredaren Helena Persson Schill och från och med den 2 juli 2018 jur. kand. Carl Johan Hardt. Från och med den 1 februari 2019 entledigades Helena Persson Schill och från och med den 7 februari 2019 förordnades f.d. enhetschefen Tommy Sundholm som sekreterare.

Betänkandet är skrivet i vi-form och med detta avses utredaren och utredningssekretariatet. Jag som utredare är dock ensamt ansvarig för förslagen.

Valter Lindmark (Finansdepartementet) har avgett särskilt yttrande. Det särskilda yttrandet bifogas till betänkandet.

Utredningen som har antagit namnet ”En trygg sjukförsäkring med människan i centrum” överlämnar härmed sitt delbetänkande *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering* (SOU 2020:6).

Stockholm i januari 2020

Claes Jansson

/Carl Johan Hardt
Tommy Sundholm

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 17 |
| 1 Författningsförslag | 29 |
| 1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken | 29 |
| 2 Inledning | 33 |
| 2.1 Uppdraget..... | 33 |
| 2.1.1 Det tidigare delbetänkandets förslag har delvis reviderats och nya överväganden har skrivits | 34 |
| 2.1.2 Definitioner | 34 |
| 2.1.3 Vårt arbetssätt..... | 36 |
| 3 Utgångspunkter | 39 |
| 3.1 En rättssäker beslutsprocess..... | 39 |
| 3.1.1 Förutsebart och begripligt beslut | 39 |
| 3.1.2 Strukturerad handlägningsprocess | 40 |
| 3.1.3 Delaktighet i beslutsprocessen | 40 |
| 3.1.4 Ärendena måste vara utredda..... | 41 |
| 3.1.5 Rimliga beslut | 41 |
| 3.2 Rehabilitering är en central del av sjukförsäkringen..... | 42 |
| 4 Regelverk och rättsläge | 43 |
| 4.1 Regelverkets grundläggande konstruktion..... | 43 |
| 4.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet | 44 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3 | Högsta förvaltningsdomstolens praxis | 45 |
| 4.3.1 | Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden 2018 ref 51 I och II – vad är normalt förekommande arbete och hur ska bedömningen göras? | 45 |
| 4.3.2 | Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref 48 – hur ska bedömningen mot förvärvsarbete på arbetsmarknaden göras i fråga om sjukersättning? | 47 |
| 4.3.3 | Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2016 ref 10 – särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete | 48 |
| 4.3.4 | Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref 14 – tolkning av begreppet oskäligt | 49 |
| 4.3.5 | Försäkringskassans normering med anledning av HFD 2018 ref 51 I och II | 50 |
| 4.4 | Rehabilitering och rehabiliteringsersättning | 51 |
| 4.4.1 | Försäkringskassans ansvar för att se till att rehabiliteringsbehovet klarläggs och att rehabiliteringen samordnas | 51 |
| 4.4.2 | Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering | 51 |
| 4.4.3 | Rehabiliteringsersättning | 52 |
| 5 | Försäkringskassans utredningsmetoder | 53 |
| 5.1 | SASSAM | 53 |
| 5.2 | Avstämningsmöte | 53 |
| 5.3 | Gemensam kartläggning | 54 |
| 5.4 | Aktivitetsförmågeutredning med referensmaterialet | 54 |
| 5.4.1 | Bakgrund till utvecklingen av metoden | 55 |
| 5.4.2 | Metodens syfte | 55 |
| 5.4.3 | Självskattning | 56 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.4.4 | Det medicinska underlaget med arbetsförmågeprofil | 56 |
| 5.4.5 | Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga | 57 |
| 6 | Analys av fysiska och mentala krav vid bedömning av normalt förekommande arbete..... | 59 |
| 6.1 | Tolkning av uppdraget..... | 59 |
| 6.2 | Vilka fysiska och mentala förmågor kan krävas av en person för att denne ska kunna hänvisas till förekommande arbete? – sammanfattning av slutsatser..... | 61 |
| 6.3 | Vad är arbetsförmåga? Vilka förmågor behövs i ett normalt förekommande arbete? Går det att identifiera minimikrav för förmågor? | 62 |
| 6.3.1 | Identifiera minimikrav – vår analys | 70 |
| 6.4 | Kan den fysiska och mentala förmågan mätas för användning inom socialförsäkringen? | 72 |
| 6.4.1 | Vår analys avseende om den fysiska och mentala förmågan kan mätas | 75 |
| 6.5 | Är det önskvärt med minimikrav för fysisk och mental förmåga för att rätt till ersättning ska föreligga? | 75 |
| 6.5.1 | Vår analys om det önskvärda med minimikrav..... | 78 |
| 6.6 | Diskussion och allmänna reflektioner | 79 |
| 7 | Kunskapsläge arbetslivsinriktad rehabilitering | 83 |
| 7.1 | Resultat från litteraturoversikter | 84 |
| 7.2 | Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering | 85 |
| 7.3 | Tidiga insatser | 85 |
| 7.4 | Några exempel på relevanta översikter | 86 |
| 7.5 | En avslutande anmärkning | 87 |
| 8 | Utvecklingen inom sjukförsäkringen | 89 |
| 8.1 | Utvecklingen av antalet sjukfall | 89 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 8.2 | Psykiatriska diagnoser ökar | 91 |
| 8.3 | Ökade avslag | 93 |
| 8.3.1 | Inspektionen för socialförsäkringens faktabeskrivning av de ökade avslagen..... | 94 |
| 8.4 | Utvecklingen av rehabiliteringspenningen..... | 96 |
| 8.4.1 | Allt färre beviljas rehabiliteringsersättning | 96 |
| 8.5 | Försäkringskassans insatser för att klarlägga rehabiliteringsbehov och samordningsbehov | 98 |
| 8.5.1 | Vilka är insatserna som beskrivs..... | 100 |
| 8.5.2 | Uppgifter från Försäkringskassans årsredovisning 2018..... | 105 |
| 8.6 | Försäkringsmedicinska utredningar | 106 |
| 8.7 | Försäkrade som lämnar sjukförsäkringen före dag 180 återgår i arbete men får lägre inkomst..... | 108 |
| 9 | Intervjuer | 111 |
| 9.1 | Syfte och urval | 111 |
| 9.2 | Intervjusvar | 112 |
| 9.2.1 | Bristande förståelse för att sjukförsäkringen inte är yrkesförsäkring | 112 |
| 9.2.2 | En svår bedömning, särskilt vad gäller försäkrade med psykiatriska diagnoser | 112 |
| 9.2.3 | Ingen konkretisering till yrken i beslutsmotiveringarna..... | 114 |
| 9.2.4 | Handläggningen skiljer sig åt mellan kontoren... | 115 |
| 9.2.5 | Aktivitetsförmågeutredningar används i relativt liten utsträckning och då i sjukfall som pågått länge..... | 115 |
| 9.2.6 | Referensmaterialet används i relativt liten utsträckning och är okänt bland handläggarna.... | 117 |
| 9.2.7 | Arbetsförmedlingens bedömningar har relativt liten betydelse för Försäkringskassans bedömningar om arbetsförmåga i normalt förekommande arbete | 118 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 10 | Ärendegranskning..... | 121 |
| 10.1 | Metod..... | 122 |
| 10.2 | Resultat avslag..... | 122 |
| 10.3 | Resultat bifall..... | 123 |
| 10.4 | Iakttagelser | 123 |
| 10.4.1 | Svårt att förstå varför en försäkrad bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete..... | 123 |
| 10.4.2 | Mer utredning till stöd för ställningstagandet behövs..... | 124 |
| 10.4.3 | Ställningstagande till rehabiliteringsbehov saknas och få aktiviteter för återgång i arbete verkar vidtas | 125 |
| 10.4.4 | Många är partiellt sjukskrivna vid dag 180 och pågående upptrappning av arbetstiden för återgång hos ordinarie arbetsgivare avbryts. | 126 |
| 10.4.5 | Avstämningmöten förekommer sällan | 127 |
| 10.4.6 | Möjligheten till gemensam kartläggning med Arbetsförmedlingen för dem som behöver byta arbete verkar inte nyttjas | 128 |
| 11 | Problemanalys | 129 |
| 11.1 | Beslutsmotiveringarna är inte transparenta..... | 129 |
| 11.2 | Det saknas utredningar till stöd för slutsatser i besluten ... | 130 |
| 11.3 | Strikta krav på omställning för äldre försäkrade enligt kammarrätternas praxis | 132 |
| 11.4 | Undantagen från huvudregeln att arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete är för restriktiva | 133 |
| 11.4.1 | Iakttagelser avseende tillämpningen av särskilda skäl vid granskning av ärenden..... | 134 |
| 11.4.2 | Små möjligheter att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete efter dag 365..... | 135 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 11.5 | Försäkringskassan tillämpar rehabiliteringslagstiftningen i begränsad utsträckning | 137 |
| 11.5.1 | Försäkringskassan tar sällan ställning till rehabiliteringsbehovet | 137 |
| 11.5.2 | Antalet avstämningsmöten minskar och genomförs sent i sjukfallet | 138 |
| 11.5.3 | Fåtal fall med rehabiliteringspenning före dag 180 och antalet försäkrade som beviljas rehabiliteringspenning minskar | 139 |
| 11.5.4 | Låg aktivitet i sjukfallen – ett uppmärksammat problem..... | 140 |
| 11.5.5 | Vidtagna åtgärder mot problemet med låg aktivitet i sjukfallen..... | 143 |
| 11.5.6 | Försäkringskassans inställning till arbetslivs- inriktad rehabilitering är motsägelsefull..... | 144 |
| 11.5.7 | Dagens lagstiftning otydlig om rehabiliteringens betydelse för bedömningen av arbetsförmågan... | 147 |
| 11.5.8 | Rehabiliteringskedjans tidsgräns vid dag 180 hämmar både beviljande av rehabiliterings- ersättning och Försäkringskassans ansvar i fråga om rehabilitering..... | 151 |
| 12 | Överväganden och förslag | 155 |
| 12.1 | Sjukförsäkringens krav på omställning till annat arbete är omvälvande för många försäkrade..... | 155 |
| 12.2 | Bedömningen efter 180 dagar ska göras mot sådant <i>angivet</i> arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden..... | 156 |
| 12.2.1 | Normalt förekommande arbete – ett problematiskt begrepp..... | 157 |
| 12.2.2 | Svårt att uppfylla kraven enligt gällande praxis om konkreta arbeten eller samling av arbeten inte behöver pekas ut | 158 |
| 12.2.3 | Inte tillräckligt att se över handläggningen för att uppnå en ökad konkretisering i bedömningarna – en lagändring behövs..... | 159 |
| 12.2.4 | Bedömningen av förmågan att försörja sig bör inte göras i förhållande till konkreta arbeten | 160 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 12.2.5 | Standard för svensk yrkesklassificering | 161 |
| 12.2.6 | Förmågan att försörja sig i normalt 172förekommande arbete bör relateras till en yrkesgrupp..... | 162 |
| 12.2.7 | Nackdelarna överväger med en handläggningsbestämmelse | 164 |
| 12.2.8 | Bedömningen av förmågan att försörja sig ska göras mot angivet normalt förekommande arbete | 165 |
| 12.2.9 | Vidareutveckla referensmaterialet som stöd i handläggningen | 165 |
| 12.3 | Ärendena måste utredas mer | 167 |
| 12.3.1 | De ställningstaganden som ska göras enligt Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden fordrar konkreta utredningsåtgärder..... | 168 |
| 12.3.2 | Användning och implementeringen av aktivitetsförmågeutredningarna bör ses över | 170 |
| 12.4 | Äldre försäkrade ska alltid få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren | 172 |
| 12.4.1 | Förändrad situation sedan delbetänkandet | 173 |
| 12.4.2 | Samhällsekonomiska skäl kan tala för att låta försäkrade med begränsad tid kvar i arbetslivet bedömas mot arbete hos arbetsgivaren i stället för mot normalt förekommande arbete | 173 |
| 12.4.3 | Personer mellan 60 och 64 år nekas sjukpenning vid bedömning mot normalt förekommande arbete i högre utsträckning än andra åldersgrupper | 174 |
| 12.4.4 | Äldre försäkrade som nekas sjukpenning riskerar att lämna arbetslivet med lägre pension som följd | 174 |
| 12.4.5 | Det finns två olika sätt att ta hänsyn till äldres situation vid bedömning av rätten till sjukpenning..... | 175 |
| 12.4.6 | Bedömningen av arbetsförmågan hos äldre försäkrade ska göras mot arbete hos arbetsgivaren | 176 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 12.4.7 | Bedömningen mot arbete hos arbetsgivaren ska tidigast kunna göras från när den försäkrade uppnått den ålder då hen som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension | 178 |
| 12.4.8 | Arbetsförmågan ska bedömas mot arbete hos arbetsgivaren till och med den tidpunkt då den försäkrade som tidigast kan ta ut garantipension | 179 |
| 12.4.9 | Den som prövats mot arbete hos arbetsgivaren ska fortsätta göra det trots att gränsen för tidigast uttag av inkomstgrundad ålderspension senareläggs | 180 |
| 12.4.10 | Viktigt att Försäkringskassan följer upp den som beviljats partiell sjukpenning efter bedömning mot arbete hos arbetsgivaren..... | 181 |
| 12.5 | Inför ett nytt beviskrav, övervägande skäl, för att skjuta upp prövningen mot ett normalt förekommande arbete efter dag 180..... | 182 |
| 12.5.1 | Nya överväganden med anledning av fördjupad analys och synpunkter från aktörer | 182 |
| 12.5.2 | Regelverket bör gynna tidig återgång i arbete hos arbetsgivare – viktigt att påbörjad rehabilitering inte avbryts | 184 |
| 12.5.3 | Några utgångspunkter vid bedömningen av om övervägande skäl finns | 185 |
| 12.5.4 | Situationer där övervägande skäl talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren | 186 |
| 12.5.5 | Försäkringskassans utredningsskyldighet då den försäkrade har svårt att själv visa att övervägande skäl föreligger | 188 |
| 12.6 | Gör det möjligt att skjuta upp prövningen mot ett normalt förekommande arbete efter dag 365..... | 188 |
| 12.6.1 | Förslaget i det tidigare delbetänkandet..... | 189 |
| 12.6.2 | Synpunkter på delbetänkandet | 190 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 12.6.3 | Dagens regelverk kring dag 365 bryter ofta pågående återgång i arbete och förhindrar sällan orimliga utfall | 190 |
| 12.6.4 | En bortre tidsgräns bör införas vid dag 550..... | 191 |
| 12.7 | Arbetsförmågan ska inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete vid bedömning av rätt till rehabiliteringsersättning | 192 |
| 12.7.1 | Låg aktivitet tidigt i sjukfallen | 192 |
| 12.7.2 | Problemet med låg aktivitet i sjukfallen kan inte lösas med fler uppdrag till Försäkringskassan..... | 194 |
| 12.7.3 | Försäkringskassans tolkning av regelverket hämmar initiativ till åtgärder för återgång i arbete och beviljandet av rehabiliteringsersättning..... | 194 |
| 12.7.4 | Vid bedömningen av rätt till rehabiliteringsersättning ska arbetsförmågan inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete | 195 |
| 12.7.5 | Närmare om förslaget att bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning ska göras utan hänsyn till förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete | 196 |
| 12.7.6 | Några effekter av förslaget..... | 198 |
| 12.8 | Regeringen bör överväga ett förtydligande av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering | 199 |
| 12.9 | Sjukersättningens regelverk bör ses över..... | 201 |
| 12.10 | Ett särskilt stöd vid omställning bör övervägas | 201 |
| 13 | Konsekvenser | 205 |
| 13.1 | Samlad bedömning..... | 205 |
| 13.2 | Konsekvenser för sjukförsäkringen | 206 |
| 13.2.1 | Förändringar vid tillämpning av normalt förekommande arbete | 206 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 13.2.2 | Äldre försäkrade bör alltid få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren..... | 206 |
| 13.2.3 | Fler kan få möjlighet till stöd för återgång i arbete hos arbetsgivaren..... | 208 |
| 13.2.4 | Ökat deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering med rehabiliteringsersättning..... | 210 |
| 13.2.5 | Försäkringsmedicinska utredningar..... | 213 |
| 13.2.6 | Sammantagen utgiftspåverkan för sjukförsäkringen..... | 214 |
| 13.3 | Arbetsmarknaden | 214 |
| 13.4 | Försäkringskassan..... | 216 |
| 13.5 | Individen | 217 |
| 13.6 | Arbetsförmedlingen | 218 |
| 13.7 | Arbetsgivare | 219 |
| 13.8 | Hälso- och sjukvården..... | 219 |
| 13.9 | Jämställdhet mellan könen..... | 220 |
| 13.10 | Övrigt..... | 220 |
| 13.11 | Finansiering..... | 220 |
| 14 | Författningskommentar | 223 |
| 14.1 | Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken | 223 |
| | Särskilt yttrande..... | 231 |
| | Referenser..... | 233 |
| Bilaga 1 | Kommittédirektiv 2018:26..... | 237 |
| Bilaga 2 | Kommittédirektiv 2019:21..... | 249 |
| Bilaga 3 | Utmattningsyndrom K Glise | 251 |

| | | |
|----------|---|-----|
| Bilaga 4 | Utmattningssyndrom A Wilczek | 257 |
| Bilaga 5 | Forskningsöversikt Arbetslivsinriktad rehabilitering | 259 |

Sammanfattning

Uppdraget

I detta delbetänkande redovisas uppdraget att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete i sjukförsäringen. Vi redovisar även uppdraget att analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas för att en person ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden förekommande arbete. Utöver analysen har vi även lämnat förslag på författningsändringar.

I det delbetänkande (SOU 2019:2) som vi lämnade i januari 2019 redovisade vi uppdraget att analysera undantagen från regeln att arbetsförmågan från och med vissa tidpunkter ska bedömas mot normalt förekommande arbete. Vi lämnade även förslag på författningsändringar. I det delbetänkande som vi nu presenterar har vi, utifrån en fördjupad analys och de synpunkter som lämnades på det tidigare betänkandet, delvis reviderat dessa förslag.

Vi har kartlagt tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete på tre olika sätt. Vi har intervjuat handläggare vid Försäkringskassan, granskat ärenden och inhämtat statistik från Försäkringskassan.

Kort om regelverket

Rehabiliteringskedjan och dess tidsgränser

Sedan 2008 bygger regelverket om sjukpenning på att bedömningarna av en försäkrads arbetsförmåga görs mot en bredare bedömningsgrund ju längre tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Även nivån på sjukpenningen minskas ju längre den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. Detta regelverk brukar kallas för rehabiliteringskedjan. Vid bedömningen av arbetsförmågan får hänsyn bara

tas till strikt medicinska faktorer. Det är alltså inte möjligt att beakta utbildningsbakgrund eller ålder vid bedömning av arbetsförmågan.

De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan hos en anställd försäkrad mot det ordinarie arbetet. Från och med dag 91 utvidgas bedömningsgrunden till att avse andra arbeten hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 ska arbetsförmågan, enligt huvudregeln, bedömas mot det som i lagtexten kallas ”sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”. Vi förkortar detta begrepp till ”normalt förekommande arbete”.

Enligt förarbeten och praxis är ett normalt förekommande arbete ett vanligt arbete som den försäkrade, trots sin sjukdom, kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till dennes medicinska besvär. Det rör sig om en prövning mot en fiktiv arbetsmarknad i så mening att det inte krävs att det rent faktiskt finns ett arbete till den försäkrade på den ort hen bor. För den enskilde har det stor betydelse om arbetsförmågan bedöms mot arbete hos arbetsgivaren eller mot normalt förekommande arbete eftersom arbetsförmågan oftare bedöms vara nedsatt i arbete hos arbetsgivaren än i normalt förekommande arbete.

Från och med dag 181 är det möjligt att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete om det finns särskilda skäl mot det eller om det annars skulle anses vara oskäligt med en sådan bedömning. När den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under ett år, det vill säga efter dag 365, är det bara möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning skulle anses vara oskälig. Om en försäkrad bedöms ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete, och några undantag för att skjuta upp bedömningen inte finns, brukar det kallas att Försäkringskassan ställer ett krav på omställning till annat arbete för den försäkrade.

Rehabilitering

Försäkringskassan har ett övergripande tillsyns- och samordningsansvar för rehabilitering. I samråd med den försäkrade ska Försäkringskassan se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv reha-

bilitering. Försäkringskassan ska också se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.

Analys av fysiska och mentala förmågor på arbetsmarknaden

Vi har analyserat vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att personen ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

Vår slutsats är att det finns svårigheter att fastställa generella krav på förmågor som omfattar hela arbetsmarknaden. Det kan dock vara möjligt att utveckla de grundläggande krav på förmågor, som beskrivs i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kunskapsunderlag från 2013, för användning i handläggningen av sjukförsäkringen. En förutsättning är att de berörda myndigheterna utvecklar dessa tillsammans med arbetsmarknadens parter.

Problem

Den försäkrade har svårt att förstå varför hen nekas sjukpenning

Av vår granskning av ärenden, totalt 150 stycken, framgår att Försäkringskassans beslutsmotiveringar när den försäkrade nekas sjukpenning efter dag 180 inte är transparenta och att det saknas stöd för de slutsatser som dras om den försäkrades förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete.

Ofta anges att den försäkrade kan klara ett arbete som inte ställer krav på vissa förmågor. Exempelvis anges i besluten att den försäkrade kan klara ett arbete som inte innebär mycket stillasittande, inte ställer höga krav på stresstålighet eller inte är kognitivt krävande. Något stöd för att det finns normalt förekommande arbeten som inte ställer dessa krav ges dock inte i beslutet. I besluten tar handläggarna heller inte ställning till om den försäkrade kan klara ett normalt förekommande arbete med ingen eller ringa anpassning i normal arbetstakt trots att detta ska göras enligt Högsta förvaltningsdomstolens praxis. Vidare är bedömningsunderlaget svagt i de granskade ärendena. I princip utgörs bedömningsunderlaget av läkarintygen. Vi har inte i något fall observerat att Försäkringskassan

inhämtat underlag från Arbetsförmedlingen. Endast i ett fall har en aktivitetsförmågeutredning inhämtats. De granskade besluten är alltså bristfälligt underbyggda.

Ett annat problem är att Försäkringskassan, utifrån domstolspraxis, inte behöver ange ett arbete eller yrkesområde som den försäkrade kan försörja sig i. Men vissa handläggare som vi intervjuat uppger att de ändå har ett konkret arbete i åtanke när de bedömer om den försäkrade kan försörja sig i ett normalt förekommande arbete. Den försäkrade har sammanfattningsvis mycket svårt att förstå varför hen nekats sjukpenning.

Krav på omställning för de försäkrade som har begränsad tid kvar av arbetslivet

I arbetet med att ta fram det tidigare delbetänkandet gick vi igenom ett stort antal domar från kammarrätterna. En iakttagelse som vi gjorde var att många försäkrade nekats sjukpenning och avkrävs en omställning till annat arbete trots att de inom relativt kort tid kommer att gå i pension. I vissa fall kunde det till och med antas att själva omställningen till annat arbete skulle ta längre tid än vad som återstod av den försäkrades arbetsliv. Dagens regelverk förhindrar inte denna situation.

Undantagen från huvudregeln att försäkrade ska bedömas mot normalt förekommande arbete är för restriktiva

De undantag som finns för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete har fått en strikt tillämpning. Det framgår av prejudicerande domar och av statistik från Försäkringskassan. Även vår granskning av ärenden visar detta. Att undantagen är strikta får som konsekvens att en pågående upptrappning av arbetstiden avbryts hos de försäkrade som varit sjukskrivna i mer än 180 dagar och att krav på omställning till annat arbete i stället ställs. Försäkrade med psykiatriska diagnoser bedöms ofta, med dagens regelverk, inte ha särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete från och med dag 181. Om dessa personer inte bedöms sakna arbetsförmåga i normalt förekommande arbete dras sjukpenningen in. Efter dag 365 är undan-

tagen så restriktiva att det bedöms som oskäligt att få sin arbetsförmåga prövad mot normalt förekommande arbete i endast 0,2 procent av fallen.

Försäkringskassans arbete med rehabilitering brister

Vi har i vår granskning av ärenden noterat att i de flesta fall saknas ställningstagande från Försäkringskassan till den försäkrades behov av rehabilitering. Vidare genomförs få åtgärder för att underlätta den försäkrades återgång i arbete. Exempelvis minskar antalet avstämningssmöten med arbetsgivare och sjukskrivande läkare. Våra iakttagelser får stöd i statistik från Försäkringskassan. Utöver detta visar Försäkringskassans egen statistik att allt färre försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering. De som beviljas rehabiliteringsersättning får sådan allt senare i sjukfallen. Detta får till konsekvens att många försäkrade med längre sjukskrivningar inte har fått sina möjligheter till rehabilitering utredda då arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete vid dag 180.

Våra förslag

Bedömningen av arbetsförmågan efter dag 180 ska göras mot *angivet* normalt förekommande arbete. Med angivet normalt förekommande arbete avses normalt förekommande arbeten som ingår i en yrkesgrupp enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK).

Den försäkrade saknar insyn i hur Försäkringskassan landat i slutsatsen att hen har förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete. En av orsakerna till detta är att begreppet normalt förekommande arbete inte behöver konkretiseras på något sätt. Vi anser att det krävs ett förtydligande av begreppet och föreslår att bedömningen av arbetsförmågan efter dag 180 ska göras mot *angivet* normalt förekommande arbete. Med detta menar vi arbeten som ingår i en yrkesgrupp i Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK). SSYK är ett system för klassificering och aggregering av yrkesinformation i

administrativa register eller statistiska undersökningar. Vi föreslår även att Arbetsförmedlingen tillsammans med Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter ska vidareutveckla det referensmaterial som redan finns sedan tidigare. Referensmaterialet är ett verktyg för att kvantifiera en försäkrads funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar och matcha dem mot olika arbetens tolerans för dessa nedsättningar och begränsningar. Referensmaterialet bygger redan i dag på yrkesgrupper enligt SSYK. Genom ett utvecklat referensmaterial ska bedömningarna mot angivet arbete underlättas.

Beslut om avslag bör underbyggas i större utsträckning för att Försäkringskassan ska kunna göra de ställningstaganden som krävs enligt rättspraxis. De gäller framför allt ställningstagandet till om det finns arbeten, som är normalt förekommande, där den försäkrade kan nyttja sin kvarvarande arbetsförmåga och möta kraven på normal arbetsprestation utan eller med endast ringa anpassning av arbetsuppgifterna. Ärendena bör därför utredas mer.

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att det i bedömningarna av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete ska finnas ett ställningstagande till om det finns ett normalt förekommande arbete där den försäkrade kan nyttja sin kvarvarande arbetsförmåga och möta kraven på normal arbetsprestation utan eller med endast ringa anpassning av arbetsuppgifterna. Som konstaterats är utredningarna bristfälliga. För att kunna göra detta ställningstagande krävs, enligt vår mening, att Försäkringskassan vidtar olika utredningsåtgärder i högre utsträckning än vad som sker i dag. Det kan till exempel vara en så kallad SASSAM-utredning som innebär att Försäkringskassan träffar den försäkrade och på ett strukturerat sätt går igenom dennes hinder för och möjligheter till återgång i arbete. Det kan också röra sig om aktivitetsförmågeutredningar där den försäkrades får gå igenom olika tester under ledning av läkare, fysioterapeut, psykolog eller arbetsterapeut. Avstämningarna kan också ge ytterligare värdefull information liksom ytterligare uppgifter från behandlande läkare. Om det finns bedömningar från Arbetsförmedlingen om den försäkrades arbetsförmåga kan dessa också vara av stor betydelse för bedömningen. Det senare har Högsta förvaltningsdomstolen uttalat.

En försäkrad som har uppnått den ålder då hen som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension (i dag 62 år) ska få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren oavsett hur länge hen har haft nedsatt arbetsförmåga. Möjligheten att få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos arbetsgivaren ska gälla till och med den månad då den försäkrade som tidigast får ta ut garanti-pension (i dag 65 år).

I dag gäller enligt huvudregeln att alla försäkrade, oavsett ålder, efter 180 dagar ska bedömas mot normalt förekommande arbete. Det innebär att även den som har kort tid kvar av arbetslivet ofta avkrävs en omställning till annat arbete. Det kan vara samhällsekonomiskt mer fördelaktigt att en försäkrad som har partiellt nedsatt arbetsförmåga arbetar deltid i sitt arbete än att hen tvingas till en utdragen omställning till ett arbete där hen kan arbeta heltid. Dessutom finns ett samband mellan striktare bedömningar av rätten till sjukpenning och det förhållandet att försäkrade i högre utsträckning tar ut förtida ålderspension. Den som tar ut ålderspension i förtid drabbas ekonomiskt av detta genom att den livslånga pensionen blir lägre. Det kan även mot denna bakgrund vara motiverat med en mer fördelaktig bedömning av rätten till sjukpenning för dem med begränsad tid kvar av arbetslivet. Förslaget innebär att den som har fyllt 62 år ska få sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande oavsett hur många dagar hen har haft nedsatt arbetsförmåga. Denna förmånliga bedömning gäller till och med den månad då den försäkrade fyller 65 år. Den som är arbetslös omfattas inte av förslaget.

Det räcker med att övervägande skäl talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365 för att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete ska kunna skjutas upp från och med dag 181.

För att råda bot på problemet att pågående åtgärder för återgång i arbetet avbryts vid prövningen vid dag 180 föreslår vi att det ska vara tillräckligt att *övervägande skäl* talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren för att bedömningen mot normalt förekommande arbete ska skjutas upp. Återgången ska ske i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som den försäkrade arbetade före sjukfallet.

En grundläggande förutsättning för att övervägande skäl ska finnas är att läkaren gjort denna bedömning i läkarintyget. Om arbetsgivaren och arbetstagaren tagit fram en plan med åtgärder för återgång i arbete och arbetstagaren genomför en sådan aktivitet kan övervägande skäl finnas. Vidare kan övervägande skäl finnas om det pågår en upptrappning av arbetstiden enligt en plan. I planen ska det framgå att målsättningen är att den försäkrade kan återgå i arbete i den omfattning som hen arbetade före sjukfallet och att detta kommer ske senast dag 365. Om den försäkrade väntar på en operation eller behandling och läkaren gjort bedömningen att behandlingen eller operationen kan leda till en återgång i arbetet senast dag 365 kan övervägande skäl finnas om det saknas anledning att ifrågasätta läkarens bedömning. Möjligheten att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning skulle anses som oskälig kvarstår.

Den som har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar ska kunna få sin arbetsförmåga fortsatt bedömd mot arbete hos arbetsgivaren om hög grad av sannolikhet talar för återgång i detta arbete senast dag 550.

Den försäkrade kan även efter ett års sjukskrivning, vara på väg tillbaka i arbete hos arbetsgivaren. I vissa situationer kan det då vara orimligt att arbetsförmågan bedöms mot normalt förekommande arbete. Vi föreslår därför att om *hög grad av sannolikhet* talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550 ska det vara möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete från och med dag 366. I princip motsvarar det nya begreppet hög grad av sannolikhet begreppet särskilda skäl som i dag tillämpas från och med dag 181. Det ska dock, till skillnad från i dag, vara möjligt att skjuta upp bedömningen oavsett vilken typ av diagnos som den försäkrade har. Återgången ska ske i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som den försäkrade arbetade före sjukfallet.

Vid bedömning av rätten till rehabiliteringsersättning ska arbetsförmågan inte bedömas mot normalt förekommande arbete.

Vi föreslår att lagen förtydligas så att arbetsförmågan, när rätten till rehabiliteringsersättning bedöms, inte ska prövas mot angivet normalt förekommande arbete. När Försäkringskassan bedömer om en försäkrad har rätt till rehabiliteringsersättning för att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering ska någon hänsyn inte tas till om den försäkrade kan förväntas få arbetsförmåga i normalt förekommande arbete från och med dag 181. Tanken med lagändringen är att fler försäkrade ska ansöka om rehabiliteringsersättning och att rehabiliteringens roll i sjukförsäkringen ska stärkas.

Den forskningsöversikt som vi inhämtat visar bland annat att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetslivsinriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Likaså visar forskningsöversikten att tidiga insatser ofta har goda effekter.

Arbetsgivaren har huvudansvaret för att anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd på arbetsplatsen. Försäkringskassan har dock ett samordningsansvar i vilket det ingår att stötta den försäkrade i kontakterna med arbetsgivare och andra rehabiliteringsansvariga samt verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan ska också se till att rehabiliteringsbehov klarläggs och att åtgärder för återgång i arbete vidtas.

Det är ett problem att så få ställningstaganden till den försäkrades rehabiliteringsbehov görs samt att så försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Enligt vår mening är problemet en följd av hur Försäkringskassan tolkar regelverket. Tidsgränsen vid dag 180 och dess bedömningsgrund, normalt förekommande arbete, verkar ges företräde framför såväl Försäkringskassans ansvar för att kartlägga den försäkrades rehabiliteringsbehov som beviljandet av rehabiliteringsersättning.

Handläggare som vi har träffat vittnar om att de regelmässigt inte tar initiativ till rehabilitering om den försäkrade förväntas ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete från och med dag 181 och någon återgång i arbete dessförinnan inte kan förväntas. Rehabiliteringsersättning beviljas heller inte över dag 180 om arbetsförmågan inte förväntas vara nedsatt i normalt förekommande arbete och några

särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen inte heller förväntas finnas. Sammanfattningsvis hämmar tidsgränsen Försäkringskassans arbete med rehabilitering.

Det framkommer också i forskningsöversikten att *flerdisciplinära* rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid olika typer av sjukdomar. Försäkringskassans definition av arbetslivsinriktad rehabilitering är dock mycket begränsad och innefattar i praktiken bara arbetsträning och utbildning. Vi föreslår därför att regeringen bör överväga om begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kan förtydligas eller åtgärdas på annat sätt så att fler försäkrade kan ges möjlighet att med rehabiliteringsersättning delta i sådana åtgärder som kan möjliggöra återgång i arbete.

Konsekvenser

Bättre förståelse för beslut innebär ökad rättssäkerhet

Våra förslag har utformats utifrån perspektivet att med människan i centrum ge förutsättningar för en mer begriplig och trygg sjukförsäkring. Förslaget att prövningen av arbetsförmågan ska göras mot angivet normalt förekommande arbete bedöms öka den försäkrades förståelse för Försäkringskassans beslut. Beslutsunderlaget kommer att förbättras vilket också underlättar processen vid eventuella omprövningar och överklaganden. Rättssäkerheten kommer därmed att öka.

Kostsamma omställningar undviks

Konsekvensen av att de nuvarande särskilda skälen ersätts med övervägande skäl från och med dag 181 är att fler får möjlighet att fullfölja rehabiliteringsåtgärder eller andra åtgärder och återgå i det befintliga arbetet. Detsamma gäller förslaget att det ska bli möjligt att skjuta upp bedömningen mot angivet normalt förekommande arbete från och med dag 365 med en borte gräns vid dag 550. Med förslagen kan därför undvikas att en individ med kvarvarande sjukdomsbesvär tvingas till en icke önskad och kostsam omställning. En

motsvarande konsekvens uppstår vid förslaget att undanta äldre sjukskrivna från prövningen mot angivet normalt förekommande arbete.

Arbetet med rehabilitering stärks

Förslaget att arbetsförmågan hos de försäkrade vid bedömningen av rätt till rehabiliteringsersättning inte ska bedömas mot angivet normalt förekommande arbete möjliggör för fler sjukskrivna att tidigare i sjukfallet få stöd till återgång i arbete genom arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder även om åtgärderna pågår över tidsgränsen vid dag 180. En annan konsekvens av detta förslag är att fler försäkrade med rehabiliteringsbehov kan uppmärksammas. En mer aktiv handläggning före dag 180 kan ge fler försäkrade möjlighet att på ett hållbart sätt återgå till arbete hos arbetsgivaren eller få ett annat arbete. Denna aktivare hållning möjliggör i sin tur att fler sjukfall kan avslutas före dag 180 och att fler av de sjukfall som passerat dag 180 kan förkortas.

En ytterligare konsekvens av ett tidigt och aktivt förhållningssätt är att de personer som behöver ytterligare stöd från Arbetsförmedlingen kan identifieras. På så sätt kan fler insatser i form av gemensamma kartläggningar och arbetsförberedande samt andra arbetslivsinriktade åtgärder från Arbetsförmedlingen komma till stånd.

Våra förslag beräknas kosta cirka 300 miljoner kronor per år

Fler möjligheter för de försäkrade att få sjuk- och rehabiliteringspenning bedöms öka utgifterna i socialförsäkringen med 301,5 miljoner kronor per år. Ett något mer generösare regelverk skulle kunna begränsa rörligheten på arbetsmarknaden. Mot bakgrund av det mindre antal personer som direkt berörs bedömer vi dock att denna påverkan på rörligheten enbart är marginell.

Våra förslag innebär å andra sidan att fler får möjlighet till successiv upptrappning av arbetstid och rehabilitering. Det innebär ökade möjligheter för arbetsgivaren och den enskilde att tillvarata arbetsförmåga och kompetens som alternativ till nyrekrytering. Likaså kan vissa äldre försäkrade med nedsatt arbetsförmåga ha kvar sin anställning i sitt arbete och efter tillfrisknande öka antalet arbetstimmar i stället för att helt lämna arbetslivet.

Förslagen bedöms gynna samarbetet mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården kring sjukskrivna personer.

Våra förslag ändrar inte den grundläggande strukturen i rehabiliteringskedjan. Omställningskravet vid dag 180 kommer fortfarande att vara huvudregeln. Förslagen kan genomföras med en begränsad ökning av utgifterna i sjukförsäkringen och utan att andra negativa konsekvenser uppstår för företag eller andra samhällssektorer.

Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2021.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 27 kap. 48 och 49 §§, 28 a kap. 8 § och 31 kap. 3 § ska ha följande lydelse

dels att det i balken ska införas två nya paragrafer, 27 kap. 48 a och 49 a §§, av följande lydelse,

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

27 kap.

48 §¹

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska dessutom, *om det inte finns särskilda skäl mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt*, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska *det* dessutom beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. sådant *angivet* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

När en försäkrad har uppnått den ålder då inkomstgrundad

¹ Senast lydelse 2012:256.

ålderspension som tidigast kan lämnas ska hans eller hennes arbetsförmåga, oavsett vad som stadgas i första stycket och 48 a-49 a §§, bedömas enligt 46 och 47 §§. Sjukpenning enligt denna bedömning kan som längst beviljas till och med den tidpunkt då den försäkrade som tidigast kan ta ut garanti-pension. Bedömning av arbetsförmågan ska dock alltid göras mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

48 a §

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i 48 § första stycket, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

– övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den dag då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar

– hög grad av sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den dag då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar.

– det i annat fall kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt 48 § första stycket.

49 §

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det, *om det inte kan anses oskäligt, alltid* beaktas om han eller hon har sådan förmåga som avses i 48 §.

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar ska det beaktas om han eller hon har sådan förmåga som avses i 48 § *första stycket*.

Vid bedömningen tillämpas 47 § andra stycket

49 a §

Den försäkrades arbetsförmåga ska, trots det som sägs i 49 §, från och med den tidpunkt då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga under 365 dagar bedömas enligt 46 och 47 §§ om

– hög grad av sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå till arbete som avses i 46 och 47 §§ före den dag då han eller hon har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar

– det i annat fall kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt 48 § första stycket.

28 a kap.

8 §²

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska det beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom

1. sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

1. sådant *angivet* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller

² Senaste lydelse 2012:256.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras i förhållande till ett heltidsarbete.

31 kap.

3 §

Vid sjukdom som sätter ned en försäkrads arbetsförmåga med minst en fjärdedel har den försäkrade rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att

1. förkorta sjukdomstiden, eller
2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt enligt första stycket ska 27 kap. 46 och 47 §§ tillämpas. I fråga om den som är arbetslös ska bedömningen dock göras mot arbete som avses i 48 § första stycket.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.
 2. De nya bestämmelserna tillämpas även på sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet. Bestämmelserna tillämpas dock för första gången vid prövning av rätt till ersättning för dagar från och med ikraftträdandet.
 3. Den som utifrån då gällande tidigast tidpunkt för uttag av inkomstgrundad ålderspension fått sin arbetsförmåga bedömd enligt 48 § tredje stycket ska få arbetsförmågan fortsatt bedömd mot denna bestämmelse även om tidpunkten för tidigast uttag ändras. Detta gäller dock bara om den försäkrade i obruten följd uppburit sjukpenning enligt 48 § tredje stycket utifrån den äldre tidpunkten för tidigast uttag.

2 Inledning

2.1 Uppdraget

Av direktivet till vår utredning framgår att utredaren ska

- analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning, och
- analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att personen ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden förekommande arbete.

Utredaren ska också:

- se över om det är ändamålsenligt att ha särskilda skäl för att i vissa fall skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

I direktivet anges också att det behöver analyseras om det kan finnas situationer där det kan anses vara rimligt, både från ett samhällsekonomiskt perspektiv och ett individperspektiv, att inte ställa samma omställningskrav på individen som bedömningen mot andra arbeten på arbetsmarknaden innebär.

Om utredaren bedömer det nödvändigt med författningsförslag kan utredaren lämna sådana förslag.¹

Vi har genomfört nödvändiga analyser utifrån uppdragsdirektivet.

Utifrån denna analys föreslår vi lagstiftningsförändringar både vad gäller själva begreppet normalt förekommande arbete och de undantag som finns från att bedöma de försäkrade mot detta begrepp. Vi föreslår även förändringar i lagstiftningen om rehabiliteringsersättning för att på så sätt stärka rehabiliteringens roll i sjukför-säkringen. Vi gör bedömningen att våra förslag rymms inom direktivet.

¹ Dir 2018:26 s. 6, 8 och 12.

2.1.1 Det tidigare delbetänkandets förslag har delvis reviderats och nya överväganden har skrivits

I delbetänkandet ”Ingen regel utan undantag” (SOU 2019:2), som publicerades i januari 2019, behandlade vi undantagen från huvudregeln att arbetsförmågan efter en viss tids sjukskrivning ska bedömas mot normalt förekommande arbete. I direktiven angavs att ändamålsenligheten hos undantagen skulle analyseras och att resultaten av analysen skulle redovisas i ett eget delbetänkande. Vi framhöll i delbetänkandet svårigheterna med att först analysera undantag från en huvudregel för att därefter analysera huvudregeln. Vi framhöll därför att de förslag som lades fram i delbetänkandet skulle komma att ändras.²

I SOU 2019:2 föreslog vi att de nuvarande kraven, särskilda skäl, för att bedömningen av arbetsförmågan ska kunna skjutas upp från och med dag 181 fram till och med dag 365 skulle tas bort. I stället föreslog vi ett lägre beviskrav ”övervägande skäl som talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren”. Vi föreslog också att dagens möjligheter att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete från och med dag 366 skulle kompletteras. Från och med dag 366 skulle bedömningen kunna skjutas upp om hög grad av sannolikhet för återgång i arbete hos arbetsgivaren fanns. Denna möjlighet föreslogs finnas till och med dag 730 i sjukfallet.

Vi har, bland annat utifrån de synpunkter som lämnats på delbetänkandets förslag och vår egen fördjupade analys, sett över delbetänkandets förslag och delvis reviderat dem. Våra överväganden har också omarbetats delvis utifrån andra utgångspunkter. De överväganden och förslag som lämnas i detta delbetänkande ersätter alltså tidigare lämnade överväganden och förslag.

2.1.2 Definitioner

I detta delbetänkande behandlar vi det arbetsmarknadsbegrepp som arbetsförmågan hos sjukskrivna personer ska bedömas mot efter en viss tids sjukskrivning. I lagtexten beskrivs detta begrepp som *sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden*. Vi kommer i den fortsatta texten för enkelhetens skull främst att använda oss av begreppet *normalt förekommande arbete*. Enligt lagtexten

² SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag, s. 25.

ska arbetsförmågan, utöver att bedömas mot normalt förekommande arbete, också bedömas mot *annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne*. När vi skriver om att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete innefattar det också bedömningen mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Två begrepp som aktualiseras i betänkandet är arbetsförmåga och förmåga att försörja sig. Den lagtext som reglerar bedömningen av arbetsförmåga från och med dag 181 lyder som följer:

Från och med den tidpunkt då den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska dessutom, om det inte finns särskilda skäl mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom 1. sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller 2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.³

I Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden HFD 2018 ref 51 I och II gör domstolen följande förtydliganden av hur bedömningarna av arbetsförmåga respektive förmåga att försörja sig förhåller sig till varandra:

Prövningen av om arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. Avgörande för bedömningen är vilken sjukdom det rör sig om och på vilket sätt sjukdomen inskränker den försäkrades förmåga att utföra arbete. När sjukdomen och dess konsekvenser är fastställda ska en bedömning göras av om den försäkrade har kvar arbetsförmåga som kan utnyttjas av honom eller henne för att försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Huruvida den försäkrade faktiskt kan få ett sådant arbete ska inte inverka på bedömningen (prop. 1996/97:28 s. 17 f. och RÅ 2012 ref. 22 I och II).⁴

Det övergripande begreppet är alltså arbetsförmåga men förmågan att försörja sig är det som ska relateras till begreppet normalt förekommande arbete. Vi har försökt att ha detta som utgångspunkt när vi i texten använder begreppen ”arbetsförmåga” och ”förmåga att försörja sig”.

Ett av våra förslag rör rehabiliteringsersättning som är ett samlingsnamn för två ersättningar. Den ena ersättningen är rehabiliteringspenning som beviljas när en försäkrad deltar i arbetslivsinriktad

³ 27 kap. 48 § SFB.

⁴ HFD 2018 ref 51 I, s. 5.

rehabilitering. Den andra ersättningen är särskilt bidrag som lämnas till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. I vår problemanalys och våra överväganden använder vi för enkelhetens skull rehabiliteringsersättning. Det är också det ord som används när förmånen omtalas allmänt, exempelvis på Försäkringskassans hemsida. I författningskommentaren använder vi dock genomgående begreppet rehabiliteringspenning eftersom det är det rättsligt korrekta i sammanhanget. I vårt statistikavsnitt använder vi också ordet rehabiliteringspenning eftersom det används i Försäkringskassans statistik.

2.1.3 Vårt arbetsätt

Referensgrupp

Under arbetet med detta delbetänkande har vi haft tre möten med vår referensgrupp. Denna grupp består av representanter för Arbetsgivarverket, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Svenskt Näringsliv, Saco, TCO, LO, LO-TCO Rättsskydd AB, Sveriges läkarförbund samt Göteborgs Universitet, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa.

Möten med andra aktörer

Utöver mötena med referensgruppen har vi haft möten med andra aktörer på området. Vi har träffat representanter för Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR), Funktionsrätt Sverige, Samarbete för människor i Sorg (SAMS), DIK (Fackförbundet för kultur, reklam och kommunikation), Unionen, Danderyds sjukhus Försäkringsmedicinska enheten samt Euro Accident AB. Vi har även träffat med. dr. Alexander Wilczek, med. dr. Kristina Glise samt tidigare senior advisor vid Försäkringskassan, Jan Larsson.

Intervjuer

Vi har intervjuat handläggare på Försäkringskassan vid fem olika orter. Handläggarna har alla haft erfarenhet av handläggning av bedömningar mot normalt förekommande arbete. Intervjuerna har varat cirka 1,5 timmar och har spelats in och därefter transkriberats.

Granskning av ärenden

Vi har genomfört en granskning av 150 ärenden i vilka Försäkringskassan bifallit eller avslagit ansökan om sjukpenning. Granskningen har avsett beslut, medicinska underlag och journalanteckningar.

Statistik

Vi har från Försäkringskassan inhämtat och bearbetat data som belyser ett stort antal parametrar kopplade till sjukpenningen. Det rör sig till exempel om utvecklingen av antalet försäkrade som nekas sjukpenning vid dag 180.

Forskningsöversikt

En av våra utgångspunkter har varit att rehabiliteringens roll i sjukförsäkringen bör stärkas. Samtidigt är det viktigt att det finns stöd för att de rehabiliteringsåtgärder som vidtas har effekt på den försäkrades möjlighet att återgå i arbete. Därför har vi uppdragit åt professor Gunnel Hensing vid Avdelning för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, att göra en forskningsöversikt över den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på återgång i arbete. Forskningsöversikten med bilagor redovisas separat som bilaga till delbetänkandet.

3 Utgångspunkter

3.1 En rättssäker beslutsprocess

Enligt direktiven är målet för vårt uppdrag att säkerställa en rättssäker och likformig bedömning samt att öka den försäkrades förståelse för de beslut som fattas.¹ Det övergripande målet med vår utredning är dock att vi ska lämna förslag som kan bidra till att sjukförsäkringen blir en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. Det är centralt för oss att inte endast besluten, det vill säga bedömningarna och motiveringarna, är rättssäkra. Hela beslutsprocessen, från ansökan till beslut och alla de handläggningsåtgärder som vidtas däremellan, måste präglas av rättssäkerhet. I detta kapitel redovisar vi olika aspekter av begreppet rättssäkerhet. Vår ambition är att övervägandena och förslagen i detta betänkande ska präglas av dessa aspekter av rättssäkerhetsbegreppet.

3.1.1 Förutsebart och begripligt beslut

Någon fast definition av begreppet rättssäkerhet finns inte. Något som brukar lyftas fram när begreppet diskuteras är att lagstiftning tillämpas på ett för den enskilde medborgaren begripligt och förutsebart sätt. Tillämpat på vårt uppdrag innebär rättssäkerhet i denna bemärkelse att Försäkringskassans bedömningar av om en försäkrad kan försörja sig genom normalt förekommande arbete måste kunna gå att följa. Den försäkrade ska alltså kunna förstå hur och varför Försäkringskassans landat i slutsatsen att hen saknar förmåga att försörja sig genom normalt förekommande arbete. Naturligtvis bör även ett bifallsbeslut motiveras men för den försäkrade är det av särskild vikt att ett avslagsbeslut är motiverat så att hen i en högre instans kan ifrågasätta de grunder på vilka beslutet är fattat.

¹ Dir 2018:26 s. 6.

3.1.2 Strukturerad handlägningsprocess

En förutsättning för att ett beslut ska vara förutsebart är att tillämpningen är enhetlig på en mer övergripande nivå. Det kan handla om att det finns en genomtänkt normering från myndighetens sida men också om att det finns en systematiserad handlägningsprocess fram till beslutet. Vår utgångspunkt är att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv inte är möjligt att skilja beslutet (tillämpningen) från den process som föregår beslutet (handläggningen). Utan en strukturerad handläggning riskerar utgången av besluten bli beroende av beslutsfattarens personliga uppfattningar och erfarenheter. En sådan godtycklig rättstillämpning uppfyller inte de grundläggande förutsättningarna för att ses som rättssäker.

3.1.3 Delaktighet i beslutsprocessen

En central del i rättssäkerhetsbegreppet inom förvaltningsrätten är att den enskilde ska garanteras att få framföra sina synpunkter på uppgifter som den beslutande myndigheten hämtar in under beredningen av ärendet. Ytterst handlar detta om att garantera den enskildes delaktighet i beslutet; det vill säga att beslut inte fattas över dennes huvud.

Vi tycker dock att det är viktigt att bredda begreppet delaktighet när detta diskuteras som en del av rättssäkerheten. Delaktighet handlar, enligt vårt synsätt, inte bara om att få kommentera uppgifter som tillförts ärendet av någon utomstående utan också om att den enskilde, på ett mer allmänt plan, måste uppleva att hen blir hörd och sedd under beredningen av ett beslut. Detta är kanske av särskild vikt i sjukskrivningsprocessen där ofta mycket integritetskänsliga uppgifter rörande den försäkrade ska bedömas av Försäkringskassan. Den grundläggande konstruktionen i sjukförsäkringen innebär att läkaren beskriver funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och även bedömer arbetsförmågans nedsättning samtidigt som Försäkringskassan fattar beslutet om sjukpenning utifrån en egen bedömning av arbetsförmågan. Denna konstruktion är svår att förstå för många försäkrade. Om beslutsprocessen skulle rymma moment, där den enskilde upplever att hen blir hörd och sedd i den situationen där hen är, skulle detta, enligt vår mening, kunna underlätta förståelsen av och skapa ökad legitimitet hos denna konstruktion.

3.1.4 Ärendena måste vara utredda

I förvaltningslagen slås fast att myndigheten ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.² Detta stadgande har överförts till socialförsäkringsbalken.³ Att ärendena utreds är avgörande för att besluten ska uppfattas som rimliga och därmed legitima. En gedigen utredning innebär också att den enskildes synpunkter och invändningar bemöts och bidrar därmed till att öka den enskildes delaktighet i beslutsprocessen. Genom att ärendena utreds kommer det också finnas ett bättre underlag att fatta beslut på. Risken för beslut med standardiserade och svepande beslutsformuleringar bör också bli mindre om beslutsunderlaget förbättrats genom att olika former av utredningar har genomförts.

3.1.5 Rimliga beslut

Att besluten är förutsebara och ger uttryck för en enhetlig tillämpning är dock inte tillräckligt för att besluten ska anses vara rättssäkra. Man skiljer ofta mellan formell rättssäkerhet och materiell rättssäkerhet. Formell rättssäkerhet är den del av rättssäkerheten som fokuserar på förfarandet. Detta ska garantera förutsägbarhet och möjligheter för den enskilde att konstruktivt ta till vara sina intressen. Den materiella rättssäkerheten handlar däremot om att besluten i någon mening ska ge uttryck för rättvisa och ha viss legitimitet hos medborgarna. Om målet är att sjukförsäkringen ska vara trygg och ha människan i centrum är det avgörande att de beslut som fattas av Försäkringskassan upplevs som rimliga.

Vi är väl medvetna om att rimligheten i ett beslut ofta är beroende av vem man frågar. Ibland sammanfaller dock rimligheten i ett beslut med hur begripligt det är. Om en försäkrad inte kan begripa hur Försäkringskassan har resonerat i ett beslut kan detta ha att göra med att beslutet i grunden inte heller är rimligt.⁴ Det är naturligtvis en omöjlighet att utforma sjukförsäkringen så att den uppfattas som rimlig av alla försäkrade. Något som bör gynna rimligheten i sjukförsäkringen är dock att regelverket speglar en avvägning mellan olika risker och möjligheter. En avvägning som, enligt vår mening, bör vara

² 23 § förvaltningslagen.

³ 110 kap. 13 § SFB.

⁴ Jfr Esaias Tegnér, "Det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta".

styrande vid utformningen av sjukförsäkringen är den mellan risken att den försäkrade stannar i försäkringen och vikten att underlätta för den försäkrade att återgå i arbete.

3.2 Rehabilitering är en central del av sjukförsäkringen

Alla företag som tillhandahåller försäkringstjänster har ett intresse av att förebygga och förhindra att skador uppkommer. Om skador eller sjukdomar redan har inträffat har försäkringsbolaget ett intresse av att begränsa längden på skade- eller sjukdomsperioden. Detta gäller också den statliga Försäkringskassan och sjukförsäkringen även om man inte förfogar över alla verktyg och åtgärder för att förebygga sjukdom och rehabilitera den försäkrade individen.

Rätten till ersättning är central i sjukförsäkringshandläggningen. Men en lika central fråga är att klarlägga behovet av åtgärder för att förkorta sjukdomstiden eller på annat sätt förebygga eller häva ned-sättningen av den försäkrades arbetsförmåga.

Försäkringskassan ska alltså löpande bedöma individens rätt till ersättning, klarlägga rehabiliteringsbehov och behov av samordning. Vår utgångspunkt är att frågan om bedömningar av rätten till ersättning intimt hänger samman med frågan om rehabilitering och återgången i arbete. Dessa frågor ligger i olika vågskålar. Om man inom den handläggande verksamheten av sjukförsäkringen lägger stor tonvikt och stora resurser på bedömningarna av rätten till ersättning finns risken att arbetet med att tidigt i sjukfallet ta tillvara möjligheterna till återgång i arbetet nedprioriteras. En konsekvens av detta kan bli långvariga och passiva sjukskrivningar. En annan konsekvens kan bli att orimliga omställningskrav ställs utan att rehabiliteringsbehovet har utretts. Om man å andra sidan lägger tonvikten på rehabiliteringen riskerar prövningen av försäkringsvillkoren och rätten till ersättning att inte bli tillräckligt noggrann.

4 Regelverk och rättsläge

4.1 Regelverkets grundläggande konstruktion

Sjukpenningens regelverk bygger på fasta tidsgränser som reglerar mot vad arbetsförmågan ska bedömas. I dagligt tal kallas detta regelverk för rehabiliteringskedjan. Vi kommer att användas oss av detta begrepp.

De första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Från och med dag 91 ska det vid bedömningen även beaktas om den försäkrade kan försörja sig genom omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 bedöms arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete¹ såvida det inte finns särskilda skäl mot att göra en sådan prövning eller om det annars kan anses oskäligt att göra en sådan prövning. Från och med dag 366 kan en prövning mot normalt förekommande arbete skjutas upp endast om det kan anses oskäligt att göra en sådan prövning. Arbetslösa personer prövas mot normalt förekommande arbete från dag 1. Egenföretagare bedöms de första 180 dagarna mot sitt arbete. Från och med dag 181 bedöms de mot normalt förekommande arbete.²

För att undvika att ett kortare uppehåll mellan två sjukperioder ska medföra att prövningen i rehabiliteringskedjan börjar om från början finns en bestämmelse om sammanläggning av sjukperioder. Bestämmelsen stadgar att vid beräkningen av hur länge en försäkrad har haft nedsatt arbetsförmåga ska dagar i sjukperioder läggas samman om färre än 90 dagar förflutit mellan perioderna. Bestämmelsen

¹ Som påpekats i avsnitt 2.1.2 använder vi oss mestadels av begreppet "normalt förekommande arbete" för att beskriva lagtextens rekvisit "sådan förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne".

² Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 59.

om sammanläggning innebär att den som tidigare har ett flertal kortare sjukfall med mindre än 90 dagar mellan sig relativt snart in i ett nytt sjukfall kan anses ha haft nedsatt arbetsförmåga i 180 dagar.³

4.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet

Som en grund för Försäkringskassans handläggning ligger Försäkringskassans utredningsskyldighet som innebär en skyldighet för Försäkringskassan att utreda ärendena såsom dess beskaffenhet kräver.⁴ Hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig varierar naturligtvis från fall till fall. I förarbetena till socialförsäkringsbalken och förvaltningslagen framhålls att en myndighets utredningsskyldighet är mindre i fråga om ansökningsförmåner som den enskilde initierar än i ärenden om återkrav som Försäkringskassan initierar.⁵

Högsta förvaltningsdomstolens praxis visar dock att Försäkringskassans utredningsskyldighet i sjukpenningärenden är vidsträckt. I ett avgörande ansågs Försäkringskassan ha åsidosatt sin utredningsskyldighet genom att låta sig nöjas med en journalkopia från en försäkrads besök vid en vårdcentral. Försäkringskassan hade dessförinnan sökt läkaren för att få ett kompletterande intyg men fått beskedet att läkaren var ledig.⁶

Ett beslut om att neka sjukpenning efter en prövning mot normalt förekommande arbete ingår strikt rättsligt i ett ansökningsärende eftersom den enskilde ska ge in en ny ansökan om sjukpenning efter att Försäkringskassan prövat en tidigare period med sjukpenning.⁷ För den enskilde som under 180 dagar uppburit sjukpenning framstår dock beslutet om nekade sjukpenning som en indragning av en ersättning som löpande betalats ut. Detta skulle kunna tala för att Försäkringskassans utredningsskyldighet vid 180-dagarsprövningarna mer liknar den vid återkrav eller indragningar. Lagrådet nämner i sitt yttrande över bestämmelsen i nuvarande 110 kap. 13 § SFB just indragning av ersättning som ett exempel på situationer när

³ 27 kap. 51 § SFB, prop. 2007/08:136 s. 70, prop. 2012/13:169 s. 21 f.

⁴ 110 kap. 13 § SFB.

⁵ Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk s. 554, prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag, s. 308.

⁶ RÅ 2010 ref 120.

⁷ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1. Version 12, s. 191.

Försäkringskassans utredning är väsentligt mer omfattande än vid ett ansökningsförfarande.⁸

4.3 Högsta förvaltningsdomstolens praxis

4.3.1 Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden 2018 ref 51 I och II – vad är normalt förekommande arbete och hur ska bedömningen göras?

I juni 2018 meddelade Högsta förvaltningsdomstolen två domar som båda rörde begreppet normalt förekommande arbete och hur det ska avgöras om en försäkrad har en förmåga att försörja sig genom ett sådant arbete.

Det ena målet rörde en 59-årig kvinna som arbetade halvtid som affärsbiträde. Hon led av artros i fingerlederna vilket yttrade sig i nedsatt kraft i händer och nedsatt greppförmåga i pekfinger-tumme. Hennes arbetsuppgifter hade så långt det var möjligt anpassats efter besvären. Frågan i målet var om hon var berättigad till halv sjukpenning på den grunden att hon inte kunde försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Det andra målet rörde en 43-årig man som arbetade en fjärdedel av heltid på ett bilföretag. Han led av kraftig artros i båda knäna, svår övervikt, diabetes och högt blodtryck och hade svårt att gå, stå och röra sig. Frågan i målet var om han var berättigad till tre fjärdedels sjukpenning på den grunden att han inte kunde försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Båda domarna är disponerade på samma sätt. Först behandlar domstolen vad som är ett normalt förekommande arbete. Därefter behandlas hur prövningen av förmågan att försörja sig genom ett normalt förekommande arbete ska göras och slutligen görs en bedömning av om den försäkrade har rätt till sjukpenning.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade i fråga om begreppet normalt förekommande arbete att det rör sig om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning till dennes medicinska besvär. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna ingår inte i begreppet

⁸ Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk s. 554 f.

normalt förekommande arbete. Med arbetsmarknaden avses den nationella arbetsmarknaden.

Därefter gick Högsta förvaltningsdomstolen in på hur bedömningen mot ett normalt förekommande arbete ska göras. En tvistefråga mellan parterna var om Försäkringskassan, för att kunna avslå en ansökan om sjukpenning, var tvungen att peka på ett konkret arbete eller om prövningen kunde ske på ett mer övergripande sätt mot arbetsmarknaden i stort. Domstolen konstaterade att det står klart att bedömningen av arbetsförmågan inte ska göras mot konkreta arbeten i den meningen att det måste finnas ett arbete tillgängligt. Däremot är det inte lika klart om bedömningen ska relateras till arbeten inom vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Efter ett längre resonemang utifrån förarbeten och praxis landade domstolen i slutsatsen att det inte krävs att Försäkringskassan, för att kunna avslå en ansökan om sjukpenning, hänvisar till konkreta typer av arbeten som den försäkrade kan utföra. Av stor betydelse för Högsta förvaltningsdomstolens slutsats i denna del är att lagstiftningen efter 2008 inte längre gör det möjligt att vid bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete ta hänsyn till andra faktorer hos individen än dennes sjukdom. Och en bedömning av arbetsförmågan mot konkreta typer av arbeten skulle, enligt domstolen, inte vara meningsfull om inte hänsyn får tas till exempelvis utbildning hos den försäkrade.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att bedömningen av arbetsförmågan ska vara verklighetsförankrad. Även om bedömningen inte görs i förhållande till konkreta typer av arbeten måste bedömningen ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid. Försäkringskassan har därför anledning att beakta eventuella prövningar av den försäkrades arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. I ett förarbetsuttalande från 1996 sades det att det i första hand kommer att vara personer som helt klart har en arbetsförmåga som kan utnyttjas på den öppna arbetsmarknaden som inte ska ha rätt till sjukpenning. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen skulle detta uttalande förstås så att den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer. Den kvarvarande arbetsför-

mågan måste därför vara tillräcklig för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller till exempel arbetsprestationer och arbetstakt.

Högsta förvaltningsdomstolens bedömning i de enskilda fallen

I målet som rörde kvinnan som arbetade som affärsbiträde landade Högsta förvaltningsdomstolen i slutsatsen att kvinnan inte kunde anses ha förmåga att försörja sig själv genom normalt förekommande arbete i högre utsträckning än genom sitt ordinarie halvtidsarbete och att hon därför hade rätt till halv sjukpenning. Domstolen konstaterade att hon hade nedsatt kraft i händerna samt nedsatt funktion och greppförmåga. Hon hade även svårt med finmotorik och med vridande rörelser samt med att lyfta, arbeta statiskt och att utföra kontorsarbete. Det rörde sig om en betydande begränsning av handfunktionen. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen torde de allra flesta arbeten ställa krav på att händerna kan användas. Det var, enligt domstolen, svårt att föreställa sig arbeten där kvinnan skulle kunna klara att utföra samtliga arbetsuppgifter i normal arbetstakt och dessutom i en tidsmässig omfattning som översteg halvtid.

I målet som rörde mannen som arbetade på ett bilföretag konstaterade Högsta förvaltningsdomstolen att mannen hade en komplex sjukdomsbild men att det som framför allt påverkade arbetsförmågan var hans orörlighet. Däremot framgick det inte på vilket sätt hans sjukdomar hindrade honom från att utföra ett i huvudsak stillasittande arbete. Sådana arbeten var normalt förekommande på arbetsmarknaden. Därmed hade mannen förmåga att försörja sig genom normalt förekommande arbete och han hade därför inte rätt till sjukpenning.

4.3.2 Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref 48 – hur ska bedömningen mot förvärvsarbete på arbetsmarknaden göras i fråga om sjukersättning?

I oktober 2019 meddelade Högsta förvaltningsdomstolen en dom om sjukersättning. Frågan i målet var om ett anpassat arbete skulle betraktas som ett förvärvsarbete. Arbetsförmågan i fråga om sjuk-

ersättning bedöms mot *förvärvsarbete på arbetsmarknaden*.⁹ Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att om anpassningarna som krävdes vara så omfattande att ett tillräckligt stort värde för en arbetsgivare saknades kunde arbetet inte betraktas som ett förvärvsarbete.

I domen gjorde domstolen vissa uttalanden om hur prövningen av rätten till sjukersättning skulle gå till. Ledning kunde hämtas från HFD 2018 ref 51 I och II. Domstolen uttalade bl.a. följande.

Av rättsfallen följer att det är en mer abstrakt eller hypotetisk prövning som ska göras avseende om sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom att arbeta. Prövningen behöver således inte relateras till vissa konkreta arbeten i bemärkelsen arbeten inom vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Att detta inte kan krävas följer av att lagstiftningen inte tillåter att andra faktorer än den enskildes sjukdom vägs in vid arbetsförmågebedömningen.¹⁰

4.3.3 Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2016 ref 10 – särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete

Den primära frågan i målet var om det medicinska underlag som tillkommit vid Försäkringskassans omprövning kunde beaktas vid bedömningen av om särskilda skäl finns. Men Högsta förvaltningsdomstolen gjorde också en bedömning av om det fanns särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete.

Målet rörde en 56-årig man som arbetade som chaufför och vaktmästare på sjukhus. Hans besvär beskrevs i de inledande läkarintygen som smärta i fotled. Vid omprövningen åberopades ett nytt läkarintyg där diagnosen L5-syndrom ischias ställts.

Högsta förvaltningsdomstolen hänvisade till ett tidigare avgörande, RÅ 2010 not 19, enligt vilket det var möjligt att vid bedömningen av rätt till sjukpenning beakta senare tillkommen medicinsk utredning. På samma sätt kunde utredning som tillkommit efter grundbeslutet om särskilda skäl beaktas vid omprövningen.

Vad gäller innehållet i de särskilda skälen återgav Högsta förvaltningsdomstolen förarbetena enligt vilka det av det medicinska underlaget ska framgå att det finns en välgrundad anledning att anta att

⁹ 33 kap. 10 § SFB.

¹⁰ HFD 2019 ref 48 s. 5.

den försäkrade med stor sannolikhet kan återgå i arbetet och tidpunkten för detta. Det krävdes av den medicinska utredningen att såväl den ställda diagnosen som prognosen för återgång i arbete är väl underbyggda. Särskilt höga krav måste ställas om den försäkrade genomgått medicinsk utredning som resulterat i andra diagnoser eller andra antagande om återgång i arbete. I det intyg som presenterats vid omprövningen angav läkaren att den försäkrades besvär borde vara behandlingsbara med enkel sjukgymnastik och svankstöd vid sittande i bil. I så fall var prognosen mycket god och full återgång i arbete kunde förväntas inom en till några månader. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att läkarintyget inte uppfyllde de krav som måste ställas för att särskilda skäl för att skjuta upp prövningen mot normalt förekommande arbete ska finnas.

4.3.4 Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2019 ref 14 – tolkning av begreppet oskäligt

Målet rörde en lastbilschaufför som vid en trafikolycka i april 2015 ådrog sig flera livshotande skador, bland annat på lungorna, samt ett flertal frakturer främst i de nedre delarna och i fötterna. I ett läkarintyg i december 2015 uttalade en läkare att personen behövde ytterligare behandlingar och operationer men att han efter dessa under våren 2016 troligen successivt skulle kunna återgå i arbete. Frågan i målet var om det var oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete.

Högsta förvaltningsdomstolen uttalade att gemensamt för de skador eller funktionsnedsättningar som i förarbetena nämns som exempel på där begreppet oskäligt kan vara tillämpligt är att de är av sådan art och svårighetsgrad att måste betraktas som ”livsomvälvande”.¹¹ Skadorna eller funktionsnedsättningen torde kräva omfattande rehabilitering och anpassningar såväl i arbetslivet som i vardagslivet i övrigt. Begreppet oskäligt kunde, enligt Högsta förvaltningsdomstolen, endast tillämpas när den försäkrade drabbats av skador eller funktionsnedsättningar som till sin art och svårighetsgrad klart kunde anses jämförbara med dem som räknas upp i förarbetena.

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att de skador den försäkrade ådrog sig vid trafikolyckan tveklöst var allvarliga. Det var dock

¹¹ HFD 2019 ref 14, s. 6.

inte fråga om sådana skador som räknades upp i förarbetena. Därför var det inte oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete.

4.3.5 Försäkringskassans normering med anledning av HFD 2018 ref 51 I och II

I ett domsnytt kommenterade Försäkringskassan Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden från juni 2018 om normalt förekommande arbete på följande sätt:

Prövningen av arbetsförmågan behöver alltså inte relateras till vissa konkreta arbeten i bemärkelsen arbeten inom exempelvis vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Men prövningen ska vara *verklighetsförankrad*, det vill säga den ska ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid. Detta innebär bland annat att Försäkringskassan vid sin prövning ska beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. Att Försäkringskassan ska beakta en av Arbetsförmedlingen gjord arbetsförmågeutredning innebär att utredningen kan vara vägledande men inte behöver vara avgörande för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. Värderingen av ett sådant underlag ska göras på samma sätt som värderingen av de övriga underlag – t.ex. läkarintyg eller utlåtanden från försäkringsmedicinska rådgivare – som Försäkringskassan har att ta ställning till.

Det ska slutligen vara fråga om att den försäkrade helt klart har en arbetsförmåga som kan utnyttjas på arbetsmarknaden. Det innebär att den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på öppna arbetsmarknaden ställer. Hans eller hennes kvarvarande arbetsförmåga måste alltså kunna anses vara tillräcklig för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller t.ex. arbetsprestationer och arbetstakt.

HFD:s prövning i de båda målen illustrerar att man i det enskilda fallet alltid måste bedöma hur de aktuella besvären påverkar arbetsförmågan i ett normalt förekommande arbete. Och att det avgörande är om den försäkrade med ingen eller endast ringa anpassning kan tänkas klara samtliga arbetsuppgifter i ett sådant arbete i normal arbetstakt och därmed har förmåga att försörja sig själv.¹²

¹² Försäkringskassan, Domsnytt 2018:015.

4.4 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning

4.4.1 Försäkringskassans ansvar för att se till att rehabiliteringsbehovet klarläggs och att rehabiliteringen samordnas

Rehabilitering är fråga som inbegriper många av de aktörer som finns runt en försäkrad. I detta delbetänkande behandlar vi dock bara Försäkringskassans roll i rehabiliteringen.

Försäkringskassan har ett övergripande tillsyns- och samordningsansvar för rehabilitering. Med rehabilitering avses arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.¹³ Dessutom ska Försäkringskassans samverka med och verka för att aktörerna kring den försäkrade vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. De aktörer som avses är arbetsgivare, arbetstagarorganisation, socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Även andra myndigheter som berörs av den försäkrades rehabilitering omfattas av Försäkringskassans samverkansansvar.¹⁴ Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.¹⁵

4.4.2 Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering finns i socialförsäkringsbalken där det beskrivs som en rehabilitering 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.¹⁶ Någon närmare definition än så ger inte lagtexten. I lagtexten definieras alltså arbetslivsinriktad rehabilitering inte utifrån några konkreta åtgärder utan från syftet. Enligt förarbetena anses en rehabiliteringsåtgärd vara arbetslivsinriktad om den syftar till att den försäkrade ska kunna få eller behålla ett arbete. Åtgärden ska vara

¹³ 30 kap. 9 § SFB.

¹⁴ 30 kap. 10 § SFB.

¹⁵ 30 kap. 11 § SFB.

¹⁶ 29 kap. 2 § SFB.

sådan till sin karaktär att den förutsätter att den försäkrade är personligt verksam och engagerad i den.¹⁷ Som exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder anges arbetsprövning, arbetsträning och utbildning.¹⁸ Avgränsningen mot medicinsk behandling och rehabilitering är inte kategorisk. Det framhålls att tid under vilken den försäkrade *enbart* genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering inte bör berättiga till rehabiliteringsersättning. Däremot bör deltagande i viss medicinsk behandling, t.ex. sjukgymnastik, under tid som arbetslivsinriktad rehabilitering pågår inte utesluta att rehabiliteringsersättning beviljas.¹⁹ I förarbetena till socialförsäkringsbalken anges att det inte låter sig uppräknas vilka åtgärder rätten till rehabiliteringsåtgärder omfattar. Det får avgöras i varje enskilt fall.²⁰

4.4.3 Rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning utgår som rehabiliteringspenning och som särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning lämnas till en försäkrad som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering och särskilt bidrag lämnas till en försäkrad för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering.²¹ Det krävs att den försäkrade lider av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel för att rätt till rehabiliteringsersättning ska finnas. Avsikten med rehabiliteringen ska vara att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan.²²

¹⁷ Prop. 1990/91:141, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning s. 92.

¹⁸ Prop. 1991/92:40 om vissa socialförsäkringsfrågor, m.m., s. 32.

¹⁹ Prop. 1990/91:141 s. 61.

²⁰ Prop. 2008/09:200 Socialförsäkringsbalk, s. 453.

²¹ 31 kap. 2 § socialförsäkringsbalken.

²² 31 kap. 3 § socialförsäkringsbalken.

5 Försäkringskassans utredningsmetoder

I detta avsnitt beskrivs Försäkringskassans metoder för att utreda och bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

5.1 SASSAM

SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering. Det är den utredningsmetod som Försäkringskassan i första hand använder. SASSAM-metoden bygger på delaktighet och struktur. Metodens centrala del är SASSAM-kartan. I dialog med den försäkrade kartläggs och analyseras hinder och möjligheter för att återgå i arbete. SASSAM-kartan omfattar individfaktorer, omgivningsfaktorer och motivation. SASSAM-kartan tas fram vid ett personligt möte med den försäkrade. Den ger en bild av den försäkrades situation och blir en del i beslutsunderlaget för den fortsatta handläggningen. SASSAM-kartläggningen ska genomföras sammanhållet, vid ett eller eventuellt ytterligare något tillfälle. Kartläggningen syftar att hjälpa handläggaren att ta ställning till hur ärendet bör handläggas. Om det behövs och är möjligt, ska den också leda fram till en planering för återgång i arbete, med eller utan rehabiliteringsåtgärder.¹

5.2 Avstämningsmöte

Försäkringskassan kan också begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte. Avstämningsmötet syftar till att klarlägga hur den försäkrades arbetsförmåga kan tas till vara genom att bedöma hans

¹ Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 12, s. 283.

eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och eventuella behov av och möjligheter till rehabilitering. I mötet deltar Försäkringskassan och den försäkrade tillsammans med andra aktörer, till exempel den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren, företagshälsovården och Arbetsförmedlingen. Om den försäkrade begär det kan också en facklig representant delta. Avstämningsmötet kan jämföras med den multidisciplinära bedömning som i vissa fall förekommer inom företagshälsovården. Det ska däremot inte vara en förhandling om den försäkrades rätt till sjukpenning.²

5.3 Gemensam kartläggning

Ett sätt att komma fram till vilken rehabilitering en person behöver kan också vara att genomföra en gemensam kartläggning. Denna metod används i det så kallade förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Kartläggning sker vid ett eller flera avstämningsmöten och avslutas med att personen tillsammans med arbetsförmedlare och handläggare gör en plan för vilka insatser som hen behöver för att närma sig arbetslivet. För vissa kan det handla om arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser hos Arbetsförmedlingen. För andra kan kartläggningen visa att de lämpligaste insatserna finns hos annan aktör, eller att insatser ännu inte är meningsfulla.³

5.4 Aktivitetsförmågutredning med referensmaterialet

Enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar ska regionerna ansvara för att försäkringsmedicinska utredningar kan tillhandahållas på begäran av Försäkringskassan. I en försäkringsmedicinsk utredning ska den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga bedömas. En så kallad aktivitetsförmågutredning är en sådan utredning, som omfattas av ovanstående lag. En aktivitetsförmågutredning kan användas som utredningsunderlag då Försäkringskassan bedömer om en försäkrad kan försörja sig genom på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

² Prop. 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet s. 28 f.

³ Försäkringskassans årsredovisning 2018, s. 44.

5.4.1 Bakgrund till utvecklingen av metoden

Försäkringskassan fick år 2010 i uppdrag av regeringen att tillsammans med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården vidareutveckla metoder och instrument för att bedöma arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. Metoderna och instrumenten skulle i första hand användas i situationer, där man ska bedöma om en försäkrad har förmåga att försörja sig i ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. En sådan bedömning görs vanligtvis från och med dag 181 i en sjukperiod. Uppdraget har resulterat i en modell för bedömning av arbetsförmåga, benämnd aktivitetsförmågeutredning. Denna utredning bygger på ett standardiserat undersökningsformat som ska mynna ut i en läkarbedömning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. I utredningen ingår uppgifter om den försäkrades självrapporterade hälsa, fysiska och psykiska förmågor, samt syn på möjligheter till arbete.

5.4.2 Metodens syfte

Den av Försäkringskassan framtagna modellen för bedömning av arbetsförmåga syftar till att ge en helhetsbild, som inte bara inbegriper funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, utan också innefattar den försäkrades kvarvarande förmåga till aktivitet. Det betyder att bedömningen ska ge svar på om det finns delar av arbetsmarknaden, där de specifika begränsningarna inte är ett hinder för att utföra arbete. Dessutom ska utredningen ge en prognos för de aktivitetsbegränsningar som framkommer. En aktivitetsförmågeutredning ska genomföras av en ”oberoende” läkare, det vill säga en annan än den försäkrades behandlande läkare. Utredningen ska resultera i ett nytt underlag i ärendet – bedömning av medicinska förutsättningar för arbete. Underlaget ska bestå av bland annat en förmågeprofil över den försäkrades fysiska och psykiska förmågor. Det ska också bestå av den försäkrades självrapporterade förmåga och syn på möjligheter till arbete.

5.4.3 Självskattning

En central del i aktivitetsförmågeutredningarna är den försäkrades självskattning av sina förmågor. Den försäkrade får fylla i ett särskilt självskattningsformulär före den medicinska undersökningen med frågor om hälsa, förmåga och syn på den egna arbetsförmågan. Syftet med momentet är att stärka individens delaktighet, effektivisera undersökningen samt tydliggöra att det är förmåga snarare än oförmåga som aktivitetsförmågeutredningen avser att fånga.⁴

5.4.4 Det medicinska underlaget med arbetsförmågeprofil

Den försäkrade genomgår under två dagar en medicinsk undersökning som mynnar ut i läkarens bedömning av medicinska förutsättningar för arbete samt den försäkrades syn på möjligheter till arbete. Detta medicinska intyg syftar till att sammanfatta vad den försäkrade kan respektive inte kan.

Försäkringskassan anger i sin slutrapport 2013 att intyget även ska ”förmedla ett ärendes komplexitet, nivån på underlagets logiska konsistens, samt klargöra individens syn på sin egen förmåga”. Intyget innehåller även en förmågeprofil med värdering av individens nivå avseende aktivitetsförmåga längs åtta förmågekategorierna. Dessa är 1) fysisk styrka och rörlighet, 2) fysisk uthållighet, 3) balans, koordination och finmotorisk kvalitet, 4) syn, hörsel, och tal, 5) minne, inlärning och koncentration, 6) exekutiv funktion, 7) affektiv funktion, 8) psykisk uthållighet.

Värdena uttrycks längs en femgradig skala: från ”ingen/obefintlig begränsning” till ”mycket stor/total begränsning”.⁵

I vissa fall kan läkaren besluta att en utvidgad undersökning ska genomföras av en arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog, som genomgått Försäkringskassans grundutbildning i fördjupade försäkringsmedicinska utredningar och som har behörighet att genomföra en aktivitetsförmågeutredning.

⁴ Försäkringskassan 2013 Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport, s. 9.

⁵ Försäkringskassan 2013 Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport, s. 9.

5.4.5 Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga

Som en del i utvecklingen av metoden har ett särskilt referensmaterial tagits fram. Referensmaterialet är tänkt att fungera som stöd och vägledning för handläggarna när de utifrån aktivitetsförmågeprofilen i utlåtandet, som utfärdas efter en aktivitetsförmågeutredning, ska göra en bedömning av den försäkrades arbetsförmåga mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Referensmaterialet har utarbetats av Försäkringskassan i samarbete med Arbetsförmedlingen, landets arbets- och miljömedicinska kliniker och företagsläkare.

Under 2018 togs en ny version av detta underlag fram av Arbetsförmedlingen i samarbete med Försäkringskassan. I den senaste versionen benämns materialet: Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga.⁶ Vi kommer fortsättningsvis att använda detta namn även om de källor vi hänvisar till anger det tidigare namnet kunskapsunderlag. En annan förändring i den nya versionen är att de ursprungliga 40 yrkesgrupperna har utökats till 60 yrkesgrupper. Referensmaterialet innehåller grupperingar av de yrken som bedöms ställa likartade krav på förmåga ur ett medicinskt perspektiv. Dessa krav benämns aktivitetskrav och beskrivs utifrån vanliga arbetsuppgifter inom gruppen.⁷

Referensmaterialet ska användas för att man ska kunna identifiera delar av arbetsmarknaden, där en försäkrads specifika besvär och begränsningar inte är ett hinder att utföra arbete. Försäkringskassan har dock betonat att dessa jämförelser inte ska tolkas som ett direkt svar på om den försäkrade har arbetsförmåga eller inte, utan bara ses som "en indikation".⁸ Som stöd till handläggarna i användningen av referensmaterialet har Försäkringskassan tagit fram en sökmotor för referensmaterialet. Sökmotorn har en sorteringsfunktion, som hjälper handläggaren att sortera ut de yrkesområden som har en samstämmighet med den aktivitetsförmågeprofil som kommit fram i en aktivitetsförmågeutredning. Handläggaren fyller i värdena i förmågeprofilen och får sedan ett utfall i form av en lista över de yrkesområden som den försäkrade, utifrån sin aktivitetsförmågeprofil, kan klara av. De yrkesområden som har samstämmighet med för-

⁶ Arbetsförmedlingen 2018, Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF).

⁷ Arbetsförmedlingen 2018 Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF).

⁸ Försäkringskassan 2013, Kunskapsunderlag: Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, s. 7.

mågeprofilen kan handläggaren sedan fördjupa sig i inför sitt ställningstagande i sjukpenningärendet.

Referensmaterialet ska, enligt Försäkringskassan, betraktas som just ett referensmaterial. Därför ska det användas med försiktighet och som en del av ett större underlag, mot vilket bedömningen av arbetsförmågan ska göras. Referensmaterialet har således inte någon självständig juridisk status.⁹ Försäkringskassan har betonat att försiktighetsprincipen ska gälla vid användning av referensmaterialet, särskilt när den försäkrade har mer omfattande begränsningar i sin förmågeprofil.¹⁰

⁹ Försäkringskassan 2013, Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport, s. 13.

¹⁰ Försäkringskassan 2013 Införande av nya metoder för bedömning av arbetsförmåga – förlängt försök 2014. IM 2013:147 (daterad 2013-12-18)).

6 Analys av fysiska och mentala krav vid bedömning av normalt förekommande arbete

Vi ska, förutom att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete, också analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att personen ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden förekommande arbete.

6.1 Tolkning av uppdraget

För att vi ska kunna ta oss an denna analys behöver vi klargöra vad som bör analyseras och i vilket sammanhang. Uppdraget ingår som en del i deluppdraget att analysera tillämpningen av normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning. I direktivet anges också att målet är att säkerställa en rättssäker och likformig bedömning samt att öka den försäkrades förståelse för de beslut som fattas.

Vi tolkar uppdraget så att det avser att analysera betydelsen av olika kvarstående förmågor som individen kan ha då Försäkringskassan prövar rätten till ersättning i samband med bedömningar av om denne kan försörja sig genom ett normalt förekommande arbete. Man skulle kunna avgränsa frågan till om det finns, eller bör finnas, en gräns för den fysiska och mentala förmågan där den försäkrade, om förmågan befinner sig över denna gräns, bör bedömas kunna försörja sig själv utan ersättning från sjukförsäkringen. Vi väljer, med hänsyn tagen till vår uppdragstid och våra resurser, att tolka uppdraget på detta sätt. Analysen kan därmed delas upp i flera underliggande frågor:

- Finns det några minimikrav på förmågor hos den enskilde för att kunna ta ett arbete i arbetslivet (normalt förekommande arbeten)?
- Går det med rimlig säkerhet att ange mått på dessa förmågor eller oförmågor på grund av sjukdom, så att dessa mått kan användas vid en bedömning om förmågan kan matcha kraven i förhållande till normalt förekommande arbeten?
- Är sådana gränser önskvärda och vilka gränser bör i så fall finnas för att rätt till ersättning ska föreligga?

Vi har för att kunna ta oss an denna uppgift genomfört följande åtgärder:

- Gått igenom antologin – Den relativa arbetsförmågan, teoretiska och praktiska perspektiv, Studentlitteratur 2014 med professor Kerstin Ekberg som redaktör.
- Gått igenom Arbetsförmågeutredningens delbetänkande SOU 2008:66 och slutbetänkande SOU 2009:89.
- Inhämtat Arbetsförmedlingens synpunkter i den aktuella frågeställningen.
- Tillfrågat Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet om förslag på medicinsk expertis. Utlåtanden har därefter inhämtats från med. dr Alexander Wilczek vid Karolinska Institutet och från med. dr Kristina Glise vid Institutet för stressmedicin. Att vi har inhämtat dessa utlåtanden har sin förklaring i att utmattningssyndrom är en relativt vanligt förekommande diagnos bland de ärenden som vi granskat.
- Gått igenom Försäkringskassans rapporter till regeringen avseende metoder för att bedöma arbetsförmåga.

6.2 Vilka fysiska och mentala förmågor kan krävas av en person för att denne ska kunna hänvisas till förekommande arbete? – sammanfattning av slutsatser

Huvudfrågan i detta kapitel är att analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att den ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Med tanke på att kapitlet är relativt omfattande sammanfattar vi våra slutsatser nedan.

Våra slutsatser är följande:

- Det finns svårigheter att fastställa generella krav för fysiska och mentala förmågor som omfattar hela arbetsmarknaden utöver vissa grundläggande krav.
- Det är möjligt att fastställa mått, som kan spegla fysisk och mental förmåga. Svårigheten är att befintliga instrument har bristande validitet då dessa förmågor ska relateras till en befintlig arbetsmarknad och inte till ett specifikt arbete.
- Det finns både fördelar och nackdelar med att ange minimikrav vid bedömning av de fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att denne ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Fördelen med sådana minimikrav är att sjukförsäkringen förmodligen skulle uppfattas som mer tydlig och förutsägbar. Den risk som finns med en alltför strikt tillämpning av resultat från olika bedömningsinstrument är att tillämpningen av bestämmelserna skulle kunna uppfattas som alltför fyrkantig där individuella förhållanden inte beaktas i tillräcklig utsträckning.
- Vi bedömer dock att det är möjligt att utveckla de grundläggande krav på förmågor, som beskrivs i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kunskapsunderlag från 2013 för användning i handläggningen av sjukförsäkringen. En förutsättning är att de berörda myndigheterna utvecklar dessa tillsammans med arbetsmarknadens parter.

6.3 Vad är arbetsförmåga? Vilka förmågor behövs i ett normalt förekommande arbete? Går det att identifiera minimikrav för förmågor?

För att besvara frågorna så väljer vi att belysa begreppet arbetsförmåga utifrån några tidigare utgivna artiklar och utredningar.

Lennart Nordenfelt – Begreppet arbetsförmåga

Professor emiritus i medicinens filosofi Lennart Nordenfelt har i ett antal artiklar beskrivit och definierat begreppet arbetsförmåga. I skriften – Den relativa arbetsförmågan¹ – menar Nordenfelt att man aldrig på ett entydigt sätt kan uttala sig om en människas arbetsförmåga, om man inte tar hänsyn till en rad faktorer. Det behöver finnas en inre förmåga att t.ex. utföra en kroppslig rörelse eller handling och yttervärlden måste erbjuda tillfälle att utföra denna handling. Det måste också finnas rimliga omständigheter att utföra dessa handlingar. De flesta som genomgått en basal skolutbildning har lärt sig att läsa, räkna, skriva och vissa andra grundläggande fakta inom historia, biologi och geografi. Enligt Nordenfelt har de flesta vuxna en sådan basal kompetens som kan utnyttjas i olika framtida yrken. Genom träning och utbildning kan man skaffa sig en yrkeskompetens. Kompetens har två huvudingredienser, å ena sidan kunnande (en kombination av relevant teoretisk och praktisk kunskap) och å andra sidan skicklighet (handlag att utföra kunnandet i praktiken). Man kan också tala om minimal arbetsförmåga kontra god arbetsförmåga. När det gäller beslut som Försäkringskassan ska fatta så är det uppenbart att detta inte kan avse en suverän eller mycket hög arbetsförmåga utan att försäkringstagaren kan utföra sitt arbete på ett minimalt acceptabelt sätt. Nordenfelt menar att man måste tänka på att det finns olika grader av arbetsförmåga och att man måste skilja på olika slag av kompetens. Nordenfelt skiljer på teknisk, allmän och personlig kompetens. Därutöver kan läggas till utförandeförmåga. Denna förmåga har en nära relation till hälsa. Hälsan är en faktor som möjliggör att vi i ett visst ögonblick kan använda våra grundläggande förmågor. Det är inte alltid tillräckligt för en person att vara kompetent för att hen ska kunna utföra en arbetsuppgift.

¹ Studentlitteratur 2014, Den relativa arbetsförmågan, – Begreppet arbetsförmåga.

Personen måste också ha ork och styrka av ett slag som ofta saknas när ohälsa finns. Ett ytterligare tillägg till villkoren för att en handling ska kunna utföras är att personen är villig att utföra den. Vilja och motivation är lika viktiga faktorer som kompetens och kvalifikation.

Nordenfelt sammanfattar en persons inre villkor för arbete enligt följande:

- Kompetens, inklusive kunnande och skicklighet. Den övergripande kompetensen inkluderar också vissa andra faktorer, som stress-tålighet, självförtroende och andra karaktärsegenskaper som ärlighet, noggrannhet och ihärdighet.
- Kvalifikationer som medborgarskap, intyg och betyg.
- Utförandeförmåga, som normalt förutsätter god hälsa.
- Vilja att ta arbete och utföra dess uppgifter.

Arbetsförmågan innefattar inte alla ovanstående villkor för att ett arbete utförs. Viljan ligger utanför arbetsförmågan. Nordenfelt understryker vikten av att de olika aktörer som samarbetar kring sjukförsäkring och arbetslivsinriktad rehabilitering bör vinnlägga sig om ett mer differentierat och nyanserat språkbruk kring arbetsförmågan och de faktorer som påverkar denna.

Christian Ståhl och Ida Seing – Arbetslinjen och arbetsförmåga²

Christian Ståhl och Ida Seing, biträdande professor respektive universitetslektor vid avdelningen för pedagogik och sociologi vid Linköpings universitet, beskriver i en artikel de strukturella förutsättningarna för bedömning av arbetsförmåga i vårt välfärdssystem och belyser de svårigheter som uppstår i mötet mellan olika aktörer. Artikelförfattarna beskriver bland annat Försäkringskassans handläggares dilemma: individ eller system. I yrkesrollen finns ett ansvar för att genomdriva beslut som rör människors försörjning och välfärd. I denna process ska hänsyn tas till såväl regelverk som till individens situation. Rehabiliteringskedjans tidsgränser utgår utifrån en princip om standardisering och rutinisering av sjukskrivningspro-

² Den relativa arbetsförmågan, – Arbetslinjen och arbetsförmåga, Studentlitteratur 2014.

cessen och kommer därmed i konflikt med handläggares praxis att göra individuella bedömningar.

I empirisk forskning kring sjukskrivning och rehabilitering har fyra huvudsakliga perspektiv på arbetsförmåga identifierats, vilka sammanfaller med olika aktörers roller och intressen i processen. Vårdprofessionerna representerar generellt ett medicinskt eller vårdande perspektiv, med fokus på individens hälsa och välbefinnande. Socialförsäkringssystemet representerar ett regelstyrt och byråkratiskt perspektiv där rätt till ersättning står i fokus. Arbetsgivarna å sin sida representerar ett produktions- och lönsamhetsperspektiv, där fokus ligger på den sjukskrivnes förmåga att bidra till att uppfylla arbetsgivarens ekonomiska mål. Den sjukskrivne, till sist, representerar ett livsvärldsperspektiv, där den egna livsberättelsen, synen på sig själv och sin plats i samhället står i centrum.

Det är svårt att fastställa kriterier som alla aktörer i processen kan vara överens om för hur arbetsförmåga skall bedömas. Den praktiska innebörden av begreppet skiljer sig åt beroende på kontexten, och den definieras därför i praktiken genom dialogen mellan de inblandade parterna i varje specifikt fall.

SOU 2008:66 Arbetsförmåga?

Regeringen beslutade i januari 2008 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda begreppet arbetsförmåga. Anna Hedborg förordnades att vara särskild utredare. Arbetsförmågutredningen lade fram ett delbetänkande 2008 med rubriken *Arbetsförmåga? – en översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder* SOU 2008:66. Arbetsförmågutredningens slutsats var att det finns mycket att vinna på att:

- fokusera på funktionstillstånd och arbetsförmåga vid bedömningar av rätt till ersättning inom sjukförsäkringen,
- slå vakt om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan
- utveckla ett mer strukturerat försäkringsmedicinskt förhållningsätt.

Arbetsförmågeutredningen konstaterar att arbetsförmåga är ett svårt begrepp att definiera och bedöma. Det existerar i samspel mellan en persons förmåga och kraven i ett arbete. Eftersom rätt till ersättning från sjukförsäkringen vilar på begreppet arbetsoförmåga är det upp till politiken att skapa ett regelverk som gör det möjligt att ändå ta ställning till om någon är tillräckligt arbetsförmögen på grund av sjukdom för att ha rätt till ersättning. En möjlighet är att genom någon form av politisk normering bestämma att bedömningen ska ske med hjälp av vissa bestämda instrument och metoder.

Frågan om förmågan att utföra ett arbete kan inte isoleras från frågan vad arbetet innebär och kräver. I bedömningen av detta uppstår många frågor som ofta är svåra att tydligt besvara. Utgör t.ex. smärta vid utförandet av arbetet alltid oförmåga, hur väl måste arbetet utföras, har det någon betydelse om man mår bättre av att inte arbeta eller hur många andra med likartade problem som arbetar ändå?

Arbetsförmåga som begrepp inom sjukförsäkringen är i minst lika hög grad ett politiskt som ett medicinskt begrepp. Det är ett begrepp som svårligen kan definieras och bedömas helt skilt från sitt välfärdspolitiska sammanhang. När lagstiftaren talar om att skilja på dem som kan försörja sig själva genom förvärsarbete på den reguljära arbetsmarknaden och dem som inte kan detta är det i praktiken inte så mycket en medicinsk fråga om vad människor objektivt kan eller inte kan utan en högst politisk fråga om vilka som ska avkrävas att försöka försörja sig själva eller inte. Detta blir särskilt tydligt när man närmar sig en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden och en eventuell omställning till ett nytt arbete.

Vad som ska försäkras i sjukförsäkringen avgörs av lagstiftning. En väl fungerande försäkring, en försäkring som är möjlig att administrera på ett likformigt och rättssäkert sätt, måste därför vila på tydliga politiska ställningstaganden till vilka omställningskrav som ska ställas.³

Arbetsförmågeutredningen argumenterar för att vad som ska anses vara tillräckligt nedsatt arbetsförmåga bör vara föremål för politisk normering. En sådan normering kan ske genom att användandet av vissa metoder och/eller instrument för bedömning av funktionstillstånd lagregleras.⁴

³ SOU 2008:66 Arbetsförmåga? s. 15.

⁴ SOU 2008:66 Arbetsförmåga? s. 16.

Arbetsförmedlingens synpunkter

Vi har bitt Arbetsförmedlingen redovisa sin syn på frågan vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att denne ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Arbetsförmedlingen har besvarat frågan på följande sätt:⁵

Utgångspunkter i Arbetsförmedlingens svar

Arbetsförmedlingens svar tar utgångspunkt i myndighetens uppdrag enligt förordning, regleringsbrev och andra särskilda uppdrag. Arbetsförmedlingen insamlar i sitt uppdrag regelbundet uppgifter från arbetsgivare om krav på kompetens och förmågor i olika yrken men dessa omfattar inte medicinskt relaterade förutsättningar.

Bedömningen i sjukförsäkringen av medicinskt relaterade krav i normalt förekommande arbeten kan bara göras utifrån de yrken som finns på svensk arbetsmarknad. Kraven på medicinska förutsättningar i olika yrken som enskilda ska jämföras med ska ha utgångspunkt i de uppgifter om krav i yrken som kan hämtas från aktörer på svensk arbetsmarknad. En sådan utgångspunkt bör utgöra grunden för utveckling av korrekt information om yrken och bidrar därmed till transparens och legitimitet i beslutsprocessen. Aktörerna är främst parterna på arbetsmarknaden, branschorganisationer och andra nätverk för arbetsgivare samt yrkesgrupper på arbetsmarknaden.

Vilka förmågor behövs i ett normalt förekommande arbete

Arbetsförmedlingens uppdrag i arbetet med yrkesinformation och arbetsmarknadsprognoser innebär att ta in, analysera och kommunicera information om krav och förmågor i olika yrken i syfte att ge information till arbetssökande och rapportera om variation i efterfrågan på kompetens på arbetsmarknaden. Analys av krav i yrken omfattar dock inte sådan medicinskt relaterad information som efterfrågas vid bedömning om rätt till sjukförmån i enlighet med sjukförsäkringens regelverk.

Arbetsförmedlingen har således i uppdrag att beskriva krav i yrken på reguljär arbetsmarknad. Detta omfattar emellertid inte information om medicinskt relaterade krav i yrken som kan användas i försäkringsmedicinska bedömningar.

⁵ Arbetsförmedlingen – Svar till S 2018:05 En trygg sjukförsäkring med människan i centrum daterat 2019-09-10, Dnr Komm2019/00160-38.

Försäkringskassan har däremot tidigare fått i uppdrag att i samråd med Arbetsförmedlingen utveckla metoder för att bedöma arbetsförmåga. I samarbete mellan myndigheterna har Arbetsförmedlingen här tagit fram referensmaterialet (RAF) som beskriver medicinskt relaterade krav i olika yrken på svensk arbetsmarknad.

Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen – Kunskapsunderlag/ Referensmaterial

Inom ramen för regeringsuppdraget till Försäkringskassan att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen togs ett kunskapsunderlag fram i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 2013.⁶ Kunskapsunderlaget innehåller beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Kunskapsunderlaget har senare bytt namn till Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga med Arbetsförmedlingen som utgivare. I kunskapsunderlaget från 2013 finns ett avsnitt om ”grundläggande medicinskt relaterade krav i ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden”. Detta beskrivs på följande sätt:

Beskrivningen av olika yrkesgrupper och de krav på förmåga dessa ställer ska vara ett praktiskt, men begränsat, stöd i beslutsprocessen (precis som Försäkringsmedicinskt beslutsstöd eller Socialstyrelsens beskrivning av begreppet allvarlig sjukdom). Handläggare måste även fortsättningsvis göra grannliga värderingar och överväganden utifrån den samlade bild och de individuella förutsättningar som ett ärende har. Tanken är att de krav som beskrivs för arbetsmarknaden ska fungera som en av flera, vägledande faktorer i beslutsprocessen. Materialet har tagits fram med utgångspunkten att arbetsmarknadens krav kan delas in i krav som varierar för olika yrkesgrupper och krav som är allmängiltiga för i stort sett alla arbeten.

Grundläggande för arbetsmarknaden i sin helhet är att det finns mycket liten tolerans mot begränsningar exempelvis avseende förmåga att kunna sköta grundläggande hygien, förmåga att kunna följa basala sociala koder, förmåga att kunna transportera sig till och från arbetet, samt förmåga att vara grundläggande kognitivt orienterad. Uppräkningen ger inte anspråk på att vara absolut heltäckande, men förutsätts ge en

⁶ Försäkringskassan – Kunskapsunderlag: ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”. 2013-11-08.

Underlaget är framtaget inom ramen för regeringsuppdraget att vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

tillräckligt tydlig bild av rimliga och realistiska grundkrav som gäller för de flesta arbeten.

Med grundläggande hygien avses t.ex. förmåga att kunna tvätta sig och byta till rena kläder i en sådan utsträckning att nivån på hygien inte medför betydande olägenhet för andra. Att kunna följa basala sociala koder innebär att på en helt grundläggande nivå kunna umgås med, och kommunicera med, andra människor. T.ex. att oftast svara på tilltal eller att inte ständigt få våldsamma vredesutbrott. Förmåga att kunna transportera sig till och från arbetet har många olika dimensioner. Kategorin inbegriper förmågor kopplade till fysiska förmågor (som att kunna gå) och sensoriska förmågor (som att kunna se) samt kognitiva (att kunna förstå en busstidtabell), eller affektiva (som att kunna vistas tillsammans med andra utan att få panik). I de fall den försäkrade får, eller kan få, hjälp med transport i form av handikappersättning, färdtjänst etc. föreligger naturligtvis ingen begränsning i förmåga att kunna transportera sig till och från arbetet. Att vara grundläggande orienterad i tid och rum. Även inom yrkesgrupper som har hög tolerans mot besvär av kognitiv natur ställs krav på att kunna förstå och uttrycka basal information och att kunna utföra handlingar utan att de medför stor fara för individen själv eller individens omgivning.

Exemplet utmattningssyndrom och prövningen mot normalt förekommande arbete

För att få ytterligare underlag till analysen om vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, så har vi valt att belysa några aspekter vid en vanligt förekommande sjukskrivningsdiagnos, nämligen utmattningssyndrom. I vår granskning av ärenden av avslag på ansökan om sjukpenning i samband med prövningen vid dag 180, som slumpmässigt valts ut av Försäkringskassan, förekommer utmattningssyndrom i 17 procent av fallen. Vi valde därför att inhämta utlåtande från medicinsk expertis angående effekter på arbetsförmågan vid denna diagnos. Efter att ha tillfrågat Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet om förslag på medicinsk expertis har utlåtanden inhämtats från med. dr Alexander Wilczek vid Karolinska Institutet och från med. dr Kristina Glise vid Institutet för stressmedicin. Deras utlåtande bifogas utredningen.

Alexander Wilczek beskriver några aspekter av rehabiliteringen för patienter med utmattningssyndrom på följande sätt:

Ett närmast genomgående problem för UMS [utmattningssyndrom, vår anmärkning] patienterna är den stress som Försäkringskassans regel om att bli prövad mot hela arbetsmarknaden efter 6 månaders sjukskrivning utsätter dem för. Efter 6 månader är patienterna ofta förbättrade avseende symptom som sömnsvårigheter, trötthet, ångest, nedstämdhet och lustlöshet, men den kognitiva förmågan är fortfarande mycket sårbar och problem kan uppstå vid minsta ansträngning. Det kan t ex handla om att vistas i ett rum med flera människor som man måste förhålla sig till. Ett exempel kan vara ett s.k. avstämningsmöte där patienten, dennes läkare, chef, ev. HR-personal och handläggaren från FK deltar. Patienten kan under den tid som mötet pågår ofta fungera adekvat och förefaller vara nära sin normala kapacitet. Men mötet följs oftast av ett utmattningsskov som leder till att patienten blir liggande med huvudvärk i ett mörkt och tyst rum under några dygn. Att med denna sårbara förmåga orientera sig i en ny miljö, att ens tänka på att börja på en ny arbetsplats med nya uppgifter, nya arbetskamrater och nya lokaler är obefintlig. Ändå är det just vad FK föreslår. Den kognitiva förmågan återkommer men det tar oftast längre tid än 6 månader.

Wilczek anger vidare:

Arbetsplatsen är mycket central i rehabiliteringen. Det handlar om att gradvis "belasta" patienten med de uppgifter som finns i yrkeslivet för att underlätta arbetsåtergång. Arbetsgivarens inställning är av stor betydelse för detta. En arbetsgivare som i samråd med sin sjuka medarbetare och dennes läkare är öppen för att hitta möjliga anpassningar av den sjukas arbetsuppgifter, är till mycket stor hjälp i rehabiliteringen. Ofta leder FKs regelverk till problem som tyvärr försvårar processen. Ett exempel kan vara när bedömningen är att återgång i arbete på 25 % är möjlig. Om heltid motsvara 40 timmar/vecka kräver FK att den försäkrade skall arbeta 2 timmar/dag 5 dagar/vecka. Med resor till och från arbetsplatsen med allmänna kommunikationsmedel kan det lägga ytterligare någon eller några timmar/dag till belastningen. Dessutom i en miljö med många andra människor, tidtabeller etc. som utgör en klart stressande situation för den som skall rehabiliteras. I stället kanske det optimala för både arbetsgivaren och arbetstagaren kan vara 5 timmar under två av veckans dagar med en längre viloperiod mitt på dagen och med en eller två vilodagar mellan arbetsdagarna. En ökad flexibilitet från FKs sida skulle vara till hjälp för den drabbade och troligen på sikt också bidra till kortare sjukskrivningsperioder.

Återfallsrisken är hög

FKs statistik visade att av samtliga sjukskrivna under stressdiagnos (dvs de allra flesta under diagnos utmattningssyndrom) 2015 hade 25 % tidigare varit sjukskrivna under samma diagnos åren 2005-2014. Var fjärde person som insjuknar i utmattningssyndrom kommer med andra ord sannolikt att återinsjukna i framtiden. Detta faktum behöver alla parter uppmärksamma genom att utveckla och vidta återfallsförebyggande

åtgärder för att i framtiden minska individens lidande, minska de problem som uppstår på arbetsplatsen när en medarbetare blir långtids-sjukskriven och minska kostnaderna som det innebär, för samhället, som har ansvar för prevention, rehabilitering och sjukförsäkring.

6.3.1 Identifiera minimikrav – vår analys

För att närma oss frågan om det finns eller bör finnas några minimikrav på fysisk och mental förmåga för att kunna ta ett normalt förekommande arbete har vi försökt belysa begreppet – arbetsförmåga – utifrån några artiklar och utredningar. Vi konstaterar då att *Lennart Nordenfelt* anser att de flesta vuxna har en sådan basal kompetens, som man lärt sig i den grundläggande skolutbildningen, som kan utnyttjas i olika framtida yrken. Genom träning och utbildning kan man skaffa sig en yrkeskompetens. *Nordenfelt* talar också om minimal arbetsförmåga kontra god arbetsförmåga. *Nordenfelt* anser att när det gäller beslut som Försäkringskassan ska fatta så är det uppenbart att detta inte kan avse en suverän eller mycket hög arbetsförmåga utan att försäkringstagaren kan utföra sitt arbete på ett minimalt acceptabelt sätt. Vi noterar dock att Högsta Förvaltningsdomstolen i ett avgörande om en försäkrad har en förmåga att försörja sig genom ett normalt förekommande arbete bland annat uttalat att den försäkrade ska kunna tillgodose *alla* (vår kursivering) sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer.⁷ Det vill säga inte bara en förmåga att utföra ett arbete på ett minimalt acceptabelt sätt utan förmåga att klara alla arbetsgivarens krav.

Huvudfrågan i det som ska analyseras i detta kapitel är den fysiska och mentala förmågan. Vi uppfattar dessa förmågor, som en del av arbetsförmågan. *Nordenfelt* anger att utförandeförmågan är en del av arbetsförmågan. De övriga delarna är kompetens och kvalifikationer. Han anser också att utförandeförmågan har en nära relation till hälsa. Hälsan påverkar i sin tur den fysiska och mentala förmågan.

Seing och Ståhl anser att det är svårt att fastställa kriterier som alla aktörer i processen kan vara överens om för hur arbetsförmåga skall bedömas. Den praktiska innebörden av begreppet skiljer sig åt beroende på kontexten, och den definieras därför i praktiken genom dialogen mellan de inblandade parterna i varje specifikt fall.

⁷ HFD 2018 ref 51 I och II.

Arbetsförmågeutredningen konstaterar att arbetsförmåga är ett svårt begrepp att definiera och bedöma. Det existerar i samspel mellan en persons förmåga och kraven i ett arbete. Eftersom rätt till ersättning från sjukförsäkringen vilar på begreppet arbetsoförmåga är det upp till politiken att skapa ett regelverk som gör det möjligt att ändå ta ställning till om någon är tillräckligt arbetsförmögen på grund av sjukdom för att ha rätt till ersättning. En möjlighet är att genom någon form av politisk normering bestämma att bedömningen ska ske med hjälp av vissa bestämda instrument och metoder.

Arbetsförmedlingen beskriver att man analyserar krav och förmågor i olika yrken i syfte att ge information till arbetssökande och rapportera om variation i efterfrågan på kompetens på arbetsmarknaden. Analysen av krav i yrken omfattar dock inte sådan medicinskt relaterad information som efterfrågas vid bedömning om rätt till sjukförmån i enlighet med sjukförsäkringens regelverk.

Alexander Wilczek och Kristina Glise lyfter fram att patienter med utmattningssyndrom, efter 180 dagars sjukfrånvaro från arbetet, fortfarande är så sårbara att förmågan att orientera sig i en ny miljö, att ens tänka på att börja på en ny arbetsplats med nya uppgifter, nya arbetskamrater och nya lokaler är obefintlig. De framhåller att dessa patienter vid denna tidpunkt inte är förmögna att klara ett nytt arbete.

Försäkringskassan och kunskapsunderlaget/referensmaterialet För- säkringskassan och Arbetsförmedlingen beskriver i kunskapsunderlaget 2013 några grundläggande krav för arbetsmarknaden i sin helhet. Grundläggande är att det finns mycket liten tolerans mot begränsningar exempelvis:

- avseende förmåga att kunna sköta grundläggande hygien,
- förmåga att kunna följa basala sociala koder,
- förmåga att kunna transportera sig till och från arbetet, samt
- förmåga att vara grundläggande kognitivt orienterad.

En svaghet är att det inte finns något forskningsbaserat material eller empiriskt underlag via till exempel förfrågan till arbetsgivare, branschorganisationer till stöd för dessa slutsatser. Vi bedömer dock att det är möjligt för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att utveckla ett empiriskt underlag för dessa grundläggande krav på för-

mågor om det bedöms underlätta bedömningarna vid handläggningen av sjukförsäkringen.

Vi vill dock betona att vid bedömning av om en försäkrad har en förmåga att försörja sig genom ett normalt förekommande arbete ska den försäkrade kunna tillgodose *alla* (vår kursivering) sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer.⁸

Huvudfrågan, som skulle besvaras i detta avsnitt, är om det går att identifiera några minimikrav på fysisk och mental förmåga i ett normalt förekommande arbete. Vi har funnit att det finns svårigheter att fastställa några generella minimikrav på dessa förmågor, utöver de grundläggande krav som anges i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kunskapsunderlag/referensmaterial.

6.4 Kan den fysiska och mentala förmågan mätas för användning inom socialförsäkringen?

Inledningsvis ställde vi frågan:

Går det med rimlig säkerhet att ange mått på förmågor eller oförmågor på grund av sjukdom, så att dessa mått kan användas vid en bedömning om förmågan kan matcha kraven i normalt förekommande arbeten?

För att vi ska kunna besvara denna fråga behöver vi först veta något om instrument där man mäter dessa förmågor.

Per-Anders Tengland om att mäta arbetsförmåga

Per-Anders Tengland, professor i hälsa och samhälle vid Institutionen för hälsa- och välfärdsstudier, Malmö universitet, går i den tidigare refererade boken – Den relativa arbetsförmågan – igenom några befintliga instrument som syftar till att mäta eller utvärdera arbetsförmåga.⁹ De flesta av dessa instrument värderar en rad olika förmågor och kompetenser, däribland fysisk och mental förmåga. Tenglands slutsatser är att de flesta instrument lider av bristande validitet, det vill säga instrumentets förmåga att mäta det som det påstås mäta. Tengland anger att de undersökta instrumenten ofta fångar hälsan, samt en hel del mer komplexa förmågor och kompe-

⁸ HFD 2018 ref 51 I och II.

⁹ Studentlitteratur 2014, Den relativa arbetsförmågan, s. 29 ff.

tenser. De fångar ibland även individens tolerans, styrka och motivation. I stort sett alla instrument misslyckas med att kontextualisera arbetsförmågan, då de saknar möjlighet att undersöka individens förmåga eller kompetens i relation till konkreta arbetsuppgifter och till en konkret arbetsmiljö.

I en annan artikel i samma skrift beskriver Tengland hur man utifrån en noggrant konstruerad definition av begreppet arbetsförmåga kan skapa ett kvalitativt frågeformulär ämnat att utvärdera en individs specifika arbetsförmåga. Tenglands slutsatser är att man kan öka validiteten genom att man konstruerar instrumentet utifrån en noggrant skapad definition, som avser att fånga fenomenet arbetsförmåga. Det bästa sättet att fånga detta komplexa fenomen är genom en kvalitativ intervjuundersökning, som utgår från den framtagna definitionen. Tengland menar att en individs arbetsförmåga endast kan utvärderas i relation till ett konkret arbete, inte till en abstrakt arbetsmarknad.

Arbetsförmågeutredningen

Arbetsförmågeutredningen genomförde inom ramen för sitt uppdrag en inventering av olika metoder att bedöma funktion och arbetsförmåga. Nedan beskrivs delar av betänkandet SOU 2008:66, som vi bedömt vara relevant utifrån frågan om den fysiska och mentala förmågan kan mätas för användning inom socialförsäkringen.

Arbetsförmågeutredningen angav att en central del av de olika modeller som utredningen studerade är bedömning och mätning av funktionstillstånd. Det finns ett internationellt vedertaget synsätt på hälsa och sjukdomars effekter i WHO:s Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Syftet med ICF är att skapa ett gemensamt språk som grund för att vetenskapligt undersöka människors hälsa och hälsorelaterade tillstånd och för att kunna göra jämförelser, också mellan länder. ICF beskriver mänskliga funktionstillstånd och deras begränsningar (relaterade till hälsa) i en struktur som avser att ge möjligheter att se samband och sammanhang.

ICF har mer eller mindre tydligt präglat de instrument från olika länder som finns för att klarlägga hälsorelaterad funktionstillstånd och arbetsförmåga, om än mera som ett bakomliggande raster än som en handbok för att utforma systemen. Det gäller till exempel

för det norska förslaget till Funktionsvurderinger ved langvarig sykefravaer og ved vedtak om langtidsytelser. I det norska förslaget till instrument görs en viktig distinktion mellan olika användningsområden för värderingar av funktionstillstånd och arbetsförmåga.

Dessa är:

- a) förvaltningsbeslut om rätt till eller avslag av en försäkringsersättning,
- b) planering eller vägledning tillbaka till arbete, eller
- c) utvärdering.

Därmed närmar man sig, enligt arbetsförmågeutredningen, en av de glidningar som finns i tillämpningen av existerande instrument. Vid förvaltningsbeslut blir värden som rättssäkerhet, likabehandling, förutsebarhet och genomskinlighet viktigast. Lagen styr, och det är då viktigt att tydligt bortse från sådant som inte ger rättigheter (till exempel andra orsaker till bristande arbetsförmåga än sjukdom om det handlar om sjukförsäkringen). Eftersom myndigheten har behov av att strängt vakta porten till försäkringen och stänga ute dem som inte har rätt till långvarig ersättning blir det bilden av sjukdomens effekter och brister i förmåga som hamnar i fokus. Om det däremot i första hand handlar om att hitta vägar tillbaka till arbete blir allt viktigt som i det individuella fallet kan ha betydelse.

Arbetsförmågeutredningen sammanfattade sin undersökning av metoder i andra länder på följande sätt:

Det finns många exempel på angreppssätt och metoder som på olika sätt skulle kunna vara intressanta för Sverige. Samtidigt har undersökningen tydliggjort att det krävs ett genomtänkt förhållningssätt till frågan om vilka grundläggande principer som ska ligga till grund för val av metoder. Även mycket närliggande instrument för bedömning av till exempel funktionstillstånd kan spela högst olika roller vid själva bedömningen av rätten till ersättning.

Scheman för att beskriva funktionstillstånd kan i sig utgöra själva arbetsförmågeprövningen men de kan också utgöra ett av flera olika underlag för att i ett senare skede göra arbetsförmågeprövningen. Det är därför viktigt att skilja på instrument för bedömning av funktionstillstånd respektive bedömning av arbetsförmåga.

Instrument för bedömning av funktionstillstånd finns på flera samhällsområden. De instrument som används inom ramen för olika socialför-

säkringar förefaller främst användas vid bedömningar av rätt till mer varaktiga ersättningar. Det är främst då som det uppstår ett större behov att beskriva de försäkrades funktionstillstånd på ett mer standardiserat och likformigt sätt. Orsaken är att det är då arbetsförmågan ska relateras till hela arbetsmarknaden i stället för till ett specifikt befintligt arbete. En beskrivning av funktionstillstånd utifrån vissa avgränsade specifika funktioner är inte lika meningsfull när det gäller helt olika arbetsuppgifter med olika krav på vilka funktioner som krävs för utförandet. Detta blir särskilt tydligt i system där man, som i t.ex. Storbritannien, också har ett standardiserat sätt att väga samman och summera funktionstillståndet. Att koppla arbetsförmågebedömningen till en given funktionsnivå är bara rimligt om man också utgår ifrån en given generell kravnivå som får uttrycka vad som anses vara rimligt för den som ska försöka försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. För svensk del är det möjligt att det vid prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden, alltså i princip senast efter sex månaders sjukskrivning för den som har en anställning, skulle kunna vara aktuellt med någon form av mer standardiserad bedömning av funktionstillstånd.¹⁰

6.4.1 Vår analys avseende om den fysiska och mentala förmågan kan mätas

Arbetsförmågeutredningen ansåg att det är möjligt att genom någon form av politisk normering bestämma att bedömningen av arbetsförmåga kan ske med hjälp av vissa bestämda instrument och metoder. Det är främst vid prövning mot hela arbetsmarknaden som sådana lösningar bör bli aktuella.

Vår slutsats är att det är möjligt att fastställa mått, som kan spegla fysisk och mental förmåga. Det finns både i Sverige och internationellt olika instrument, där mått på olika slags förmågor kan beskrivas. Svårigheten är att befintliga instrument har bristande validitet då dessa förmågor ska relateras till en befintlig arbetsmarknad.

6.5 Är det önskvärt med minimikrav för fysisk och mental förmåga för att rätt till ersättning ska föreligga?

I de inledande avsnitten behandlade vi dels frågan om det går att identifiera minimikrav för fysiska och mentala förmågor dels frågan om det går att mäta de nämnda förmågorna. Vi besvarade dessa

¹⁰ SOU 2008:66 Arbetsförmåga? s. 90 ff.

frågor med att det finns betydande svårigheter att fastställa generella minimikrav som omfattar hela arbetsmarknaden utöver vissa basala krav. Det går med olika instrument att ange mått på dessa förmågor. Svårigheten ligger framför allt i att bedöma om dessa mått mäter det vi avser att mäta, det vill säga validitet. I detta avsnitt går vi vidare och ställer oss frågan om sådana gränser är önskvärda och vilka gränser som i så fall bör finnas för att rätt till ersättning från sjukförsäkringen ska finnas.

Det finns uppenbara fördelar med att samhället anger en tydlig situation då rätt till sjukpenning föreligger. Typ – är jag sjuk så har jag rätt till sjukpenning. Sjukförsäkringen i Sverige har dock också andra villkor. Den försäkrade ska bland annat kunna styrka en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom med ett läkarintyg. Då är vi inne på frågan om förmågor. Hur mycket ska min sjukdom sätta ned min arbetsförmåga för att jag ska få sjukpenning? Om då försäkringen anger att ett visst angivet mått på oförmåga i arbetslivet som alltid medför rätt till sjukpenning så skulle säkert sjukförsäkringen anses mer tydlig och förutsägbar. Det skulle också underlätta Försäkringskassans handläggares bedömningar, till exempel vid prövningen vid dag 180.

Redan i dag finns bestämmelser om allvarlig sjukdom som en förutsättning för att kunna få fler dagar med sjukpenning på normalnivå.¹¹ När Försäkringskassan ska tillämpa begreppet allvarlig sjukdom så görs det utifrån Socialstyrelsens dokument – Begreppet allvarlig sjukdom.¹² Detta leder tanken vidare till om vissa diagnoser skulle betraktas som sådana att de alltid leder till att arbetsförmågan bedöms nedsatt. Mot detta talar att det, enligt vår mening, knappast finns någon diagnos som alltid sätter ned arbetsförmågan helt eller delvis. Det finns personer med sjukdomar, som kraftigt reducerar funktionsförmågan, men som ändå har en fullgod arbetsförmåga.

Om diagnosen i sig inte kan utgöra en gräns eller minimikrav för att rätt till ersättning från sjukförsäkringen ska föreligga uppkommer frågan om man genom att använda någon metod eller instrument kan ange minimikrav på förmåga eller oförmåga som utgör en sådan gräns?

I England används sedan 1995 ett instrument som kallas Personal Capability Assessment (PCA) för att avgöra rätten till Long Term

¹¹ 27 kap. 23 § SFB.

¹² Vägledning Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, 2015:1 Version 12, s. 60.

Incapacity Benefit (närmast förtidspension). PCA används i regel efter att personen haft sjuklön från arbetsgivaren i sex månader. Instrumentet avser att samla in information om förmågan att utföra vissa uppgifter. Dels bedöms den fysiska förmågan, dels den psykiska förmågan, och summan av de poäng som man får när man svarar på frågeformuläret avgör om man kan betraktas som inkapabel att arbeta. Svaren i formuläret utgör ett av flera kriterier, där läkarbedömning är ett annat, som används för att bedöma om någon ska få inkomststöd.¹³

I Sverige använder Försäkringskassan sedan några år aktivitetsförmågeutredningar vilken även inkluderar ett referensmaterial, som beskriver medicinskt relaterade krav i olika yrken på svensk arbetsmarknad. Aktivitetsförmågeutredningar används när det behövs ett fördjupat medicinskt underlag för att handläggaren ska kunna bedöma arbetsförmågens nedsättning. Dessa verktyg, det medicinska utlåtandet och referensmaterialet, beskrivs ytterligare i avsnitt 5.4.

Referensmaterialet kan användas som stöd i bedömningen av krav i arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Resultatet av analysen av relationen mellan den försäkrades medicinska förutsättningar och arbetsmarknadens krav ska inte ses eller tolkas som ett svar på om en försäkrad har arbetsförmåga eller inte. Resultatet utifrån referensmaterialet ska i stället i första hand ses som en indikation på hur stor del av arbetsmarknaden som den försäkrade är utestängd från av medicinska skäl och hur stor andel av arbetsmarknadens yrkesgrupper som individen inte uttalat saknar medicinska förutsättningar att klara av.¹⁴

Försäkringskassans användning av referensmaterialet beskrivs också i Arbetsförmedlingens rapport från 2018 ”Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF)”. I detta dokument anges:

Att beskrivningarna av yrkesgrupperna betecknas som ett referensmaterial är ett sätt att betona dess begränsningar och att det ska användas med försiktighet.¹⁵

Försiktighetsprincipen betonades också i Försäkringskassans slutrapport till regeringen 2013 avseende metoder för bedömning av arbets-

¹³ Instrumentet beskrivs i Arbetsförmågeutredningen SOU 2008:66 s. 2 ff. och i Den relativa arbetsförmågan, Studentlitteratur 2014 s. 43 ff.

¹⁴ Vägledning Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, 2015:1 Version 12, s. 300 ff.

¹⁵ Arbetsförmedlingen – Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF). Aktivitetskrav inom grupper av yrken på svensk arbetsmarknad, s. 8.

förmåga inom sjukförsäkringen bland annat med anledning av att företrädare för arbetsmarknadens parter hade framfört farhågor om att materialet skulle få en för ”fyrkantig” och styrande effekt. I slutrapporten anges också att:

referensmaterialet ska användas som underlag för bedömning om vad som kan anses vara rimligt och vad som kan anses vara mindre rimligt. Det klargörs bl.a. mycket tydligt att en individuell bedömning alltid ska göras. Detta exemplifieras bl.a. med att individer ska ses som försäkrade i ”befintligt skick”, exempelvis så att kvarstående begränsningar från tidigare sjukdom/skada i många fall kan spela roll vid en senare bedömning med annan huvudorsak.¹⁶

Det finns således både i det engelska och svenska systemet farhågor att de resultat som faller ut från de använda instrumenten kan ge alltför orimliga och oönskade konsekvenser för den enskilde. I det engelska systemet är instrumentet PCA ett av flera kriterier, läkarbedömning är ett annat, för att bedöma inkomststöd. I Sverige betonas en försiktighetsprincip då handläggaren använder aktivitetsförmågeutredningar och referensmaterialet för att bedöma nedsatt arbetsförmåga. När man analyserar resultaten, som faller ut, från en aktivitetsförmågeutredning med referensmaterial ska dessa inte ses eller tolkas som ett svar på om en försäkrad har arbetsförmåga eller inte. Analysen ska i stället i första hand ses som en indikation på hur stor del av arbetsmarknaden som den försäkrade är utestängd från.

6.5.1 Vår analys om det önskvärda med minimikrav

Vi konstaterar att det finns både fördelar och nackdelar med att ange minimikrav för arbetsförmåga inkluderande fysisk och mental förmåga vid bedömning av om individen kan ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Fördelen med sådana minimikrav är att sjukförsäkringen förmodligen skulle uppfattas mer tydlig och förutsägbar. En nackdel är att det finns en risk för en alltför fyrkantig tillämpning där individuella faktorer inte beaktas i tillräcklig utsträckning. De internationella erfarenheterna talar för att bedömningsinstrument, om ett sådant används vid bedömning av arbetsförmåga, bara bör vara ett av flera olika underlag eller kriterier i bedömningen. Den

¹⁶ Försäkringskassan 2013 Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport, s. 13.

försäkrades egen bedömning av den egna förmågan liksom en läkarbedömning bör alltid ingå vid bedömning av rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Man kan utöver det redan sagda också beakta att sjukförsäkringen bygger på att det är individens individuella förutsättningar i förhållande till sjukdom och arbete som ska bedömas. Även om en förmåga är nedsatt kan individen kompensera denna nedsättning med andra förmågor.

6.6 Diskussion och allmänna reflektioner

Huvudfrågan i detta kapitel är att analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att denne ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Vi har valt att analysera frågan utifrån tre underliggande frågor, se avsnitt 6.1.

Våra slutsatser är följande:

- Det finns svårigheter att fastställa generella minimikrav för fysiska och mentala förmågor som omfattar hela arbetsmarknaden utöver vissa grundläggande krav.
- Det är möjligt att fastställa mått, som kan spegla fysisk och mental förmåga. Svårigheten är att befintliga instrument har bristande validitet då dessa förmågor ska relateras till en befintlig arbetsmarknad och inte till ett specifikt arbete.
- Det finns både fördelar och nackdelar med att ange minimikrav vid bedömning av de fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Fördelen med sådana minimikrav är att sjukförsäkringen förmodligen skulle uppfattas mer tydlig och förutsägbar. Den risker som finns med en alltför strikt tillämpning av resultat från olika bedömningsinstrument är att tillämpningen av bestämmelserna skulle kunna uppfattas som alltför fyrkantig där individuella förhållanden inte beaktas i tillräcklig utsträckning.

- Det är dock möjligt att utveckla de grundläggande krav på förmågor, som beskrivs i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kunskapsunderlag från 2013 för användning i handläggningen av sjukförsäkringen. En förutsättning är de berörda myndigheterna utvecklar dessa tillsammans med arbetsmarknadens parter.

Om en person ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter att ha varit sjukskriven 180 dagar så är det den nedsatta arbetsförmågan på grund av sjukdom som bedöms. Någon absolut "sanning" angående i vilken grad sjukdomen sätter ned arbetsförmågan går förmodligen inte att uppnå. Eller som Christian Ståhl och Ida Seing formulerade det i den ovan refererade artikeln.

Innebörden av begreppen arbetsförmåga och anställbarhet beror till stor del på de regelverk, mål och perspektiv som de olika aktörerna har när de använder dem. Tolkningen skiljer sig åt mellan myndigheter, arbetsgivare och andra intressenter i sjuk- och rehabiliteringsprocessen.¹⁷

Trots begreppens svårighetsgrad ska arbetsförmågan ändå bedömas i sjukförsäkringen. Det är då av stor vikt att det framgår för den som berörs hur denna bedömning går till. I första hand är det givetvis den försäkrades egen beskrivning av de besvär som sätter ned förmågan att arbeta som ska beaktas. Det ska också finnas en läkarbedömning av diagnosen, funktions- och aktivitetsnedsättningar som i sin tur påverkar förmågan att arbeta. Ibland ifrågasätts om läkaren ska göra den senare bedömningen. Det är visserligen så att det är Försäkringskassan som beslutar om rätten till ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, men det är trots allt den medicinska bedömningen i ett läkarintyg som ligger till grund för Försäkringskassans beslut. Det är vår uppfattning att denna läkarbedömning av hur sjukdomen sätter ned förmågan att arbeta ska finnas med i beslutsunderlaget för att beslut i sjukförsäkringsärenden ska upplevas trovärdiga.

Ska då Försäkringskassan alltid följa läkarens bedömning? I de flesta fall är det så. Men läkaren har inte som uppgift att kunna sjukförsäkringsreglerna och besluta om rätt till sjukpenning. Det finns en rad försäkringsvillkor och annan information som i sin tur påverkar handläggarens bedömning. Det gäller t.ex. sjukpenning-

¹⁷ Studentlitteratur 2014, Den relativa arbetsförmågan.

grundande inkomst, sammanläggningsperioder som påverkar när dag 180 i rehabiliteringskedjan infaller, information och planer från arbetsgivare och andra aktörer m.m. Det är handläggarens uppgift att väga samman dessa uppgifter till ett beslut om rätt till ersättning. Därför kan Försäkringskassans beslut och läkarens rekommendation till sjukskrivning skilja sig åt.

Medicinsk behandling och rehabilitering är naturligtvis central för att bota och lindra vid sjukdom. Graden av nedsättning av arbetsförmåga är dock påverkbar av andra faktorer. Först och främst av individens egen motivation att delta i hälsobringande och rehabiliterande åtgärder. Men också arbetsgivarens inställning, inkluderande arbetsledare och arbetsplatser påverkar utvecklingen och graden av den nedsatta arbetsförmågan. Likaså kan Försäkringskassan ge stöd i den försäkrades återgång i arbete genom att ta adekvata kontakter, samordna rehabiliteringsåtgärder, bevilja rehabiliteringsersättning för åtgärder som kan förkorta sjukdomstiden.

Vi vill särskilt lyfta fram arbetsplatsens betydelse för arbetsförmågan. I likhet med Ekberg/Ståhl vill vi framhålla att arbetsplatsen har en viktig uppgift i att både främja och bibehålla arbetsförmåga och i att göra anpassningar i arbetet som är ”skraddarsydda” för den enskilde individens särskilda funktionsförmåga.

Vår utredning har tillämpningen av normalt förekommande arbete i fokus. Vid dag 180 är beslut rörande sjukpenning av än större betydelse för den försäkrade. Sjukdomsprognosen är givetvis den centrala men sjukförsäkringens konstruktion gör också att Försäkringskassans beslut också kan påverka frågan om den försäkrades arbetsplats, bostadsort, möjligheter till fortsatt försörjning, yrkesidentitet m.m. I många fall kan det således påverka det fortsatta livet. Det är därför av synnerlig vikt att handläggningsprocessen kring beslutet upplevs av den försäkrade som tydlig, begriplig och genomförd på ett kompetent sätt.

7 Kunskapsläge arbetslivsinriktad rehabilitering

Vi har i samband med analysen av begreppet normalt förekommande arbete funnit anledning att granska vilka aktiviteter som föregår beslut vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Vid granskning av ärenden har vi konstaterat att tidiga aktiviteter för att klarlägga rehabiliteringsbehov och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder sällan förekommer.

Vi har med anledning av detta valt att söka mer kunskap kring vad forskningen visar vad gäller kunskaper om effekter av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser på återgång i arbete.

Ett problem som en rad utredningar och forskare påpekat under årtionden är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är brist på effektstudier. Innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är oklar, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.¹

Vi har för att få ytterligare kunskap bitt professor Gunnel Hensing vid avdelning för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, att göra en litteraturöversikt över kunskapsläget över arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för att främja tidig återgång i arbete efter en sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen. Rapporten med 11 bilagor biläggs detta betänkande.

I rapporten anges att det övergripande syftet har varit att utifrån relevanta översikter av vetenskapliga studier kartlägga kunskapsläget kring arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen. Arbetslivsinriktad rehabilitering avgränsades i forsk-

¹ Beskrivs bland annat i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen SOU 2015:21 Mer trygghet och bättre försäkring.

ningsöversikten till att gälla olika typer av insatser som kan främja återgång i arbete.

7.1 Resultat från litteraturoversikter

I rapporten görs följande sammanfattning av resultaten:

I kartläggningen ingår 13 litteraturoversikter om besvär i rörelseorganen och 6 om psykiska besvär. Av de 13 litteraturoversikterna om besvär i rörelseorganen fann två att arbetslivsinriktad rehabilitering hade en tydlig positiv effekt på återgång i arbete medan tio översikter fann en viss effekt och en litteraturoversikt fann att resultaten från de olika ingående studierna var motstridiga. Sammantaget framkom det att insatser som tillhandhölls av flerprofessionella team visade sig ha bättre effekt än enstaka insatser på återgång i arbete. Flertalet översikter fann också att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Översikterna som behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt. I de sex översikterna var det några som inte fann några samband mellan insatserna och återgång i arbete medan övriga fann ett visst stöd för att sådana insatser hade effekt. Med tanke på att antalet översikter är färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingår i översikterna) får man vara mer försiktig när man drar slutsatser. Kognitiv beteendeterapi som är arbetsriktad visade emellertid bättre effekt för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än KBT som inte var arbetsriktad. Sammanvägt resultat tyder alltså på att insatser som involverar arbetsplatsen eller är arbetsriktade har bättre effekt än de som inte gör det. Det saknas översikter med fokus på arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö. Utöver de 13 översikterna som behandlade besvär i rörelseorganen och de sex som behandlar psykisk ohälsa inkluderades två andra typer av översikter (mer information om detta finns i rapporten). Resultaten från dessa går i samma riktning som de här beskrivna.

Av de 6 nordiska studier som inkluderades fann en studie av arbetsriktad KBT en skillnad i tid till återgång i arbete medan övriga inte fann några skillnader mellan de personer som deltog i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och de som inte deltog i insatsen. En av studierna följde en lagförändring i Finland, som innebar ökade krav på samverkan och uppmärksamhet kring risker för långvarig sjukfrånvaro. Man fann att den hade positiv effekt på sjukfrånvaro tid för personer med psykiska besvär men inte i gruppen med besvär i rörelseorganen.

Slutsats: Trots att resultaten från de i rapporten ingående översikterna och enskilda studierna varierar är den sammanvägda slutsatsen att arbetslivsriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa. I forskningsöversikten anges att den sammanvägda slutsatsen är att arbetslivsriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

7.2 Begreppet arbetslivsriktad rehabilitering

Begreppet arbetslivsriktad rehabilitering används i många olika sammanhang och i en bred bemärkelse. Forskningsöversikten lyfter fram problemet med att begreppet saknar en enhetlig, gemensam definition rent allmänt men också i forskningssammanhang. En sådan definition skulle kunna underlätta jämförelser och kommunikation såväl inom forskningen som i praktiken.

Rapporten anger vidare:

Waddell et al. (2008) menar att arbetslivsriktad rehabilitering kan vara vilken insats som helst som hjälper personer med ett hälsoproblem att återvända till eller vara kvar i arbete. Insatser bör fokusera på att identifiera och/eller bidra till att övervinna fysiska, psykologiska eller yrkesmässiga hinder. I svensk forskning används i princip samma definition: arbetslivsriktad rehabilitering skall syfta till att återge en sjuk person sin arbetsförmåga och skapa förutsättningar till egen försörjning. För att uppnå återgång i arbete skall rehabiliteringsåtgärder som underlättar detta sättas in. Det kan det handla om både medicinska och sociala insatser, exempelvis utreda vilka behov som finns, anpassade former av fysisk aktivitet, att personer får arbetsträna, och utbildning kan ingå i arbetslivsriktad rehabilitering. I vår kartläggning av internationell forskning fann vi ingen enhetlig och generellt accepterad definition av arbetslivsriktad rehabilitering.

7.3 Tidiga insatser

Forskningsöversikten anger att frågan om betydelsen av tidiga insatser inte varit en huvudfråga i kartläggningen men att man i flera studier diskuterar vilken roll tidsaspekten har.

Vi kan konstatera att i litteraturöversikterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. Enligt Franche et al. (2005) och Hlobil et al. (2005) bör insatserna sättas in inom 3 månader. När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring.

7.4 Några exempel på relevanta översikter

Vi har i samråd med Gunnel Hensing valt att lyfta fram några exempel på relevanta översikter som nämns i forskningsöversikten.

I en av de inkluderande översikterna undersöktes om interventioner som involverar arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete i jämförelse med de som inte gör det. (Franche et al 2005).² Svaret i korthet var att:

Insatser som innefattade arbetsanpassningar och involverade en kontakt mellan aktörerna och arbetsplatsen hade mycket god effekt på återgång i arbete. Man fann måttligt starkt stöd för tidig kontakt mellan anställd och arbetsgivare. Man fann också måttligt starkt stöd för att insatserna var kostnadseffektiva.

I en annan översikt undersöktes hur effektiva insatser är med målet återgång i arbete i jämförelse med sedvanlig vård för personer med ryggsmärta (Hlobil et al. 2005³).

Man fann att insatserna var effektiva i jämförelse med sedvanlig vård för återgång i arbete vid kortare uppföljning (6 mån). Man fann också att den optimala tidpunkten för starta med åtgärder var 4–12 veckor efter sjukskrivning för att minska risken för kronisk ryggsmärta.

I en ytterligare översikt så undersöktes om multidisciplinära insatser med en koppling till arbetsplatsen är effektiva i att uppnå återgång i arbete. (Carroll et al. 2010⁴). Svaret i korthet var att:

Ja, om det är flera aktörer involverade i insatserna men inte om de utgörs av enklare åtgärder. Man fann också att fysisk aktivitet var mer effektiv än sedvanlig vård, förutsatt att insatsen involverade arbetsplatsen. In-

² Franche et al. 2005, "Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature".

³ Hlobil et al. 2005, "Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain".

⁴ Carroll et al. 2010, "Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions".

satser som involverade flera aktörer som samarbetade för att uppnå återgång i arbete var ännu effektivare än fysisk aktivitet, oavsett om arbetsplatsen var involverad eller inte.

I en översikt undersöktes om insatser riktade till personer med depression är effektiva för återgång i arbete (Niewenhuijsen et al. 2014⁵):

Man fann måttligt starkt stöd för att sjukfrånvaron blir kortare om man lägger till en arbetsinriktad insats som arbetsanpassning eller psykologiskt stöd till behandlingen i övrigt. Resultaten baseras på tre studier i vilka det totalt ingick 251 personer.

7.5 En avslutande anmärkning

Vi noterar på basis av rapporten, förutom vad som framgår av ovanstående referat, att det ofta krävs flera insatser från olika typer av yrkeskategorier för att uppnå effekt på den arbetslivsriktade rehabiliteringen. Det synes således sällan vara tillräckligt med enstaka separata insatser för att uppnå goda effekter i återgång i arbete. Det kan vara en viktig lärdom för de yrkesverksamma inom området sjukskrivning och rehabilitering.

⁵ Niewenhuijsen et al. 2014, "Interventions to improve return to work in depressed people (Cochrane Collaboration Review)".

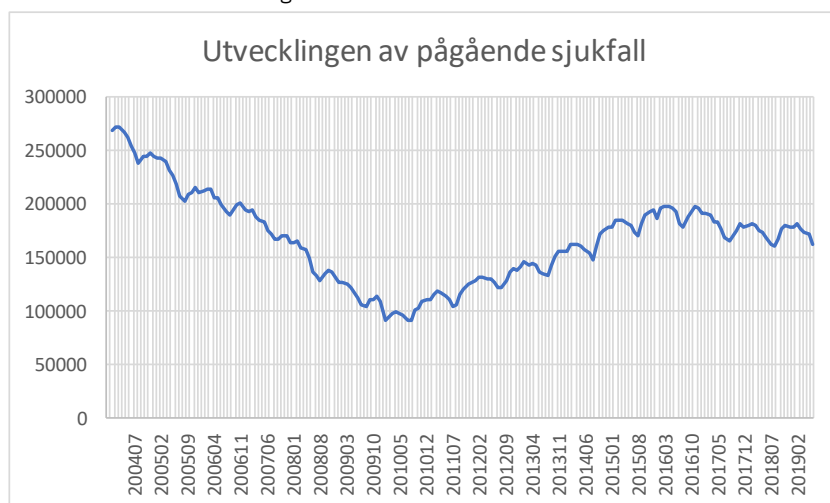
8 Utvecklingen inom sjukförsäkringen

I det följande avsnittet beskriver vi några utvecklingstendenser i sjukförsäkringen med avseende på tillämpningen av normalt förekommande arbete.

8.1 Utvecklingen av antalet sjukfall

Figur 8.1 Utvecklingen av pågående sjukfall

Avser samtliga fall

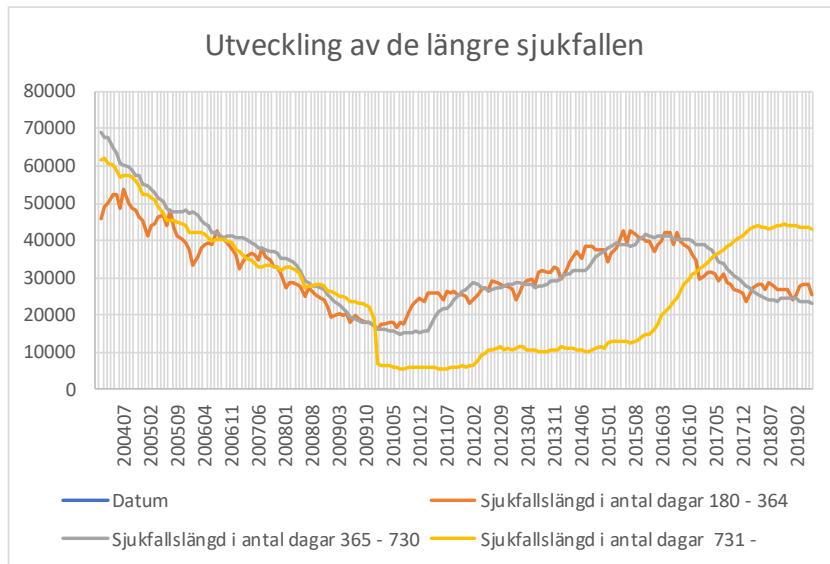


Källa: Försäkringskassan.

Antalet pågående sjukfall har varierat kraftigt under de två senaste decennierna. I början av 2000-talet uppgick det totala antalet till över 300 000 per månad. Därefter minskade antalet och var som lägst

knappt 100 000 per månad 2010. Uppgången som sedan följde bröts under 2017. I december 2018 uppgick antalet pågående sjukfall till totalt 179 000, varav 66 procent var kvinnor och 34 procent var män. Det är en könsfördelning som varit relativt stabil över tid.¹

Figur 8.2 Utveckling av sjukfall längre än 180 dagar



Källa: Försäkringskassan.

Diagrammet visar utveckling av de längre sjukfallen från 2004 och framåt. Under perioden 2004–2010 sjönk de längre sjukfallen till följd av insatser inom det så kallade ”halveringsprogrammet”² och från juli 2008 med anledning av förändrad lagstiftning (rehabiliteringskedjan). Under perioden 2010–2016 skedde en succesiv ökning för sjukfall i intervallen 180–730 dagar. Från 2016 har sjukfall i dessa intervall börjat sjunka. Vi gör bedömningen att den senare utvecklingen beror på den stramare tillämpning av regelverket som Försäkringskassan har infört.

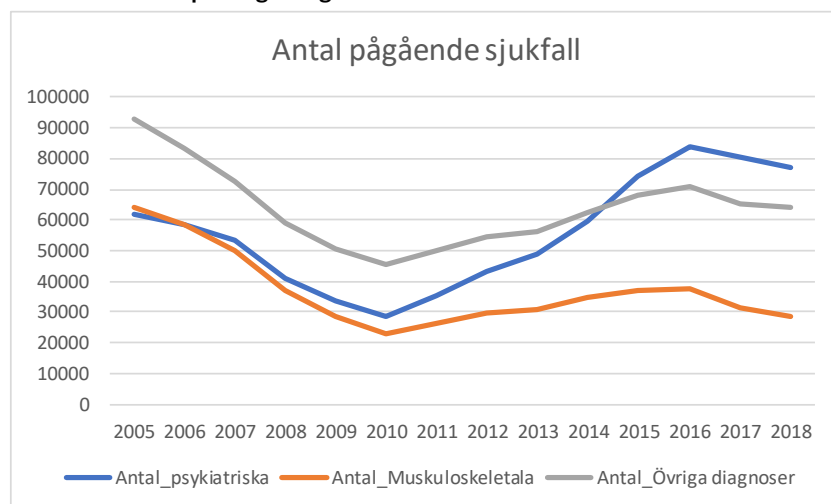
¹ Prop. 2019/2020:1, utgiftsområde 10, s. 21

² Antalet sjukskrivna personer ökade dramatiskt under slutet av 1990-talet och inledningen av 2000-talet. Regeringen formulerade därför ett mål för minskad ohälsa i budgetpropositionen för 2003. Målet innebar att frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skulle halveras fram till 2008. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna tog utifrån detta fram en strategi för att uppnå detta mål, ”halveringsprogrammet”. Se bland annat Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2014:17, s. 68 ff.

De allra längsta sjukfallen, som är två år och längre, har en annan utveckling. Effekter dels av införandet av den bortre tidsgränsen dels av borttagandet av densamma kan tydligt konstateras från 2010 respektive 2016. Sjukfall över två år har ökat från 2016 och framåt. Vi gör bedömningen att de stränga rekvisiten för att bevilja sjukersättning har betydelse för denna utveckling. Bristen på åtgärder som kan underlätta återgång i arbete och förkorta sjukdomsperioden kan också ha betydelse.

8.2 Psykiatriska diagnoser ökar

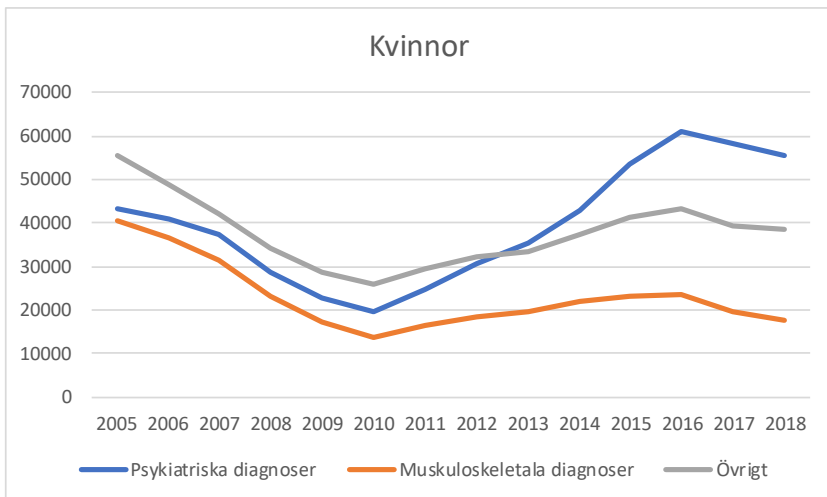
Figur 8.3 Antal pågående sjukfall med psykiatriska, muskuloskeletala resp. övriga diagnoser



Källa: Försäkringskassan.

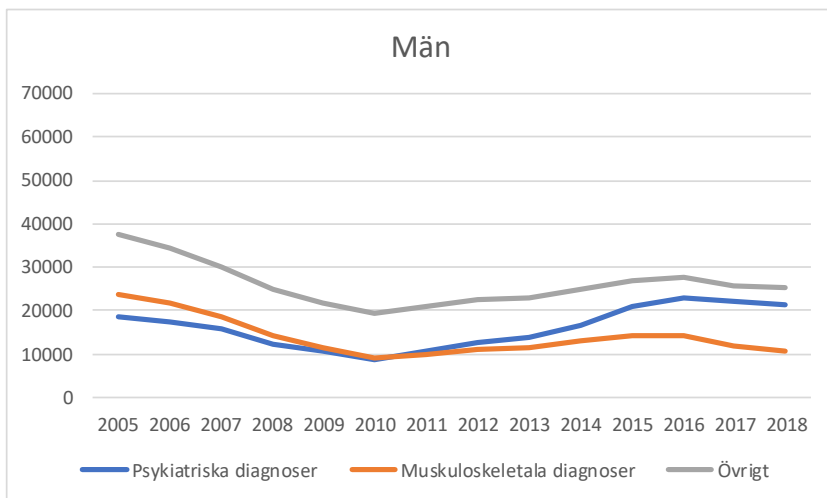
Diagrammet visar att det är framför allt de psykiatriska sjukdomarna som ökat kraftigt sedan 2010. En viss minskning har skett i antalet under 2017 och 2018. Nedanstående diagram visar motsvarande utveckling könsfördelad.

Figur 8.4 Antal pågående sjukfall med psykiatriska, muskuloskeletala resp. övriga diagnoser, kvinnor



Källa: Försäkringskassan.

Figur 8.5 Antal pågående sjukfall med psykiatriska, muskuloskeletala resp. övriga diagnoser, män

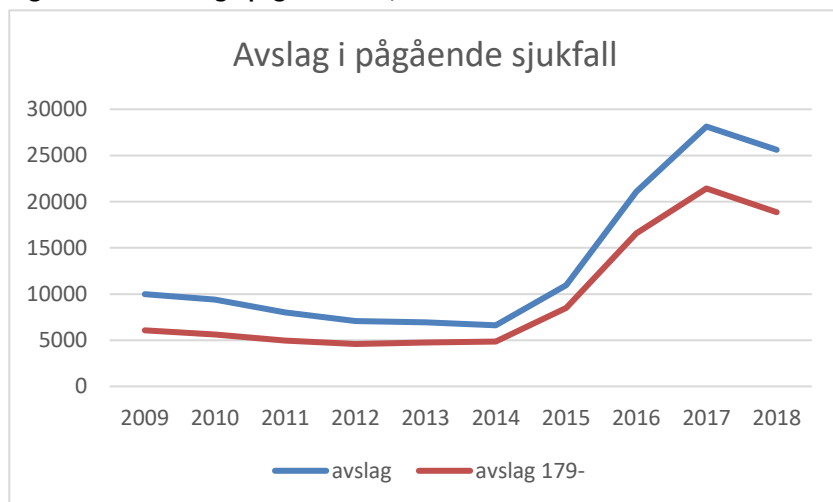


Källa: Försäkringskassan.

Diagrammen med könsuppdelade data visar att det framför allt är de psykiatriska diagnoserna för kvinnor som ökat från 2010–2016. För män så är det gruppen övriga diagnoser som dominerar i antal.

8.3 Ökade avslag

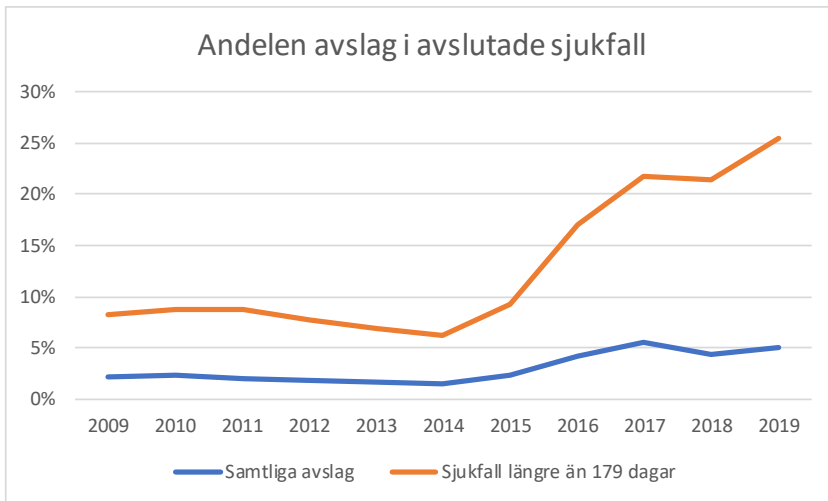
Figur 8.6 Avslag i pågående fall, antal



Källa: Försäkringskassan.

Antalet avslag i pågående sjukfall har legat relativt konstant under åren 2009–2014. Den blå kurvan ovan avser avslag i alla sjukfalls-längder och röda kurvan visar avslag i sjukfall längre än 179 dagar. Den röda kurvan visar utvecklingen i fall där prövningen sker utifrån begreppet ”normalt förekommande arbete”. Under åren 2014–2017 har en kraftig ökning skett både avseende totalt pågående sjukfall och sjukfall längre än 179 dagar. Under 2018 har antalet avslag minskat i förhållande till 2017.

Figur 8.7 Andel avslag i förhållande till avslutade sjukfall 2009–2019
Samtliga avslag, blå och avslag för sjukfall längre än 179 dagar, röd



Källa: Försäkringskassan.

Ovanstående diagram visar utvecklingen av avslag för sjukfall längre än 179 dagar som andel av samtliga avslutade sjukfall. Utvecklingen för 2019 avser endast årets första tre månader. Från 2014 har denna andel ökat kraftigt och ligger för närvarande på närmare 25 procent av avslutade sjukfall.

8.3.1 Inspektionen för socialförsäkringens faktabeskrivning av de ökade avslagen

Inspektionen för socialförsäkringen har i rapporten 2018:12 – Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning – beskrivit ett antal fakta avseende denna utveckling. Inspektionen anger att man i denna rapport inte gör någon analys av de bakomliggande orsakerna till resultaten. Vi återger nedan de huvudsakliga resultaten i rapporten:

- Under åren 2009–2016 var andelen personer som fick sin sjukpenning indragen totalt sett något högre bland män än bland kvinnor. Men under år 2017 var förhållandet det motsatta. Andelen indragningar var något högre bland kvinnor än bland män.

- Andelen indragningar ökade mest i samband med att Försäkringskassan prövade de försäkrades arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete, det vill säga efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.
- Andelen indragningar ökade också i samband med att Försäkringskassan prövade arbetsförmågan efter dag 365 i rehabiliteringskedjan. Andelen personer som fick sin sjukpenning indragen vid denna tidpunkt var högst år 2016 då den var 4,8 procent. Denna andel minskade till 3,5 procent år 2017.
- Andelen personer som fick sin sjukpenning indragen i samband med dag 180 i rehabiliteringskedjan varierade kraftigt mellan olika län. År 2017 var andelen indragningar högst bland personer bosatta i Norrbottens län, 23 procent, och lägst bland personer bosatta i Östergötlands län, 5,2 procent.
- Andelen som fick sin sjukpenning indragen var högst bland personer med sjukdomar i rörelseorganen, skador och förgiftningar. Ökningen av andelen indragningar var relativt sett störst bland personer med psykiatriska diagnoser.
- Andelen indragningar varierade även mellan olika åldersgrupper. År 2017 fick personer som var mellan 60 och 64 år i högst utsträckning sin sjukpenning indragen efter dag 180 i rehabiliteringskedjan, 11,6 procent. Personer som var mellan 20 och 29 år fick sjukpenningen indragen i lägst utsträckning vid samma tidpunkt i rehabiliteringskedjan, 6,8 procent.
- Det var vanligare att personer med förgymnasial utbildning fick sin sjukpenning indragen än personer med eftergymnasial utbildning.
- Utrikes födda personer fick sin sjukpenning indragen i större utsträckning än inrikes födda.³

³ ISF rapport 2018:12 – Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning.

8.4 Utvecklingen av rehabiliteringspenningen

Den rehabiliteringsåtgärd som är vanligast förekommande, då den försäkrade får rehabiliteringsersättning, är arbetsträning. I en rättslig uppföljning av rehabiliteringsersättning som Försäkringskassan genomförde 2016, var arbetsträning den aktuella åtgärden i 96 procent av de granskade ärendena. I 7 procent av ärendena förekom arbetsförberedande åtgärder (i vissa fall i kombination med arbetsträning, därav blir summan högre än 100 procent).⁴ Det senare är ett individuellt anpassat program som Arbetsförmedlingen kan erbjuda den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Utbildningsinsatser förekom i några enstaka fall.

8.4.1 Allt färre beviljas rehabiliteringsersättning

Andelen sjukfall i vilka rehabiliteringspenning har beviljats har varit minskande under en längre tid. I Försäkringskassans utgiftsprognos för åren 2019–2022 anges följande:

Utgifterna för rehabiliteringspenning har under en lång tid generellt följt utvecklingen för sjukpenningutgifterna. Detta samband bröts dock under 2016 då utgifterna för rehabiliteringspenning minskade i motsats till de ökande utgifterna för sjukpenning. År 2017 minskade utgifterna med drygt 23 procent jämfört med 2016 och under 2018 har utgifterna fortsatt att minska med 18,6 procent jämfört med 2017, vilket motsvarar 178 miljoner kronor. Utgifterna för rehabiliteringspenning väntas fortsätta att minska under 2019 för att sedan stabiliseras kommande år.⁵

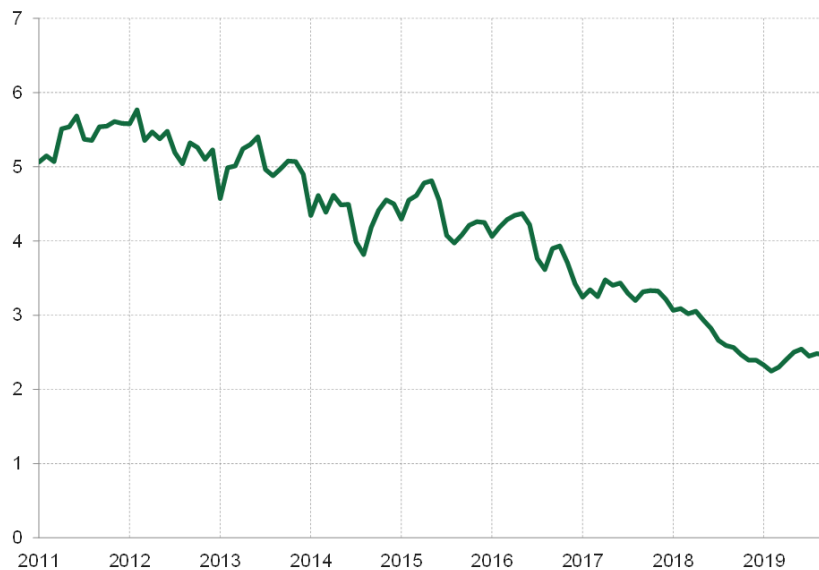
Diagrammet nedan visar att rehabiliteringspenningens andel av det totala antalet nettodagar (sjukpenning och rehabiliteringspenning sammantaget) i genomsnitt i det närmaste har halverats mellan 2011–2018. För 2018 var den genomsnittliga andelen 2,8 procent. Försäkringskassan anger i utgiftsprognosen för 2019–2022 att man beräknar att andelen ska sjunka till cirka 2 procent 2019 för att därefter vara konstant.⁶

⁴ Rättslig uppföljning 2016:2, s. 19.

⁵ Försäkringskassans Rapport 2019-07-29 Utgiftsprognos för budgetåren 2019–2022.

⁶ Försäkringskassan Rapport 2019-07-29 Utgiftsprognos 2019–2022.

Figur 8.8 Utvecklingen av rehabiliteringspenning som andel av utbetalda dagar för sjukpenning och rehabiliteringspenning sammantaget



Vi har undersökt vid vilken tidpunkt i sjukperioden, som rehabiliteringsåtgärder där den försäkrade får rehabiliteringspenning beviljas. Resultatet redovisas nedan:

Tabell 8.1 Beviljade fall med rehabiliteringspenning avseende rehabiliteringskedjans tidsgränser

Procentuell fördelning resp. antal fall åren 2016–2018.
Tabellen avser anställda

| Procentuell fördelning | | År för rehabstart | | |
|-----------------------------|---------------|-------------------|--------------|--|
| Rehabstart dag i rehabkedja | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Dag 1–179 | 10,90 % | 5,39 % | 4,13 % | |
| Dag 180–364 | 19,96 % | 13,39 % | 9,83 % | |
| Dag 365– | 69,14 % | 81,22 % | 86,04 % | |
| Totalsumma | 100,00 % | 100,00 % | 100,00 % | |
| Antal | | År för rehabstart | | |
| Rehabstart dag i rehabkedja | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Dag 1–179 | 1 466 | 473 | 236 | |
| Dag 180–364 | 2 685 | 1 175 | 562 | |
| Dag 365– | 9 301 | 7 126 | 4 920 | |
| Totalsumma | 13 452 | 8 774 | 5 718 | |

Källa: Försäkringskassan.

Tabellen visar, förutom den ovan konstaterade nedgången i antalet beviljade fall med rehabiliteringspenning, att antalet fall som beviljas rehabiliteringspenning före dag 180 i rehabiliteringskedjan minskat drastiskt de senaste åren och endast 236 fall beviljades 2018. Utifrån tillgänglig statistik så konstateras att nedgången fortsätter under 2019. Antalet fall, som beviljas mellan dag 180 och 364 är något större. Huvuddelen av dessa fall beviljas efter över ett års sjukskrivning. Denna tabell visar anställda sjukskrivna. Arbetslösa prövas alltid gentemot normalt förekommande arbete från första dagen i en sjukskrivningsperiod och ingår således inte i rehabiliteringskedjan.

8.5 Försäkringskassans insatser för att klarlägga rehabiliteringsbehov och samordningsbehov

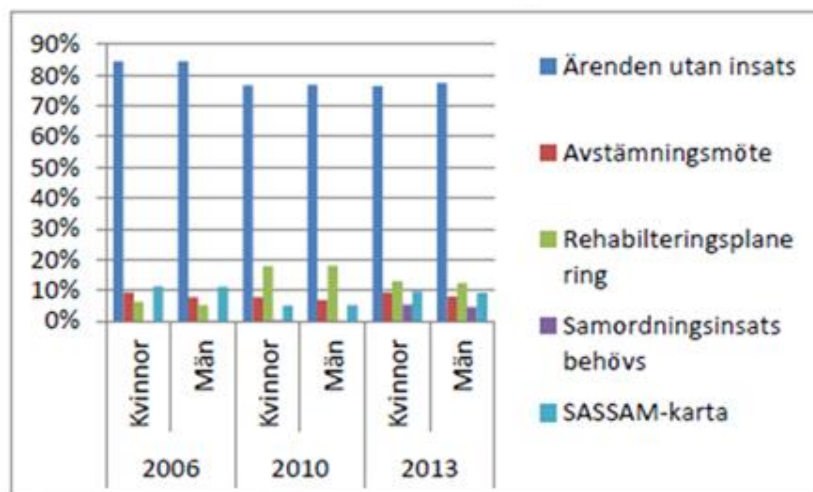
Försäkringskassan har ett tudelat uppdrag. Uppdraget handlar dels om att bedöma och besluta om rätten till ersättning från sjukförsäkringen, dels om samordningsuppdraget. Försäkringskassans samordningsuppdrag innebär dock inte att myndigheten ska ansvara för att rehabilitera enskilda. Hälso- och sjukvården ansvarar för de medicinska insatserna, arbetsgivarna ansvarar för de arbetsplatsin-

riktade insatserna, Arbetsförmedlingen ansvarar för de arbetsmarknadsinriktade insatserna och socialtjänsten ansvarar för de sociala insatserna. Då många har ansvar för arbetet med rehabilitering saknas i dag en helhetsbild av de insatser som vidtas under sjukfallet. I detta avsnitt redovisas dock några av de insatser Försäkringskassan vidtar för att kartlägga den sjukskrivnes rehabiliteringsbehov.

Vi har funnit att omfattningen av dessa insatser kan vara av intresse då dessa kan ge en indikation om vilka personer som fått stöd i återgången i arbete från Försäkringskassan. Utifrån vårt uppdrag att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete är insatser före dag 180 av särskilt intresse.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, SOU 2015:21, redovisade dessa insatser för åren 2006, 2010 och 2013. Se nedanstående diagram.

Figur 8.9 Andel av startade sjukfall där Försäkringskassan vidtar eller inte vidtar insatser, procent



Källa: Försäkringskassan (DOA).

Vi har med statistik från Försäkringskassan uppdaterat motsvarande uppgifter för 2018, se följande avsnitt.

8.5.1 Vilka är insatserna som beskrivs

Rehabiliteringsplanering

Om den försäkrade har rätt till sjukpenning ska behovet av rehabilitering utredas. Handläggaren ska göra en planering för hur den försäkrade så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete.

Syftet med att göra en plan för återgång i arbete är att klargöra för alla inblandade hur den försäkrades väg tillbaka till arbete eller annan sysselsättning ser ut. Planen är också ett verktyg för att ta tillvara den försäkrades förmågor i processen från sjukskrivning till egen försörjning genom arbete. Planen en naturlig del av handläggningen genom hela ärendet eftersom du som handläggare i samråd med den försäkrade ska se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.⁷

Det är alltså handläggarens registrering av plan för återgång i arbete, som är grunden för de data som redovisas i dessa diagram.⁸

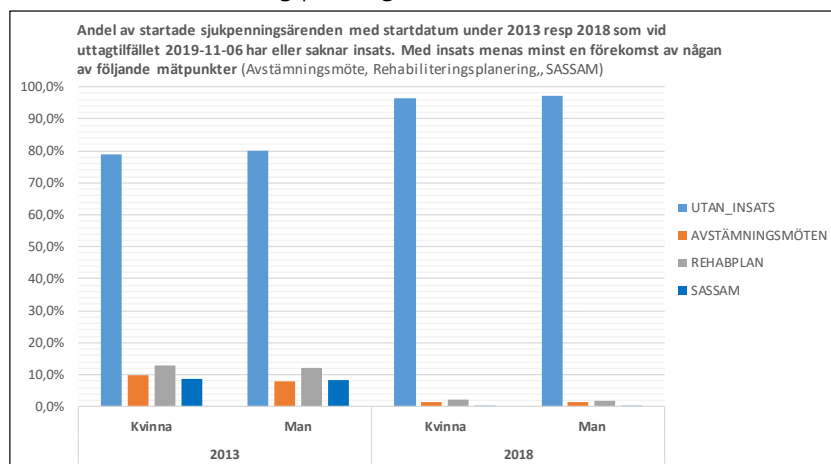
Handläggaren kan också besluta om att genomföra ett avstämningsmöte eller en SASSAM-kartläggning. Avstämningsmöte är en av de insatser som Försäkringskassan kan använda för att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga och för att kunna planera för olika typer av rehabiliteringsåtgärder. SASSAM är den utredningsmetod som Försäkringskassan i första hand använder. SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering. Dessa metoder beskrivs ytterligare i kapitel 5.

⁷ Vägledning 2015:1, version 12 s. 292.

⁸ Från och med den 1 juli 2018, har arbetsgivaren en skyldighet att ta fram en plan för återgång i arbete om arbetstagen förväntas vara sjuk mer än 60 dagar.

Figur 8.10 Andelen startade sjukpenningärenden med eller utan insats

Med insats avses avstämningsmöte, SASSAM eller rehabiliteringsplanering



Källa: Försäkringskassan.

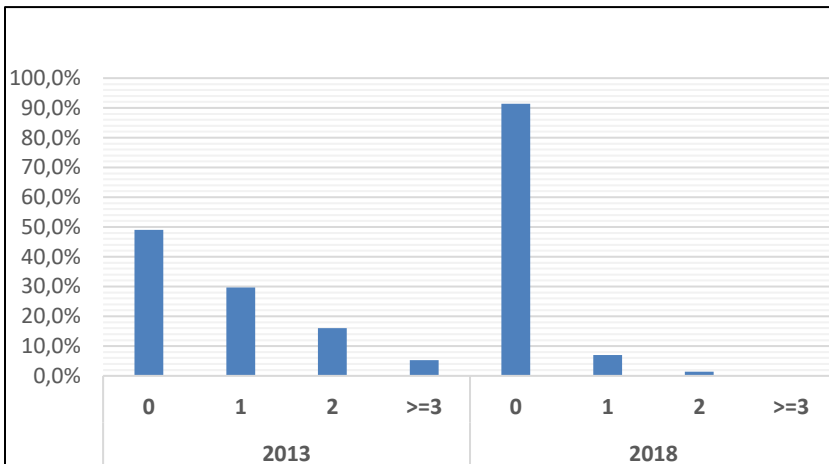
Omkring 75–85 procent av samtliga sjukärenden under åren 2006, 2010 och 2013 var ärenden där ingen av de ovan nämnda insatserna gjordes, se också föregående diagram. För 2018 var motsvarande siffra 96 procent, där ingen insats gjordes. När det gäller de insatser som redovisas så var förekomsten av någon av dessa insatser under 2013 mellan 8,2 och 13 procent av startade sjukpenningärenden. 2018 har motsvarande andel sjunkit kraftigt till mellan 0,2 och 2,2 procent. Skillnaden mellan kvinnor och män är marginell.

De flesta sjukfall avslutas före dag 60 utan att det behövs någon särskild insats från Försäkringskassans sida. Det sker så att säga ett naturligt tillfrisknande och återgång i arbete vid de flesta sjukdomarna. Vissa sjukdomar kan dock leda till en längre tid med nedsatt arbetsförmåga. Det kan då leda till den försäkrade kan behöva insatser från Försäkringskassans sida för att se om det går att förkorta sjukdomsperioden.⁹ Nedan visas diagram för utvecklingen av sjukfall längre än 60 dagar med avseende på förekomsten av ingen eller minst en aktivitet för 2013 och 2018.

⁹ I detta sammanhang bortser vi från arbetsgivares, hälso- och sjukvårdens, Arbetsförmedlingens eller socialtjänstens behandlande och/eller rehabiliterande insatser, som givetvis kan vara helt avgörande för att möjliggöra en återgång i arbete.

Figur 8.11 Andel av ärenden längre än 60 dagar med aktiviteter

Ärenden med ingen eller minst en av aktiviteterna
Avstämningsmöten, SASSAM eller Rehabiliteringsplanering



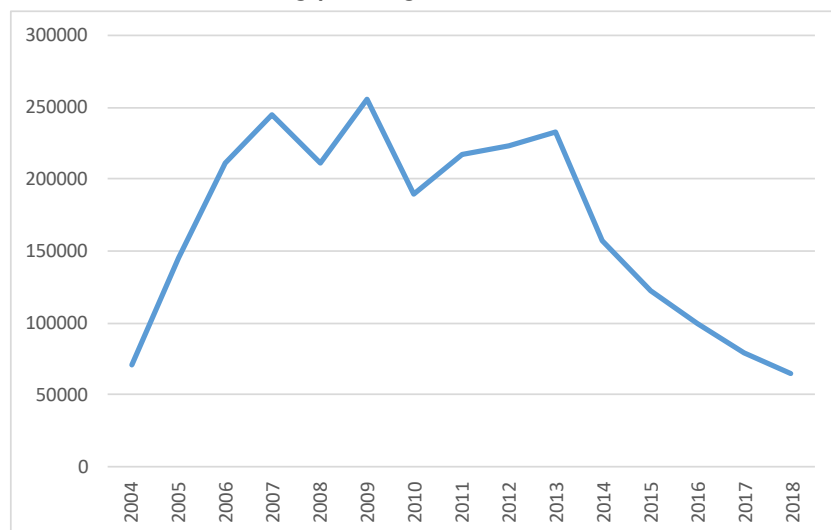
Källa: Försäkringskassan.

Vad gäller uppgifter för 2018 kan viss efterregistrering ske så att de slutliga totala uppgifterna kan skilja sig från dem som ligger till grund för ovanstående och följande diagram. Dessa bedöms dock inte påverka de konstaterade trenderna för den utveckling som beskrivs.

För sjukfall längre än 60 dagar fick den försäkrade i fem av tio fall någon av aktiviteterna 2013. Under 2018 fick en av tio en sådan aktivitet.

Utvecklingen av dessa tre typer av insatser kan också illustreras av nedanstående diagram.

Figur 8.12 Utvecklingen av antal avstämningsmöten, SASSAM, Rehabiliteringsplanering 2004–2018 (totalt)



Källa: Försäkringskassan.

Avstämningsmöten och SASSAM började 2003 att användas som metoder i Försäkringskassans utredningsarbete inom sjukförsäkringen. De kom att bli viktiga inslag i arbetet med att uppnå det så kallade halveringsmålet i utbetalda sjukpenningdagar till 2008. På senare år har de använts i allt mindre utsträckning.

I de sjukfall där avstämningsmöte genomförts under 2013 har avstämningsmötet i omkring 60 procent av fallen skett under sjukfallets första 180 dagar. Drygt 20 procent har skett mellan dag 180 och 365, tio procent har skett efter ett–två år och cirka fem procent har skett efter två års sjukfrånvaro.¹⁰ Under 2018 genomfördes dessa avstämningsmöten i omkring 17 procent av fallen de första 180 dagarna i sjukfallet. I stället sker avstämningsmöten 2018 i huvudsak då sjukfallet varat mellan ett år och två år.¹¹

Drygt 80 procent av SASSAM-kartläggningarna genomfördes 2013 under de första 180 sjukdagarna.¹² 2018 genomfördes cirka 11 procent av de drygt 2 000 registrerade SASSAM-kartläggningarna under motsvarande tidsperiod.¹³

¹⁰ SOU 2015:21, s. 563.

¹¹ Inhämtade uppgifter från Försäkringskassan.

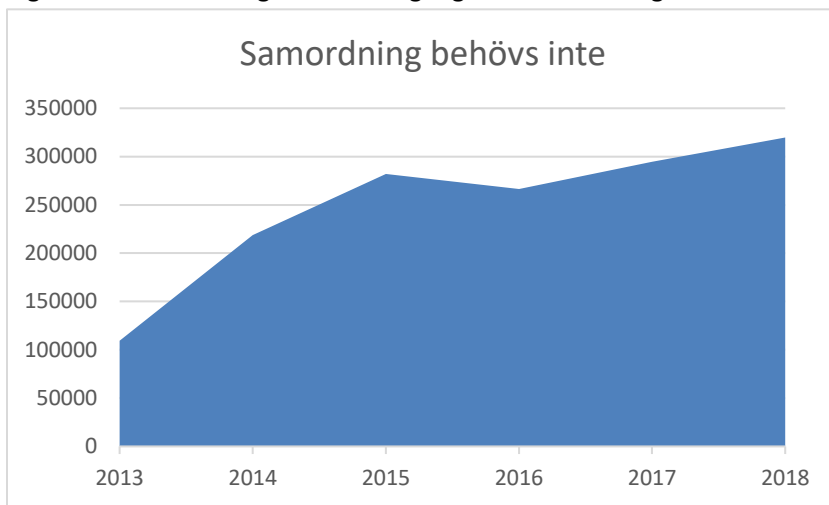
¹² SOU 2015:21, s. 564.

¹³ Inhämtade uppgifter från Försäkringskassan.

Ställningstagande till samordning

Sedan 2012 görs en registrering i Försäkringskassans diagnos- och arbetsgivarregister om dem som uppbär sjukpenning bedöms ha behov av samordnade insatser för att återfå arbetsförmågan. Genom att utreda behovet av samordning tar Försäkringskassan ställning till vilka insatser som behövs för att utreda rätten till ersättning och utreda mål och behov av samordningsinsatser.

Figur 8.13 Utvecklingen av ställningstagande – samordning behövs inte



Källa: Försäkringskassan.

Under 2013 bedömdes att samordning var obehövlig i cirka 109 000 sjukfall. 2018 bedömdes den försäkrade inte vara i behov av samordnande insatser i 319 000 sjukfall. Samordning bedömdes inte nödvändig i tre gånger fler fall under 2018 jämfört med 2013.

Försäkringskassan har på vår förfrågan kommenterat utvecklingen av de ovan nämnda aktiviteterna (eller aktivitetsmätpunkter som Försäkringskassan benämner dem) nedan:

Aktivitetsmätpunkternas utveckling påverkas dels av tillgängliga resurser där avdelningen under senare år tvingats minska de ärenden som kan få aktiva samordningsinsatser. Detta märks kanske tydligast i antalet avstämningmöten och rehabiliteringsplaner. Beträffande SASSAM så har denna utredningsform inte prioriterats då den är kostnadskrävande.

I stället har antalet telefonutredningar över tid ökat då detta är vårt uttalade förstaval för utredningar.¹⁴

8.5.2 Uppgifter från Försäkringskassans årsredovisning 2018

Några av de nämnda insatserna redovisas också i Försäkringskassans årsredovisning för 2018. De redovisas nedan

Avstämningsmöten

Tabell 8.2 Avstämningsmöten 2016–2018, könsfördelad

| Genomförda möten | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|
| Kvinnor | 42 926 | 32 941 | 26 827 |
| Män | 18 290 | 14 088 | 11 844 |
| Totalt | 61 216 | 47 029 | 38 671 |

I Försäkringskassans årsredovisning för 2018 anges att första avstämningsmötet i ett ärende i genomsnitt sker efter 376 dagar under 2018. Detta innebär en senareläggning i förhållande till 2016 då första mötet i genomsnitt ägde rum efter 228 dagar. Försäkringskassan kommenterade:

Mötena hölls senare i sjukfallet under 2018 än tidigare år och antalet genomförda avstämningsmöten har minskat. Under andra halvan av året har dock fler avstämningsmöten genomförts som ett resultat av det intensifierade arbetet med att stärka samordningen. Detta återspeglas dock inte i helårsresultaten.¹⁵

Gemensam kartläggning

Ett sätt att komma fram till vilken rehabilitering en person behöver kan också vara att genomföra en gemensam kartläggning. Denna metod används i det så kallade förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Kartläggning sker vid ett eller flera avstämningsmöten och avslutas med att personen tillsammans med arbetsförmedlare och handläggare gör en plan för vilka insatser

¹⁴ Försäkringskassan i brev till utredningen den 26 november 2019.

¹⁵ Försäkringskassans årsredovisning för 2018.

som hen behöver för att närma sig arbetslivet. För vissa kan det handla om arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser hos Arbetsförmedlingen. För andra kan kartläggningen visa att de lämpligaste insatserna finns hos annan aktör, eller att insatser ännu inte är meningsfulla. I Försäkringskassans årsredovisning för 2018 så anges utvecklingen för de gemensamma kartläggningarna i ärenden med sjukpenning mellan 2016 och 2018 i nedanstående tabell:

Tabell 8.3 Antal gemensamma kartläggningar 2016–2018

| Gemensam kartläggning¹⁶ | | Kvinnor | Män | Totalt |
|--|------|----------------|------------|---------------|
| Antal | 2016 | 3 495 | 1 943 | 5 438 |
| | 2017 | 3 260 | 1 617 | 4 877 |
| | 2018 | 2 585 | 1 281 | 3 866 |
| Tid till första kartläggning¹⁷ | | Kvinnor | Män | Totalt |
| | 2016 | 534 | 524 | 530 |
| | 2017 | 701 | 667 | 690 |
| | 2018 | 833 | 791 | 819 |

Källa: Försäkringskassans årsredovisning 2018, s. 45.

Försäkringskassan kommenterade:

Av statistiken framgår att kartläggningarna görs senare i sjukfallen än tidigare år. Under senare delen av 2018 har Försäkringskassan därför stärkt arbetet med att identifiera de personer som behöver gemensamma kartläggningar och andra samordnande insatser för att återfå sin arbetsförmåga. Sammantaget har ändå antalet gemensamma kartläggningar minskat under året.

8.6 Försäkringsmedicinska utredningar

Försäkringskassan behöver i vissa fall fördjupade medicinska underlag för att få till stånd ett fullgott beslutsunderlag i försäkringsärenden enligt socialförsäkringsbalken. Sådana kompletterande medicinska utredningar har Försäkringskassan över tid fått på olika sätt: genom egna utredningsresurser, privata aktörer eller hälso- och sjuk-

¹⁶ Statistiken avser gemensamma kartläggningar som lett till insats inom ramen för förstärkt samarbete med Arbetsförmedlingen. Statistiken går således inte att jämföra med årsredovisningen 2017.

¹⁷ Tiden till gemensam kartläggning beräknas utifrån den första genomförda gemensamma kartläggningen i respektive sjukfall (medelvärde).

vården. Sedan 2010 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (numera Sveriges Kommuner och Regioner) ingått årliga överenskommelser om att ge ersättning till landsting (numera regioner) som inom föreskriven tid, fastställd av Försäkringskassan, levererar fördjupade medicinska utredningar, så kallade försäkringsmedicinska utredningar. Den 1 januari 2019 trädde lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar i kraft. Lagen reglerar ansvar och befogenheter då Försäkringskassan begär att landstingen (numera regionerna) ska tillhandahålla en försäkringsmedicinsk utredning.

Tanken är att ett sådant underlag ska ge Försäkringskassan en nyanserad beskrivning och helhetsbild av den försäkrades hälsotillstånd och den aktuella sjukdomens eller skadans konsekvenser för den försäkrades funktionstillstånd och förmåga till aktivitet.¹⁸ En försäkringsmedicinsk utredning begärs huvudsakligen för försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär och funktionsnedsättningar.

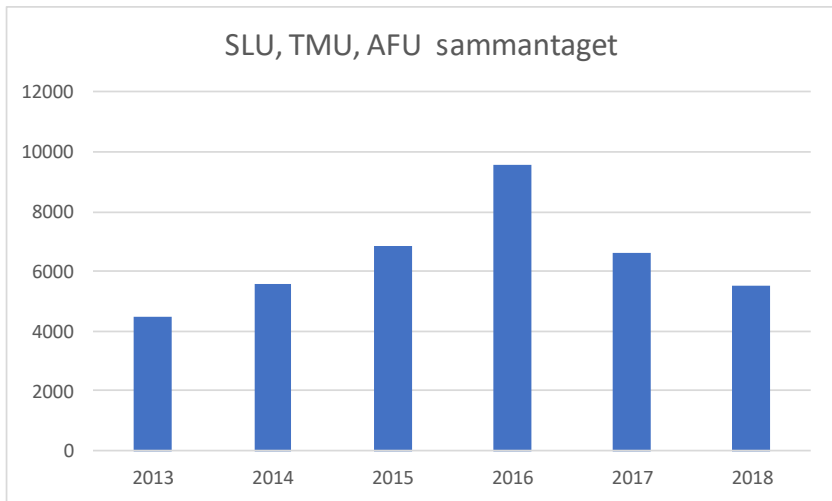
De tre olika formerna av försäkringsmedicinska utredningar som fram till 2019 har använts rör sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. De tre olika formerna är särskilt läkarutlåtande SLU, teambaserade utredningar TMU och aktivitetsförmågeutredningar.¹⁹ Från och med 2019 så beställer Försäkringskassan enbart aktivitetsförmågeutredningar. Nedan visas utvecklingen av genomförda försäkringsmedicinska utredningar under åren 2013–2018.

¹⁸ Prop. 2017/18:224 Lag om försäkringsmedicinska utredningar, s. 47.

¹⁹ Prop. 2017/18:224 Lag om försäkringsmedicinska utredningar.

Figur 8.14 Försäkringsmedicinska utredningar

Avser sammantaget antal genomförda särskilt läkarutlåtande SLU, teambaserade utredningar TMU och aktivitetsförmågeutredningar AFU



Källa: Försäkringskassan.

Som synes så varierar volymerna över åren. Beställningarna mellan de tre olika formerna varierar också. Under 2018 bestod beställningarna i huvudsak av aktivitetsförmågeutredningar. Under 2017 beställde Försäkringskassan dessa utredningar i 7 procent av sjukfallen, som var längre än 180 dagar.

8.7 Försäkrade som lämnar sjukförsäkringen före dag 180 återgår i arbete men får lägre inkomst

Försäkringskassan har i Socialförsäkringsrapport 2018:8 – Vad händer efter avslutad sjukpenning? – gjort en studie av sysselsättning och försörjning för dem som får avslag eller avslutar sjukpenning mellan dag 180 och 365. Studien visar att de flesta går tillbaka till arbete.

Vad gäller andelen individer som har sin huvudsakliga inkomst från arbete ett till tre år efter avslutad sjukskrivning finns en markant skillnad (cirka 20 procent) mellan gruppen som fått avslag och gruppen som avslutat sjukskrivning utan avslag.²⁰

²⁰ Socialförsäkringsrapport 2018:8 – Vad händer efter avslutad sjukpenning? s. 24.

I rapporten konstateras att för den enskilde finns det ekonomiska incitament att återgå i arbete, eftersom privatekonomin påverkas negativt av sjukskrivning jämfört med att arbeta. Även om de flesta av dem som får avslag på sin sjukpenning vid dag 180 går tillbaka till arbete är det många som inte kommer tillbaka till samma arbetsinkomst som före sjukfallet eller till en situation där arbetsinkomst är den enda försörjningskällan. Det finns en variation i grad av arbetsförmåga i gruppen som går tillbaka i arbete. Gruppen rymmer både personer som arbetar heltid och personer som har olika grad av deltid eller går in och ut i arbete under året (t.ex. perioder med akassa, sjukskrivning eller annan socialförsäkringsersättning eller deltidspension). Inkomstutvecklingen skiljer sig åt mellan dem som har fått avslag och dem som avslutat sitt sjukfall utan avslag. Det finns dock ett tydligt mönster för båda grupperna: inkomsterna minskar på ett till två års sikt bland dem som befinner sig i den lägsta inkomstkvartilen, efter avslag såväl som avslut.

Sjukskrivningshistorik, utbildningsnivå och låg inkomst största riskfaktorerna för ny sjukskrivning inom ett till två år efter avslutat sjukfall

I rapporten anges att arbetsgivarens stöd är viktig när man kommer tillbaka från sjukskrivningen. Risken att återigen bli sjukskriven efter återgång i arbete är stor framför allt för dem som fått avslag men även för dem som avslutat sjukskrivningen av annan anledning. Drygt en tredjedel av dem som får avslag på fortsatt sjukpenning efter dag 180 är i ny sjukskrivning inom ett år. Motsvarande andel för dem som avslutat sin sjukskrivning utan avslag är knappt 30 procent. Samtidigt är den senare gruppen antalsmässigt en betydligt större grupp. Detta pekar på ett stort behov av arbetsgivarens stöd och insatser för att förhindra ytterligare sjukskrivning. Den största risken för ny sjukskrivning finns bland kvinnor, lågutbildade och de med lägst inkomster, men den mest avgörande faktorn för ny sjukskrivning efter avslutat sjukfall är att tidigare ha varit sjukskriven. Rapportförfattarna anger att man inte ser någon skillnad mellan olika diagnosgrupper vad gäller risk för återgång i sjukskrivning. Däremot skiljer sig risken mellan olika branscher åt. De som har störst risk för ny sjukskrivning ett till två år efter avslutat sjukfall arbetar inom vård och omsorg, sociala tjänster och uthyrning, fastighets-

service, reserätjänster och andra stödtjänster. Skillnaden i sjukskrivning mellan kvinnor och män kan delvis förklaras av en starkt könsuppdelad arbetsmarknad. I många typiska kvinnoyrken konstateras också en högre grad av sjukskrivningar totalt sett (bland annat vård- och omsorgsyren).

Ny sjukskrivning efter avslutat sjukfall vid dag 180 är vanligare bland kvinnor än bland män oavsett avslutsorsak. Den högsta risken för återgång i sjukskrivning var tidigare sjukskrivningar.²¹

²¹ Försäkringskassan – Socialförsäkringsrapport 2018:8 – Vad händer efter avslutad sjukpenning?

9 Intervjuer

9.1 Syfte och urval

Vårt huvudsakliga uppdrag är att kartlägga Försäkringskassans tillämpning av begreppet normalt förekommande arbete i sjukförsäkringen. Ett sätt att beskriva tillämpningen har varit att intervjua handläggare. Totalt besökte vi kontor vid fem orter: Kalmar, Örebro, Umeå, Borås och Stockholm (Alvik). Orterna valdes ut för att de är utspridda över landet. Handläggningen av sjukpenning sker vid fem verksamhetsområden – Stockholm, Syd, Nord, Väst och Mitt. Varje område leds av en verksamhetsområdeschef.

Vid varje intervju deltog mellan fem och sju personer. Alla var handläggare inom sjukförsäkringen. Vissa hade arbetat mycket länge med sjukpenninghandläggningen medan andra var relativt nyanställda. De intervjuade handläggarna arbetade både med anställda och arbetslösa sjukskrivna. Inför intervjuerna hade vi tagit fram ett stort antal frågor vars främsta syfte var att försöka besvara frågan hur handläggarna rent praktiskt går till väga när de bedömer om en försäkrads arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till ett normalt förekommande arbete. Som exempel på frågor kan nämnas vilka spontana åsikter handläggarna har om bedömningarna mot normalt förekommande arbete och vilka typer av handlägningsstöd (vägledning, konsultationer med försäkringsmedicinska åtgärder, aktivitetsförmågeutredningar etc.) som handläggarna använder sig av i sitt arbete.

9.2 Intervjusvar

9.2.1 Bristande förståelse för att sjukförsäkringen inte är yrkesförsäkring

En åsikt som kom fram vid intervjuerna var att handläggarna inte uppfattar utformningen av begreppet ”normalt förekommande arbete” som det största problemet i kontakten med de försäkrade. I stället är det de försäkrades förväntningar på att försäkringen ska vara en yrkesförsäkring utan tidsbegränsning som försvårar kontakten.

Men jag tycker att det finns särskilt vissa yrkesgrupper som blir extra upprörda. Till exempel lärare och sjuksköterskor där det är brist. Så jobbar de 50 eller 75 procent och så tycker de 'Hur kan du kräva av mig att söka ett annat jobb när det är brist.' (*Örebro*)

Jag tycker kanske inte begreppet i sig [som de försäkrade har synpunkter på] men kanske mer att man vill att de ska göra något annat än det som de har gjort i 50 år. Det är nog mer det som blir. (*Kalmar*)

... Så talade jag om för henne att jag överväger att inte bevilja sjukpenning. Då tyckte hon att jag var väl den värsta människan på denna jord. Hon var faktisk 62 år fyllda, hur kunde jag överhuvudtaget tänka att någon skulle vilja anställa henne. Och då kommer vi in på det här med yrkesförsäkring. Och så förklarade jag att det här är någonting som akassan och Arbetsförmedlingen måste stå för, det är inte Försäkringskassan. Hon var inte särskilt glad. (*Umeå*)

9.2.2 En svår bedömning, särskilt vad gäller försäkrade med psykiatriska diagnoser

Handläggarna vittnar om att många av de försäkrade har olika former av utmattningstillstånd. Det är svårt att bedöma dels om de, trots sina besvär, skulle kunna klara ett mindre stressigt arbete dels om mindre stressiga arbeten är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Många gånger ger läkarintygen inte tillräcklig information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning hos de försäkrade som är sjukskrivna för olika former av utmattningstillstånd. Bedömningarna mot normalt förekommande arbete är lättare när det gäller försäkrade med en somatisk sjukdomsbild.

Att läkarna var mer konkreta i sina beskrivningar [som svar på frågan vad handläggarna skulle behöva för att bedömningarna mot normalt förekommande arbete skulle bli lättare att göra]. Konkreta, att de be-

skrev omfattningen av besvären. Jag tycker ofta att det är så generellt, att 'uttrötthet, känslig för stress, behöver återhämtning', ja, men hur känslig för stress och vad ger det för uttryck och vad är det de inte kan göra? Det är det jag tycker är svårast att värdera vid dag 180. (Umeå)

Ja, har svårt att koncentrera sig. Alltså, vad innebär det? Hur begränsar det? För det är oftast omfattning, graden och omfattningen tycker jag som det väldigt sällan kommer in på ett tydligt sätt som gör att man kan bedöma att den här personen är nedsatt mot normalt förekommande. (Örebro)

Som vi säger, alla vi vet att fysiska besvär är lättare att förklara vad vi menar. Men jag tycker att psykiska besvär måste vi koncentrera oss mer på än fysiska. För det är lättare att säga 'Ja, du kan ha jobb där du inte behöver lyfta', ja fine, då kan man tänka vad det är för jobb. Men psykiska, som är koncentrationskrävande, eller minnespåverkan, det är där vi måste jobba. Jag har ingen idé för jag sitter inte i den här gruppen själv, men jag kan tänka mig att någonting måste vi faktiskt komma fram till. Att det är något jobb som...men vi kan inte ge dem exempel på jobb, vad det är för jobb du menar. Men ibland, på gamla tiden, kunde man säga 'tidningsbud' eller någonting sådant. (Alvik)

När handläggarna får frågan *hur* de gör bedömningen mot ett normalt förekommande arbete är svaret genomgående att fokus är vad den försäkrade, trots sina besvär, kan göra i ett arbete. Utgångspunkten är alltså inte vad den försäkrade inte kan göra. Några närmare resonemang om vad som ingår i ett normalt förekommande arbete förs inte.

Men spontant tänker jag, när jag tänker normalt förekommande, när en person ska bedömas, då tänker jag att man ska inte bara tänka på vad den inte kan göra utan vad den kan göra. Vad kan den göra i stället Eller om den har svårt att träffa kunder, kan man ha ett arbete där man inte behöver träffa kunder? Jag tror att man kan börja vända på det också. (Örebro)

Vi pratar ju väldigt mycket om vad personen ifråga skulle kunna göra trots bekymret i stället för tvärtom. (Umeå)

Ja, precis, frågan formuleras nog 'Vilken typ av arbete skulle den här personen klara trots sina begränsningar?' (Kalmar)

Vi pratar nog inte så mycket om vad som är ett normalt förekommande. Jag tror inte det. Det är mer liksom att 'Tror du att det här håller gient emot normalt förekommande, mer den diskussionen'. (Kalmar)

Ja, jag tycker den här diskussionen [om vad som är ett normalt förekommande arbete] är jättebra om vi hade arbetsförmedlare med. För de kanske har bättre koll på vad finns det för jobb där ute som inte ställer krav, tidspress och stress. Sådana besvär. (*Alvik*)

9.2.3 Ingen konkretisering till yrken i beslutsmotiveringarna

Handläggarna uppger att de i beslutsmotiveringarna inte konkretiserar på yrkesnivå eller typ av yrke. Vissa handläggare uppger dock att de har ett konkret arbete i åtanke när arbetsförmågan bedöms mot normalt förekommande arbete.

Det finns ju lite sådana här standard, typ... jag tänker parkeringsvakt brukar jag tänka. Det är ett fritt rörligt fysiskt lättare jobb, att man har några stycken sådana här... För folk vill ju gärna liksom diskutera... (*Kalmar*)

Någonstans så försöker vi väl utgå ifrån att vid ett... när man definierar normalt förekommande arbete att en PHL [personlig handläggare] kan, även om man aldrig sätter det i skrift, kunna ha en tanke och faktiskt kunna förmedla vad det är för arbete den här personen rimligtvis skulle kunna utföra. Sedan att vi inte sätter det i skrift i ett kommuniceringsbrev, det är en annan sak, men att tankeverksamheten... eller tanken ska vara den här personen borde rimligtvis kunna göra någonting inom det här området. (*Borås*)

Nej, med den frågan får man ju mycket: 'Men vad ska jobba? Och det tycker jag inte vi ska svara på. Men ett jobb där du inte behöver göra de här sakerna, så bör du kunna jobba.' (*Örebro*)

I gamla tiden kunde man säga att 'Du kan jobba som tidningsbud eller dela post', eller någonting sådant enkelt. Eller jobba på fabrik och bara montera någonting som inte kräver så mycket koncentration och utan tidspress. Men det har förändrats under tidens gång, så det är lite svårt att hitta vad det är för jobb egentligen jag menar. (*Alvik*)

... Men det kan fortfarande vara svårt, tycker jag, att sitta med ett läkarintyg, och sedan ska jag hålla de begreppen, göra min teoretiska bedömning utan att kanske egentligen... Då blir det ju, om jag ska vara helt ärlig så sitter jag och tänker, när jag ser ett läkarintyg att 'Kan den här personen ...' – vi hade som ett exempel under utbildningen, guldsmedsaffär, urmakare – jag sitter själv och tänker, vad skulle personen rimligen kunna göra? Och sedan att försöka gå igenom vad jag vet är normalt förekommande arbete... (*Umeå*)

9.2.4 Handläggningen skiljer sig åt mellan kontoren

En stor del av frågorna rörde vilka utredningsåtgärder som vidtas inför beslutet om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt eller inte i förhållande till normalt förekommande arbete. Bilden vi får är att handläggningen i många aspekter skiljer sig åt mellan kontoren. Exempelvis kompletterar man ärendena, i betydelsen begär en komplettering från intygsutfärdande läkare, i olika utsträckning. På ett kontor, Umeå, är man mycket restriktiv med att begära komplettering: ”... vi ska inte komplettera en sjukpenningrätt...” Skillnaderna kan höra ihop med sjukvårdens benägenhet att skriva kompletteringar till utfärdade läkarintyg. I Umeå är sjukvården restriktiv med att komplettera läkarintygen. I Örebro och Borås kompletterar man ärendena däremot mycket ofta. Hur ofta man anlitar försäkringsmedicinska rådgivare i ärendena är också något som skiljer sig åt mellan kontoren. Däremot verkar ärendediskussioner i handläggargruppen vara något som alla de intervjuade kontoren använder sig av.

9.2.5 Aktivitetsförmågeutredningar används i relativt liten utsträckning och då i sjukfall som pågått länge

De flesta kontoren använder sig av aktivitetsförmågeutredningar i relativt liten utsträckning. Kontoret i Borås avviker på så sätt att utredningarna där används oftare än på de andra kontoren. Handläggarna uppfattar att det inte finns någon tydlig central styrning av hur utredningarna ska användas. Den gängse bilden är att aktivitetsförmågeutredningar är något som används vid sjukfall som blivit mycket långa. I Borås är dock ambitionen att man i högre utsträckning ska använda aktivitetsförmågeutredningar tidigare i sjukfallen.

Vi prioriterar inte AFU som svar på din fråga. *(Alvik)*

Ja, men vi gör ju dem lite nu och då. Och man använder dem när det egentligen är ett ärende som har gått i stå lite grann, alltså att det har pågått länge och det pågår inget nytt inom vården och vi inte vet hur vi ska komma vidare. Är det här verkligen sjukdom eller är det något annat? *(Umeå)*

Ja, precis, om vi inte tittar på individuell nivå utan man tittar för hela vårt kontor här, så har vi ju ett större utrymme att beställa AFU än vad vi använder. Vi når inte upp till den prognos som ligger. Nej, det gör vi inte. Och det är ju ett arbete som vi har framför oss. *(Borås)*

Ja, men om vi tänker att vi har ungefär ett utrymme på att beställa fem AFU i veckan, så når vi vissa veckor upp till det, andra veckor handlar det om två. Så det kan absolut vara ett stort glapp. Och tittar vi på från januari till nu så tror jag att vi ligger under vår prognos, men nästintill 20 ärenden, så det är många. (*Borås*)

Men annars håller jag med att det är i långa sjukfall där man har som stannat upp och vet inte vad man ska fortsätta att planera för någonting. (*Umeå*)

AFU är väl inte så där jättevanliga så här tidigt, upplever inte jag i alla fall. Jag vet inte vad ni tycker. Det är ju ofta i de längre sjukfallen som det blir AFU. Och det är väl också när det finns en mer komplex problematik. Alltså, att det inte är... Så jag tror att i alla hos oss är det mer vanligt att det görs senare. Och när man varit sjukskriven och det finns någon form av samsjuklighet. Man behöver utreda lite vad är vad och liksom... (*Alvik*)

Att man gärna ser ett ärende som har legat i två-tre år i stället för att gå in tidigt i ärendet. Kanske mellan dag 90 och 180. Men vi börjar ta upp diskussionen om det. (*Örebro*)

Ja, och här inte ens handläggarna som jobbar med de kortare sjukfallen fått utbildning i eller gått igenom hur en AFU fungerar. Utan de har bara introducerat det till oss som jobbar med långa sjukfall, eller... (*Kalmar*)

De flesta handläggare har en positiv syn på aktivitetsförmågeutredningar. Det är positivt att man kan få en second opinion om en försäkrads arbetsförmåga i förhållande till normalt förekommande arbete i ärenden där det finns flera diagnoser och där det kan vara svårt att veta vad som är den dominerande funktionsnedsättningen. Däremot tycker många handläggare att det är svårt att tolka svaren från aktivitetsförmågeutredningarna. Man lyfter också att det ibland inte görs någon fördjupad utredning där utredningspersonalen gör en självständig bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. I de fallen grundas slutsatserna oftast på den enskildes egen beskrivning av sina förmågor. Oftast anlitas försäkringsmedicinska rådgivare när man ska tolka en aktivitetsförmågeutredning.

AFU är det bästa som finns. (*Borås*)

Men den är ju inte alltid bra... man kan bli ganska förvirrad ibland. (*Borås*)

... Jag tycker själva metoden är jättebra egentligen, att få konkreta, de testar dem och provar olika saker. En objektiv person som gör den här sammanställningen. Man jag tycker att både vi och FMR, när vi går igenom dem, har sett att det brister i många av dem här AFU. De fyller i måttligt kanske, vissa, men det står inte vad det baserar det på. De har inte prövat, de har inte gjort en utvidgad, där de har tagit in arbetsterapeut eller sjukgymnast där det kanske behövs. Utan de har frågat och resonerat med den försäkrade. (*Örebro*)

Fördelar, ja lite som vi sa att man får ändå en, tycker jag, en tydlig beskrivning av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, kopplat till besvaren. Utifrån också att man får utföra tester, olika typer av tester. Både fysiska och mer psykiska. (*Örebro*)

Absolut. Men som sagt konklusionen eller så, av utredningen, det är den man saknar. Tidigare när vid hade de här TMU:erna [Teambaserad medicinsk utredning] tycker jag det kunde vara ett tydligare svar i, för länge sedan. Med där skrev de till och med att 'vi bedömer att den är nedsatt till hälften gentemot...', där stod det väldigt tydligt. De var rätt enkla och vi kunde använda det direkt i och med ett beslut. Med de här är ju mer diffusa, med bedömningarna. (*Kalmar*)

Det är ingen som riktigt tar ställning någonstans utan det kommer lite halvdiffust tillbaka och så ska vi göra en bedömning och det kan vi inte riktigt göra. Och då går vi till FMR [försäkringsmedicinsk rådgivare] och så har vi specialist och så får ju FMR:en [den försäkringsmedicinska rådgivaren] bara titta på det från sin synvinkel och sedan landar det ändå ner i mitt knä för att fatta ett... Så ja, jag vet inte. (*Kalmar*)

... Och sedan när man får den [aktivitetsförmågeutredningen] så är det inte helt ovanligt att den i sig är tvetydigt och man måste gå till FMR, inte för att jag har bristande kunskaper utan för det här går nästan inte att tolka. Är det här ens tillräckligt?... (*Alvik*)

9.2.6 Referensmaterialet används i relativt liten utsträckning och är okänt bland handläggarna

Referensmaterialet ingår som en integrerad del av en aktivitetsförmågeutredning. Kontoren i Umeå och Kalmar använder sig aldrig av referensmaterialet medan kontoret i Örebro gör det i mycket begränsad omfattning. I Borås används däremot referensmaterialet relativt ofta. Det finns ofta en bristande kunskap om referensmaterialet och hur det är tänkt att användas. Någon handläggare har ibland använt det när man träffat Arbetsförmedlingen med den försäkrade

och det har då varit användbart för att identifiera arbete som den försäkrade kan arbetsträna i. Andra handläggare är mer öppet kritiska mot referensmaterialet och har svårt att se någon poäng med det. Det anses också ibland kunna provocera den försäkrade om referensmaterialet ger ett svar att personen ifråga skulle kunna klara ett arbete som hen inte har några praktiska förutsättningar att få.

Absolut. Fast det där är ju farligt att ta med kunden, för det kan ju ge väldigt konstiga utslag ibland, när man får in dem där. (*Örebro*).

Arbetsmarknaden är ju så föränderlig i dag, Yrkena ser ju inte ut så där. Det blir konstigt att säga 'vd', vad gör en vd? (*Umeå*).

Man kanske jobbat som lokalvårdare och så kommer vi och säger 'Nej, men du borde kunna jobba som vd.' (*Umeå*)

... det används inte så mycket som det är tänkt, tror jag. När man lärde sig det på utbildningen, då fick jag en känsla av att ja, men det här används i handläggningen. Så upplever jag inte att det är. (*Alvik*)

9.2.7 Arbetsförmedlingens bedömningar har relativt liten betydelse för Försäkringskassans bedömningar om arbetsförmåga i normalt förekommande arbete

Generellt sett kan sägas att Arbetsförmedlingens bedömningar om arbetsförmåga – i de fall det finns något sådant material – har relativt liten betydelse för de intervjuades bedömningar ifråga om normalt förekommande arbete. En handläggare tar upp att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte har samma utgångspunkt när de bedömer om en person kan ta ett arbete.

För det, det kommer jag ihåg att vi har pratat om, just det där att vi ändå ska... att Arbetsförmedlingens bedömning, den ska vi ändå ha med och den ska vi ändå värderas, men den ska inte vara avgörande. Men det vi gör nu är att vi gör två helt olika saker och Arbetsförmedlingen, alltså någon som vi drar in [sjukpenningen] på kan ju gå till Arbetsförmedlingen och få höra att de är för sjuka för att delta i någonting. Så nu jobbar vi ju kanske lite mot varandra. Men att Arbetsförmedlingen ska stötta oss i att 'Det här har jag bedömt att den här personen ska kunna klara av', och den bedömningen gör jag 'är det här ett normalt förekommande arbete?' Det tänker jag. (*Alvik*)

Jag tänkte spontant säga att AF [Arbetsförmedlingen] är... kanske lite negativa när de ska bedöma någon arbetsförmåga så har man en tendens

att hitta hinder i stället för resurser. Det är det spontana. Att det är lätt att liksom rada upp 'Det här kan de inte göra och det här klarar de inte.' Det är väldigt lite fokus på vad de kan. (*Kalmar*)

Man kan nog ha alla delar med, tror jag. Arbetsgivaren, vården, Arbetsförmedlingen...absolut. (*Örebro*)

Ja, jag tycker att Arbetsförmedlingen behöver förstå lite mer vår försäkring. De har verkligen ingen aning om vad som händer på den här sidan, och ändå ska vi försöka samarbeta med dem och lämna över en kund som redan är förtvivlad till en annan instans som ska ta över och försöka hjälpa till. Jag tror att de behöver lite förståelse om... (*Örebro*)

Där tar ju dem hänsyn till, utifrån deras regelverk, men jag tänker utifrån vårt regelverk, då är det någonting vi inte ska våga in vid normalt förekommande [arbete]. Vi ska inte våga in hur arbetsmarknaden ser ut, vad den har för utbildning, tidigare erfarenheter. Vi ska titta brett då, så där har vi ju olika inriktningar som inte går ihop. (*Örebro*)

10 Ärendegranskning

Vi har genomfört en granskning av 150 ärenden, där Försäkringskassan under andra halvåret 2018 fattat beslut om avslag eller bifall till ansökan om sjukpenning efter att sjukfallen har passerat dag 180 i sjukperioden. 108 ärenden av dessa ärenden avser beslut om avslag till ansökan om sjukpenning i samband med prövning av individens arbetsförmåga gentemot normalt förekommande arbete. Vi har också granskat 42 bifallsbeslut.

Granskningen har gjorts som en del i vårt uppdrag att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Syftet med granskningen har varit att, genom att följa journalanteckningar med tillhörande läkarintyg och annat material som t.ex. utlåtande från arbetsgivare, få en bild av handlägningsprocessen fram till beslut och själva beslutet med beslutsmotivering. Syftet har inte varit att ta ställning till om beslutet varit korrekt. Vi vill också understryka att vi bara har granskat Försäkringskassans journalanteckningar. Det betyder till exempel att vi inte alltid vet vad arbetsgivaren gjort i ärendet vad gäller anpassning och rehabilitering. Vi får endast information om detta i den mån handläggaren har skrivit om det i journalanteckningarna. Det är således enbart en granskning av vad Försäkringskassan gjort i dessa ärenden. Kapitlet avslutas med ett antal iakttagelser.

Sammantaget kan sägas att mönstren i handläggningen är ganska enhetliga och tydliga. Vi har inte bedömt det vara möjligt att inom given tidsram och resurser kunna utföra en studie som uppfyller alla krav på vetenskaplighet. Vi anser dock att de slutsatser vi drar har tydligt stöd i de journaler som granskats. Slutsatserna stöds också i vissa fall av statistik, som redovisas på annan plats i betänkandet.

10.1 Metod

Försäkringskassan har gjort ett slumpmässigt urval av 100 ärenden med avslagsbeslut och 50 bifallsbeslut, som relaterar till normalt förekommande arbete. Vid granskningen har vi konstaterat att det bland urvalet till bifall fanns 8 avslag. De har förmodligen registrerats som bifall vid dag 180 men den försäkrade har fått avslag en tid därefter. Av det skälet har vi granskat 108 avslag och 42 bifall. Följande faktorer i ärendet har noterats: ålder, kön, sysselsättning, diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, sjukskrivningsgrad vid dag 180, bedömning från försäkringsmedicinsk rådgivare, ställningstagande till rehabiliteringsbehov, arbetsgivares underlag och beslutsmotivering. Även andra handlingar eller iakttagelser i ärendet som bedömts vara av intresse för granskningen har noterats.

10.2 Resultat avslag

Av 108 ärenden rör 76 kvinnor och 32 rör män. I denna grupp har 56 personer huvuddiagnoser som härrör från rörelseorganen. Exempel på sådana diagnoser är artros, cervikalgi, lumbago och frakturer. Psykiatriska diagnoser förekommer som huvuddiagnos i 42 ärenden. Exempel på psykiatriska diagnoser är utmattningssyndrom, depression, ångest och panikattacker. I de övriga 10 ärendena förekommer diabetes, hudsjukdom och hjärtsjukdom som huvuddiagnos.

106 personer har fått avslag på sin ansökan med motiveringen att de trots sina besvär kan ta ett normalt förekommande arbete. En person har fått avslag eftersom personen är äldre än 65 år och har haft sjukpenning i mer än 180 dagar.¹ En annan har fått avslag för att arbetsförmågan inte bedömdes nedsatt med minst en fjärdedel. En majoritet av de som fått avslag har en pågående partiell sjukskrivning vid detta tillfälle, 60 personer arbetar delvis. I 37 av dessa ärenden finns noteringar i läkarintyget om en förväntad upptrappning av arbetsförmågan. I 16 av de 108 ärendena finns en prognos eller plan i läkarintyget om återgång i arbete före dag 365. Tio av dessa fall rör psykiatriska diagnoser. De 16 personerna har alltså fått avslag på ansökan om sjukpenning och särskilda skäl för att skjuta upp bedöm-

¹ Enligt 27 kap. 36 § SFB får Försäkringskassan besluta att sjukpenning inte ska lämnas om den försäkrade har fått sjukpenning för 180 dagar efter ingången av den månad när han eller hon fyllde 65 år.

ningen mot normalt förekommande arbete har inte ansetts föreligga eftersom angiven plan/prognos inte har bedömts vara tillräckligt tydlig.

10.3 Resultat bifall

42 ärenden har granskats, 30 kvinnor och 12 män.

I denna grupp av ärenden finns personer som i många fall har svåra sjukdomar som kan vara livshotande. Det rör sig om transplantationer av njure och lever samt olika cancersjukdomar. Nästan hälften av de granskade bifallsärendena rör sådana sjukdomar.

I de flesta fallen finns ett ställningstagande vid dag 180 att den försäkrade inte kan ta ett normalt förekommande arbete. Särskilda skäl har ansetts föreligga i 9 fall. I dessa fall verkar en mer generös bedömning ha gjorts än motsvarande bedömningar av de särskilda skälen vid de granskade avlagen. Det har i dessa bifallsärenden bedömts tillräckligt med att läkaren angivit i rutan på läkarintyget stor sannolikhet för återgång före dag 365.

Liksom vid avslagsärenden saknas i många ärenden ställningstaganden kring den försäkrades behov av rehabilitering. I 25 ärenden kan handläggningen betecknas som passiv. Med detta avses att det inte framkommer av journalen att Försäkringskassan har vidtagit åtgärder för att underlätta återgången i arbete.

10.4 Iakttagelser

Journalföringen är lätt att följa och har en tydlig struktur. Beslutsmotiveringar följer en gemensam standard.

10.4.1 Svårt att förstå varför en försäkrad bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete

I avslagsbeslutens beslutsmotiveringar anges att den försäkrade, trots sina besvär, kan klara ett arbete som inte innebär mycket stillasittande, inte innehåller tunga lyft, inte ställer höga krav på stresstålighet eller inte är kognitivt krävande. Därefter konstaterar handläggaren att ett sådant arbete – som inte ställer krav på det som personen

inte klarar att göra – är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Något stöd för denna slutsats ges dock inte. Dessutom saknas det överväganden och ställningstaganden till om personen kan prestera fullt och i normal takt utan mer än ringa anpassning. I endast ett av de granskade ärendena finns en aktivitetsförmågeutredning som ett ytterligare utredningsunderlag. Det framgår inte i något ärende om man använt sig av referensmaterialet till aktivitetsförmågeutredningarna vid bedömning av arbetsförmåga (se avsnitt 5.4.5).

10.4.2 Mer utredning till stöd för ställningstagandet behövs

Nedan beskrivs några exempel på ärenden där Försäkringskassan drar slutsatsen att den försäkrade kan försörja sig i normalt förekommande arbete utan att underlagen i ärendet ger stöd för denna slutsats. I en sådan situation bör Försäkringskassan, enligt vår mening, ha en skyldighet att utreda ärendet (se avsnitt 4.2).

En 44-årig lagerarbetare var sjukskriven på grund av utmattningssyndrom. Den försäkrade begärde stöd från Försäkringskassan i återgången i arbete efter två månaders sjukskrivning. Försäkringskassan begärde ett utlåtande från arbetsgivaren, som förklarade att den anställde redan hade de enklaste och mest anpassade arbetsuppgifterna. Något ytterligare stöd för återgång i arbete framkom inte i ärendet. Den försäkrade sades upp från sitt arbete efter cirka 210 dagars sjukskrivning på grund av arbetsbrist. Behandlande läkare bedömde, i anslutning till att Försäkringskassan kommunicerade den försäkrade om avslag, att den försäkrade varken kunde klara ett normalt förekommande arbete eller ett anpassat arbete med anledning av betydande aktivitets- och funktionsbegränsningar. Försäkringskassan bedömde dock att den försäkrade skulle kunna klara ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden i ett arbete som inte ställde stora krav på prestation och som inte var stressfyllt och avslag därför ansökan om sjukpenning.

Utmattningssyndrom är vanligt förekommande bland de granskade avslagen. Cirka 17 procent av de granskade avslagen hade denna diagnos. Enligt Sveriges läkarförbunds och svenska Läkarförbundet's experter, Alexander Wilczek och Kristina Glise, har patienter med utmattningssyndrom starkt nedsatta kognitiva funktioner under lång tid. Ytterligare utredningsinsatser hade i det ovan beskrivna fallet kunnat belysa om den försäkrade hade kunnat klara alla krav i ett normalt förekommande arbete trots sina besvär.

En 27-årig butiksmedarbetare var halvt sjukskriven med flera diagnoser som ångest, depression och bipolaritet. Vid dag 180 var den försäkrade halvt sjukskriven och hade påbörjat en upptrappning av arbetstiden. Försäkringskassan bedömde att den försäkrade skulle kunna klara ett arbete där denne inte behövde arbeta under tidspress, inte behövde göra fler uppgifter samtidigt eller ta ansvar för uppgifter.

I ovanstående fall hade den försäkrade ett flertal sjukdomar och omfattande begränsningar. I detta ärende hade ytterligare argumentation och utredning kunnat belysa den försäkrades förmåga trots sina besvär.

En 62-årig egenföretagare med en depressiv period och ledartros var sjukskriven till 25 procent. Försäkringskassan begärde kompletteringar av behandlande läkare. Det kompletterade svaret från läkaren innehöll enbart en bedömning av nedsättningen i förhållande till arbete i det egna företaget. I beslutet till avslaget efter dag 180 finns motiveringen att det saknas information om vad som hindrar den försäkrade att arbeta i ett normalt förekommande arbete.

Försäkringskassans utredningsskyldighet blir aktuell även i sådana fall, som ovan, där det saknas nödvändig information. Försäkringskassan kan till exempel beställa en försäkringsmedicinsk utredning.

Sammantaget konstaterar vi att det är svårt för den försäkrade att förstå varför hen bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete. Inte i något av de granskade avslagsärendena finns en faktisk utredning till stöd för Försäkringskassans slutsats att den försäkrade med ingen eller endast ringa anpassning kan tänkas klara samtliga arbetsuppgifter i ett sådant arbete i normal arbetstakt.

10.4.3 Ställningstagande till rehabiliteringsbehov saknas och få aktiviteter för återgång i arbete verkar vidtas

I många ärenden saknas ett ställningstagande kring den försäkrades rehabiliteringsbehov. Det gäller såväl i bifallsärenden som avslagsärenden. Detta är av stor betydelse för om handläggaren ska kunna bedöma individens behov av stöd i återgången till arbete eller behov av samordning med andra aktörer. Bristen på ställningstagande till rehabiliteringsbehov kan medföra att personer med nedsatt arbetsförmåga inte får tillgång till adekvata anpassnings- och rehabiliteringsinsatser. Vi kan också konstatera att överväganden om åtgärder som kan underlätta den försäkrades återgång i arbete sällan förekommer i journalanteckningarna. En konsekvens av otillräckliga åt-

gärder för den försäkrades återgång i arbete kan bli att denne blir kvar i sjukförsäkringen under onödigt lång tid.

Försäkringskassan har ett särskilt ansvar enligt lag för att se till den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade (jfr avsnitt 4.4.1). I Försäkringskassans vägledning anges tydligt att detta ansvar innebär ett ansvar för att de utredningar som behövs för att klargöra behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs.²

I flera av de granskade ärenden har det funnits anledning för oss att ifrågasätta om tillräckliga åtgärder vidtagits av Försäkringskassan för att utreda om anpassningsåtgärder, arbetsprövning/omplacering eller arbetslivsinriktade åtgärder skulle kunna möjliggöra en återgång i tidigare arbete före dag 365. I läkarintygen antyds ofta att det funnits möjligheter till återgång i arbete om visst stöd på arbetsplatsen skulle ges. Nedanstående exempel belyser detta.

En 36-årig mentalsköterska fick hjärnskakning efter ett fall i trappa. Hen fick sedan ytterligare sjukdomsbesvär med depressiv episod och ångesttillstånd. Efter en till en början hel sjukskrivning trappades arbetstiden upp till halv sjukskrivning vid dag 180. Försäkringskassan begärde in ett arbetsgivarutlåtande, som man fick vid ca dag 90. Arbetsgivaren angav att inga anpassningar kunde göras. Kring dag 100 kopplade vårdcentralen in en rehabiliteringskoordinator, som skulle ha möte med arbetsgivaren. Vid dag 160 angav läkaren i intyget att den försäkrade hade behov av omfördelning av arbetsuppgifter, arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering. Såvitt framgår av journalen tog Försäkringskassan inte några kontakter med arbetsgivaren efter dag 90. Försäkringskassan avsåg ansökan om sjukpenning med motiveringen att den försäkrade, trots sina besvär, kunde klara ett arbete, som inte ställde höga kognitiva krav, i en lugn och tyst miljö, där hen inte utsattes för ljud och ljus i någon högre utsträckning. Det framgår inte av journalen om man utrett de åtgärdsförslag som finns i läkarintyget.

10.4.4 Många är partiellt sjukskrivna vid dag 180 och pågående upptrappning av arbetstiden för återgång hos ordinarie arbetsgivare avbryts.

De försäkrade arbetade delvis vid dag 180 i en majoritet (60 fall) av de granskade avslagslägsärendena. I drygt hälften av dessa ärenden pågick en planerad upptrappning av arbetstiden i syfte att den för-

² Försäkringskassan, Vägledning 2015:1 Version 12 s. 159.

säkrade skulle återgå i arbete hos ordinarie arbetsgivare. Särskilda skäl har dock inte bedömts föreligga oftast beroende på en så kallad diffus diagnos och/eller att planen för återgång före dag 365 inte ansetts tillräckligt tydlig i läkarintyget. Trots pågående upptrappning av arbetstiden avslås därför ansökan om sjukpenning ofta utan vidare utredning.

Nedanstående exempel belyser att utredningsåtgärder skulle kunna förtydliga möjligheterna för en återgång i arbete och därmed underlätta för bedömningen av om särskilda skäl föreligger.

En 38-årig mellanchef blev helt sjukskriven på grund av utmattning och ryggvärk. Efter psykologsamtal och fysioterapi genom företagshälsovård och återkommande avstämningsmöten mellan arbetsgivare och företagshälsovård planerades succesiv upptrappning av arbetstid. Den försäkrade arbetade halvtid vid dag 180. Försäkringskassan deltog inte i dessa avstämningsmöten. Företagsläkaren och den försäkrade framhöll att en plan för återgång i arbete på heltid hade tagits fram. Försäkringskassan bedömde dock att det saknades en plan för återgång och att särskilda skäl inte förelåg. Det framgår inte av journalanteckningarna att frågan om förekomsten av en plan för återgång hade utretts. Försäkringskassan avlog ansökan om sjukpenning eftersom den försäkrade bedömdes kunna ta ett normalt förkommande arbete, där den försäkrade inte belastade nacke, axlar och där arbetet inte ställde krav på hög koncentrationsförmåga eller analytiskt tänkande.

10.4.5 Avstämningsmöten förekommer sällan

I många ärenden har Försäkringskassan inte ställt kompletterande frågor till läkaren inför ställningstagandet om rätten till ersättning. I ett mindre antal fall använder sig handläggaren av en konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare som stöd vid bedömningen av läkarintygen.

I de flesta fallen finns en kontakt med arbetsgivaren noterad och i vissa fall har Försäkringskassan begärt och fått ett skriftligt utlåtande från arbetsgivaren. Avstämningsmöten förekommer i enstaka fall.

I flera fall noteras att det pågår insatser med sjukgymnastik, arbetsterapi, rehabiliteringskoordinator och stressrehabilitering m.m.

10.4.6 Möjligheten till gemensam kartläggning med Arbetsförmedlingen för dem som behöver byta arbete verkar inte nyttjas

I 5 ärenden har det tidigt, långt före dag 180, i sjukperioden framkommit ett behov av ett arbetsbyte eftersom det funnits osäkerhet kring möjligheten att kunna återgå i det ordinarie arbetet på grund av sjukdomsbesvären. I dessa fall har behandlande läkare delat den försäkrades egen bedömning om behovet av arbetsbyte. En gemensam kartläggning med Arbetsförmedlingen och en därpå följande arbetslivsinriktad åtgärd skulle i dessa fall kunna tidigarelägga och underlätta en nödvändig omställning av arbetslivet för den försäkrade. I dessa fall har omställningsmöte erbjudits i ett senare skede.

11 Problemanalys

11.1 Beslutsmotiveringarna är inte transparenta

Vi har vid granskningen av ärenden noterat att de bedömningar som görs av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete ofta innehåller en slags negativ definition av denna typ av arbeten. Ofta anges i beslutsmotiveringarna att den försäkrade trots sina besvär, klarar ett arbete som *inte* innebär mycket stillasittande, *inte* ställer höga krav på stresstålighet, *inte* är kognitivt krävande etc. Därefter konstaterar handläggaren att ett sådant arbete – som inte ställer krav på det som personen inte klarar att göra – är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Något stöd för denna slutsats, att det finns ett normalt förekommande förvärvsarbete som inte ställer dessa krav, ges dock sällan. Den som beslutet rör, eller någon annan utomstående, har alltså svårt att förstå varför Försäkringskassan drar slutsatsen att försörjningsförmåga finns i ett normalt förekommande arbete.

Vid intervjuerna har framkommit att vissa handläggare försöker föreställa sig ett arbete som den försäkrade kan försörja sig i när ett avslagsbeslut ska motiveras. Men vilket arbete det rör sig om anges inte i beslutet. Också detta innebär att besluten inte är transparenta. Det bör framhållas att denna typ av ”dolda domskäl” inte beror på handläggarna utan är en följd av konstruktionen av begreppet ”normalt förekommande arbete” och den praxis som utvecklats kring detta begrepp.

11.2 Det saknas utredningar till stöd för slutsatser i besluten

I ärendegranskningen, se avsnitt 10.4.1, konstaterade vi att det i motiveringar till avslagsbesluten saknas stöd för slutsatsen att det finns ett normalt förekommande förvärvsarbete, där den försäkrade kan utföra en normal arbetsprestation utan anpassning av arbetet eller med endast ringa anpassning. Vi kan inte finna att det i något ärende finns en tydlig bedömning i frågan om den försäkrade trots sina besvär kan utföra ett arbete på arbetsmarknaden utan att det krävs någon grad av anpassning. Detta trots att det av Högsta förvaltningsdomstolens avgörande HFD 2018 ref 51 I och II framgår att det ska röra sig om vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till hans eller hennes medicinska besvär.

I ett förarbetsuttalande från 1996 sades att det i första hand var personer som helt klart hade en arbetsförmåga som kunde nyttjas på den öppna arbetsmarknaden som inte hade rätt till sjukpenning.¹ Enligt Högsta förvaltningsdomstolen ska detta uttalande förstås så att den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer. Den kvarvarande arbetsförmågan måste därför vara tillräckligt för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller t.ex. arbetsprestationer och arbetstakt.

Handläggare har i våra intervjuer framfört att besluten rörande normalt förekommande arbete är svåra att fatta i synnerhet när det gäller försäkrade med psykiatriska diagnoser. Utifrån vår granskning av avslagsärendena, varav nästan hälften rörde försäkrade med psykiatriska diagnoser, drar vi också slutsatsen att bedömningen rörande hur den kvarvarande arbetsförmågan kan nyttjas i ett normalt förekommande arbete är särskilt svårt för denna grupp.

Ett av de granskade ärendena kan illustrera bristerna i bedömningarna av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete för försäkrade med psykiatriska diagnoser.

En 45-årig kvinna som arbetade som sjuksköterska var sjukskriven med diagnoserna ångestillstånd och utmattning. Besvärerna medförde dålig sömn, trötthet, social fobi och yrsel så att hon inte kunde utföra arbetet

¹ Bet. 1996/97:SfU6 s. 10.

på heltid. Företagshälsovården genomförde ett rehabiliteringsmöte och uppföljningssamtal med chef och psykolog. Arbetsgivaren anpassade arbetet så att hon kunde arbeta halvtid vid dag 180. Företagsläkaren angav i läkarintyget att prognosen var att hon skulle få tillbaka sin arbetsförmåga i det nuvarande arbetet. Det fanns också en notering i läkarintyget att det var ”svårt att se att patienten skulle kunna fungera på något annat arbete där anpassningar inte finns”. Försäkringskassan gjorde bedömningen att den försäkrade borde klara ett arbete som inte ställde höga kognitiva krav såsom god koncentrationsförmåga och där den försäkrade inte behövde träffa många människor. Försäkringskassan bedömde vidare det inte fanns särskilda skäl för att göra undantag från regeln att arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till normalt förekommande arbete. Detta eftersom det inte fanns någon tydlig plan i läkarintyget för när den försäkrade kunde börja arbeta heltid igen.

Det saknas enligt vår bedömning ett resonemang dels om vilken typ av arbeten som den försäkrade borde klara med sin kvarvarande arbetsförmåga, dels om det finns sådana normalt förekommande arbeten som inte kräver god koncentrationsförmåga och där man inte behöver träffa många människor. Det saknas också en bedömning av hur denna förmåga kan nyttjas i något sådant arbete, som inte kräver anpassning eller med endast ringa anpassning.

I vår granskning har vi funnit ett flertal ärenden där försäkrade med psykiatriska diagnoser hänvisas till enklare arbeten utan krav på koncentration och fokusering. Detta är, enligt vår mening, problematiskt. Finns det verkligen sådana arbeten på arbetsmarknaden, som är normalt förekommande som den försäkrade kan ta med sin kvarvarande arbetsförmåga utan eller med endast ringa anpassning? Som tidigare beskrivits ska den försäkrade kunna klara alla arbetsgivarens krav på normal prestation och arbetstempo. Vid diagnosen utmattningssyndrom, som är relativt vanlig i ärenden med avslag, är dessutom förmågan att lära sig ett nytt arbete redan efter 180 dagars sjukskrivning mycket begränsad eller obefintlig enligt den medicinska expertisen som vi tillfrågat, (se utlåtande från Alexander Wilczek, bilaga 4).

I ärendegranskningen har vi också konstaterat att underlaget till beslutet i princip utgörs av läkarintyg. Beslutet kvalitetssäkras visserligen av annan handläggare eller specialist men denna svåra bedömning och det för den försäkrade mycket betydelsefulla beslutet grundar sig i de allra flesta fall enbart på dessa läkarintyg. Läkarens medicinska bedömning är givetvis mycket viktig som underlag i Försäkringskassans handläggning, men läkaren kan knappast förväntas

(och har heller inte i uppdrag) att ha kunskap om förekomsten av arbeten och kraven i de arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Man har i dessa ärenden, förutom i ett fall, inte nyttjat möjligheten att begära en försäkringsmedicinsk utredning, t.ex. i form av en aktivitetsförmågeutredning. Det förekommer inte heller någon bedömning eller utredning från Arbetsförmedlingen i något av dessa ärenden.

11.3 Strikta krav på omställning för äldre försäkrade enligt kammarrätternas praxis

I vårt delbetänkande pekade vi på att försäkrade som har begränsad tid kvar till sin pension som regel får sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande arbete efter 180 dagar och att detta ofta leder till att sjukpenning nekas. Dessa personer har tidigare bedömts ha nedsatt arbetsförmåga i arbete hos arbetsgivaren. Det ställs alltså krav på omställning till annat arbete för denna grupp av försäkrade trots att de inom relativt kort tid kommer att avsluta arbetslivet. Dagens regelverk förhindrar inte denna situation.²

I det tidigare delbetänkandet gick vi igenom ett stort antal kammarrättsdomar. Av de 70 kammarrättsdomar som handlade om tillämpningen av normalt förekommande arbete rörde 12 domar försäkrade som var 62 år eller äldre. I fyra av dessa fall beviljades sjukpenning, antingen på den grunden att det fanns särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete eller att den försäkrade bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga i normalt förekommande arbete. I åtta fall nekades sjukpenning med motiveringen att den försäkrade kunde försörja sig i ett normalt förekommande arbete. Bland dessa åtta kammarrättsdomar kan följande fall nämnas.

En 64-årig kvinna, som arbetade som undersköterska på ett äldreboende, led av utmattning, nedstämdhet, bindvävssjukdom, smärta i bröstkorgen samt svaghet i en arm. Kvinnan bedömdes av kammarrätten klara ett lättare arbete som inte krävde god rörlighet i axel eller arm. Ett sådant arbete ansågs vara normalt förekommande varför kvinnan nekades sjukpenning.³

² Vi syftar på de särskilda skälen för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete och möjligheten att låta bli att tillämpa denna bedömningsgrund om det skulle vara oskäligt, jfr 27 kap. 48 och 49 §§ SFB.

³ Kammarrättens i Sundsvall dom den 7 december 2016, mål nr 2502-2503-15.

En 62-årig kvinna som arbetade som restaurangföreståndare led efter en canceroperation av smärtor i bröstkorgen och ryggen. Dessutom hade hon nedsatt mental och fysisk energi. Även om hennes arbete var relativt väl anpassat efter hennes besvär var det ändå, enligt kammarrätten, relativt fysiskt belastande. Kvinnan ansågs klara ett fysiskt lätt arbete utan lyft och obekväma arbetsställningar. Då ett sådant arbete ansågs vara normalt förekommande hade kvinnan inte rätt till sjukpenning.⁴

En 62-årig, lastbilschaufför till yrket, hade opererats för tumörsjukdom. Han led av trötthet, viss andfåddhet, nedsatt fysisk prestationsförmåga och smärttillstånd i höger arm. Mannen ansågs inte lida av sådan allvarlig sjukdom som, enligt kammarrätten, krävdes för att det skulle vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Han ansågs inte ha nedsatt förmåga att försörja sig i ett normalt förekommande arbete.⁵

En 64-årig man arbetade som maskinställare och arbetsledare på en mekanisk verkstad på en anstalt. Han led av utmattningssyndrom, ångest och bullerskada. Kammarrätten ansåg att han kunde försörja sig i ett normalt förekommande arbete och att hans arbetsförmåga därför inte var nedsatt.⁶

En 65-årig man arbetade som svetsare och hade genomgått en knäoperation. Han kunde inte ligga på knä, sitta på huk eller lyfta tungt. Enligt läkare kunde han klara ett ”manschettarbete” men det skulle ta minst ett halvår innan han kunde klara ett kroppsarbete. Då mannen inte ansågs kunna återgå i arbetet som svetsare senast dag 365 bedömdes det inte finnas särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Att mannen under tiden fyllde 65 år påverkade inte denna slutsats. Mannen ansågs klara ett lättare arbete som var normalt förekommande. Han hade därför inte rätt till sjukpenning.⁷

11.4 Undantagen från huvudregeln att arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete är för restriktiva

I vårt delbetänkande har vi utifrån en dom från Högsta förvaltningsdomstolen⁸ dragit slutsatsen att kraven för att särskilda skäl ska finnas för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete

⁴ Kammarrättens i Sundsvall dom den 15 december 2016 i mål nr 1546-16.

⁵ Kammarrättens i Göteborg dom den 6 februari 2014 i mål nr 2383-13.

⁶ Kammarrättens i Jönköping dom den 7 mars 2012 i mål nr 4244-11.

⁷ Kammarrättens i Jönköping dom den 14 december 2011 i mål nr 1603-11.

⁸ HFD 2016 ref 10.

är alltför högt satta. Beviskraven är så höga att de försäkrade ofta inte kan uppfylla dem trots att de ger in läkarintyg i vilka bedömningen görs att de kan komma att återgå i arbete.⁹ Sedan delbetänkandet har vi genomfört en granskning av ärenden som förstärker bilden av att tillämpningen av de särskilda skälen är mycket restriktiv. Nedan redovisar vi våra iakttagelser.

11.4.1 Iakttagelser avseende tillämpningen av särskilda skäl vid granskning av ärenden

Upptäckning av arbetstid godtas inte som särskilda skäl

Vi har i vår ärendegranskning konstaterat att det i cirka en tredjedel av de totalt 108 granskade avslagsärendena pågick en upptäckning av arbetstiden med sikte på återgång i arbete på heltid för försäkrade, som varit heltidssjukskrivna, då sjukperioden passerade dag 180. Dessa personer fick avslag på ansökan om fortsatt sjukpenning eftersom de bedömdes kunna ta ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete trots delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Personerna har alltså inte ansetts uppfylla lagens krav på särskilda skäl för att få bedömningen mot normalt förekommande arbete uppskjuten. Tillämpningen av de särskilda skälen med dess höga beviskrav innebär alltså i dessa fall att även de försäkrade som är i en planerad återgång i arbete prövades mot normalt förekommande arbete och därmed avkrävdes omställning.

Oenhetlig tillämpning av begreppet ”särskilda skäl”

Vi har granskat både avslags- och bifallsbeslut avseende bedömningarna från och med dag 181. I vissa av bifallsbesluten har särskilda skäl för att fortsätta bedöma arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren bedömts finnas. Denna bedömning har då ofta varit generös. I vissa bifallsbeslut har det räckt med ett kryss i en bedömningsruta på läkarintyget om prognosen för återgång i arbete före dag 366 för att Försäkringskassan kunnat dra slutsatsen att särskilda skäl finns. I avslagsbesluten har däremot tillämpningen av särskilda skäl varit restriktiv. Trots att det av läkarintyget kunnat dras slutsatsen att

⁹ SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag, s. 48.

personen ifråga kan återgå i arbete före dag 366 har särskilda skäl inte bedömts finnas eftersom läkarintyget och annan dokumentation inte tillräckligt tydligt anger en tidplan för återgång i arbete. Tillämpningen av särskilda skäl framstår inte som enhetlig.

Personer med psykiatriska diagnoser anses inte ha särskilda skäl

I förarbetena till bestämmelsen om särskilda skäl finns en skrivning om att särskilda skäl endast bör finnas vid tydliga diagnoser och att det vid mer diffusa diagnoser torde vara svårt att uttala sig om behandlingar eller läkningsförlopp och att därför särskilda skäl inte kan föreligga i dessa fall.¹⁰ Utifrån vad vi ser i de granskade ärendena verkar detta uttalande ha den effekten att personer med psykiatriska diagnoser sällan anses ha särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. I granskningen fann vi 10 ärenden där de försäkrade hade en psykiatrisk diagnos och där särskilda skäl, trots plan för återgång i arbete och pågående upptrappning av arbetstiden, inte bedömdes finnas.

11.4.2 Små möjligheter att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete efter dag 365

Efter dag 365 är det bara möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om det skulle vara oskäligt med en sådan prövning. Begreppet oskäligt har kommit att kopplas till att den försäkrade lider av en allvarlig sjukdom och allvarlig sjukdom har definierats mycket strikt i ett dokument av Socialstyrelsen.¹¹ Detta leder till att det är sällsynt att Försäkringskassan bedömer att det är oskäligt att bedöma en försäkrads arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete. Statistik från Försäkringskassan visar att under perioden 1 januari 2014 till och med oktober 2018 bedömdes det vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i 0,2 procent av ärendena som passerade dag 180.

¹⁰ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 70.

¹¹ SOU 2019:2, Ingen regel utan undantag, s. 48 f.

Sedan delbetänkandet lämnades har Högsta förvaltningsdomstolen meddelat en dom som befäster den restriktiva tolkningen av begreppet oskäligt.¹² Domen redovisas i avsnitt 4.3.4.

Den strikta tillämpningen av begreppet oskäligt får orimliga konsekvenser

I det tidigare delbetänkandet pekar vi på att tidsgränsen vid dag 365 kan innebära att två personer som är i en liknande process för återgång i arbete bedöms helt olika. Den som med stor sannolikhet kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 366 får bedömningen mot normalt förekommande arbete uppskjuten medan någon som med samma sannolikhet bedöms kunna återgå i arbete men något senare efter 366 inte ges möjlighet att få bedömningen uppskjuten. I viss mening är detta en logisk följd av en tidsgräns men undantagen från och med dag 366 är så restriktivt utformade att de i praktiken inte förhindrar detta utfall.

Ytterligare en situation som visar konsekvenserna av ett strikt undantag från och med dag 366 är den att den försäkrade drabbas av en ny sjukdom, exempelvis till följd av en olycka, under pågående behandling eller rehabilitering av en tidigare sjukdom. Om inte den nya sjukdomen är av mycket allvarlig art kommer den försäkrade att efter dag 365 bedömas mot normalt förekommande arbete trots att den försäkrade kommer att kunna återgå i arbetet. I en av de kamrarrättsdomar som vi granskade i delbetänkandet belyses situationen. Domen rörde visserligen frågan om det var oskäligt att efter dag 180, alltså inte efter dag 365, pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Men domen belyser ändå att begreppet oskäligt inte förhindrar orimliga utfall när särskilda skäl inte kan tillämpas.

En 47-årig kvinna hade varit sjukskriven för depression under mer än 180 dagar. Kvinnan hade en fredag ett introduktionssamtal med sin nya chef och skulle återgå i arbetet på måndagen. På vägen hem från arbetet ramlade hon och bröt axeln. Skadan krävde ett flertal operationer och en lägre tids sjukskrivning. Eftersom kvinnan inte bedömdes kunna återgå före dag 366 fanns inte särskilda skäl att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Frågan var om det var oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Försäkringskassan drog in sjukpenningen med motiveringen att den försäkrade hade arbetsförmåga i normalt förekommande arbete.

¹² HFD 2019 ref 14.

Det bedömdes inte vara oskäligt att pröva henne mot normalt förekommande arbete.¹³

Förvaltningsrätten konstaterade att kvinnans situation inte fanns uppräknad i förarbetena som exempel på när det kunde vara oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Dock var syftet med regleringen att undvika orimliga konsekvenser av systemet. Kvinnan skulle återgå i arbete men hindrades av detta genom axelskadan. Den långa sjukskrivningsperioden berodde alltså på två olika sjukdomstillstånd. Därför var det, enligt förvaltningsrätten, oskäligt att pröva henne mot normalt förekommande arbete.

Kammarrätten hänvisade till förarbetena till bestämmelsen om oskäligt där det angavs att det kunde vara oskäligt att pröva människor mot normalt förekommande arbete om de drabbats av olyckor eller sjukdomar med betydande konsekvenser för arbetsförmågan. Axelskadan bedömdes dock inte vara av sådan art eller svårighetsgrad att det var oskäligt att pröva kvinnan mot normalt förekommande arbete. Vid en sådan prövning ansågs hon inte ha nedsatt arbetsförmåga och var således inte berättigad till sjukpenning.

11.5 Försäkringskassan tillämpar rehabiliteringslagstiftningen i begränsad utsträckning

11.5.1 Försäkringskassan tar sällan ställning till rehabiliteringsbehovet

Vi har i vår granskning av ärenden noterat att det i de flesta fall saknas ställningstagande till den försäkrades behov av rehabilitering. Denna iakttagelse har också stöd i den statistik som redovisas i kapitel 8. Vi noterar också att i många fall pågår en upptrappning av arbetstiden under sjukskrivningstiden. Även i dessa fall saknas ofta ett ställningstagande till rehabiliteringsbehovet.

Bristen på ställningstagande till rehabiliteringsbehov kan medföra att personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till adekvata anpassnings- och rehabiliteringsinsatser. Det är visserligen arbetsgivaren som ansvarar för att det finns en fungerande anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen men lagstiftningen utgår från att Försäkringskassan ska uppmärksamma och se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs

¹³ Kammarrättens i Stockholm dom den 8 februari 2017 i mål nr 6706-16.

och åtgärdas innan prövning av arbetsförmågan görs mot normalt förekommande arbete.

Försäkringskassans ansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet är inte bara viktigt eftersom det kan resultera i en fungerande återgång i arbetet för den försäkrade. Det kan även vara viktigt för att man tidigt i sjukfallet, långt före rehabiliteringskedjans tidsgräns vid dag 180, ska kunna konstatera om sjukdomen försvårar eller förhindrar en återgång till det befintliga arbetet. I vår ärendegranskning av avslagsbesluten fann vi flera exempel på detta. I dessa fall var det uppenbart att det fanns ett behov av en omställning till nytt arbete.

Lämpligen bör i sådana fall en tidig samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ske för att utreda möjligheterna till stöd till individen i en rehabiliterings- eller omställningsprocess.

11.5.2 Antalet avstämningmöten minskar och genomförs sent i sjukfallet

Vi har som utgångspunkt för vår utredning (avsnitt 3.1.2) att det inte går att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete utan att analysera den handläggning som föregår besluten. När vi granskar Försäkringskassans tillämpning av rehabiliteringsbestämmelserna är det därför nödvändigt att granska de metoder som Försäkringskassan har till förfogande för att kunna fullgöra det ansvar i fråga om rehabilitering som åligger myndigheten enligt lag.

Avstämningmötet är en utredningsmetod som använts länge och som är användbar i både utrednings- och rehabiliteringssyfte. I mötet kan de aktuella aktörerna runt den sjukskrivne, läkaren, arbetsgivaren, handläggaren från Försäkringskassan och ibland också arbetsförmedlaren, tillsammans med den sjukskrivne reda ut vad som behöver göras för att underlätta en återgång i arbete, vad som behöver utredas ytterligare m.m. Det är ofta Försäkringskassan som är sammanställande. Vid våra intervjuer har det framkommit att avstämningmötet också används för att informera den försäkrade om regelverket och på så sätt skapa en bättre förståelse för regelverket. Användningen av denna mötes- och utredningsform har varierat över åren. Under senare år har Försäkringskassan haft en mer återhållsam hållning till dessa möten. Det framgår av myndighetens årsredovisning för 2018 att antalet avstämningmöten har sjunkit de senaste åren från 61 216 stycken under 2016 till 38 671 stycken

under 2018. Mötet genomförs i genomsnitt efter 376 dagar i sjukfallet under 2018.¹⁴ Det är klart att då är avstämningsmötets betydelse för tidiga insatser mycket begränsad. För tioalet år sedan användes avstämningsmöten i betydligt högre utsträckning, t.ex. så registrerades 125 000 avstämningsmöten under en tolv månadersperiod mellan 2006 och 2007.¹⁵

11.5.3 Fåtal fall med rehabiliteringspenning före dag 180 och antalet försäkrade som beviljas rehabiliteringspenning minskar

Den rehabiliteringsåtgärd som är vanligast förekommande, då den försäkrade får rehabiliteringsersättning, är arbetsträning. I en rättslig uppföljning av rehabiliteringsersättning som Försäkringskassan genomförde 2016, var arbetsträning den aktuella åtgärden i 96 procent av de granskade ärendena. I 7 procent av ärendena förekom arbetsförberedande åtgärder (i vissa fall i kombination med arbetsträning, därav blir summan högre än 100 procent). Arbetsförberedande åtgärder är ett individuellt anpassat program som Arbetsförmedlingen kan erbjuda den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Utbildningsinsatser förekom i några enstaka fall.

Andelen sjukfall i vilka rehabiliteringspenning har beviljats har varit minskande under en längre tid. I Försäkringskassans utgiftsprognos för åren 2019–2022 anges följande:

Utgifterna för rehabiliteringspenning har under en lång tid generellt följt utvecklingen för sjukpenningutgifterna. Detta samband bröts dock under 2016 då utgifterna för rehabiliteringspenning minskade i motsats till de ökande utgifterna för sjukpenning. År 2017 minskade utgifterna med drygt 23 procent jämfört med 2016 och under 2018 har utgifterna fortsatt att minska med 18,6 procent jämfört med 2017, vilket motsvarar 178 miljoner kronor. Utgifterna för rehabiliteringspenning väntas fortsätta att minska under 2019 för att sedan stabiliseras kommande år.¹⁶

För 2018 var den genomsnittliga andelen 2,8 procent. Försäkringskassan anger i utgiftsprognosen för 2019–2022 att man beräknar att

¹⁴ Försäkringskassan, Årsredovisning 2018, s. 44.

¹⁵ Arbetsförmågeutredningen SOU 2008:66, s. 70.

¹⁶ Försäkringskassan Rapport 2019-07-29 Utgiftsprognos för budgetåren 2019–2022.

andelen ska sjunka till cirka 2 procent 2019 för att därefter vara konstant.¹⁷

Antalet försäkrade som beviljas rehabiliteringspenning före dag 180 i rehabiliteringskedjan har minskat drastiskt de senaste åren och endast 236 fall beviljades 2018. Utifrån tillgänglig statistik så konstateras att nedgången fortsätter under 2019. Huvuddelen av fallen med rehabiliteringspenning beviljas efter över ett års sjukskrivning. I kapitel 8 redovisas närmare utvecklingen av sjukförsäkringen ur olika aspekter, bland annat utvecklingen av rehabiliteringspenning.

11.5.4 Låg aktivitet i sjukfallen – ett uppmärksammat problem

Problemet med Försäkringskassans bristande aktivitet tidigt i sjukfallen har uppmärksamats av olika myndigheter och organisationer.

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för socialförsäkringen har granskat Försäkringskassans bedömningar vid dag 90 och 180 i rehabiliteringskedjan och gör liknande iakttagelser som vi noterat i vår ärendegranskning.¹⁸ Regeringen refererar till rapporten i budgetpropositionen för 2018/19:

Slutsatsen av granskningen är att bedömningarna vid dag 90 och 180 inte alltid håller tillräcklig kvalitet, och att till ärendena saknas ett grundläggande utredningsarbete. Detta gäller särskilt utredningarna vid dag 90. Impulser om att den sjukskrivne skulle kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren tas inte tillvara. Risken är att sjukperioden löper vidare till dag 180 och att sjukpenningen då dras in utan att möjligheterna till rehabilitering på ordinarie arbetsplats har prövats. För att sjukskrivningsprocessen ska fungera tillfredsställande behöver Försäkringskassan enligt ISF göra ett kontinuerligt och grundläggande utredningsarbete i varje ärende, både för att kunna bedöma den sjukskrivnas rätt till sjukpenning och för att klarlägga möjligheter för återgång i arbete. ISF framhåller vikten av att Försäkringskassans handläggare är aktiva och genomför nödvändiga utredningsåtgärder men också fångar upp impulser från de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Rapporten anger att det är detta som är Försäkringskassans samordningsansvar, dvs. att i samråd med den försäkrade föra processen framåt med stöd av andra aktörer som arbetsgivaren, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen.¹⁹

¹⁷ Försäkringskassan Rapport 2019-07-29. Utgiftsprognos 2019–2022.

¹⁸ Inspektionen för socialförsäkringen, Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan, Rapport 2017:9.

¹⁹ Prop. 2018/19:1, utgiftsområde 10, s. 20.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

SKR har lämnat synpunkter på det delbetänkande som vi lämnade i januari 2019. Där behandlar SKR frågan när rehabilitering planeras eller pågår hos arbetsgivaren med mål att återgå i ordinarie arbete.

Sedan juli 2018 har arbetsgivare en lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit sjukskrivna i 30 dagar och som kan antas fortsätta vara frånvarande på grund av sjukdom i minst 60 dagar. Planen måste inte skickas in till Försäkringskassan, men kontakt med Försäkringskassan kan efterfrågas av arbetsgivaren och då är det troligt att planen även skickas in. SKL har även fått besked från en del arbetsgivare inom sektorn att de har som rutin i sin rehabiliteringspolicy att i varje rehabiliteringsärende skicka in plan för återgång i arbete till Försäkringskassan, även när den inte har efterfrågats. Skälet till att arbetsgivare antingen efterfrågar kontakt och samverkan med Försäkringskassan, eller skickar in plan för återgång i arbete, är ofta att man gör bedömningen att arbetstagaren har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i arbete hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren vill då säkerställa att Försäkringskassan godkänner planen och att arbetstagaren har rätt till ersättning under tiden som rehabiliteringen pågår. Ett annat skäl till att arbetsgivaren vill nå Försäkringskassan kan vara att man är osäker kring behovet av rehabilitering eller har andra frågor. Ett ofta förekommande scenario i ovan beskrivna situation är, enligt besked från arbetsgivare inom sektorn, att när de kommer i kontakt med Försäkringskassan har Försäkringskassans redan gjort bedömningen är att det inte föreligger behov av rehabilitering tillbaka i arbete hos arbetsgivaren. Istället överväger Försäkringskassan inte sällan, eller har startat utredning kring, ett avslag på rätten till ersättning efter dag 180. Kommunikation av kommande beslut om avslag kan även komma utan föregående kontakt överhuvudtaget. Ett sådant besked är ofta förödande för ett pågående rehabiliteringsarbete. Det flyttar fokus från återgång i ordinarie arbete på arbetsplatsen till frågor kring individens försörjning och hur arbetsgivaren ska bedöma rehabiliteringspotentialen tillbaka till ordinarie arbete. Ett besked om att arbetstagarens arbetsförmåga ska bedömas mot ett normalt förekommande arbete under tid där arbetsgivare och arbetstagare, med stöd av medicinska underlag, planerat och påbörjat ett rehabiliteringsarbete är kontraproduktivt och försenar i många fall återgången i arbete, vare sig det handlar om återgång i ordinarie arbete eller annat arbete. Det undergräver även förtroendet för sjukförsäkringen och rimmar illa med det som kommuniceras ut från staten kring Försäkringskassans ansvar för samordning och vikten av att de olika aktörerna samverkar i ett rehabiliteringsärende.²⁰

²⁰ SKR:s synpunkter med anledning av utredningens delbetänkande SOU 2019:2.

Svenskt Näringsliv

Svenskt Näringsliv skriver i rapporten ”Vägar tillbaka till arbete” (april 2019) att aktörernas rehabiliteringsansvar behöver tydliggöras och samarbetet förbättras.

En större tydlighet underlättar samverkan och minskar missförstånd kring aktörernas olika ansvar. Det behöver också bli tydligare att arbetsgivarens ansvar rör åtgärder på arbetsplatsen och att den sjukskrivne medarbetaren ansvarar för att medverka i sin egen rehabilitering. Även Försäkringskassans, hälso- och sjukvårdens och Arbetsförmedlingens ansvar behöver förtydligas, så att alla vet vilka insatser som åligger dessa aktörer i rehabiliteringsprocessen. I dag är det dessvärre så att Försäkringskassan i allt mindre omfattning deltar i planering och samverkan med företagen, vilket leder till att insatser fördröjs och sjukfrånvaro förlängs. För att rehabiliteringen ska fungera måste Försäkringskassan både utreda och klarlägga individens rehabiliteringsbehov och samverka med de olika aktörerna i sjukprocessen.²¹

I samma rapport föreslår Svenskt Näringsliv att kortare arbetsprövning bör återinföras och det bör göras lättare att arbetsträna.

Möjligheten att pröva att arbeta med bibehållen sjukpenning en kortare tid bör återinföras. Det är ett värdefullt och enkelt verktyg tidigt i rehabiliteringsprocessen, inte minst vid psykisk ohälsa. Möjligheterna till och förutsättningarna för arbetsprövning bör tydliggöras och regleras, så att sådan rehabilitering kan ske rättssäkert, effektivt och med enkel administration. Efter en längre tids sjukfrånvaro kan arbetsträning vara ett bra sätt att inleda återgången i arbete, antingen hos den egna arbetsgivaren eller hos en ny arbetsgivare. Arbetsträning kan vara en värdefull åtgärd inte minst vid psykisk ohälsa. Men arbetsträning förutsätter att Försäkringskassan är aktiv och beslutar om den rehabiliteringspenning som betalas ut vid arbetsträning. Dessvärre har andelen sjukfall som Försäkringskassan beviljar rehabiliteringspenning för minskat kraftigt de senaste åren, och företagen signalerar även att myndigheten sällan ser arbetsträning hos den egna arbetsgivaren som ett verktyg för att underlätta återgången i arbete. Eftersom arbetsträning är ett bra verktyg för återgång i arbete måste möjligheterna öka att bli beviljad rehabiliteringspenning av Försäkringskassan.²²

²¹ Vägar tillbaka till arbete – Svenskt Näringsliv april 2019, s. 37.

²² Vägar tillbaka till arbete – Svenskt Näringsliv april 2019, s. 38.

LO, TCO, SACO och Sveriges läkarförbund

Representanterna för LO-TCO Rättsskydd AB, SACO, Arbetsgivarverket och Sveriges läkarförbund i utredningens referensgrupp har på liknande sätt som i de ovan angivna citaten framfört vikten av att den tidiga aktiviteten i sjukskrivningsprocessen behöver fungera bättre för att tillvara och stödja de sjukskrivnas återgång i arbete före dag 181.

11.5.5 Vidtagna åtgärder mot problemet med låg aktivitet i sjukfallen

Regeringen har genom en rad åtgärder markerat vikten av att samarbetet mellan aktörerna inom sjukskrivningsprocessen fungerar på ett bra sätt och att individen får tillgång till stöd och rehabilitering tidigt i en sjukskrivningsperiod. Följande åtgärder har vidtagits:

- Arbetsgivarens ansvar vid rehabilitering har förtydligats och ekonomiska incitament för att stimulera tidiga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder har förstärkts.²³
- Från och med februari 2020 ska regionerna ansvara för koordineringsinsatser för sjukskrivna personer som har behov av individuell stöd för att återgå till eller inträda i arbetslivet.²⁴
- Ett uppdrag att verka för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har lämnats till Socialstyrelsen och Försäkringskassan.²⁵ Uppdraget har rapporterats i juni 2019.
- Ett nytt uppdrag har lämnats till Försäkringskassan och Socialstyrelsen att utveckla sjukskrivningsprocessen i enlighet med vad myndigheterna har redovisat i slutrapporten från dialoguppdraget.²⁶

²³ 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken och förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete, SFS 2017:1306 och 2018:95. Jfr prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete, s. 57 ff.

²⁴ Prop. 2019/20:1 utgiftsområde 10, Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna personer, s. 41.

²⁵ Uppdrag till Socialstyrelsen och Försäkringskassan angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, regeringsbeslut 2018-01-25.

²⁶ Uppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården. Regeringsbeslut 2019-12-11.

- Ett uppdrag att stärka myndighetens arbete med samordningsuppdraget och att särskilt utveckla stödet kring individen har lämnats till Försäkringskassan.²⁷
- En särskild utredare – en nationell samordnare – har tillsatts med uppgift att, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.²⁸

I stort sett alla dessa åtgärder syftar till att se till att individen får stöd till tidiga åtgärder för återgång i arbete och att förhindra långvarig sjukskrivning. För att analysera varför Försäkringskassan så sällan tar ställning till rehabiliteringsbehov i sjukfallen har vi valt att titta på Försäkringskassans inställning till rehabilitering som den framgår av olika dokument.

11.5.6 Försäkringskassans inställning till arbetslivsinriktad rehabilitering är motsägelsefull

I årsredovisningen för 2018 lyfter Försäkringskassan behovet att förbättra arbetet med att återfå de försäkrade i arbete. Där anges bl.a. följande:

De uppföljningar som har gjorts visar att vi i merparten av ärendena genomför inledande handläggningsmoment och tidiga bedömningar av rätten till sjukpenning på ett tillfredsställande sätt. Vi behöver dock bli ännu bättre på att aktivt identifiera de försäkrades individuella förutsättningar för och behov av hjälp för att kunna återgå i arbete. Vi behöver också bli bättre på att utreda och bedöma arbetsförmågans nedsättning i längre sjukfall.²⁹

Samtidigt gjorde Försäkringskassan under 2017 en rättslig kvalitetsuppföljning av tillämpningen av rehabiliteringskedjan. Där konstaterades att avstämningsmötet använts som utredningsmetod i cirka 30 procent av de granskade ärenden. I rapporten intas en tämligen restriktiv inställning till användningen av avstämningsmöten eftersom dessa, enligt Försäkringskassan, i alltför hög utsträckning inriktar sig på återgång i befintligt arbete och inte understödjer omställning till annat arbete. Rapportförfattarna anförde bl.a. följande.

²⁷ Uppdrag till Försäkringskassan angående förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringsbeslut 2018-01-25.

²⁸ Regeringsbeslut 2018-04-12. Dir. 2018:27.

²⁹ Försäkringskassan Årsredovisning 2018, s. 39.

Granskarna noterade att de flesta avstämningsmöten hölls på initiativ av den försäkrades arbetsgivare eller behandlande läkare. Det framgick inte alltid om handläggaren tagit ställning till att ett avstämningsmöte behövdes. Avstämningsmöte är en av Försäkringskassans lagstadgade utredningsmetoder och även om det är positivt med impulser från andra aktörer är det samtidigt viktigt att handläggaren tar ställning om det finns ett sådant utredningsbehov att ett avstämningsmöte är motiverat och är tydlig om syftet med mötet. Utifrån mötesanteckningarna framstod det som att fokus för avstämningsmötena som regel varit att diskutera och planera den försäkrades återgång i ordinarie arbete, och den planering för återgång i arbete som mötet resulterade i var som regel inriktad på detta. Med tanke på att sjukförsäkringen är en omställningsförsäkring och sjukförsäkringen normalt bara täcker arbetsoförmåga i ordinarie arbete under de första sex månaderna i sjukfallet är detta problematiskt.³⁰

Resonemanget utvecklades sedan ytterligare:

Svårigheten att tillämpa rehabiliteringskedjan fullt ut och verkligen pröva arbetsförmågan i förhållande till alla arbeten på arbetsmarknaden från och med dag 181 framkommer också i samband med avstämningsmöten. Utifrån mötesanteckningarna och den eventuella planering för återgång i arbete som görs framstår det som att avstämningsmötena som regel är ensidigt inriktade på återgång i ordinarie arbete. Det går sällan att utläsa att rehabiliteringskedjan och frågan om arbetsförmåga i annat arbete varit på dagordningen och planeringen blir som regel att den försäkrade ska återgå i ordinarie arbete genom arbetsträning eller successiv återgång i ordinarie arbete, trots att de flesta avstämningsmöten genomförs efter dag 181 i rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjan ställer krav på den försäkrade och dennes arbetsgivare, som ibland kan upplevas som besvärliga, och det är en viktig men ibland obekvämlig och svår uppgift för handläggarna att driva ärendet med utgångspunkt i rehabiliteringskedjans krav.³¹

Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar för rehabilitering gäller all rehabiliteringsverksamhet.³² I en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 behandlades tillämpningen av rehabiliteringsersättning som kan beviljas för arbetslivsinriktad rehabilitering. I denna rapport ger Försäkringskassans skrivningar uttryck för en restriktiv inställning till arbetslivsinriktad rehabilitering. I stället betonas åtgärder på arbetsplatsen som arbetsanpassning och omplacering.

³⁰ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2017:5 Tillämpningen av rehabiliteringskedjan s. 26.

³¹ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2017:5, s. 34.

³² 30 kap. 8–11 §§ jämförd med 29 kap. 2 § SFB.

Det kan finnas skäl för Försäkringskassan att i högre grad fokusera på andra typer av åtgärder där förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan framstår som bättre. Vid sidan av medicinska åtgärder handlar det då om sådana arbetslivsinriktade åtgärder som förändrar arbetskraven. För den som är anställd kan arbetsanpassning och omplacering vara åtgärder som på goda grunder kan förväntas göra skillnad för arbetsförmågan, så länge arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan det handla om arbetslivsinriktade åtgärder i form av lönebidrag eller liknande, som gör det möjligt att få ett arbete med lägre krav än vad som normalt ställs på arbetsmarknaden.³³

I den nämnda rättsliga kvalitetsuppföljningen som syftar till att granska tillämpningen av rehabiliteringsersättning drar Försäkringskassan också slutsatsen att det finns ett begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro.³⁴

En förklaring till Försäkringskassans ambivalenta inställning till arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna vara den osäkerhet om både begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering och Försäkringskassans ansvar för denna, som Försäkringskassan redovisar i ett svar i juni 2019 på ett regeringsuppdrag om uppföljning av sjukfrånvaron:

Försäkringskassan har ett tillsynsansvar över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Det är dock oklart i lagstiftningen och förarbeten vad tillsynsansvaret innebär och hur långt det sträcker sig. Till exempel är det inte tydligt vilket ansvar Försäkringskassan har i enskilda ärenden eller vad som menas med rehabilitering i nämnda bestämmelser.³⁵

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att samtidigt som Försäkringskassan i sin årsredovisning lyfter behovet att arbeta för att de försäkrade ska återgå i arbete betonas i en rättslig kvalitetsuppföljning i stället kravet på omställning till annat arbete. Och trots att lagstiftningen stadgar att Försäkringskassan har ett samordnings- och tillsynsansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering ställer sig myndigheten i en rättslig kvalitetsuppföljning tveksam till arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt vår mening kan man inte bortse från risken att myndighetens ambivalenta syn på arbetslivsinriktad rehabilitering kan påverka den enskildes handläggarens benägenhet att ta ställning till den försäkrades rehabiliteringsbehov och vidta åtgärder till stöd

³³ Försäkringskassan, Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2 Rehabiliteringsersättning, s. 26.

³⁴ Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2.

³⁵ Försäkringskassan 2019, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling, s. 53.

för individens återgång i arbete. De rättsliga kvalitetsuppföljningarna är normerande i den betydelsen att de utmynnar i rekommendationer och åtgärder för den styrande verksamheten. Uppföljningarna har därför genomslag i den praktiska tillämpningen. Möjligen kan myndighetens motsägelsefulla inställning till rehabilitering vara en av förklaringarna till att så få ställningstaganden till rehabiliteringsbehovet görs i de granskade ärendena och att antalet beviljanden av rehabiliteringsersättning är så lågt. Men ärendegranskningens resultat är så anmärkningsvärt att vi vill bredda bilden till att inte bara handla om Försäkringskassans prioriteringar utan även granska regelverkets konstruktion. Kan regelverket rymma en form av systemfel som hämmar Försäkringskassans rehabiliteringsansvar?

11.5.7 Dagens lagstiftning otydlig om rehabiliteringens betydelse för bedömningen av arbetsförmågan

Frågan är om den som i är behov av rehabilitering eller genomgår rehabilitering eller behandling *redan med dagens lagstiftning* har ett särskilt skydd – alltså utöver det som följer av begreppen särskilda skäl eller oskäligt – mot att bedömas mot normalt förekommande arbete. I 27 kap. 50 § SFB finns en bestämmelse som stadgar följande:

I de fall den försäkrade är i behov av någon medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som avses i 27 kap. 6 § eller rehabiliteringsåtgärd som avses i 29–31 kap., ska bedömningen enligt 46–49 §§ göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd.

Bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB tillämpas inte i praktiken. Försäkringskassan kommenterar i sin vägledning bestämmelsen på följande sätt.

Bestämmelsen fanns tidigare i 3 kap. 7 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. Någon närmare beskrivning av hur den ska tillämpas i förhållande till rehabiliteringskedjan finns inte i förarbetena (se prop. 2007/08:136 s. 101). Eftersom bedömningen av arbetsförmågans nedsättning numera ska göras utifrån de fastställda tidsgränserna och bedömningsgrunderna i rehabiliteringskedjan har denna bestämmelse begränsad betydelse.³⁶

För att utröna vad avsikten är med bestämmelsen i 27 kap. 50 § SFB har vi gått tillbaka till den lagstiftning som gällde före rehabiliter-

³⁶ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 12, s. 106.

ingskedjan. Tanken med den så kallade steg-för-steg-bedömningen som trädde i kraft den 1 januari 1997, och som föregick rehabiliteringskedjan, var att det över tid gjordes en upptrappad bedömning av arbetsförmågan. Först prövades arbetsförmågan mot vanliga arbetet eller annat arbete hos arbetsgivaren. Om arbetsförmågan inte fanns gick man vidare och prövade om arbetsförmåga fanns efter rehabilitering. På samma sätt hanterades bedömningen mot normalt förekommande arbete.³⁷ I förarbetena beskrevs rehabiliteringens betydelse för rätten till sjukpenning på följande sätt:

Den försäkrade kommer enligt förslaget att ges rätt till ersättning från försäkringen i avvaktan på och under rehabiliteringsåtgärder som ska leda till annat arbete hos arbetsgivaren trots att han eller hon skulle kunna klara ett normalt förekommande arbete utan eller med mindre omfattande rehabiliteringsinsatser.³⁸

Med rehabiliteringskedjan infördes bestämda tidpunkter för de olika bedömningsgrunderna. Frågan om möjligheten att kunna utföra arbete utan eller efter rehabilitering fanns inte, som tidigare, i själva bedömningsgrunden men en särskild bestämmelse, motsvarande dagens 27 kap. 50 §, infördes. Det bör framhållas att det inte rörde sig om en direkt överföring av en bestämmelse från den tidigare lagstiftningen.

Under beredningen av rehabiliteringskedjans bestämmelser hade Försäkringskassan ställt frågor hur rehabiliteringskedjan tidsgränser förhöll sig till den som var i behov av rehabilitering för att gå tillbaka arbete hos arbetsgivaren. I propositionen anfördes bl.a. följande.

Försäkringskassans önskan om förtydligande avser dock i första hand vad som ska gälla om en försäkrad – som haft nedsatt arbetsförmåga i 180 dagar – utan föregående rehabilitering kan anses ha förmåga att försörja sig genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden, men även kan återgå i arbete hos sin arbetsgivare, dock först sedan arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförts. Åtgärden behövs således inte för att förkorta sjukdomsfallet eller för att häva nedsättningen av arbetsförmågan. Regeringen anser att i en sådan situation bör samma typ av bedömning göras som vid de ovan angivna särskilda skälen. Finns det en välgrundad anledning att med stor sannolikhet anta att den försäkrade efter genomförd rehabilitering kan återgå i arbete hos arbetsgivaren bör rehabiliteringsersättning kunna beviljas inom de tidsramar som gäller för de särskilda skälen. Rehabiliteringsersättning som syftar till att förkorta sjukfallet

³⁷ Jfr 3 kap. 7 § fjärde och femte stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997.

³⁸ Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s. 15.

eller att häva arbetsförmågans nedsättning bör inte utges efter det att den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar om den försäkrade utan arbetslivsinriktad rehabilitering kan återgå i annat arbete hos arbetsgivaren.³⁹

I propositionen behandlas alltså frågan mot vilken bedömningsgrund den försäkrade ska prövas om hen, utan föregående rehabilitering, kan försörja sig i normalt förekommande arbete men kan återgå i arbete hos arbetsgivaren dock först sedan hen genomgått rehabilitering. I detta fall är svaret att kraven på särskilda skäl för att prövas mot arbete hos arbetsgivaren gäller för att bedömningen ska ske mot arbete hos arbetsgivaren. Det är en klar skillnad mot tidigare då den som först efter rehabilitering kunde klara ett annat arbete hos arbetsgivaren men som utan rehabilitering kunde klara ett normalt förekommande arbete hade rätt till sjukpenning.⁴⁰ Däremot tar propositionsuttalandena inte direkt sikte på frågan vilken bedömningsgrund som gäller för den som genomgår rehabilitering. I författningskommentaren till den tidigare motsvarigheten till 27 kap. 50 § SFB redogörs endast för innehållet i bestämmelsen.

Sjunde stycket är nytt. Om den försäkrade är i behov av medicinsk rehabilitering enligt 3 kap. 7 b § eller annan rehabilitering enligt 22 kap., ska bedömningen av arbetsförmågan alltid göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd.⁴¹

Den enda skillnaden mellan bestämmelsens ordalydelse och författningskommentarens text är att det i författningskommentaren står att bedömningen *alltid* ska göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga efter en sådan åtgärd. I socialförsäkringsbalken finns 27 kap. 50 § under rubriken: ”Bedömning av arbetsförmågan vid medicinsk behandling och rehabilitering”.

I kommentaren till socialförsäkringsbalken anförs följande om 27 kap. 50 §:

Denna bestämmelse fick sin utformning genom de lagändringar som genomfördes i samband med införandet av rehabiliteringskedjan. I förarbetenas författningskommentar angavs endast att stycket vari bestämmelsen återfinns är nytt (prop. 2007/08:136 s. 101). I den allmänna motiveringen återgavs innehållet i bestämmelsen i den förslagsruta som avsåg innehållet i 9.2 Återgång i arbete. Någon motivering direkt hänförlig till ifrågasvarande bestämmelse återfinns emellertid inte där. Den

³⁹ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 70.

⁴⁰ Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s. 15.

⁴¹ Prop. 2007/08:136, s. 101.

ursprungliga regeln i 3 kap. 7 § sjunde stycket AFL och den nu ifrågasatta är emellertid utformade på sådant sätt att den angivna bedömningen ska göras i alla skeden av rehabiliteringskedjan, således även efter återgång i arbete hos arbetsgivaren.⁴²

Slutsats

Det finns en bestämmelse, 27 kap. 50 § SFB, som, utifrån sin ordalydelse, skulle kunna tolkas så att den som behöver behandling eller rehabilitering ska få sin arbetsförmåga bedömd mot rehabiliteringskedjans olika bedömningsgrunder, i praktiken dag 90 och dag 180-prövningarna, först efter att denna behandling eller rehabilitering genomförts. Enligt bestämmelsen ska tidsgränserna för bedömningsgrunderna alltså inte tillåtas bryta en pågående behandling. Lagstiftarens avsikt med bestämmelsen är dock oklar. Bestämmelsen tillämpas inte heller av Försäkringskassan i praktiken. Dessutom är bestämmelsen – såvitt vi vet – inte prövad i högre instans.

Den som är i behov av rehabilitering saknar alltså i den praktiska tillämpningen ett skydd mot att bedömas mot normalt förekommande arbete från och med dag 181 såvida det inte föreligger särskilda skäl att fortsätta bedöma arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren eller att det skulle vara oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Och både begreppen särskilda skäl och oskäligt tillämpas mycket restriktivt. Tillämpningen av rehabiliteringskedjans bestämmelser kan därför beskrivas så att en pågående rehabilitering enligt huvudregeln inte påverkar bedömningsgrunden när rätten till sjukpenning bedöms. Det stämmer också väl in på de iakttagelser vi gjort vid granskningen av sjukpenningbeslut från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan. På så sätt skiljer sig rehabiliteringskedjans bestämmelser från de bestämmelser som fanns före rehabiliteringskedjans införande. Rehabiliteringens rättsligt svaga roll i rehabiliteringskedjan verkar påverka Försäkringskassans tillämpning av sitt rehabiliteringsansvar.

⁴² Zeteo, Kommentar till socialförsäkringsbalken, publicerad 2019-01-15.

11.5.8 Rehabiliteringskedjans tidsgräns vid dag 180 hämmar både beviljande av rehabiliteringsersättning och Försäkringskassans ansvar i fråga om rehabilitering

Försäkringskassan är i sin normering tydlig med att bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning följer tidsgränserna. I vägledningen sägs följande.

Den grundläggande förutsättningen för rätt till rehabiliteringspenning är att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Denna förutsättning är densamma som gäller för rätten till sjukpenning enligt 27 kap. Det innebär att arbetsförmågan ska prövas enligt bedömningsgrunderna i rehabiliteringskedjan.⁴³

Det innebär att den som från och med dag 181 bedöms ha förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete saknar rätt till rehabiliteringsersättning. Som stöd för denna slutsats hänvisar Försäkringskassan till förarbetena till rehabiliteringskedjan.⁴⁴ Kommentaren till den bestämmelse som reglerar rätten till rehabiliteringsersättning ger ytterligare stöd för slutsatsen att rätten till rehabiliteringsersättning är kopplad till tidsgränserna i rehabiliteringskedjan och därför inte kan beviljas den som från och med dag 181 bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete.⁴⁵

Det anförda visar alltså att rätten till rehabiliteringsersättning till den som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering, enligt Försäkringskassans tolkning av regelverket, är underordnad tidsgränserna. Försäkringskassans tolkning får också stöd i kommentaren till bestämmelsen. Frågan är om det förhållandet att rätten till rehabiliteringsersättning är underordnad tidsgränserna i sig kan ha en hämmande effekt på Försäkringskassans rehabiliteringsansvar.

I vägledningen finns en formulering i metodstödet som skulle kunna tolkas som att det innebär en komplikation att ta initiativ till rehabilitering (i detta fall utifrån arbetsgivarens plan) om rehabiliteringen kan antas sträcka sig över dag 180. I vägledningen anför följande:

⁴³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:11, version 12, s. 164.

⁴⁴ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.

⁴⁵ Zeteo, kommentar till 31 kap. 3 § SFB publicerad 2019-06-27. Zeteo är en rättsdatabas i vilken olika lagrum kommenteras.

Om planen är av god kvalitet men inte kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen, behöver du snarast meddela arbetsgivaren och den försäkrade detta. Du behöver också informera dem om vilka konsekvenser som kan uppstå om de väljer att genomföra planen ändå. Det kan till exempel vara om planen sträcker sig över tidsgränser i rehabiliteringskedjan som kan komma att påverka den försäkrades rätt till sjukpenning.⁴⁶

Vi har träffat handläggare vid Försäkringskassan som bekräftat att de regelmässigt inte tar initiativ till arbetslivsinriktad rehabilitering om den försäkrade förväntas ha förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete från och med dag 181 och den försäkrade inte kan förväntas återgå före dag 180. I stället inriktas rehabiliteringsarbete på dem som efter rehabilitering bedöms kunna återgå i arbete före dag 181. Den bild som granskningen av ärenden ger är att fokus läggs på bedömningarna av rätten till sjukpenning, särskilt bedömningen efter dag 180, och att detta fokus tycks ha en passiviserande effekt på den samordning av insatser och rehabiliteringsverksamhet som Försäkringskassan har ansvar för. Risken är att åtgärder som kunnat hjälpa den försäkrade tillbaka i arbete aldrig kommer till stånd. I många fall kan det finnas skäl, även om åtgärdsansvaret åligger en annan aktör, för Försäkringskassan att driva på den andra aktören så att åtgärden kommer till stånd. Att rehabiliteringsersättning bara beviljas i ett fåtal fall före dag 180 skulle kunna förklaras av att rehabiliteringsersättning inte beviljas över dag 180 om de försäkrade bedöms ha förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete.

Enligt vår mening är det dessutom problematiskt att rehabiliteringsersättning beviljas utifrån prövningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen med viss styrka kan tala för återgång i arbetet. Syftet med en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som arbetsträning kan ju vara att kartlägga om arbetsförmåga finns i arbetet. Innan arbetsträningen påbörjats kan det därför vara svårt att uttala sig om dess effekter. En annan sak är att det naturligtvis måste finnas ett behov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för att rehabiliteringsersättning ska kunna beviljas.

Nedan följer några exempel för att visa det problematiska med att Försäkringskassans arbete med rehabilitering underordnas resultatet av en framtida bedömning mot normalt förekommande arbete vid dag 180.

⁴⁶ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 12, s. 288.

- En arbetsträning hos den egna arbetsgivaren planeras ofta pågå högst tre månader. Den försäkrade kan få rehabiliteringsersättning för en sådan åtgärd om denna ingår i en rehabiliteringsplan som Försäkringskassan godkänt. Om denna åtgärd inte ska komma i kollision med tidsgränsen vid dag 180 så måste den starta före dag 90.
- En anställd, som inte kan fortsätta sitt nuvarande arbete på grund av sjukdom, kan behöva stöd från Arbetsförmedlingen med arbetslivsinriktade eller arbetsförberedande rehabiliteringsåtgärder. Dessa åtgärder ersätts ofta med rehabiliteringsersättning och kan vara en längre tidsperiod. I detta fall uppstår samma problem. Det är knappast motiverat att sätta igång åtgärden om den riskerar att avbrytas vid dag 180. Konsekvenserna kan bli antingen att den senareläggs till efter dag 180 eller inte kommer till stånd överhuvudtaget.

12 Överväganden och förslag

12.1 Sjukförsäkringens krav på omställning till annat arbete är omvälvande för många försäkrade

Vårt huvuduppdrag är att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete. Utredningsdirektivet framhåller att målet med uppdraget är att säkerställa en likformig tillämpning och att öka den försäkrades förståelse för de beslut som fattas. Den försäkrades möjligheter till förståelse av Försäkringskassans bedömningar har av den anledningen varit av särskild betydelse för oss när vi analyserat tillämpningen av begreppet. Vad innebär prövningen mot normalt förekommande arbete de facto för den försäkrade? Denne tror sig antagligen vara försäkrad mot inkomstförlust och förväntar sig inte att bli påtvingad ett arbetsbyte vid sjukdom. En bedömning mot normalt förekommande arbete som resulterar i att sjukpenning nekas kan få stora och omvälvande konsekvenser för den enskilde. Många frågor uppstår. Har jag förmåga att lära mig nytt arbete trots de sjukdomsbesvär jag har i dag? Vilket försäkringsskydd har jag utanför sjukförsäkringen och vilket stöd kan jag förvänta mig?

De flesta av dem som nekas sjukpenning med hänvisning till att de kan försörja sig i normalt förekommande arbete återgår efter en tid till ordinarie arbete. Men detta görs ofta till kostnaden av minskade inkomster.¹ Sjukperioden kan även ha medfört andra ogynnsamma konsekvenser. Det kan vara kvarstående sjukdomsbesvär som leder till förnyad sjukskrivning och förlorad yrkesidentitet. Sjukdomen i kombination med brister i stöd vid rehabilitering och omställning skapar sämre förutsättningar för fortsatta karriärplaner. Allt detta talar för att tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete måste vara transparent, förståelig och rimlig. Besluten ska alltså vara genomarbetade och ärendena grundligt utredda. En

¹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2018:8, Vad händer efter avslutad sjukpenning? s. 6.

rehabilitering som har återgång i tidigare arbete som mål har oftast störst möjlighet att nå framgång särskilt om rehabiliteringsåtgärder vidtas tidigt i sjukfallet (se avsnitt 7.3) under förutsättning att det inte är olämpligt av hälso- eller andra skäl att återgå till den tidigare arbetsplatsen. Det är därför viktigt att tidiga insatser före dag 180 görs för dem som riskerar en längre sjukskrivning. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att åstadkomma tidiga anpassnings- och rehabiliteringsinsatser. Denne bör använda företagshälsovård eller andra experter inom området för att utforma kvalitativa planer och insatser för den sjukskrivne. Försäkringskassan har ett särskilt ansvar för att se till att rehabiliteringsbehov klarläggs, att vid behov se till att åtgärder genomförs och att samordna rehabiliteringen.² De försäkrade som väl nekas sjukpenning med hänsyn till att de bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete måste också ges adekvat stöd för att klara omställningen till annat arbete.

12.2 Bedömningen efter 180 dagar ska göras mot sådant *angivet* arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

Enligt nuvarande bestämmelse ska, vid bedömningen av arbetsförmågan efter 180 dagar, även beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att hen kan försörja sig själv genom normalt förekommande arbete. Bestämmelsen ändras så att förmågan att försörja sig själv bedöms mot angivet normalt förekommande arbete. Motsvarande ändring införs även i fråga om sjukpenning i särskilda fall. Med angivet normalt förekommande arbete avses normalt förekommande arbeten som ingår i en yrkesgrupp enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK).

Arbetsförmedlingen bör förvalta och vidareutveckla referensmaterialet för att underlätta att normalt förekommande arbete i en yrkesgrupp pekas ut.

² 30 kap. 9 och 11 §§ SFB.

12.2.1 Normalt förekommande arbete – ett problematiskt begrepp

I någon mening ligger det i sakens natur att det är svårt att definiera begreppet normalt förekommande arbete. Tanken bakom begreppet är att arbetsförmågan hos en försäkrad inte under obegränsad tid ska bedömas mot befintligt arbete eftersom sjukförsäkringen i så fall skulle finansiera att människor upprätthåller arbeten som de på grund av sjukdom inte kan utföra. I debatten talas ofta om risken för att sjukförsäkringen blir en yrkesförsäkring. Det är i ljuset av detta som begreppet normalt förekommande arbete ska ses.

Om bedömningen mot normalt förekommande arbete skulle bli alltför konkret i den betydelsen att det skulle bedömas om den försäkrade rent faktiskt skulle få en anställning hos en specifik arbetsgivare skulle sjukförsäkringen kompensera för människors svårigheter att få ett arbete. Det skulle strida mot grundsyftet med sjukförsäkringen som är att kompensera för inkomstbortfall på grund av sjukdom. Inkomstbortfall av arbetsmarknadsmässiga skäl är tänkt att kompenseras genom arbetslöshetsförsäkringen. Därför måste prövningen i sjukförsäkringen mot normalt förekommande arbete i någon mening vara hypotetisk. Samtidigt kräver rättssäkerheten att Försäkringskassans bedömningar som ligger till grund för om en försäkrad ska få sjukpenning eller inte är begripliga för den försäkrade. Denne måste kunna förstå varför Försäkringskassan har landat i slutsatsen att hen har förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete och därför har arbetsförmåga. Detta kräver i sin tur att prövningen blir mer konkret än vad den är i dag.

En fiktiv prövning som ska bli mer konkret, eller verklighetsanpassad som Högsta förvaltningsdomstolen uttrycker saken i HFD 2018 ref 51 I och II, kan låta som, och är i någon mening, en motsägelse. Vår ambition har varit att göra bedömningarna mot begreppet ”normalt förekommande arbete” mer begripliga för de försäkrade. Begreppets grundläggande konstruktion och dess avgränsning mot arbetslöshetsförsäkringen innebär dock att ”normalt förekommande arbete” aldrig fullt ut kan beskriva en faktisk arbetsmarknad.

12.2.2 Svårt att uppfylla kraven enligt gällande praxis om konkreta arbeten eller samling av arbeten inte behöver pekats ut

I Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden HFD 2018 ref 51 I och II sägs uttryckligen att Försäkringskassan inte måste hänvisa till konkreta typer av arbeten. I domstolens nyligen meddelade avgörande HFD 2019 ref 48 förtydligas detta något; prövningen behöver inte relateras till vissa konkreta arbeten i bemärkelsen arbeten inom exempelvis vissa yrkesområden eller vissa typer av arbeten. Samtidigt uttalar domstolen i båda avgörandena att bedömningarna måste vara verklighetsförankrade. Enligt vår mening är detta en svårlöst ekvation.

Högsta förvaltningsdomstolen definierar i HFD 2018 ref 51 I och II normalt förekommande arbete som ”ett vanligt arbete som kan utföras med inga eller ringa krav på anpassning med hänsyn till den försäkrades medicinska besvär”. Om Försäkringskassan ska göra en prövning av om en person, som varit sjukskriven en längre tid, har förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete utan mer än ringa anpassning måste prövningen utgå från ett konkret arbete eller någon typ av samling av arbeten, enligt vår mening. Om man inte vet mot vilken typ av arbete man prövar en persons förmåga att försörja sig är det svårt att uttala sig om personen behöver en anpassning av arbetsuppgifterna eller inte.

Domstolen uttalar vidare i HFD 2018 ref 51 I och II att den försäkrade ska kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer. ”Alla sådana krav” förutsätter egentligen, enligt vår mening, ett konkret arbete som består av många olika mer eller mindre dominerande arbetsuppgifter, men där det avgörande för att den försäkrade ska anses kunna försörja sig genom arbetet är att hen klarar även de mindre dominerande momenten i arbetet. Vi anser att det är inte möjligt att ta ställning till om en försäkrad kan tillgodose alla krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer om man inte har ett arbete eller en grupp av arbeten i åtanke. Vår slutsats är alltså att det är svårt att uppfylla de krav som ställs upp i Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden utan att Försäkringskassans prövningar mot normalt förekommande arbete konkretiseras i någon mening.

12.2.3 Inte tillräckligt att se över handläggningen för att uppnå en ökad konkretisering i bedömningarna – en lagändring behövs

Vi har noga övervägt om det skulle vara tillräckligt att Försäkringskassans handläggning ses över, exempelvis genom ett regeringsuppdrag, för att uppnå en högre konkretion i bedömningarna mot normalt förekommande arbete. Vi har landat i slutsatsen att handläggningen bör ses över men att en översyn av denna inte är ett alternativ till lagändringar.

Ett sätt att göra bedömningarna mer verklighetsförankrade skulle kunna vara att Försäkringskassan inför beslutet om normalt förekommande i högre utsträckning än i dag använder sig av de aktivitetsförmågeutredningar med det referensmaterial som har tagits fram av Försäkringskassan i samarbete med Arbetsförmedlingen. I kapitel 5 beskrivs aktivitetsförmågeutredningarna närmare.

Om handläggaren i högre utsträckning skulle använda sig av aktivitetsförmågeutredningar och referensmaterialet skulle detta bredda utredningsunderlaget och alltså öka rättssäkerheten i den handläggning som föregår bedömningen mot normalt förekommande arbete. Själva beslutsmotiveringen blir dock inte tydligare för den enskilde genom att beslutet föregåtts av en mer strukturerad handläggning. Det grundläggande problemet med den bristande transparensen i bedömningarna mot normalt förekommande arbete är att Försäkringskassan prövar en persons förmåga att försörja sig i förhållande till ett allmänt arbetsmarknadsbegrepp som inte konkretiseras och som därför en utomstående saknar insyn i. Detta problem kvarstår även om aktivitetsförmågeutredningar med referensmaterialet skulle användas i högre utsträckning. Dessa verktyg löser alltså inte problemet med den bristande transparensen i besluten. Och beslutens förutsägbarhet och begriplighet är en central aspekt av rättssäkerheten. Dessutom är det inte ekonomiskt eller praktiskt möjligt, eller ens önskvärt, att genomföra aktivitetsförmågeutredningar med referensmaterialet inför alla prövningar när den enskilde haft nedsatt arbetsförmåga i 180 dagar. Det innebär att aktivitetsförmågeutredningarna, även om man skulle anse att de kompenserar för bristerna i beslutsmotiveringarna, inte skulle lösa problemet för alla försäkrade.

Regering och riksdag har tidigare sökt säkerställa en rättssäker och likformig tillämpning genom tillsättande av utredningar och

regeringsuppdrag till Försäkringskassan, vilket också framgår av direktivet till denna utredning.³ Mot den bakgrunden bedöms inte ett ytterligare regeringsuppdrag i denna fråga som meningsfullt.

Utifrån det sagda gör vi bedömningen att det är nödvändigt med en lagändring för att konkretisera bedömningarna mot normalt förekommande arbete. Antingen konkretiseras i lagtexten själva begreppet normalt förekommande arbete eller så kvarstår begreppet oförändrat medan en handläggningsbestämmelse införs som ger Försäkringskassan en skyldighet att i besluten ange ett arbete eller grupp av arbeten som den försäkrade kan försörja sig i.

12.2.4 Bedömningen av förmågan att försörja sig bör inte göras i förhållande till konkreta arbeten

Om bedömningen av förmågan att försörja sig skulle göras mot ett konkret arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller om Försäkringskassan i sina beslutsmotiveringar skulle ha en skyldighet att hänvisa till konkreta arbeten skulle detta ha stora fördelar. Det skulle bli tydligt och förutsebart för den försäkrade hur bedömningen skulle göras. Den försäkrade skulle också lättare kunna ifrågasätta en bedömning av Försäkringskassan att hen kan försörja sig i normalt förekommande arbete. LO-TCO Rättsskydd AB, som agerar ombud åt många försäkrade i tvister, har uttryckt saken så att de inte kan bevissäkra något som de inte vet vad det är. Dessutom skulle det vara lätt för Försäkringskassan att med ett konkret arbete som bedömningsgrund göra ställningstaganden om den enskildes möjligheter att klara alla krav i arbetet utan mer än ringa anpassning och i normal arbetstakt.

I HFD 2018 ref 51 I och II konstaterade domstolen att ett uttalande i förarbetena till bestämmelsen om normalt förekommande arbete kunde tolkas som att prövningen mot normalt förekommande arbete skulle ske mot ett konkret arbete. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg dock att förarbetsuttalandet numera inte skulle tolkas så eftersom det skrevs vid en tidpunkt då det vid bedömningen av arbetsförmågan var möjligt att ta hänsyn till annat än medicinska förhållanden hos den försäkrade. Det är sedan 2008 inte längre möjligt. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen är det inte meningsfullt

³ Kommittédirektiv 2018:26 En trygg sjukförsäkring med människan i centrum.

att pröva förmågan att försörja sig mot ett konkret arbete om bara strikt medicinska faktorer får beaktas vid bedömningen av arbetsförmågan. Vi har övervägt om det vore möjligt att inom ramen för en mindre lagändring dra en annan slutats än Högsta förvaltningsdomstolen men har landat i att domstolens slutsats ändå står sig.

Det kan diskuteras om det ligger inom vårt mandat att föreslå en lagändring som skulle göra det möjligt att vid bedömningen av arbetsförmågan ta hänsyn till annat än medicinska förhållanden. Oavsett detta anser vi det vara principiellt tveksamt att bedömningen av förmågan att försörja sig skulle göras gentemot ett konkret arbete eller att Försäkringskassan skulle ges en skyldighet att i sitt beslut ange ett konkret arbete. Konkretiseringen av ett arbete skulle sannolikt innebära att faktorer som om arbetet fanns tillgängligt för den försäkrade eller inte skulle kunna påverka bedömningen av om försörjningsförmåga fanns. Att tillgången på arbeten ska kunna påverka rätten till sjukpenning får, enligt vår mening, anses strida mot sjukförsäkringens grundläggande syfte; att kompensera inkomstbortfall på grund av sjukdom. Det skulle bli svårare att upprätthålla gränsdragningen mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen om bedömningen av förmågan att försörja sig skulle göras i förhållande till ett konkret arbete. Man bör därför överväga om det är möjligt att öka konkretionen av bedömningarna mot normalt förekommande arbete utan att prövningen för den skull behöver göras mot ett så konkret arbete att andra faktorer än medicinska måste beaktas vid bedömningen av arbetsförmågan. Detta leder oss in på frågan hur yrken kan kategoriseras.

12.2.5 Standard för svensk yrkesklassificering

Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) är ett system för klassificering och aggregering av yrkesinformation i administrativa register eller statistiska undersökningar. SSYK används till exempel för att klassificera personer efter det arbete de utför och i arbetsförmedlande verksamhet för att klassificera lediga jobb och arbetsökande. Statistiska centralbyrån ansvarar för SSYK.

SSYK bygger på några grundläggande definitioner. *Ett arbete* definieras av de arbetsuppgifter och göromål som utförs av en person som är anställd eller egen företagare. *Ett yrke* definieras utifrån vilken

typ av arbete som utförs. Ett yrke är flera arbeten med likartade arbetsuppgifter.

SSYK delar upp yrken i fyra nivåer. Den mest övergripande nivån är *yrkesområde*. Det kan till exempel vara service, omsorgs- och försäljningsyrken. Under yrkesområden finns olika *huvudgrupper*. Under yrkesområdet service, omsorgs- och försäljningsyrken är *omsorgsyrken* en huvudgrupp. Den tredje nivån är *yrkesgrupper*. Barnskötare och elevassistenter m.fl. är exempel på en yrkesgrupp. Under yrkesgrupper finns slutligen en undergrupp; i exemplet barnskötare. I SSYK beskrivs arbetsuppgifterna under varje kategori.

Som redovisats i avsnitt 5.4.5 finns ett referensmaterial som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har tagit fram för att strukturera bedömningarna av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete. Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) ligger till grund för referensmaterialets yrkesgrupper⁴.

12.2.6 Förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete bör relateras till en yrkesgrupp

Som framhållits är det komplext att konkretisera prövningen av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete. Avvägningen består i att prövningen bör vara mer konkret än i dag utan att den för den skull görs mot ett så konkret arbete eller en sådan mycket avgränsad samling av arbeten att den försäkrades andra förhållanden än de medicinska måste beaktas. Den typ av samling av arbeten som förmågan att försörja sig ska bedömas mot får heller inte vara alltför löst definierad eftersom någon konkretion då inte uppnås.

Ett exempel utifrån den beskrivna yrkesklassificeringen kan illustrera det sagda. Om en försäkrads förmåga att försörja sig skulle bedömas mot yrkesområdet *service, omsorgs- och försäljningsyrken* skulle bedömningen knappast bli mer konkret än vad den är i dag eftersom området omfattar så många arbeten. Om förmågan att försörja sig däremot skulle relateras till undergruppen *barnskötare* skulle prövningen tvärtom bli så konkret att det skulle vara svårt att inte ta hänsyn till förhållanden hos den enskilde som inte har med hans eller hennes sjukdom att göra. Det kan handla om den försäkrades tidigare yrkeserfarenheter och läggning för arbetet, vilket

⁴ Arbetsförmedlingen 2018 – Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF), s. 7.

är omständigheter som inte få beaktas vid bedömningen av rätt till sjukpenning.

Frågan är om det finns någon kategori av samling av arbeten som balanserar kraven att inte vara alltför brett definierade och inte alltför konkretiserade. Enligt vår mening är yrkesgrupp, som begreppet används i yrkesklassificeringen, just ett sådant begrepp. Att begreppet yrkesgrupp använts i referensmaterialet stöder denna slutsats. I det ovan beskrivna exemplet utgör yrkesgruppen *barnskötare och elevassistenter m.fl.* Arbetsuppgifterna inom denna yrkesgrupp beskrivs i klassificeringen på följande sätt.

Sköter och aktiverar barn vid förskola, förskoleklass och fritidshem. Hjälper, stödjer och stimulerar elever med behov av särskilt stöd i skolarbetet, enskilt och i gruppsammanhang. Bistår lärare och förskolelärare i undervisningen.

Vår slutsats är att *yrkesgrupp* är ett begrepp som skulle göra bedömningarna mot normalt förekommande arbete mer verklighetsförankrade utan att bedömningarna skulle bli alltför konkreta. Med en yrkesgrupp som bedömningsgrund skulle det också bli lättare att göra de ställningstaganden som ska göras enligt Högsta förvaltningsdomstolen. Man kan tänka sig två alternativ för hur begreppet yrkesgrupp skulle kunna implementeras i lagstiftningen.

1. Det införs ett nytt stycke i 27 kap. 48 § SFB i vilket anges att Försäkringskassan i ett beslut att neka en försäkrad sjukpenning med motiveringen att denne har arbetsförmåga i normalt förekommande arbete ska ange en yrkesgrupp inom vilken den försäkrade har förmåga att försörja sig.
2. Bestämmelsen i 27 kap. 48 § SFB om att man efter dag 180 även ska beakta om den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden kompletteras med ordet ”angivet”, det vill säga ”sådan *angivet* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden”. I förarbetena till bestämmelsen anges att med angivet normalt förekommande arbete avses normalt förekommande arbeten som ingår en yrkesgrupp som den definieras i Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK).

12.2.7 Nackdelarna överväger med en handläggningsbestämmelse

Som tidigare framhållits är det i viss mån oundvikligt att begreppet normalt förekommande arbete är svårtytt eftersom det ska beskriva en marknad på vilken den försäkrades arbetsförmåga kan omsättas i ett arbete utan att dennes praktiska möjligheter att få ett arbete ska beaktas. Begreppet är alltså i grunden fiktivt. Att det ligger i sakens natur att begreppet är svårt att definiera skulle kunna tala emot en lösning som innebär att begreppet omdefinieras. En mer framkomlig väg skulle i stället kunna vara att Försäkringskassan i sina beslut på ett tydligare och mer pedagogiskt sätt förklarar hur man kommit till slutsatsen att den försäkrade kan försörja sig i normalt förekommande arbete. En handläggningsbestämmelse är från denna utgångspunkt att föredra framför en ändring av begreppet normalt förekommande arbete.

Det finns dock, enligt vår mening, nackdelar med en handläggningsbestämmelse. Risken finns att den praktiska skillnaden mot hur Försäkringskassans beslut i dag är utformade skulle bli försumbar. I stället för att, som i dag, hänvisa försäkrade till arbeten som inte ställer krav på sådant de försäkrade inte klarar av skulle Försäkringskassan slentrianmässigt kunna exemplifiera samma sak genom att hänvisa till en yrkesgrupp med störst toleransnivå mot aktivitetsbegränsningar hos den försäkrade. En handläggningsbestämmelse riktar sig också till beslutsmyndigheten vilket skulle kunna innebära att domstolen i en domstolsprocess inte skulle behöva konkretisera prövningen. Eftersom prövningsramen för domstolen skulle vara normalt förekommande arbete och inte angivet normalt förekommande arbete skulle detta kunna försvaga den försäkrades möjligheter att på ett framgångsrikt sätt argumentera för att Försäkringskassans saknat fog för sitt beslut.

Slutligen skulle en handläggningsbestämmelse vara något av en udda fågel i svensk rättstradition. Hur en myndighet ska utforma sina beslut har – utöver vad som följer av mer allmän lagstiftning som förvaltningslagen – traditionellt sett inte ansetts vara en fråga för lagstiftaren utan för myndigheten själv. Utifrån det sagda förordar vi inte en handläggningsbestämmelse som ett sätt att komma till rätta med de rättssäkerhetsproblem som finns i nuvarande tillämpning av begreppet normalt förekommande arbete.

12.2.8 Bedömningen av förmågan att försörja sig ska göras mot angivet normalt förekommande arbete

Enligt vår bedömning har en handläggningsbestämmelse så uppenbara nackdelar att en justering av begreppet normalt förekommande arbete är att föredra. Vi förordar därför att begreppet normalt förekommande arbete förtydligas så att bedömningen av förmågan att försörja sig ska göras gentemot *angivet* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Ändringen innebär att prövningen ska göras mot normalt förekommande arbete som ingår i en yrkesgrupp enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK). Eftersom lagtexten kompletteras med ordet *angivet* gäller fortfarande den praxis som utvecklats kring begreppet normalt förekommande arbete. Det innebär bland annat att arbetena som finns i den yrkesgrupp mot vilket prövningen görs inte får vara mycket udda eller sällan förekommande utifrån en nationell arbetsmarknad.⁵ Bedömningsgrunden inskränks på detta sätt från ett närmast oöverskådligt begrepp till normalt förekommande arbeten i en yrkesgrupp som finns angiven och definierad i en offentlig publikation. Detta gynnar transparensen i Försäkringskassans tillämpning av begreppet. Det blir också lättare för Försäkringskassan att göra de ställningstaganden ifråga om arbetstakt och behov av anpassning som ska göras enligt Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden. Genom att yrkesgruppen blir en del av prövningsramen kan den försäkrade också argumentera inför domstol varför hen anser att Försäkringskassan saknat stöd för sin slutsats att förmåga att försörja sig finns i den yrkesgrupp som angivits.

12.2.9 Vidareutveckla referensmaterialet som stöd i handläggningen

Det är en svår uppgift för handläggaren att peka ut normalt förekommande arbeten i en yrkesgrupp inom vilken den försäkrade bedöms kunna försörja sig. Även om yrkesgrupperna definieras utifrån Standard för svensk yrkesklassificering behövs ett stöd som på ett mer systematiserat sätt beskriver hur en persons förmågor ska relateras till normalt förekommande arbeten i en yrkesgrupp. Annars finns en risk att bedömningar av förmågan att försörja sig i en viss

⁵ HFD 2018 ref 51 I och II, s. 7.

yrkesgrupp görs på ett schablonartat sätt. Då har inte mycket vunnits i förhållande till dagens tillämpning.

Det är viktigt att det arbete som lagts ned på referensmaterialet tas tillvara men att materialet också utvecklas så att det möjliggör verklighetsförankrade bedömningar av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete. De yrkesgrupper som anges bör i möjligaste mån vara sådana som för den försäkrade framstår som rimliga.

Aktivitetsförmågeutredningar och referensmaterialet har tagits fram i utvecklingsarbetet för att dessa två verktyg gemensamt ska ge ett stöd till Försäkringskassans handläggare vid bedömning av arbetsförmåga. Vi gör samma bedömning som framgår att Försäkringskassans slutrapport till regeringen 2013 att det inte är nödvändigt att dessa verktyg används ens i flertalet av de sjukfall som uppnår dag 180, se också avsnitt 12.3.2. Ett sätt att förbättra bedömningarna utan att handläggaren beställer en aktivitetsförmågeutredning är att referensmaterialet används tillsammans med övrigt underlag i ärendet. Vi vill med detta sagt inte förminska värdet av aktivitetsförmågeutredningen, men det kan vara mer kostnadseffektivt att handläggaren i vissa ärenden förbättrar utredningsunderlaget och bedömningarna mot angivet normalt förekommande arbete genom att använda referensmaterialet som stöd. Det är lämpligt att det fortsatta utvecklingsarbetet särskilt beaktar detta.

Uppgiften att vidareutveckla ett stöd som ska underlätta utpekanden av yrkesgrupper bör åligga Arbetsförmedlingen som är den myndighet som har den bästa kunskapen om arbetsmarknaden och dess krav. Det är naturligt att Arbetsförmedlingen i detta arbete nära samarbetar med Försäkringskassan. Arbetsförmedlingen bör vid detta arbete rådgöra med arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna som kan tillföra värdefulla perspektiv på hur arbetsmarknaden ser ut i dag och utvecklas framöver.

Arbetsförmedlingen har framfört till utredningen att det mer formellt bör göras ett förtydligande när det gäller uppdrag, ansvar och förvaltning över tid av det nämnda referensmaterialet. Arbetsförmedlingen framhåller att förtydligandet måste utgå ifrån förhållandet att Arbetsförmedlingen som myndighet tillhandahåller uppgifter för bedömning och beslut i en annan myndighet.⁶

⁶ Arbetsförmedlingen – Svar till S 2018:05 En trygg sjukförsäkring med människan i centrum daterat 2019-09-10, dnr Komm2019/00160-38.

I avsnitt 12.3.2 behandlar vi närmare frågan om aktivitetsförmågeutredningarnas betydelse för rättssäkerheten och hur de kan användas på ett mer effektivt sätt.

12.3 Ärendena måste utredas mer

Försäkringskassan ska ta ställning till om det finns normalt förekommande arbeten i vilka den försäkrade kan nyttja sin kvarvarande arbetsförmåga och möta kraven på normal arbetsprestation utan eller med endast ringa anpassning av arbetsuppgifterna. För att göra detta ställningstagande krävs att frågan blir ordentligt belyst och utredd. Ärendena måste därför utredas i större utsträckning.

För att kunna göra bedömningen om försäkrade har arbetsförmåga eller inte efter dag 180 krävs flera olika överväganden i olika steg. Högsta förvaltningsdomstolen har beskrivit dessa överväganden på följande sätt:

Prövningen av om arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. Avgörande för bedömningen är vilken sjukdom det rör sig om och på vilket sätt sjukdomen inskränker den försäkrades förmåga att utföra arbete. När sjukdomen och dess konsekvenser är fastställda ska en bedömning göras av om den försäkrade har kvar arbetsförmåga som kan utnyttjas av honom eller henne för att försörja sig genom ett förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Huruvida den försäkrade faktiskt kan få ett sådant arbete ska inte inverka på bedömningen (prop. 1996/97:28 s. 17 f. och RÅ 2012 ref. 22 I och II).⁷

Det handlar alltså om att ta ställning till hur den enskildes sjukdom inskränker förmågan att utföra arbete. Denna bedömning görs i alla bedömningar av rätten till sjukpenning. Men efter dag 180 tillkommer även att utreda om den försäkrade har kvar arbetsförmåga som kan utnyttjas för att försörja sig i normalt förekommande arbete. Dessa överväganden ska vara underbyggda.

Som vi konstaterat i ärendegranskningen utgörs bedömningsunderlaget till beslutet i princip av läkarintyget. Beslutet kvalitets-

⁷ HFD 2018 ref 51 I och II.

säkras visserligen av annan handläggare eller specialist men denna svåra bedömning och det för den försäkrade mycket betydelsefulla beslutet grundar sig i de allra flesta fall enbart på ett antal läkarintyg. Läkarens medicinska bedömning är givetvis mycket viktig som underlag i Försäkringskassans handläggning, men läkaren kan knappast förväntas (och har heller inte i uppdrag) att ha kunskap om förekomsten och kraven i de arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. I de ärenden vi har granskat har de försäkringsmedicinska rådgivarna konsulterats endast i ett fåtal fall. Enligt vår mening är det viktigt att inte bara besluten är motiverade utan också att de slutsatser som dras har sin grund i en faktisk utredning.

Vid intervjuerna av handläggarna framkom att omfattningen av utredningsåtgärder i ärendena skilde sig åt mellan kontoren. Både att ärendena utreds i olika omfattning och att vissa ärenden utreds i liten omfattning är omständigheter som, enligt vår mening, kan påverka förtroendet för sjukförsäkringen. Det är en rättssäkerhetsfråga att liknande ärenden utreds på ett liknande sätt. Problemet har uppmärksamats av regeringen som har givit Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag att granska och analysera hur Försäkringskassan tillämpar utredningsskyldigheten vid handläggning av ärenden gällande sjukpenning och aktivitetsersättning.⁸ Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2020.

12.3.1 De ställningstaganden som ska göras enligt Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden fordrar konkreta utredningsåtgärder

Vi har i avsnitt 4.3.1 beskrivit Högsta förvaltningsdomstolens avgöranden i HFD 2018 ref 51 I och II. Avgörandena tar inte bara sikte *mot vad* arbetsförmågan ska bedömas emot utan också *hur* bedömningen mot normalt förekommande ska göras. Högsta förvaltningsdomstolen pekar ut två praktiska utgångspunkter för hur Försäkringskassan ska pröva förmågan att försörja sig mot normalt förekommande arbete för att prövningarna ska vara verklighetsförankrade:

⁸ Regeringsbeslut den 15 augusti 2019, Dnr S 2019/03411/SF.

- eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen ska som utgångspunkt vara vägledande för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan
- den försäkrade ska bedömas kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer för att inte rätt till sjukpenning ska föreligga. Hans eller hennes kvarvarande arbetsförmåga måste således vara tillräcklig för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller till exempel arbetsprestationer och arbetstakt.

Med tanke på de höga krav på en bedömning av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete, som ställs i HFD 2018 ref 51, krävs, enligt vår mening, att Försäkringskassan gör tydliga och väl underbyggda ställningstaganden till dessa krav i sin handläggning. Det innebär att det i Försäkringskassans underlag inför beslut, vid avslag till ansökan om sjukpenning i samband med prövning mot normalt förekommande arbete, ska finnas en faktisk utredning kring frågan om det finns ett arbete eller arbeten, som är normalt förekommande, där den försäkrade kan nyttja sin kvarvarande arbetsförmåga och möta kraven på normal arbetsprestation utan eller med endast ringa anpassning av arbetsuppgifterna. I denna utredning kan adekvata uppgifter användas eller inhämtas och värderas, som har betydelse i prövningen. Det kan vara en så kallad SASSAM-utredning, en försäkringsmedicinsk utredning (till exempel en aktivitetsförmågeutredning), referensmaterial, avstämningsmöte, ytterligare kompletteringar från behandlande läkare, uppgifter från den försäkrade eller arbetsgivaren eller annan utredning. I kapitel 5 beskrivs Försäkringskassans utredningsmetoder. Högsta förvaltningsdomstolens betoning på Arbetsförmedlingens bedömningar bör påverka utredningen på så sätt att handläggaren efterforskar om någon sådan bedömning kan finnas.

12.3.2 Användning och implementeringen av aktivitetsförmågeutredningarna bör ses över

I avsnitt 12.2.9 har vi föreslagit att Arbetsförmedlingen bör förvalta och vidareutveckla referensmaterialet för att underlätta verklighetsförankrade bedömningar mot angivet normalt förekommande arbete. I detta avsnitt behandlar vi främst frågan hur det medicinska utlåtandet i aktivitetsförmågeutredningen bör utnyttjas optimalt i handläggningen.

Aktivitetsförmågeutredningarna bidrar till rättssäkerheten

En av våra utgångspunkter är att en strukturerad handläggningsmetod och en fullödigare utredning kan förbättra förutsättningarna för en rättssäker tillämpning av begreppet normalt förekommande arbete och minimera risken för att handläggarens egna personliga erfarenheter och åsikter blir styrande för utgången av beslutet.

Den enda försäkringsmedicinska utredning som Försäkringskassan numera använder sig av är aktivitetsförmågeutredningar. Dessa har många fördelar från rättssäkerhetssynpunkt. Den grundläggande poängen med utredningarna är att med hjälp av medicinska tester och den försäkrades självskattning kvantifiera de aktivitetsbegränsningar som följer av funktionsnedsättningen. Metoden bör, enligt vår mening, kunna strukturera bedömningarna av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete och minska risken för oenhetliga bedömningar. På så sätt stärker aktivitetsförmågeutredningarna rättssäkerheten i sjukskrivningsprocessen. Den enskildes delaktighet i utredningen bör också gynna rättssäkerheten.⁹

Viktigt att aktivitetsförmågeutredningar används vid rätt tidpunkt

Vid vårt besök hos den försäkringsmedicinska enheten vid Danderyds sjukhus framkom det att undersökningspersonalen anser att aktivitetsförmågeutredningarna begärs alltför sent i sjukfallet. Ofta har den försäkrade då fastnat i en sjukroll och har mycket svårt att komma tillbaka i arbete trots att undersökningen tyder på att den försäkrade vid en tidigare tidpunkt hade haft möjlighet att återgå i

⁹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2017:15, s. 34.

arbete med olika stödande åtgärder. Utifrån våra intervjuer med handläggare och de iakttagelser som gjorts i samband med granskningen av ärenden drar vi slutsatsen att Försäkringskassan beställer aktivitetsförmågeutredningar i huvudsak i sjukfall som varat ett år eller längre.

Vi anser att aktivitetsförmågeutredningar främst bör användas inför bedömningen av rätten till sjukpenning vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Detta var också den slutsats som Försäkringskassan drog i den slutrapport som Försäkringskassan lämnade till regeringen 2013 avseende metoder för bedömning av arbetsförmåga. Det utvecklingsarbete som föregick slutrapporten hade som utgångspunkt att ta fram ett verktyg, som stöd till handläggaren vid bedömningar av normalt förekommande arbete i anslutning till dag 180 i rehabiliteringskedjan.¹⁰ Att handläggarna ibland upplever att de inte vet vad de ska göra med en aktivitetsförmågeutredning som de beställt kan, enligt vår mening, hänga ihop med att utredningen beställts så sent i sjukfallet att den då inte ger ett tillräckligt bra stöd i handläggningen.

Aktivitetsförmågeutredningar ger ett bättre beslutsunderlag men ersätter inte den individuella bedömningen

Aktivitetsförmågeutredningar är en del av det underlag som handläggaren har att ta ställning till när bedömningen av arbetsförmågan görs. Oavsett vad referensmaterialet ger för resultat är det alltid handläggaren som i slutändan gör en individuell bedömning utifrån vad som framkommit i ärendet. Aktivitetsförmågeutredningar bör alltså ses som ett hjälpmedel vid bedömningen av arbetsförmåga och kan i detta avseende liknas vid det försäkringsmedicinska beslutsstödet. En koppling till det försäkringsmedicinska beslutsstödet görs också i en av de rapporter som togs fram i arbetet med referensmaterialet.¹¹

¹⁰ Försäkringskassan, Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen, Slutrapport 2013-01-14, s. 19.

¹¹ Försäkringskassan "Kunskapsunderlag Beskrivningar av krav medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden". (daterat 2013-04-30), s. 11. Kunskapsunderlaget var den tidigare benämningen på referensmaterialet.

Volymer

Försäkringskassans beställningar av försäkringsmedicinska utredningar har varierat de senaste åren. Det framgår av kapitel 8 att de sammantagna volymerna varierat mellan cirka 4 400 och 9 000 för åren 2013–2018. Från 2019 beställs enbart aktivitetsförmågeutredningar och Försäkringskassan uppskattar antalet genomförda utredningar till cirka 5 800 stycken för detta år. Försäkringskassan bedömde i den tidigare nämnda slutrapporten till regeringen 2013 det framtida behovet av aktivitetsförmågeutredningar till mellan 13 000 och 16 000 stycken per år.¹² Mot bakgrund av det behov av att öka myndighetens egna utredningsinsatser vid ställningstagande om den försäkrade kan ta ett normalt förekommande arbete med en ”faktisk utredning”, se avsnitt 12.3.1, bedömer vi att behovet av aktivitetsförmågeutredningar är mindre i förhållande till bedömningen från 2013. Vi bedömer att förändringar och omprioriteringar i beställningsmönstret bör kunna göras så att aktivitetsförmågeutredningar i första hand används i samband med prövningen vid dag 180. Den årliga volymen av aktivitetsförmågeutredningar kan uppskattas till cirka 10 000 stycken. Det är dock rimligt att Försäkringskassan gör en egen aktuell bedömning av behovet av aktivitetsförmågeutredningar i samband med 180-dagarsprövningen och ytterligare behov därutöver av försäkringsmedicinska utredningar.

12.4 Äldre försäkrade ska alltid få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren

En försäkrad som har uppnått den ålder då hen som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension, i dag 62 år, ska få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren oavsett hur länge hen har haft nedsatt arbetsförmåga. Möjligheten att få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos arbetsgivaren ska gälla till och med den månad då den försäkrade som tidigast får ta ut garantipension. I dag är denna gräns 65 år.

¹² Försäkringskassan, Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen, Slutrapport 2013-01-14, s. 19 ff.

12.4.1 Förändrad situation sedan delbetänkandet

Sedan delbetänkandet lämnades har ett nytt begrepp, riktålder för pension, införts i socialförsäkringsbalken.¹³ Riktåldern ska fungera som ett riktmärke för de individuella pensionsbesluten och räknas upp med hänsyn till medellivslängdens utveckling. Riktåldern beräknas för varje år och gäller för det sjätte året efter beräkningsåret. Den beräknas för första gången 2020 och gäller för 2026.¹⁴ Åldersgränserna för olika socialförsäkringsersättningar, till exempel sjukersättning, livränta, garantipension och inkomstgrundad ålderspension kommer på sikt att följa riktåldern. Införandet av en riktålder av undanröjer många av de oklarheter som gjorde att vi i delbetänkandet inte lämnade några förslag om ändrade bedömningsgrunder för äldre försäkrade. Vi ser oss därför numera oförhindrade att lämna konkreta förslag inom detta område.

12.4.2 Samhällsekonomiska skäl kan tala för att låta försäkrade med begränsad tid kvar i arbetslivet bedömas mot arbete hos arbetsgivaren i stället för mot normalt förekommande arbete

Det finns samhällsekonomiska skäl som kan tala för att försäkrade som är i slutet av sina arbetsliv i vissa fall ska kunna få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren i stället för mot normalt förekommande arbete. Vi tänker då på dem som har en partiell nedsättning av arbetsförmågan. Har den försäkrade kort tid kvar till pension kan det vara mer lönsamt för samhället att hen uppbär partiell sjukpenning och arbetar kvar i sitt arbete på resterande del än att hen tvingas till en utdragen omställning till ett arbete där hen kan arbeta heltid.

¹³ 2 kap. 10 a § SFB.

¹⁴ 2 kap. 10 a och c §§ SFB samt punkten 2, övergångsbestämmelserna till SFS 2019:649.

12.4.3 Personer mellan 60 och 64 år nekas sjukpenning vid bedömning mot normalt förekommande arbete i högre utsträckning än andra åldersgrupper

Inspektionen för socialförsäkringen har i en rapport från 2018 undersökt vad som kännetecknar dem som får sin sjukpenning indragen. En observation som görs är att försäkrade i åldersgruppen 60–64 år får sjukpenningen indragen i högre utsträckning vid prövningen mot normalt förekommande arbete än vad som är fallet med övriga åldersgrupper. Andelen indrag i åldersgruppen 60–64 år låg 2017 på 11,6 procent medan motsvarande andel i åldersgruppen 20–29 var 6,8 procent. Inspektionen kan inte förklara detta men pekar på att det är möjligt att personerna i åldersgruppen 60–64 år i högre utsträckning har sjukdomar i rörelseorganen, exempelvis förslitningar i leder. Försäkrade i denna diagnosgrupp nekas sjukpenning i högre utsträckning vid dag 180 än försäkrade i andra diagnosgrupper.¹⁵ Detta kan i sin tur bero på att den som inte klarar ett arbete på grund av en ren fysisk funktionsnedsättning lättare kan hänvisas till ett normalt förekommande arbete än vad som är fallet med försäkrade med psykiska funktionsnedsättningar.¹⁶ Detta ligger också i linje med de iakttagelser vi gjorde vid genomgången av domstolspraxis i det tidigare delbetänkandet. Vi noterade att personer med utpräglat praktiska yrken av kammarrätterna nekades sjukpenning med hänsyn till att de kunde klara ett lättare normalt förekommande arbete och detta trots att de hade begränsad tid kvar till pensionen.

12.4.4 Äldre försäkrade som nekas sjukpenning riskerar att lämna arbetslivet med lägre pension som följd

En äldre försäkrad som nekas sjukpenning efter en bedömning mot normalt förekommande arbete kan se sig tvungen att lämna arbetslivet och ta ut inkomstgrundad ålderspension. Inspektionen för socialförsäkringen undersökte 2014 förändringar i utträde från arbetslivet för 60–64-åringar under perioden 2003–2010 då en striktare tillämpning och skärpta sjukförsäkringsregler infördes. Ett resultat var att

¹⁵ ISF Rapport 2018:2, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*, s. 23.

¹⁶ Försäkringskassan, *Sjukfrånvarons utveckling, Delrapport 2, 2015*. Socialförsäkringsrapport 2015:11, s. 33.

60–64-åringar med en jämförbar sjukskrivningshistorik hade en högre och ökande risk att ha sin huvudsakliga inkomst från ålderspensions-systemet 2008–2010 jämfört med år 2003.¹⁷ Inspektionen för socialförsäkringen skriver i sin sammanfattning att det tidiga utträdet från arbetsmarknaden bland 60–64-åringar kan ha sin förklaring i åtstramningarna som skett inom sjukförsäkringen.¹⁸ Inspektionen publicerade 2018 en rapport där olika yrkesgruppers utträde från arbetsmarknaden samt skillnaden mellan kvinnor och män i detta avseende analyserades. I sammanfattningens slutdiskussion anförs bland annat följande:

En vanlig utträdesväg från arbetslivet är genom sjukförsäkringen. Men under vissa perioder minskar andelen personer som har sjukförmåner som främsta inkomst vid utträdet, medan andelen som har arbetslöshetsersättning som utträdesväg ökar. Detta tyder på att samspelet mellan dessa förmåner bidrar till vilken utträdesväg personen tar. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på att tillämpningen av regelverket inom sjukförsäkringen kan ha betydelse för om personerna lämnar arbetslivet permanent i förtid eller inte.¹⁹

Man kan alltså med visst fog hävda att det finns ett samband mellan de strikta sjukpenningbedömningarna mot normalt förekommande arbete för försäkrade som är i slutet av sina arbetsliv och ett ökat uttag av inkomstgrundad ålderspension. Den som tidigt tar ut inkomstgrundad ålderspension drabbas ekonomiskt eftersom den livslånga pensionen då blir lägre. Detta är ytterligare ett skäl för att bedömningarna mot normalt förekommande arbete för äldre försäkrade bör ses över.

12.4.5 Det finns två olika sätt att ta hänsyn till äldres situation vid bedömning av rätten till sjukpenning

Efter att ha konstaterat att det finns ett behov av att se över regleringen av sjukpenning till äldre försäkrade uppkommer frågan hur en ny reglering skulle kunna se ut. Det finns, enligt vår mening, två olika lösningar givet att övriga delar av regelverket ligger fast.

¹⁷ ISF Rapport 2014:7, *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering* s. 51.

¹⁸ ISF Rapport 2014:7, *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*, s. 8.

¹⁹ ISF Rapport 2018:10 *Tidigt utträde från arbetslivet bland kvinnor och män* s. 14.

- Försäkrade som har begränsad tid kvar av arbetslivet bedöms mot normalt förekommande arbete på ett mer förmånligt sätt. Vid bedömningen av om det finns förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete tas hänsyn även till annat än medicinska förhållanden hos den försäkrade, exempelvis bosättnings- och utbildningsförhållanden.
- Personer som har begränsad tid kvar av arbetslivet undantas generellt från bedömningen mot normalt förekommande arbete och får i stället sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren.

Mellan 1997 och 2008 fanns en bestämmelse som innebar att bedömningen mot normalt förekommande arbete undantagsvis var mer förmånlig. Om det fanns särskilda skäl fick vid bedömningen av förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete hänsyn tas till den försäkrades ålder samt den försäkrades bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.²⁰ I praktiken tillämpades bestämmelsen så att utrymmet för att beakta annat än medicinska förhållanden var mycket begränsat om den försäkrade var under 60 år.²¹ I förarbetena angavs att den försäkrade skulle ha relativt kort kvar till ålderspension för att en bedömning med hänsyn tagen till de uppräknade faktorerna skulle leda till ett annat resultat än om bara de medicinska förhållandena hade beaktats.²²

12.4.6 Bedömningen av arbetsförmågan hos äldre försäkrade ska göras mot arbete hos arbetsgivaren

Det finns fördelar och nackdelar med båda lösningarna. En fördel med lösningen att ha en mer generös tillämpning av begreppet normalt förekommande arbete är att den omfattar alla som har kort tid kvar av arbetslivet; både de som har ett arbete och de som är arbetslösa. En nackdel med denna lösning är att det i lag eller förarbeten är svårt att ange exakt hur bedömningen ska gå till och hur de olika

²⁰ 3 kap. 7 § sjätte stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring i dess lydelse från och med den 1 januari 1997, SFS 1996:1543.

²¹ Riksförsäkringsverkets allmänna råd om sjukpenning och rehabiliteringsersättning, RAR 2002:5.

²² Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s. 27

faktorerna ska viktas mot varandra. Frågan hur bedömningen skulle gå till bedömdes vara så oklar att dåvarande Regeringsrätten prövade den i ett mål.²³ Vidare utfärdade Riksförsäkringsverket ett allmänt råd om tillämpningen av bestämmelsen.²⁴

En fördel med att helt undanta de försäkrade som har begränsad tid kvar av arbetslivet från bedömningen mot normalt förekommande arbete och i stället bedöma dem mot arbete hos arbetsgivaren är att det är en enkel konstruktion. Men denna lösning omfattar, som sagt, inte arbetslösa personer. Dessa saknar ju ett arbete att bedömas mot och ska därför alltid bedömas mot normalt förekommande arbete.²⁵

Det grundläggande argument för att särreglera bedömningarna av sjukpenning för gruppen äldre försäkrade är att det många gånger, utifrån tidsaspekten, inte är rimligt att kräva att de ställer om till annat arbete. Detta argument är i princip inte tillämbart på de arbetslösa som ju redan är i en form av omställning. Dock kan det i vissa fall vara orimligt att ställa krav på omställning till annat arbete för arbetslösa med begränsad tid kvar av arbetslivet. Vi tänker då på dem som sägs upp från en långvarig anställning i slutet av sina arbetsliv och som vid tidpunkten för uppsägningen har varit sjukskrivna under mer än ett halvår och vars utbildningsbakgrund är sådan att en omställning till annat arbete kan ta lång tid.

Det finns dock nackdelar av mer principiell karaktär att låta arbetslösa personer få sin arbetsförmåga bedömd på ett mer förmånligt sätt i slutet av sina arbetsliv. Drivkraften att få ett nytt arbete för arbetslösa med lite längre kvar av arbetslivet skulle kunna påverkas negativt om mer förmånliga försäkringsvillkor i sjukförsäkringen infördes för de arbetslösa med begränsad tid kvar av arbetslivet. Det finns också risk för en sammanblandning av sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen om annat än medicinska förhållanden ska ligga till grund för ett beviljande av sjukpenning. Vi anser sammanfattningsvis att fördelarna väger över med en konstruktion där personer med en begränsad tid kvar av arbetslivet, oaktat rehabiliteringskedjans tidsgränser, undantas från bedömningen mot normalt före-

²³ RÅ 2002 ref 114. Regeringsrätten bytte den 1 januari 2011 namn till Högsta förvaltningsdomstolen.

²⁴ Riksförsäkringsverkets allmänna råd om sjukpenning och rehabiliteringsersättning, RAR 2002:5

²⁵ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 59.

kommande arbete och i stället bedöms mot arbete hos arbetsgivaren. I praktiken innebär det att dessa personer ska bedömas mot den bedömningsgrund som i dag gäller vid dag 90 i rehabiliteringskedjan.²⁶

Det bör också beaktas att för dessa äldre försäkrade med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom så gäller även efter den lagändring som föreslås de befintliga reglerna om arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering. Arbetsgivaren ska alltså uppmärksamma behov av anpassning och rehabilitering för dessa äldre liksom för övriga arbetstagare. För Försäkringskassan gäller likaså att se till att behov av rehabilitering klarläggs, att åtgärder vidtas som kan förkorta sjukdomsperiodens längd samt att behov av samordning tillgodoses. Bedömningen av rätten till sjukpenning för denna grupp ska alltså inte ske på något förenklat eller slentrianmässigt sätt.

12.4.7 Bedömningen mot arbete hos arbetsgivaren ska tidigast kunna göras från när den försäkrade uppnått den ålder då hen som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension

Det är svårt att fastställa en tidpunkt då försäkrade i allmänhet kan antas ha begränsad tid kvar av arbetslivet. Genom införandet av riktålder för pension har lagstiftaren dock angivit en sorts allmän pensionsålder mot vilken slutdatum för socialförsäkringar och tidigaste uttag av pension bestäms. Sett ur detta perspektiv kan tidigaste tidpunkt för uttag av inkomstgrundad ålderspension tjäna som en tidpunkt då en försäkrad i någon mening har kort tid kvar av arbetslivet. Vi föreslår därför att bedömningen av arbetsförmågan alltid ska göras mot arbete hos arbetsgivaren för en försäkrad som uppnått den ålder när hen har rätt att som tidigast ut inkomstgrundad ålderspension. I dag är detta möjligt när den försäkrade har fyllt 62 år.²⁷ Gränsen föreslås höjas till 63 år från och med 2023 för att från och med 2026 knyts till riktåldern för pension. Från och med 2026 är förslaget att inkomstgrundad ålderspension som tidigast kan lämnas från och med tre år före den månad då den försäkrade uppnår riktåldern för pension.²⁸

²⁶ Jfr 27 kap. 47 § SFB.

²⁷ 56 kap. 3 § SFB, ändrad genom SFS 2019:649.

²⁸ Ds 2019:2, Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 152.

12.4.8 Arbetsförmågan ska bedömas mot arbete hos arbetsgivaren till och med den tidpunkt då den försäkrade som tidigast kan ta ut garantipension

En fråga som uppkommer är hur länge en person ska kunna få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren. Till skillnad från vad gäller sjukersättning finns ingen strikt åldersgräns för när sjukpenning inte längre kan beviljas. Däremot är det inte möjligt att bevilja sjukpenning för längre tid än 180 dagar efter ingången av den månad då den försäkrade har fyllt 70 år.²⁹ För personer som fyllt 65 år finns en begränsning i möjligheten att få sjukpenning. Efter 180 dagar med sjukpenning efter ingången av den månad då den försäkrade har fyllt 65 år får Försäkringskassan besluta att sjukpenning inte längre ska lämnas till den enskilde.³⁰ Enligt förarbetena till bestämmelsen ska Försäkringskassan pröva rätten till sjukpenning enligt liknande principer som gäller vid prövning av rätt till sjukersättning. Om den försäkrades arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande nedsatt ska sjukpenning inte längre utbetalas. Bedömningen ställer dock inte samma krav på att rehabiliteringsmöjligheterna ska vara uttömda som vid prövning av rätten till sjukersättning.³¹ Försäkringskassan har i ett rättsligt ställningstagande slagit fast att en försäkrad som fyllt 65 år kan bedömas ha stadigvarande nedsatt arbetsförmåga om hen inte kan återgå i sitt arbete och det inte finns något annat lämpligt arbete direkt tillgängligt.³²

Tanken bakom regleringen med den speciella bedömningsgrunden för den som är sjukskriven från ett arbete och har begränsad tid kvar av arbetslivet är att det är orimligt att ställa krav på omställning till annat arbete när den försäkrade ändå ska pensionera sig inom en relativt snar framtid. Argumentet att förhindra en orimlig omställning saknar dock bäring för den som är sjukskriven från ett arbete i den ålder då de flesta har lämnat eller kan förväntas lämna arbetslivet. Detta talar för att bedömningen mot arbete hos arbetsgivaren bör kopplas till riktåldern för pension.

²⁹ 27 kap. 37 § SFB.

³⁰ 27 kap. 36 § SFB.

³¹ Prop. 1975:97 Regeringens proposition angående rörlig pensionsålder m.m. s. 73 och 82.

³² Försäkringskassan, Rättsligt ställningstagande FKRS 2015:04. Det innebär att prövningen inte görs på samma sätt som vid prövningen av rätt till sjukersättning enligt dagens regler.

Riktåldern har införts och beräknas 2020 men åldersgränserna för de olika ersättningar i trygghetssystemen föreslås kopplas till riktåldern först 2026. Dessförinnan föreslås de höjas i ett steg till 2023.

Orsaken till fördröjningen av riktålderns koppling till trygghetssystemets försäkringar är att de försäkrade ska ges möjlighet att planera sin pensionstidpunkt och att myndigheter och övriga berörda ges viss framförhållning för sin administration.³³ Om den bortre gränsen för den mer förmånliga bedömningen av sjukpenning redan nu skulle kopplas till riktåldern skulle detta få som konsekvens att den bortre gränsen under en längre period inte skulle följa tidsgränserna för de olika socialförsäkringsersättningarna. Därför bör den bortre gränsen för den förmånliga bedömningen, i varje fall under en övergångsperiod, kopplas till en tidsgräns för en ersättning. Närmast till hands ligger att koppla den till 65-årsgränsen för sjukpenning. Denna gräns är dock inte absolut. Vi anser det därför vara lämpligare att koppla den bortre gränsen för när bedömningen av arbetsförmågan ska göras mot arbete hos arbetsgivare till tidpunkten för tidigast uttag av garantipension. Denna är i dag 65 år men föreslås från och med 2023 höjas till 66 år.³⁴

12.4.9 Den som prövats mot arbete hos arbetsgivaren ska fortsätta göra det trots att gränsen för tidigast uttag av inkomstgrundad ålderspension senareläggs

Att åldersgränsen för när man ska bedömas mot arbete hos arbetsgivaren följer åldersgränsen för tidigast uttag av inkomstgrundad ålderspension kan få vissa konsekvenser för den som prövats mot den mer förmånliga bedömningsgrunden. En person som i oktober 2022 fyller 62 år och som beviljats sjukpenning efter en bedömning mot arbete hos arbetsgivaren kommer efter årsskiftet 2022/2023, inte längre uppfylla kraven för att bedömas mot den förmånligare bedömningsgrunden eftersom tidigast tidpunkt för uttag av inkomstgrundad ålderspension föreslås höjas till den månad då man fyller 63 år.³⁵ Vi anser att det är en rimlig ordning att den som en gång ansetts vara i en sådan ålder att hen ska få sin arbetsförmåga bedömd

³³ Prop. 2018/19:133 En riktålder för höjda pensioner och följsamhet till ett längre liv, s. 19.

³⁴ 67 kap. 4 § SFB, Ds 2019:2 Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 166.

³⁵ Ds 2019:2 Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem, s. 152.

på ett förmånligare sätt inte ska få sin rätt till sjukpenning bedömd mot en striktare bedömningsgrund enbart på den grunden att pensionssystemets regelverk ändrats. Detta är också i linje med regeringens förslag att den som en gång tagit ut sin inkomstgrundade ålderspension ska ha rätt att uppbära denna trots att åldersgränsen höjts.³⁶ Vi föreslår därför att våra förslag förses med en övergångsbestämmelse med innebörden att den som fått sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren ska fortsätta att bedömas mot denna bedömningsgrund även om reglerna kring tidigast uttag av inkomstgrundad ålderspension förändras.

12.4.10 Viktigt att Försäkringskassan följer upp den som beviljats partiell sjukpenning efter bedömning mot arbete hos arbetsgivaren

Även om förslaget att alltid bedöma arbetsförmågan hos den som fyllt 62 år mot arbete hos arbetsgivaren i vissa fall har positiva samhälls-ekonomiska konsekvenser finns risker med förslaget. Många personer upplever i slutet av sina yrkesliv att de har svårt att orka med att arbeta heltid. I andra fall kan det röra sig om en önskan att efter långt arbetsliv få mer tid till annat än arbetet. Vissa går därför ned i arbetstid på egen bekostnad. Om det blir möjligt att i slutet av arbetslivet få sin rätt till sjukpenning uteslutande bedömd mot arbete hos arbetsgivaren finns risken att sjukskrivning används som ett sätt att få en betald arbetstidsförkortning. Det är därför av stor vikt att Försäkringskassan noggrant följer upp dem som beviljas partiell sjukpenning i slutet av sina arbetsliv för att säkerställa att deras arbetsförmåga verkligen är nedsatt på grund av sjukdom.

³⁶ Prop. 2018/19:133 En riktålder för höjda pensioner och följsamhet till ett längre liv, s. 29.

12.5 Inför ett nytt beviskrav, övervägande skäl, för att skjuta upp prövningen mot ett normalt förekommande arbete efter dag 180

Bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete ska efter dag 180 kunna skjutas upp om övervägande skäl talar för att den försäkrade kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 365.

12.5.1 Nya överväganden med anledning av fördjupad analys och synpunkter från aktörer

I vårt tidigare delbetänkande (SOU 2019:2) analyserades om dagens regelverk för att skjuta upp bedömningarna av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete är ändamålsenligt utformat. Regelverket innebär att bedömningen kan skjutas upp från och med dag 181 om särskilda skäl finns eller om det skulle vara oskäligt med en bedömning mot normalt förekommande arbete. Från och med dag 366 kan bedömningen skjutas upp endast om det skulle vara oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete.

Slutsatsen i det tidigare delbetänkandet var att de nuvarande kraven för att den försäkrade ska kunna få sin arbetsförmåga fortsatt prövad mot arbete hos arbetsgivaren, trots tidsgränserna, är alltför höga. Denna slutsats drogs bland annat utifrån ett avgörande i Högsta Förvaltningsdomstolen (HFD 2016 ref 10). En annan slutsats var att begreppet ”oskäligt” inte i tillräcklig utsträckning kompenserar för att de särskilda skälen inte är tillämpliga efter dag 365. I vårt tidigare delbetänkande framhölls att bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete för många försäkrade kommer för tidigt. Vi bedömde därför att det behövs ett nytt lägre beviskrav, övervägande skäl för återgång i arbete hos arbetsgivaren. Vad gäller tidsgränsen vid dag 365 föreslog vi att dagens begrepp ”oskäligt” ska kompletteras med begreppet ”hög grad av sannolikhet för återgång i arbete” som med något undantag motsvarar dagens särskilda skäl.

I delbetänkandet betonade vi de svårigheter som finns i att först definiera ett undantag från en huvudregel för att därefter definiera

huvudregeln. Vi framhöll därför att de förslag som lämnades i delbetänkandet kunde komma att ändras när vi behandlade huvudregeln.³⁷

Sedan delbetänkandet publicerades har vi genomfört en granskning av ärenden för att belysa Försäkringskassans tillämpning av begreppet ”normalt förekommande arbete”. Vid denna granskning har vi gjort viktiga iakttagelser rörande tillämpningen av de särskilda skälen. Vi har också i övrigt, bland annat med utgångspunkt i de intervjuer vi gjort med handläggare hos Försäkringskassan, fördjupat vår analys av rehabiliteringskedjans tidsgränser och dess effekter på Försäkringskassans arbete med rehabilitering. Vi har därför tillgång till ett bättre underlag nu än vad som var fallet när delbetänkandet publicerades.

Efter att delbetänkandet publicerats anordnade Socialdepartementet en hearing kring delbetänkandets förslag. En synpunkt som framfördes var att övervägandena i alltför hög utsträckning hade sin utgångspunkt i att bedömningarna mot normalt förekommande arbete för många försäkrade kom alltför tidigt i sjukfallet och att denna utgångspunkt tog fokus från betydelsen av tidiga insatser för återgång i arbete. Många organisationer som yttrat sig över utredningens delbetänkande framförde vikten av tidiga åtgärder och att rehabiliteringen mot återgång hos arbetsgivaren kan fullföljas. Denna synpunkt framfördes av *Svenskt Näringsliv*, *Arbetsgivarverket*, *Sveriges kommuner och regioner (SKR)*, *Sveriges läkarförbund*, *Förhandlings- och samverkansrådet PTK*, *SACO*, *LO* och *TCO*.

Sju av organisationerna har tillstyrkt delbetänkandets förslag om övervägande skäl att skjuta upp prövningen mot normalt förekommande arbete efter dag 180. Två myndigheter har avstyrkt detta förslag. Vi uppfattar att *Sveriges läkarförbund* är positivt till förslaget men det har inte uttryckligen tillstyrkt detta. De som tillstyrkt förslaget är arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer. *Försäkringskassan* och *Inspektionen för socialförsäkringen* har avstyrkt. Försäkringskassan bedömer att det kommer uppstå betydande svårighet att tillämpa reglerna på ett enhetligt sätt och att sjukförsäkringen därmed inte kommer att uppfattas som förutsebar och rimlig av den enskilde individen. Inspektionen för socialförsäkringen anser att förslaget inte är tillräckligt underbyggt och att det riskerar att få konsekvenser som inte analyserats i tillräcklig utsträckning.

³⁷ SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag, s. 25.

Vi vidhåller att de nuvarande särskilda skälen och begreppet oskäligt inte är ändamålsenliga utan att lägre beviskrav, övervägande skäl och hög grad av sannolikhet, behövs för att skjuta upp bedömningarna mot normalt förekommande arbete från och med dag 181 respektive dag 366. Däremot innebär vår fördjupade analys efter att delbetänkandet publicerades samt de synpunkter som framfördes vid hearingen att vi har skäl att omarbета övervägandena till förslagen att utvidga undantagen vid dag 180 och dag 365. Vi har också anledning att peka ut andra situationer som utgör exempel på när övervägande skäl kan anses tala för återgång i arbete hos arbetsgivaren. De överväganden som här redovisas ersätter alltså övervägandena i delbetänkandet. Även författningskommentaren har omarbetats och ersätter den tidigare författningskommentaren.

12.5.2 Regelverket bör gynna tidig återgång i arbete hos arbetsgivare – viktigt att påbörjad rehabilitering inte avbryts

Ett problem med den nuvarande regeln om särskilda skäl är att de särskilda skälen har fått en mycket restriktiv tillämpning. Försäkrade som vid dag 180 är i en process med planerade eller pågående åtgärder för återgång i arbete bedöms därför sällan ha tillräckliga skäl för att bedömningen av arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete ska skjutas upp. Det kan handla om åtgärder inom hälso- och sjukvård, företagshälsovård och/eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder hos arbetsgivaren. Vår utgångspunkt är att en individs möjligheter att komma tillbaka till arbetet sannolikt är störst om det kan ske till den arbetsgivare där personen redan är anställd. Det är detta som kräver minst omställning. Att gå tillbaka till en arbetsgivare som har ett anpassnings- och rehabiliteringsansvar är ofta att föredra jämfört med att, ofta med kvarstående besvär, söka arbeten på den öppna arbetsmarknaden. Nuvarande restriktiva undantag från huvudregeln om att omställning ska ske vid dag 180 kan tvinga den försäkrade till en både för arbetsgivare och arbetstagare oönskad omställning, trots god prognos för återgång i det tidigare arbetet.

Enligt en uppföljning från Försäkringskassan går en majoritet av dem som återgår till arbete efter ett ha fått sjukpenningen indragen

tillbaka till samma arbetsgivare som vid sjukfallets start.³⁸ Detta talar för att ytterligare ansträngningar bör göras för att tidigt i sjukfallet stödja individens väg tillbaka till arbete hos arbetsgivaren. Vid en lyckad återgång i arbete hos arbetsgivaren tidigt i sjukfallet skulle en rad olägenheter, som nu uppstår vid omställningen, kunna undvikas. Många av dem som återgår i arbete hos arbetsgivaren men först efter att ett omställningskrav ställts på dem vid dag 180, gör det med konsekvensen av minskade inkomster. Även arbetsgivaren drabbas ekonomiskt med kostnader för produktionsbortfall och/eller nyrekryteringar under den tid den försäkrade är sjukskriven.

12.5.3 Några utgångspunkter vid bedömningen av om övervägande skäl finns

Huvudregeln är alltså att de försäkrades arbetsförmåga efter dag 180 ska bedömas mot angivet normalt förekommande arbete. Vi föreslår dock att undantaget utvidgas i förhållande till dagens regler. Övervägande skäl innebär *inte* ett krav på stor sannolikhet för återgång med de hänvisningar till vetenskap och beprövad erfarenhet som görs i förarbetena. Däremot innebär kravet på övervägande skäl att mer ska tala för en återgång i arbete hos arbetsgivaren än emot. Det måste finnas ett medicinskt stöd för slutsatsen att den försäkrade kan återgå före dag 366. Det behöver dock inte röra sig om en fördjupad medicinsk utredning men en förutsättning för att övervägande skäl ska finnas i de situationer som anges nedan är att läkaren angivit bedömningen i läkarintyget.

Övervägande skäl för återgång i arbete hos arbetsgivaren kan avse alla diagnoser

Förarbetenas krav på stor sannolikhet för återgång i arbete innebär att den som har en diffus diagnos inte anses ha särskilda skäl för att få bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete uppskjuten.³⁹ I delbetänkandet angav vi att något hinder inte finns för att övervägande skäl kan tala för återgång i arbete även när den försäkrade har en diffus diagnos eller lider av samsjuklighet.

³⁸ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2018:8, Vad händer efter avslutad sjukpenning? s. 46.

³⁹ Prop. 2007/08:136, En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 69.

Utifrån vår ärendegranskning synes diffusa diagnoser avse olika psykiatriska diagnoser. Vi vidhåller att ingen diagnos bör undantas vid prövning av om övervägande skäl finns för att skjuta upp bedömningen mot angivet normalt förekommande arbete. Såvitt vi kunnat utröna är diffus diagnos inte heller ett vedertaget medicinskt begrepp.

Det krävs att den försäkrade återgår i arbete i samma utsträckning som hen arbetade före sjukfallet

Det krävs att den försäkrade senast dag 365 kan återgå i samma omfattning som hen arbetade före sjukskrivningen för att det ska vara möjligt att efter dag 180 skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete.⁴⁰

12.5.4 Situationer där övervägande skäl talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren

Åtgärder för återgång i arbete pågår

Om arbetsgivare och arbetstagare tagit fram en plan med åtgärder för återgång i arbete med målet att återgång i arbete ska ske före dag 366 och den försäkrade genomför en sådan aktivitet kan övervägande skäl föreligga. Planen med åtgärder för den försäkrades återgång i arbete kan också ha tagits fram i samarbete med företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp eller hälso- och sjukvården. Vad som är verksamma åtgärder i det enskilda fallet bör bedömas av någon av de professionella aktörerna inom hälso- och sjukvård, företagshälsovård eller någon annan rehabiliteringsaktör, som är involverade.

Det kan tilläggas att från och med den 1 juli 2018 gäller att arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete om en arbetstagares arbetsförmåga varit nedsatt under 30 dagar.⁴¹ Regeringen anger i förarbetena att arbetsgivaren vid behov bör anlita expertstöd med rätt kompetens när denna plan tas fram och genomförs. Expertstödet

⁴⁰ SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag, s. 59 f.

⁴¹ 30 kap. 6 § SFB, SFS 2017:1306

kan bestå av företagshälsovård, företagets egen HR-avdelning, rehabiliteringsförsäkringar eller liknande stöd.⁴²

Det framgår av vår översikt av kunskapsläget för arbetslivsinriktad rehabilitering, se kapitel 7, att det finns stöd för att kombinerade medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är kopplade till arbetsplatsen har bäst förutsättningar att förkorta sjukdomstiden. Åtgärder inom den medicinska rehabiliteringen som sjukgymnastik, arbetsterapi eller beteendeterapi i kombination med arbetslivsinriktade åtgärder på arbetsplatsen har goda förutsättningar för återgång i arbetet. Vi har också i våra kontakter med försäkringsbolag som erbjuder arbetsgivare rehabiliteringsförsäkringar funnit att bolagen med goda resultat erbjuder liknande lösningar. Det finns också företagshälsor med motsvarande upplägg.

Upptrappning av arbetstid vid partiell arbetsförmåga

Om det pågår en upptrappning av arbetstiden enligt en plan som arbetsgivaren och arbetstagaren har utformat bör övervägande skäl tala för återgång i arbetet. Enligt planen ska det framgå att målsättningen är att den försäkrade kan återgå i arbete i den omfattning som hen arbetade före sjukfallet och att detta kommer ske före dag 366. En grundläggande förutsättning är, liksom i de övriga situationerna, att en läkare intygat att personen ifråga kan bedömas återgå i arbete före dag 366.

Väntan på operation eller behandling

Nuvarande förarbeten anger att om den försäkrade väntar på en operation eller nyligen genomgått en sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet leder till att arbetsförmågan återställs så kan detta utgöra särskilda skäl.⁴³ Med kravet på övervägande skäl är det tillräckligt att en läkare gjort bedömningen att den föreslagna operationen eller behandlingen kan leda till en återgång i arbete före dag 366 och att det saknas anledning att ifrågasätta denna bedömning. Det lägre beviskravet övervägande skäl innebär att ytterligare medicinsk utredning eller eventuella operationer normalt inte behöver avvaktas.

⁴² Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, Förslag om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete s. 63.

⁴³ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 68.

12.5.5 Försäkringskassans utredningsskyldighet då den försäkrade har svårt att själv visa att övervägande skäl föreligger

Den försäkrade kan ha svårt att förstå vad som krävs för att övervägande skäl ska tala för en återgång i arbete hos arbetsgivaren. Denne kan också ha svårt att ta fram dokumentation som talar för att sådana skäl finns. Det gäller till exempel om läkarintyget är otydligt eller om arbetsgivaren inte har tagit fram en plan för återgång i arbetet. SACO har tagit upp detta problem i sina synpunkter på delbetänkandet. Där framhåller man att en svaghet med dagens ordning är att det är den försäkrade själv som ska säkerställa att dokumentationen upprättas som uppfyller bevisregelns krav. Detta är en stor börda för de försäkrade. SACO anför vidare:

vid eventuella brister i underlagen ska Försäkringskassan verka för att underlagen kompletteras för att ett korrekt beslut ska kunna fattas. En utökad utredningsskyldighet som även involverar parterna på arbetsplatsen kommer förbättra förutsättningarna för tidiga insatser och därmed en snabbare återgång.⁴⁴

Vi instämmer i att det kan vara ett problem för den försäkrade att på egen hand visa sannolikheten för att en återgång i arbete kommer att ske före dag 366. Vi anser därför att det är viktigt Försäkringskassan, i de fall dokumentation kring den försäkrades möjligheter till återgång är otillräcklig, själv utreder om den försäkrade uppfyller kraven för övervägande skäl. Det kan innebära att Försäkringskassan kontaktar den försäkrades läkare eller arbetsgivare. För en sådan kontakt bör dock krävas att ärendet innehåller uppgifter som tyder på att övervägande skäl skulle kunna finnas.

12.6 Gör det möjligt att skjuta upp prövningen mot ett normalt förekommande arbete efter dag 365

Bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete efter dag 365 ska kunna skjutas upp om hög grad av sannolikhet talar för att den försäkrade kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550.

⁴⁴ SACOs synpunkter på SOU 2019:2 (daterad 2019-05-02), dnr S2019/00324-5.

12.6.1 Förslaget i det tidigare delbetänkandet

I vårt tidigare delbetänkande beskrivs problemet med att särskilda skäl inte är tillämpliga för personer som kan återgå i arbete hos arbetsgivaren efter dag 365. Efter dag 365 är det bara möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete om det skulle vara oskäligt med en sådan prövning. Begreppet oskäligt har kommit att kopplas till att den försäkrade lider av en allvarlig sjukdom och allvarlig sjukdom har definierats mycket strikt i ett dokument av Socialstyrelsen.⁴⁵ Detta leder till att det är sällsynt att Försäkringskassan bedömer att det är oskäligt att bedöma en försäkrads arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete. Statistik från Försäkringskassan visar att under perioden januari 2014-oktober 2018 bedömdes det vara oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i 0,2 procent av ärendena som passerat dag 365. Möjligheterna att pröva arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren efter dag 365 är alltså mycket små.

För att råda bot på detta problem föreslog vi att det ska finnas en möjlighet att efter dag 365 skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete om hög grad av sannolikhet talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren. Detta krav är likartat det krav som i dag finns för att prövas mot arbete hos arbetsgivaren före dag 366. Det ska därför finnas en välgrundad anledning att anta att en återgång ska kunna ske och det krävs en tidsplan för när så kan ske. Prognosen ska vara tydlig.

Däremot finns inte något hinder för att hög grad av sannolikhet för återgång i arbete hos arbetsgivaren kan föreligga när den försäkrade har en diffus diagnos i betydelsen olika symtomdiagnoser där diagnosen ställs utifrån patientens beskrivning av sina symtom.

Det är viktigt att sjukförsäkringen inte blir en yrkesförsäkring. Därför föreslog vi en tidsbegränsning för möjligheten att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete efter dag 365. Efter det att man har haft nedsatt arbetsförmåga under 730 dagar skulle det inte längre vara möjligt att pröva arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren.

⁴⁵ SOU 2019:2 Ingen regel utan undantag, s. 48 f.

12.6.2 Synpunkter på delbetänkandet

Förslaget om utvidgade möjligheter att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete efter dag 365 tillstyrktes helt av fyra organisationer, tre tillstyrkte med vissa reservationer och tre avstyrkte. Även när det gäller detta förslag så uppfattar vi att *Sveriges läkarförbund* var positivt utan att uttryckligen tillstyrka detta. *Försäkringskassan* och *Inspektionen för socialförsäkringen* avstyrkte även detta förslag av samma skäl som ifråga om förslaget att utökade möjligheterna att skjuta bedömningen från och med dag 180. Svenskt Näringsliv avstyrkte förslaget med motiveringen att det skulle riskera att individer fastnar i mycket långa sjukskrivningar och att möjligheterna att ta tillvara arbetsförmåga i arbete som matchar arbetsförmågan försämras.

Arbetsgivarverket var positivt till förslaget men ansåg att den bortre gränsen vid dag 730 var alltför långt fram i sjukfallet och föreslog i stället att denna gräns skulle kunna sättas vid dag 550. SACO anförde att bevisregeln borde vara densamma vid dag 181 och dag 366.

12.6.3 Dagens regelverk kring dag 365 bryter ofta pågående återgång i arbete och förhindrar sällan orimliga utfall

Enligt vår mening finns, även efter ett års sjukskrivning, situationer då den försäkrade är på väg tillbaka i arbete hos arbetsgivaren och det kan vara orimligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Dagens regelverk medger dock i praktiken inte att man skjuter upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete från och med dag 366 på den grunden att den försäkrade är på väg tillbaka i arbete. Det framgår av redovisad statistik i avsnitt 12.6.1 att möjligheterna att pröva arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren efter dag 365 är mycket små.

I vårt tidigare delbetänkande beskrivs en situation där den strikta 365-dagarsgränsen kan få orimliga konsekvenser för den försäkrade. Det handlar om när återgången i arbete kan ske kort tid efter dag 365. En annan situation är när den försäkrade drabbas av en ny sjukdom, exempelvis till följd av en olycka under pågående behandling eller rehabilitering av en tidigare sjukdom. I den situationen kan bestämmelserna om sammanläggning av sjukperioder innebära att

den försäkrades arbetsförmåga bedöms ha varit nedsatt mer än 365 dagar relativt tidigt i det nya sjukfallet. En beskrivning av sammanläggningsbestämmelsen finns i avsnitt 4.1. Med dagens regelverk kan bedömningen mot normalt förekommande arbete skjutas upp endast om det skulle anses oskäligt, det vill säga om den försäkrade lider av en allvarlig sjukdom. Det finns sammanfattningsvis, enligt vår mening, starka skäl för att utvidga undantaget på det sättet att det blir möjligt att skjuta upp bedömningen efter dag 365 om hög grad av sannolikhet talar för återgång i arbete. Vi vidhåller därför det tidigare delbetänkandets förslag i denna del. Däremot har vi ändrat oss i fråga om den bortre tidsgränsen.

12.6.4 En bortre tidsgräns bör införas vid dag 550

I vårt tidigare delbetänkande anges den bortre gränsen för hur länge bestämmelsen om hög grad av sannolikhet kan tillämpas till dag 730. Vår utgångspunkt är att regelverket bör utformas så att det underlättar att tidiga åtgärder vidtas för att möjliggöra återgång i arbete hos arbetsgivaren. Av detta skäl föreslår vi en lagändring med innebörden att så länge en försäkrad deltar i en arbetslivsinriktad rehabilitering och uppbär rehabiliteringsersättning ska den försäkrades arbetsförmåga inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete (se avsnitt 12.7). Om fler personer ges möjlighet att återgå i arbete bör det minska behovet av att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete i ärenden i det bortre tidsspännat av den föreslagna perioden mellan dag 365 och 730. Några av de organisationer som lämnat synpunkter på delbetänkandet uttryckte dessutom att en alltför avlägsen bortre gräns för när det inte längre är möjligt att pröva arbetsförmågan mot arbete hos arbetsgivaren kan öka risken att fler människor blir kvar i långa sjukskrivningar. Ett förslag från Arbetsgivarverket var att den bortre tidsgränsen skulle sättas vid dag 550. Härtill kommer det även bortom dag 550 finns en möjlighet att skjuta upp bedömningen mot angivet normalt förekommande arbete om det skulle vara oskäligt med en sådan bedömning.

Mot bakgrund av ovanstående har vi landat i att den bortre tidsgränsen för när bedömningen av arbetsförmågan kan skjutas upp på

den grunden att hög grad av sannolikhet för återgång i arbete hos arbetsgivaren finns ska bestämmas till dag 550.

12.7 Arbetsförmågan ska inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete vid bedömning av rätt till rehabiliteringsersättning

Vid bedömningen av rätt till rehabiliteringsersättning ska arbetsförmågan inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete. Detta gäller oavsett hur länge den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga.

12.7.1 Låg aktivitet tidigt i sjukfallen

Att få till stånd de förändringar på arbetsplatsen som kan medföra en hållbar återgång i arbete är naturligtvis först och främst arbetsgivarens uppgift. Även andra aktörer som hälso- och sjukvården är viktiga i detta arbete. Regeringen har tillsatt en särskild nationell samordnare för att se över sjukskrivningsprocessen och analysera hur de olika aktörerna i denna process bättre kan samverka bland annat för att få fler sjukskrivna till arbete tidigare. Vår utgångspunkt är däremot Försäkringskassans tillämpning av begreppet normalt förekommande arbete. Våra förslag berör därför endast Försäkringskassans roll i rehabiliteringsprocessen.

I vår granskning av ärenden har vi tittat närmare på den handläggning som föregår Försäkringskassans bedömningar av arbetsförmågan gentemot normalt förekommande arbete. En iakttagelse vi gör är att det ofta saknas ställningstaganden från Försäkringskassan i frågan om den försäkrades behov av rehabilitering. Det är visserligen arbetsgivaren som har det grundläggande ansvaret för att fortlöpande ta reda på vilka behov av åtgärder som finns bland arbetstagarna. Men Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs.⁴⁶ Ställningstagandet till rehabiliteringsbehov är viktig för att handläggaren ska kunna bedöma individens behov av stöd i återgången till arbete eller behov av samordning med andra aktörer. Bristen på ett

⁴⁶ 30 kap. 9 § SFB.

sådant ställningstagande kan medföra att personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till adekvata anpassnings- och rehabiliteringsinsatser. Det kan även leda till att de personer som, trots insatser, inte kan återgå i sitt tidigare arbete inte identifieras tidigt i sjukfallen.

Den statistik vi inhämtat från Försäkringskassan visar att antalet avstämningmöten och andra aktiviteter för att klarlägga rehabiliteringsbehov sjunkit kraftigt under senare år. Av de granskade ärendena är det bara i ett fåtal där avstämningmöte hållits. Avstämningmöten har under en lång tid varit en etablerad del av Försäkringskassans rehabiliteringsarbete och innebär att de olika aktörerna kring den sjukskrivne – arbetsgivaren, läkaren, handläggaren från Försäkringskassan och, i förekommande fall, handläggaren från Arbetsförmedlingen – möts för att reda ut vad som behöver göras för att underlätta en återgång i arbete och vad som behöver utredas mer.⁴⁷

Vidare framgår det av Försäkringskassans statistik att Försäkringskassan relativt sällan beviljar rehabiliteringspenning för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringspenning beviljas också allt senare i sjukfallen, vilket är problematiskt med tanke på att insatser tidigt i sjukfallet har störst möjligheter att återfå de försäkrade i arbete, se avsnitt 7.3.

En mer aktiv sjukförsäkringshandläggning före dag 180 skulle kunna ge fler möjlighet att på ett hållbart sätt återgå till arbete hos arbetsgivaren eller få ett annat arbete. Denna aktivare hållning möjliggör i sin tur att fler sjukfall kan avslutas före dag 180 och att fler av de sjukfall som passerat dag 180 kan förkortas.

En annan aspekt av ett mer tidigt och aktivt förhållningssätt är att de personer som behöver ytterligare stöd från Arbetsförmedlingen tidigare kan identifieras och fler insatser i form av gemensamma kartläggningar och arbetsförberedande samt andra arbetslivsinriktade åtgärder från Arbetsförmedlingen kan komma till stånd.

⁴⁷ Avstämningmöte nämns i socialförsäkringsbalken som exempel på sådan utredning som Försäkringskassan får begära att den försäkrade deltar i, 110 kap. 14 § 4 SFB.

12.7.2 Problemet med låg aktivitet i sjukfallen kan inte lösas med fler uppdrag till Försäkringskassan

I vår problemanalys (avsnitt 11.5.5) redovisas ett antal åtgärder som vidtagits för att motverka den låga aktiviteten i sjukfallen. Det rör sig bland annat om lagstiftningsförändringar för att tydliggöra och stärka arbetsgivarens roll i processen för återgång i arbete. Regeringen gav också i januari 2018 Försäkringskassan och Socialstyrelsen ett uppdrag om att verka för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Detta uppdrag delredovisades i juni 2018 och slutredovisades i juni 2019.⁴⁸ Vidare har regeringen lämnat ett uppdrag till Försäkringskassan i syfte att stärka myndighetens arbete med samordningsuppdraget och att särskilt utveckla stödet kring individen.⁴⁹

Den statistik som vi har inhämtat visar tydligt att aktiviteterna i sjukfallen blivit färre under senare år trots de vidtagna åtgärderna. Vi gör därför bedömningen att det inte är en framkomlig väg att enbart föreslå ytterligare uppdrag till Försäkringskassan.

12.7.3 Försäkringskassans tolkning av regelverket hämmar initiativ till åtgärder för återgång i arbete och beviljandet av rehabiliteringsersättning

Den fråga vi ställt oss är om det finns något hos regelverket som kan förklara att Försäkringskassan så sällan tar ställning till den försäkrades rehabiliteringsbehov samt att så få försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning. Det vi funnit är att regelverket, som det tolkas och tillämpas av Försäkringskassan, sätter rehabiliteringskedjans tidsgränser före både samordningsansvaret och möjligheten att bevilja rehabiliteringsersättning.

Vi har träffat handläggare vid Försäkringskassan som bekräftat att de regelmässigt inte tar initiativ till arbetslivsinriktad rehabilitering om den försäkrade förväntas ha förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete från och med dag 181 och den försäkrade inte kan förväntas återgå i arbete senast dag 180. Det finns även formu-

⁴⁸ Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2019, Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

⁴⁹ Uppdrag till Försäkringskassan angående förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringsbeslut 2018-01-25.

leringar i Försäkringskassans vägledning som kan tolkas som att handläggarna bör vara restriktiva med att ta initiativ till arbetslivsinriktad rehabilitering om arbetsförmågan inte bedöms vara nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbete.⁵⁰

Vad gäller rehabiliteringsersättning som beviljas för deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering är Försäkringskassan i sin normering tydlig med att rätten till rehabiliteringsersättning ska bedömas enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser.⁵¹ Det innebär att om den försäkrade bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete finns inte rätt till rehabiliteringsersättning från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan, om inte särskilda skäl finns för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete.⁵² Rehabiliteringsersättning beviljas därför regelmässigt inte över dag 180 om den försäkrade bedöms kunna försörja sig i normalt förekommande arbete från och med dag 181. Detta kan förklara att så få personer beviljas rehabiliteringsersättning före dag 181.

Vår slutsats är att huvudregeln att försäkrade efter 180 dagar ska få sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande arbete har en hämmande effekt på att Försäkringskassan inom ramen för samordningsansvaret initierar åtgärder för återgång i arbete och beviljande av rehabiliteringsersättning före dag 180. Därför bör förändringar av lagstiftningen övervägas.

12.7.4 Vid bedömningen av rätt till rehabiliteringsersättning ska arbetsförmågan inte bedömas mot angivet normalt förekommande arbete

I det tidigare avsnittet har vi föreslagit att dagens undantag från kravet att arbetsförmågan från och med dag 181 ska bedömas mot normalt förekommande arbete ändras från ”särskilda skäl” till ”övervägande skäl”. Det främsta syftet med denna lagändring är att möjliggöra återgång tillbaka i arbete hos arbetsgivaren i högre utsträckning än i dag. Däremot tar nämnda lagändring inte primärt sikte på problemet med att Försäkringskassan så sällan klarlägger den försäkrades rehabiliteringsbehov tidigt i sjukfallet. Försäkringskassans initiativ till rehabilitering är ju tänkt att tas tidigt i sjukfallet när frågan

⁵⁰ Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 12 se bland annat s. 288.

⁵¹ Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 12 s. 166.

⁵² Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 12 s. 166.

om undantag från regeln att arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete vid dag 180 ännu inte har aktualiserats.

Det är dessutom, enligt vår mening, inte tillfredsställande att möjligheten till rehabiliteringsersättning över dag 180 alltid är beroende av om ett undantag från huvudregeln om omställning vid dag 180 är tillämpligt. Även om undantaget utvidgas kvarstår ändå det faktum att huvudregeln är att rehabiliteringsersättning inte kan beviljas över dag 180. Detta talar för att det, vid sidan av det utökade undantaget vid 180, behövs en särskild lagändring som motverkar Försäkringskassans passivitet i det rehabiliteringsarbete som bör ske tidigt i sjukfallet. En lagändring behövs också för att på ett mer allmänt plan stärka rehabiliteringens plats i rehabiliteringskedjan.

Relativt få personer beviljas rehabiliteringsersättning (se avsnitt 11.5.3). Andelen som beviljas rehabiliteringsersättning före dag 180 blir dessutom allt lägre. Detta beror främst på att tidsgränsen vid dag 180 styr vilka som kan beviljas rehabiliteringsersättning över dag 180. Det kan heller inte uteslutas att det faktum att Försäkringskassan så sällan tar initiativ till rehabilitering påverkar antalet med rehabiliteringsersättning. Mot denna bakgrund anser vi det vara motiverat med en lagändring som förtydligar att rätten till rehabiliteringsersättning ska bedömas med bortseende från bedömningsgrunden normalt förekommande arbete.

12.7.5 Närmare om förslaget att bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning ska göras utan hänsyn till förmågan att försörja sig i normalt förekommande arbete

För att säkerställa att bedömningsgrunden normalt förekommande arbete inte styr vilka som beviljas rehabiliteringsersättning krävs att de grundläggande förutsättningarna för att bevilja rehabiliteringspenning ses över. Den bestämmelse, 31 kap. 3 § SFB, som reglerar rätten till rehabiliteringsersättning stadgar följande.

Vid sjukdom som sätter ned en försäkrads arbetsförmåga med minst en fjärdedel har den försäkrade rätt till rehabiliteringsersättning under tid då han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att 1. förkorta sjukdomstiden, eller 2. helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan.

Lagtexten i dag anger inte mot vad arbetsförmågan ska bedömas. Vi föreslår därför att det i lagtexten preciseras att arbetsförmågan *inte* ska bedömas mot normalt förekommande arbete. För den lagtekniska utformningen, se författningskommentaren, kapitel 14.

En annan situation är att en försäkrad *som redan har beviljats rehabiliteringsersättning* under tid med arbetslivsinriktad rehabilitering når dag 181 i rehabiliteringskedjan och då bedöms ha förmåga att försörja sig i normalt förekommande arbete. Försäkringskassans normering reglerar inte denna situation. Sannolikt har detta att göra med att Försäkringskassan bara beviljar rehabiliteringsersättning över dag 180 om den försäkrades arbetsförmåga bedöms nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbete eller om särskilda skäl finns för att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete.⁵³

En grundläggande tanke med rehabiliteringsersättning är att det är en ersättningsform som ska möjliggöra för den försäkrade att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering. Förarbetena är tydliga med att rätten till ersättning finns så länge den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.⁵⁴ I detta avseende är alltså rehabiliteringsersättning mer att likna vid en periodisk ersättning än en dag-för-dag-ersättning. Vi gör därför bedömningen att det inte behövs någon bestämmelse som tydliggör att arbetsförmågan hos en försäkrad som redan beviljats rehabiliteringsersättning och deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering inte ska bedömas mot normalt förekommande arbete. Detta får i stället anses framgå av grunderna för rehabiliteringsersättningen.

Vårt förslag innebär att tidsgränserna vid dag 180 och dag 365 inte påverkar rätten till rehabiliteringsersättning. Så länge rehabiliteringsersättning beviljas ska den försäkrade inte få sin arbetsförmåga bedömd mot normalt förekommande arbete. Detta innebär dock inte att rehabiliteringsersättning ska beviljas slentrianmässigt. Rehabiliteringsersättning ska bara beviljas om det finns ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är Försäkringskassan som bedömer detta och upprättar den rehabiliteringsplan som sedan ska följas upp.

⁵³ Försäkringskassan Vägledning 2015:1, version 12 s. 166.

⁵⁴ Prop. 1990/91:141 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s. 65.

12.7.6 Några effekter av förslaget

Det grundläggande syftet med förslaget är att stärka rehabiliteringens roll i sjukförsäkringen. Med detta följer att Försäkringskassan får ytterligare incitament för att uppmärksamma och utreda rehabiliteringsbehov samt se till att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder vidtas. Fler individer kommer att få sina rehabiliteringsbehov uppmärksammade. Det gäller också dem som behöver stöd och åtgärder från Arbetsförmedlingen. En effekt av vårt förslag bör därför vara att fler kan få stöd i det pågående samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Genom att arbetsförmågan inte ska prövas mot normalt förekommande arbete när rätten till rehabiliteringsersättning bedöms kommer fler försäkrade kunna beviljas rehabiliteringsersättning och denna kommer också kunna beviljas tidigare i sjukfallet än vad som nu är fallet. Frågan är dock om förslaget innebär att fler personer kommer att genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering. I dag deltar många försäkrade i olika rehabiliteringsaktiviteter, ofta medicinska, samtidigt som de uppbär sjukpenning.

En avgörande skillnad mellan sjukpenning och rehabiliteringsersättning är att den som uppvisar arbetsförmåga under rehabilitering och uppbär sjukpenning kan få sin rätt till sjukpenning ifrågasatt. Den grundläggande tanken med rehabiliteringsersättning är däremot att deltagandet i arbetslivsinriktad rehabilitering är det som grundar rätt till rehabiliteringsersättning och att deltagandet därför inte kan tas till intäkt för att det finns arbetsförmåga hos den försäkrade. Ur den enskildes perspektiv är det alltså att föredra att delta i rehabilitering med rehabiliteringsersättning än med sjukpenning. Vi gör därför bedömningen att förslaget får som konsekvens att fler personer kommer att ansöka om rehabiliteringsersättning och delta i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vi är väl medvetna om att Försäkringskassans tillämpning blir avgörande för hur många som kommer att beviljas rehabiliteringsersättning och föreslår därför i nästa avsnitt att regeringen bör överväga ett förtydligande av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering eller på annat sätt åtgärda så att fler försäkrade ges möjlighet att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering med rehabiliteringsersättning.

Eftersom fler försäkrade kommer att ansöka om rehabiliteringsersättning med vårt förslag kommer rehabiliteringsersättningen att

bli föremål för domstolsprövning i högre utsträckning. Detta är positivt eftersom en ökad domstolsprövning innebär att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering förtydligas, I dag är domstolspraxis kring rehabiliteringsersättning mycket begränsad.

12.8 Regeringen bör överväga ett förtydligande av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering

Regeringen bör överväga ett förtydligande av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering eller på annat sätt åtgärda så att fler försäkrade ges möjlighet att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering med rehabiliteringsersättning.

En av våra utgångspunkter är att det är av central betydelse för sjukförsäkringens legitimitet att rehabiliteringens plats i försäkringen stärks och förtydligas. Det är bakgrunden till förslaget att rätten till rehabiliteringsersättning inte ska kopplas till rehabiliteringskedjans tidsgräns vid dag 180. Ett uttalat syfte med förslaget är att fler försäkrade ska beviljas rehabiliteringsersättning, framför allt tidigt i sjukfallet, för att delta i olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering och att fler därmed ska ges förbättrade möjligheter att återgå i arbetet.

Den översikt över kunskapsläget om arbetslivsinriktad rehabilitering⁵⁵, som vi inhämtat, visar att flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder med inriktning på arbetsplatsen har positiva effekter på återgången i arbete vid olika typer av besvär. Då arbetsgivaren eller Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade tar fram planer för att underlätta den sjukskrivnes återgång i arbete kan dessa innehålla flera olika typer av åtgärder. Det kan till exempel vara åtgärder inom den medicinska rehabiliteringen som fysioterapi, arbetsterapi eller samtalsterapi tillsammans med mer arbetsplatsanknutna som arbetsträning och arbetsprövning. Det kan vara rimligt att se över om alla de åtgärder som ingår i en plan för återgång i arbete kan berättiga till rehabiliteringsersättning.

Samtidigt som forskningen talar om flerdisciplinära rehabiliteringsåtgärder som en framgångsfaktor har Försäkringskassan en be-

⁵⁵ Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien 2019 – kartläggande litteraturöversikt. Denna rapport finns som bilaga till detta betänkande.

tydligt snävare definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. I sin vägledning anger Försäkringskassan att arbetsträning och utbildning är exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering och hänvisar till förarbetena till bestämmelserna om rehabiliteringsersättning.⁵⁶ I praktiken beviljas rehabiliteringsersättning endast för arbetsträning och utbildning.

Den helt dominerande delen av rehabiliteringsersättningen avser arbetsträning.⁵⁷ Samtidigt har Försäkringskassan i andra sammanhang framhållit att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är svårdefinierat.⁵⁸

I den nämnda översikten om kunskapsläget över arbetslivsinriktad rehabilitering framhålls att det varken inom forskningen eller i övrigt finns en enhetlig och generellt accepterad definition av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. Begreppet finns i socialförsäkringsbalken där det beskrivs som en rehabilitering 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.⁵⁹

Vårt förslag förutsätter att rehabiliteringsersättning kan beviljas för ett brett panorama av olika rehabiliteringsåtgärder, ofta i kombination med varandra. Om Försäkringskassans normering står fast riskerar våra förslag att inte få den åsyftade effekten att fler försäkrade beviljas rehabiliteringsersättning.

Mot denna bakgrund bör regeringen överväga om begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kan förtydligas eller åtgärdas på annat sätt så att fler försäkrade kan ges möjlighet att med rehabiliteringsersättning delta i sådana åtgärder som kan möjliggöra återgång i arbete.

⁵⁶ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 12, s. 164.

⁵⁷ Försäkringskassan. Rättslig kvalitetsuppföljning, 2016:2 Rehabiliteringsersättning, anger 96 procent för arbetsträning, 4 procent för studier.

⁵⁸ Försäkringskassan. Svar på regeringsuppdrag den 20 juni 2019, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019.

⁵⁹ 29 kap. 2 § SFB.

12.9 Sjukersättningens regelverk bör ses över

Regeringen bör överväga att se över sjukersättningens regelverk.

I det delbetänkande som vi lämnade i januari 2019 pekade vi på att sjukpenning och sjukersättning måste ses i ett sammanhang. Vi anförde bl.a. följande.

Sjukersättning är en fortsättning på sjukpenningen i den meningen att sjukersättning ska beviljas den som efter att normalt ha varit sjukskriven en längre tid bedöms ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Systemet förutsätter alltså att en del personer kommer att lämna sjukpenningen för sjukersättning. Om regelverket kring sjukersättning är för restriktivt konstruerat eller tillämpas för restriktivt kommer vissa personer fortsätta ha sjukpenning trots att de borde ha sjukersättning. Det minskar utrymmet för även mindre förändringar av sjukpenningens bestämmelser.⁶⁰

I en skrivelse till regeringen har Försäkringskassan gjort bedömningen att dagens regelverk medför att individer blir fast i långa sjukskrivningar. Man angav även att tillämpningen av reglerna innebär att de slår orimligt hårt mot individerna i vissa fall.⁶¹

Vad vi pekade på i vårt tidigare delbetänkande kvarstår och vi delar den bedömning som Försäkringskassan gjort i ovannämnda skrivelse. Regeringen bör därför överväga att se över sjukersättningens regelverk så att detta bättre korresponderar med regelverket kring sjukpenning. En sådan översyn innefattar även en analys av nuvarande tillämpning av regelverket.

12.10 Ett särskilt stöd vid omställning bör övervägas

Den svenska sjukförsäkringen har en förhållandevis tidig gräns för när den sjuke kan tvingas till arbetsbyte trots sjukdom som sätter ned arbetsförmågan i arbete hos arbetsgivaren. Redan efter 180 dagars sjukskrivning kan den försäkrade tvingas till en omställning som innebär byte av arbete, arbetsplats, bostadsort och socialt umgänge m.m. Vi lägger fram flera förslag som framför allt syftar till att förbättra rättssäkerheten och den försäkrades möjlighet till att följa och

⁶⁰ SOU 2019:2, Ingen regel utan undantag, s. 31.

⁶¹ Försäkringskassans skrivelse till regeringen den 28 november 2017, Försäkringskassans dnr 47906-2017.

förstå de bedömningar som görs inför beslut rörande normalt förekommande arbete men också att nedbringa antalet sjukskrivna som når 180 dagars sjukskrivning. Det finns utöver dessa förslag anledning att överväga ytterligare åtgärder som syftar till att underlätta en nyorientering och omställning för dem som tvingas till arbetsbyte på grund av sjukdom.

I regleringsbrevet för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen finns sedan 2018 angivet att myndigheterna ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd. Det handlar alltså om att ge de aktuella individerna en förberedelse och information om vad myndigheterna kan erbjuda. Oftast sker detta via ett omställningsmöte. Antalet genomförda överlämnings-/omställningsmöten var 3 109 stycken under 2018 för dem som hade fått avslag på sin ansökan om sjukpenning. Som jämförelse kan nämnas att 23 998 personer fick avslag i pågående sjukfall under 2018.⁶² Under andra halvåret 2018 genomfördes omställningsmöten i genomsnitt i 20 procent av fallen där personer inte längre får sjukpenning.⁶³

Vi bedömer att ytterligare åtgärder behövs för att underlätta omställningen. Men kan tänka sig att ett särskilt anpassat arbetsmarknadsprogram bör kunna erbjudas som en rättighet för dem som tvingas byta arbete på grund av sjukdom. Individen bör förberedas på denna möjlighet/rättighet så snart som man kan befara att sjukdomen förmodligen kan leda till ett påtvingat arbetsbyte. Individen har då möjlighet att förbereda sig för de olika val som kan bli aktuella i god tid före dag 180.

⁶² Försäkringskassans årsredovisning 2018 s. 104.

⁶³ Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 2019. Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning 2019-05-17. Återrapportering från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan enligt regleringsbrevet för 2018.

Vi har dock inte haft möjlighet att utforma ett konkret förslag inkluderande finansiering och konsekvensanalys. Utformandet av ett sådant förslag bedöms dock som angeläget och kan rimligen utvecklas vidare i annat sammanhang.

13 Konsekvenser

13.1 Samlad bedömning

Våra förslag har utformats utifrån perspektivet att med människan i centrum ge förutsättningar för en mer begriplig och trygg sjukförsäkring. Förslaget att prövningen av arbetsförmågan ska göras mot *angivet* normalt förekommande arbete bedöms öka den försäkrades förståelse för Försäkringskassans beslut. Beslutsunderlaget kommer att förbättras vilket också underlättar den försäkrades situation vid eventuella omprövningar och överklaganden. Rättssäkerheten kommer därmed att öka. Konsekvensen av att de nuvarande särskilda skälen ersätts med "övervägande skäl" från och med dag 181 är att fler får möjlighet att fullfölja rehabiliteringsåtgärder eller andra åtgärder och återgå i det befintliga arbetet. Detta är också konsekvensen av förslaget att det ska bli möjligt att skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete från och med dag 365 med en bortre gräns vid dag 550. Med förslagen kan därför undvikas att en individ med kvarvarande sjukdomsbesvär tvingas till en icke önskad och kostsam omställning. En motsvarande konsekvens uppstår vid förslaget att undanta äldre sjukskrivna från prövningen mot normalt förekommande arbete. Konsekvensen av förslaget att de som deltar i en arbetslivsinriktad rehabilitering och uppbär rehabiliteringsersättning inte ska prövas mot normalt förekommande arbete är att fler sjukskrivna kan få stöd i form av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder tillbaka till arbete tidigare i sjukfallet även om planer och åtgärder pågår över tidsgränsen vid dag 180.

Våra förslag ändrar inte den grundläggande strukturen i rehabiliteringskedjan. Omställningskravet vid dag 180 kommer fortfarande att vara huvudregeln. Förslagen kan genomföras med en mindre ökning av utgifterna i sjukförsäkringen och utan att andra negativa konsekvenser uppstår för företag eller andra samhällssektorer.

13.2 Konsekvenser för sjukförsäkringen

I nedanstående avsnitt redovisas konsekvenserna för sjukförsäkringen övergripande.

13.2.1 Förändringar vid tillämpning av normalt förekommande arbete

Att arbetsförmågan ska relateras till angivet normalt förekommande arbete ökar inte inflödet till sjukförsäkringen

Våra förslag innebär ingen ändring av reglerna för den grundläggande rätten till sjukpenning, det vill säga att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Förslagen kommer därför inte att påverka inflödet till sjukförsäkringen.

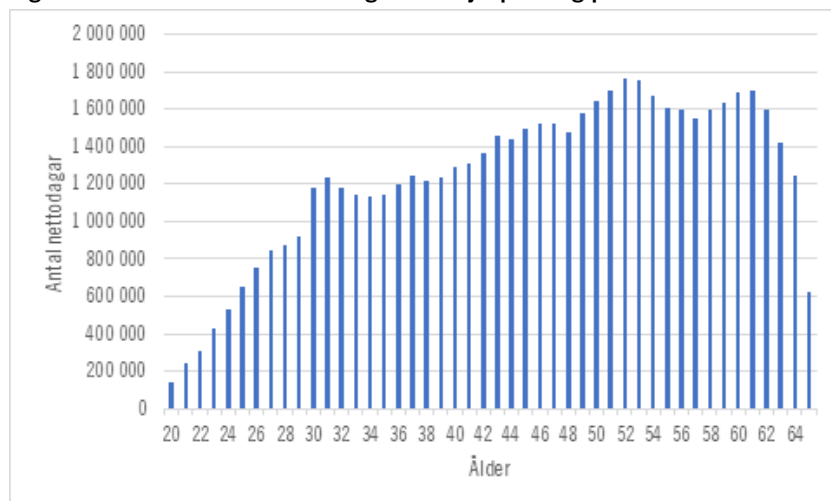
Omställningskravet vid dag 180 kvarstår men är något modifierat. Den förändring som vi föreslår vad gäller regeln om normalt förekommande arbete är att Försäkringskassan ska bedöma den försäkrades förmåga att försörja sig i angivet normalt förekommande arbete. Denna förändring innebär i sak inte någon mer generös tillämpning utan innebär ett krav på att handläggningen och besluten ska göras mer transparenta och begripliga. Den nya regeln medför krav på ytterligare utredning och dokumentation av Försäkringskassans bedömningar vid avslag på den grunden att den försäkrade bedöms kunna försörja sig i ett angivet normalt förekommande arbete. Om kravet på ytterligare utredning kommer att påverka Försäkringskassans ställningstagande, det vill säga om fler kommer att bli beviljade sjukpenning i samband med 180-dagarsprövningen jämfört med i dag, går inte att besvara. Regelförändringen i sig medför ingen förändrad tillämpning.

13.2.2 Äldre försäkrade bör alltid få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren.

Förslaget om att anställda personer som är mellan 62 och 65 år inte ska få arbetsförmågan bedömd mot angivet normalt förekommande arbete vid bedömning av rätt till sjukpenning utan i stället mot arbete hos arbetsgivaren kommer att medföra att fler kan få sjukpenning ytterligare en tid.

Vi har utifrån ett beräkningsunderlag från Försäkringskassan beräknat förväntad ökning av antal sjukfallsdagar för åldersgruppen 62–65 år.

Figur 13.1 Totalt antal nettodagar med sjukpenning per ålder



Källa: Utredningens beräkningar i LISA 2017.

Ovanstående diagram visar det totala antalet nettodagar per ettårs-klass. Berörda ålderskullar utgör, som andel av den totala sjukfrånvaron, knappt tio procent. Vår bedömning är att förslaget kan innebära att 600–700 personer per år fler i åldersgruppen kommer att ha rätt till sjukpenning efter dag 180 i den aktuella åldersgruppen. Den återstående förväntade sjukfallslängden för gruppen under dessa betingelser (givet ålder och sjukfallslängd) beräknas uppgå till cirka 200 dagar. Utifrån Försäkringskassans beräkningar avseende den aktuella gruppen bedöms att antalet sjukpenningdagar ökar med cirka 120 000 på årsbasis med anledning av vårt förslag. Med hänsyn taget till populationens medelersättning (536 kronor per dag)¹ är den sammantagna bedömningen att förslaget innebär ökade utgifter för sjukpenning inklusive statlig ålderspensionsavgift om totalt cirka 70 miljoner kronor på årsbasis.

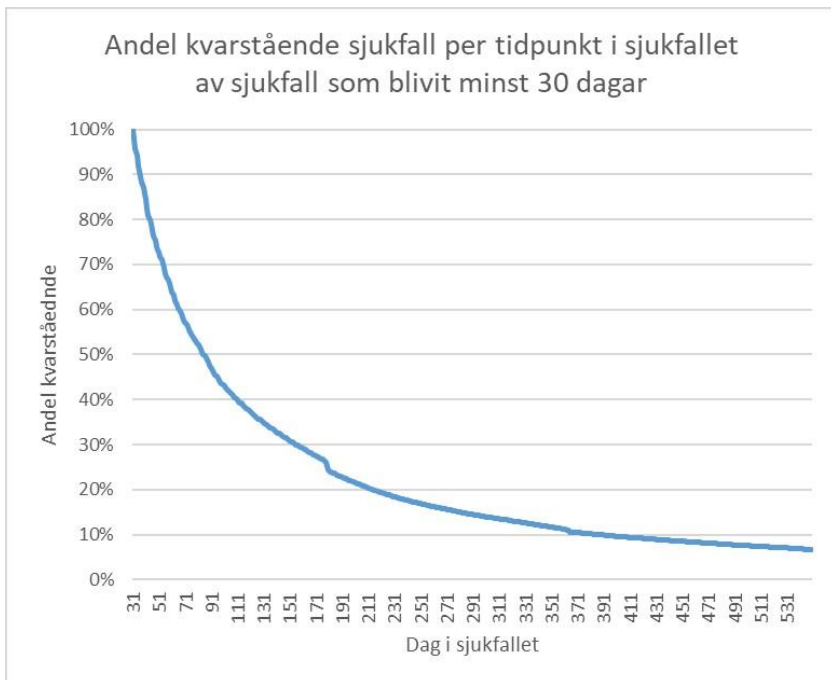
¹ Uppgifter från Försäkringskassan.

13.2.3 Fler kan få möjlighet till stöd för återgång i arbete hos arbetsgivaren

Fler sjukfall kommer att passera dag 180

Antalet avslag runt dag 180 uppgår årligen till cirka 4 000.² Vi har antagit att ett motsvarande antal individer beviljas fortsatt sjukpenning med stöd av det föreslagna undantaget för bedömning mot angivet normalt förekommande arbete dag 180. Därefter har vi beräknat hur stort antal individer som kvarstår vid olika tidpunkter för tid efter dag 181 utifrån de kvarståendesannolikheter som gäller i dag. Dessa sammanfattas i diagrammet nedan.

Figur 13.2 Andel kvarstående sjukfall per tidpunkt av sjukfall som blivit minst 30 dagar



Källa: Försäkringskassan.

Diagrammet avspeglar det tillkommande antal sjukfall som förslaget innebär. Av dessa ovannämnda 4 000 sjukfall beräknas cirka 1 700 nå

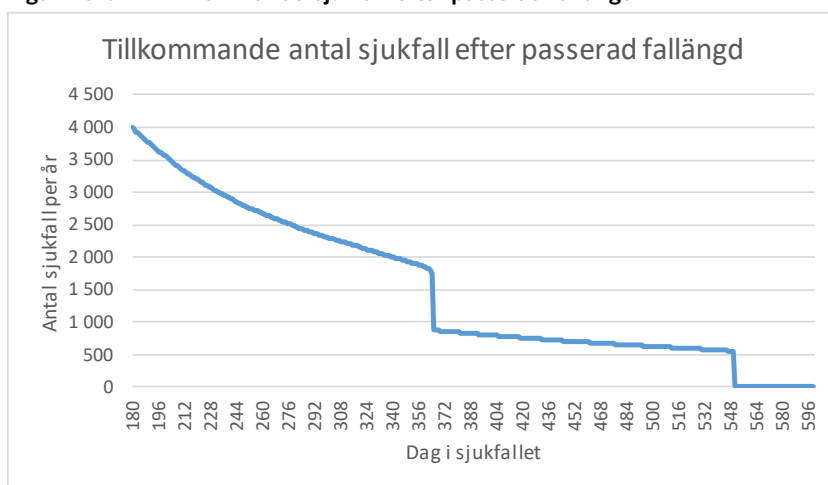
² Uppgift från Försäkringskassan avseende avslag, dag 179–181 år 2018.

dag 365. Vi antar att inga av dessa tillkommande sjukfall blir längre än 365 dagar utan avslutas vid dag 365.

Flera sjukfall som är längre än dag 365

Förslaget att prövningen mot normalt förekommande arbete kan skjutas upp efter dag 365 vid hög grad av sannolikhet beräknas leda till att antalet försäkrade som årligen får sjukpenning längre än 365 dagar ökar. I dag avslutas 1 000 sjukfall per år vid dag 365. Ett försiktigt antagande är att samtliga dessa beviljas fortsatt sjukpenning med stöd av förslagen, vilket motsvarar en ökning om 3 procent av antalet som passerar 365 dagar. Givet detta och de betingade kvarståendesannolikheterna, som framgår av diagrammet ovan, beräknas cirka 600 av dessa extra sjukfall nå dag 550. Vi bedömer att förslagen inte innebär en ökning av antalet sjukfall med längre fallängd än 550 dagar. Det tillkommande antalet sjukfall som årligen passerar olika fallängder kan sammanfattas i diagrammet nedan.

Figur 13.3 Tillkommande sjukfall efter passerad fallängd



Källa: Försäkringskassan.

Färre återinsjuknar

Den föreslagna ändringen av undantagsbestämmelserna bedöms bidra till en mer hållbar återgång i arbete hos arbetsgivaren och minska risken för återinsjuknande. Enligt Socialförsäkringsrapport 2018:8 återinsjuknar 30 procent av de försäkrade som har fått avslag på sin sjukpenningansökan. Mot bakgrund av detta antar vi att inflödet av startade sjukfall minskar med 1 000 personer jämfört med om dagens regler skulle gälla. Vi har på motsvarande sätt räknat på hur stor denna effekt är på utgifterna genom att använda sig av kvarstående sannolikheterna. Det minskade inflödet har därigenom beräknas leda till att antalet sjukpenningdagar minskar med cirka 70 000.

Bedömning av utgiftspåverkan

Vi antar att varje sjukpenningdag har en medelersättning om 500 kronor. Det tillkommande antalet sjukfall i falllängder överstigande 180 dagar beräknas öka utgifterna med drygt 300 miljoner kronor. Antalet sjukpenningdagar bedöms öka med cirka 640 000.

Det minskade inflödet beräknas på motsvarande sätt minska antalet sjukpenningdagar med cirka 70 000 och utgifterna för sjukpenning med 35 miljoner kronor.

Sammantaget beräknas därför kostnaderna för förslaget till 265 miljoner kronor. Utöver det beräknas utgiften för statlig ålderspensionsavgift öka med 26,5 miljoner kronor.

13.2.4 Ökat deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering med rehabiliteringsersättning

Förslaget om att man vid bedömningen av rätt till rehabiliteringsersättning inte ska pröva de försäkrades arbetsförmåga mot angivet normalt förekommande arbete bedöms medföra att fler personer ansöker om rehabiliteringsersättning och kan få stöd i form av arbetslivsinriktad rehabilitering tidigt i sjukfallet. En rehabiliteringsplan

med åtgärder, där den försäkrade får rehabiliteringspenning bedöms i normalfallet vara cirka 3 månader.³

Det är givetvis svårt att bedöma behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ersättas med rehabiliteringsersättning. Som framgår i kapitel 8 har antalet fall med rehabiliteringspenning och andelen fall med rehabiliteringspenning i förhållande till fall med sjukpenning succesivt minskat under senare år. I vår ärendegranskning har vi konstaterat att Försäkringskassan brister i klarläggande av rehabiliteringsbehov och att få åtgärder vidtas för att påskynda återgång i arbete. Vi har också konstaterat att de längre sjukfallen ökat de senare åren, se kapitel 8. En huvudorsak till att dessa längre fall ökat har förmodligen varit de stränga rekvisiten för att få sjukersättning. Men vi har också konstaterat i vår ärendegranskning att handläggningen i många fall är passiv utan att initiativ tas för att underlätta återgång i arbete. Detta kan i förlängningen leda till att personen i fråga stannar kvar i en långvarig sjukskrivning. Som framgår av kapitel 12 förordar vi en mer aktiv hållning och stöd till individen som kan underlätta återgången i arbete. Ett sätt är att öka möjligheterna för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder med rehabiliteringsersättning.

Vårt förslag medför att fler kan starta en arbetslivsinriktad rehabilitering med rehabiliteringsersättning och att den kan pågå över tidsgränsen vid dag 180. Vi förutsätter att arbetsgivaren tar sitt rehabiliteringsansvar och bekostar nödvändiga åtgärder (antingen helt själv eller med hjälp av Försäkringskassans arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstöd). Det är dock rimligt att staten via Försäkringskassan i de fall där det är möjligt att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis häva nedsättningen av arbetsförmågan för individen beviljar rehabiliteringsersättning i enlighet med plan för återgång i arbete. Denna rehabilitering bör ses som ett medel att förkorta sjukskrivningstiden och därmed minska kostnaderna för sjukförsäkringen.

Beräkningarna grundar sig på följande antaganden.

Antagande 1:

Vi beräknar att cirka 5 000 personer årligen kommer att beviljas rehabiliteringspenning före dag 180. Som jämförelse kan nämnas att under 2016 beviljades till exempel 13 452 personer rehabiliterings-

³ Uppgiften grundar sig på en bedömning att en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats som arbetsträning i kombination med andra adekvata rehabiliteringsinsatser kopplade till arbetsplatsen i de flesta fall pågår högst 3 månader.

penning, varav 1 466 personer före dag 180 och 2 685 personer i intervallet mellan dag 180 och dag 365. Under 2018 fick 5 718 personer rehabiliteringspenning totalt varav 4 920 efter dag 365. Endast drygt 200 fick denna förmån före dag 180. Siffran 5 000 bedöms som rimlig, då detta antal och ännu fler har erhållit denna ersättning tidigare år. Förslaget innebär att de som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering får rehabiliteringsersättning i stället för sjukpenning. De flesta arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder beräknas pågå i 90 dagar, se ovan. Vårt antagande förutsätter också en genomarbetad rehabiliteringsplan med adekvata åtgärder som är anpassade för individen, se exempel på detta i kapitel 7 ”Kunskapsläge arbetslivsinriktad rehabilitering”. Sådana åtgärder bör i de flesta fall leda till återgång i arbete och därmed minskad sjukskrivningstid i jämförelse med om personen i fråga fastnat i en långvarig sjukskrivning. Det framgår av nämnda avsnitt om kunskapsläget att tidiga åtgärder har bäst förutsättningar att bli lyckade. Vi bortser i denna kalkyl från fall som startar före dag 90 och avslutas före dag 180 även om dessa i sig skulle utgöra en besparing för de sjukfall som annars hade pågått till dag 180.

Antagande 2:

Vi bedömer att hälften av de 5 000 personer som beviljas rehabiliteringsersättning enligt ovan med dagens regler hade beviljats sjukpenning. Detta är ett försiktigt antagande för att inte överdriva effekten av kostnadsbesparingen då avslagsprocenten för pågående sjukfall vid dag 180 är cirka 27 procent, se kapitel 8. Det betyder att cirka 73 procent beviljas fortsatt sjukpenning. Det är alltså för dessa 2 500 personer som det kan uppstå en kostnadsbesparing i socialförsäkringen.

En sjukskriven person som passerar dag 180 förväntas generera ytterligare 350 sjukpenningdagar.⁴ Vi gör dock antagandet av försiktighetsskäl att dessa längre fall förkortas med anledning av den insatta åtgärden med hälften, det vill säga 175 dagar. För gruppen som med dagens regler inte hade beviljats sjukpenning så innebär förslaget en kostnadsökning för 90 dagars rehabiliteringsersättning. Antalet i denna grupp antas vara 2 500.

⁴ Sjukfall startade 2015 och som passerat dag 180 hade en genomsnittlig återstående sjukfallstid efter dag 180 om 350 dagar (särskild beräkning erhållen av Försäkringskassan).

Den förväntade besparingen blir då:

- Antal fall med förkortad sjukskrivningstid ($2\,500 \times 175$ dagar \times medelersättning per dag på 500 kronor) ger en årlig besparing på 219 miljoner kronor.
- En utgiftsökning uppstår för fler personer som får rehabiliteringsersättning ($2\,500 \times 90$ dagar \times medelersättning per dag på 500 kronor). Detta ger en utgiftsökning på 113 miljoner kronor.
- Totalt uppstår en besparing i sjukförsäkringen på 106 miljoner kronor (219–113).

13.2.5 Försäkringsmedicinska utredningar

Vi föreslår att beslut om avslag vid ansökan om sjukpenning behöver underbyggas bättre. I första hand kan försäkringsmedicinska utredningar i form av aktivitetsförmågeutredningar användas vid bedömningar av arbetsförmågan i förhållande till angivet normalt förekommande arbete vid dag 180. För närvarande finansieras Försäkringskassans behov av försäkringsmedicinska utredningar av ett särskilt anslag inom ramen för bidrag till sjukskrivningsprocessen för utgiftsområde 10. Anslaget för 2020 är 250 miljoner kronor.

I kapitel 12 så uppskattas behovet av aktivitetsförmågeutredningar till cirka 10 000 stycken per år utifrån vårt förslag. Försäkringskassan beräknar att 5 800 aktivitetsförmågeutredningar kommer att ha genomförts 2019. Försäkringskassan har tidigare beräknat en styckkostnad på 27 000 kronor för dessa utredningar. Kostnaden för 10 000 aktivitetsförmågeutredningar beräknas därför till 270 miljoner kronor. Det tillkommer därutöver 26 miljoner kronor för regionernas administration. Vårt förslag medför således en ökad kostnad på 46 miljoner kronor utöver befintligt anslag. I kapitel 12 anges att Försäkringskassan bör göra en egen beräkning av kostnaderna utifrån det behov som framkommer av utredningens förslag.

13.2.6 Sammantagen utgiftspåverkan för sjukförsäkringen

Ökade utgifter:

- Ny regel för äldre sjukskrivna: 70 miljoner kronor årligen.
- Nya undantagsregler vid dag 180 resp. dag 365 – medför ökade kostnader med 291,5 miljoner kronor årligen.
- Fler försäkringsmedicinska utredningar: 46 miljoner kronor årligen.

Minskade utgifter:

- Ny regel vid arbetslivsinriktad rehabilitering: en besparing på 106 miljoner kronor.

Totalt ökar utgifterna i sjukförsäkringen med 301,5 miljoner kronor.

13.3 Arbetsmarknaden

Våra förslag syftar bland annat till att fler personer ska kunna återgå i arbete efter sjukdom. Förslagen stimulerar återgång i arbete hos arbetsgivaren för personer som förväntas kunna återgå i sitt befintliga arbete men som i dag inte bedöms ha skäl för att få bedömningen mot normalt förekommande arbete uppskjuten. Vi bedömer att de allra flesta personerna i de grupper som berörs har hamnat i denna situation på grund av sjukdomsbesvär med tillfälligt nedsatt arbetsförmåga. En omställning från ett fungerande yrkesliv är för den enskilde i en sådan situation inte önskvärd eller aktuell. De personer som direkt berörs av våra förslag är i huvudsak sjukskrivna med en anställning. Volymmässigt uppskattas de till cirka 12 000 personer. Med nuvarande tillämpning bedömer vi att cirka 7 000 av dessa hade fått avslag på sin ansökan om sjukpenning efter 180 dagars sjukskrivning. Våra förslag innebär att de kan få sjukpenning ytterligare en tid för att skapa en mer hållbar återgång i arbete. Rent statistiskt kan rörligheten på arbetsmarknaden minska för en mindre del av denna grupp. Enligt Socialförsäkringsrapport 2018:8 återgår cirka 70 procent av dem som fått avslag i förvärvsarbete ett år efter avslagsbeslutet. I rapporten anges också, utifrån tidigare studier, att de som återgår i förvärvsarbete i hög utsträckning gör det till samma

bransch och/eller arbetsgivare som de hade vid sjukfallets början.⁵ Mot denna bakgrund och med beaktande av det förhållandevis få antal personer som direkt berörs bedömer vi att våra förslags påverkan på rörligheten på arbetsmarknaden enbart är marginell.

Våra förslag innebär å andra sidan att fler får möjlighet till successiv upptrappning av arbetstid och rehabilitering samt därmed ökade möjligheter för arbetsgivaren och den enskilde att tillvarata arbetsförmåga och kompetens.

Vårt förslag att äldre försäkrade ska få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos arbetsgivaren berör personer som i dag bedöms kunna försörja sig i ett normalt förekommande arbete. Av dem som fick avslag på ansökan om sjukpenning efter dag 180 och som var i åldern 61–64 år tog 20–40 procent ut pension i förtid vid uppföljning ett år efter avslutad sjukskrivning.⁶

Under 2018 var det 1 808 personer som fick avslag vid prövning gentemot normalt förekommande arbete i åldersgruppen 62–65 år. Dessa personer skulle med vårt förslag få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren. Det är troligt att drivkraften för vissa försäkrade förändras så att de i högre grad strävar efter att få stanna kvar i sin anställning i stället för att söka omställning eller göra ett tidigt uttag av ålderspension. Samtidigt kan förslaget motverka att personer som drabbas av sjukdom i slutet av sina arbetsliv väljer att helt lämna arbetslivet. De kan stanna kvar i sitt arbete efter tillfrisknande helt eller delvis och bidra med erfarenhet och kompetens.

Förslaget att inte koppla rätten till rehabiliteringsersättning till tidsgränsen vid dag 180 innebär att fler försäkrade får möjlighet till rehabilitering för återgång i arbete hos arbetsgivaren. I vissa ärenden kan det finnas en risk att den försäkrade väljer en rehabiliteringsåtgärd för att skaffa sig en längre tid med ersättning från sjukförsäkringen. Det är dock vår uppfattning att denna risk kan vägas upp av en aktiv och uppföljande handläggning från Försäkringskassan i samarbete med den aktör som ansvarar för åtgärden, (det vill säga arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen).

Vi bedömer sammantaget att de basala drivkrafterna och arbetslinjen i sjukförsäkringen inte kommer att förändras av våra förslag. Omställning kommer fortfarande vara huvudlinjen för dem som får sjukpenning längre än 180 dagar.

⁵ Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport 2018:8, s. 16.

⁶ Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport 2018:8, s. 32.

13.4 Försäkringskassan

Våra förslag medför ingen förändring av Försäkringskassans uppdrag inom sjukförsäkringen. Förslaget om ett förtydligande av begreppet ”normalt förekommande arbete” kan medföra ökad utredningstid för ärenden i vilka Försäkringskassan landar i slutsatsen att de försäkrade trots sina besvär kan försörja sig i normalt förekommande arbete. Handläggaren kan i dessa ärenden vid behov använda det redan befintliga referensmaterialet som stöd vid bedömningen av om den försäkrade kan försörja sig i normalt förekommande arbete som ingår i en yrkesgrupp enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK).

Referensmaterialet beskrivs i kapitel 5. Där beskrivs också det utvecklingsarbete som tidigare genomförts av Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen utifrån regeringsuppdraget att utveckla metoder och instrument vid bedömning av arbetsförmåga. Utvecklingsarbetet resulterade bland annat i utvecklingen av ett nytt försäkringsmedicinskt utlåtande – aktivitetsförmågeutredningen – och ett referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga. Aktivitetsförmågeutredningen är numera den enda förekommande försäkringsmedicinska utredningen inom sjukförsäkringen. Referensmaterialet används i dag, men i begränsad utsträckning i handläggningen. Vårt lagförslag i detta avseende medför alltså inga krav på nya metoder i handläggningen för att tillämpa lagändringen.

Vi har bett Försäkringskassan uppskatta den ökade utredningstiden med anledning av nämnda förslag. Försäkringskassan uppger att de inte har tillräckligt med underlag för att förstå vilka utredningsmetoder som tillkommer i detalj eller vilket stöd som kommer att finnas tillgängligt vid denna utredning. De anger dock följande:

För att få någon fingervisning så har vi använt oss av vad det kostar oss att genomföra fördjupad utredning av förutsättningar för återgång i arbete (med hjälp av AFU i vissa fall). Volymen uppgår till cirka 10 000 ärende och kostnaden (årsbasis) 16 miljoner kronor. Med det sagt så vill Försäkringskassan betona att det inte är svaret på vad utredningens förslag faktiskt skulle kosta.⁷

Förslaget som möjliggör att fler kan få rehabiliteringsersättning innebär i sak ingen förändring av Försäkringskassans uppdrag. Vad

⁷ Försäkringskassan i mail till utredningen.

gäller de ökade volymerna som förväntas bli ett resultat av utredningens förslag kan vi konstatera att Försäkringskassan har hanterat motsvarande volymer tidigare.

Vi bedömer att Försäkringskassan behöver prioritera stödet till individen och samordningsuppdraget, i enlighet med det särskilda regeringsuppdrag som myndigheten har fått.⁸ En prioritering av detta uppdrag står i samklang med och kan förstärka effekterna av vårt förslag om att ge fler försäkrade möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi föreslår dock ingen förändring av Försäkringskassans samordningsuppdrag.

Övriga förslag bedöms inte påverka Försäkringskassans resursbehov utöver sedvanliga implementeringskostnader vid förändrad lagstiftning.

Mot bakgrund av Försäkringskassans bedömning av ökat resursbehov uppskattar vi de ökade kostnaderna för Försäkringskassans handläggning till 16 miljoner kronor.

13.5 Individen

Förslaget att förmågan att försörja sig ska bedömas mot angivet normalt förekommande arbete innebär att förutsättningarna att förstå ett avslagsbeslut ökar hos dem som varit sjukskrivna 180 dagar eller längre.

Förslagen om att skjuta upp bedömningen mot angivet normalt förekommande arbete vid vissa situationer ökar individens möjligheter för återgång till arbetsgivaren vid sjukfrånvaro längre än 180 dagar. Förslagen bedömas också gynna tidiga insatser och rehabiliteringsåtgärder eftersom de strikta tidsgränserna i dag hämmar dessa insatser och åtgärder.

Rehabiliteringskedjan förutsätter att individen tar ansvar för sin rehabilitering och omställning. Utan väl anpassade insatser från andra aktörer blir det en omöjlig uppgift för den enskilde. Våra förslag avser att minska risken för att fler stannar i sjukförsäkringen. Förslagen syftar också till att de försäkrade som kan återgå i arbete ges möjlighet till det i högre utsträckning. Om fler försäkrade får ett förbättrat stöd från sjukförsäkringen kan detta skapa ökade förut-

⁸ Uppdrag till Försäkringskassan angående förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringsbeslut 2018-01-25.

sättningar för att övriga aktörer i högre utsträckning än i dag uppfyller sin roll och bidrar till en mer hållbar återgång i arbetslivet för den sjukskrivna personen.

För individen kan det bli stor skillnad om hen får ökade möjligheter att återgå i sitt arbete. Det handlar om ekonomisk trygghet vid sjukdom. I ett större perspektiv handlar det dessutom om tilltron till sjukförsäkringen, det vill säga om sjukförsäkringens legitimitet. I de fall det tidigt är klarlagt att en sjukskriven person inte kan återgå i arbete hos arbetsgivaren är det inte motiverat att fortsätta arbetet med återgång till arbete hos arbetsgivaren. Även ur detta perspektiv är det viktigt att Försäkringskassan tidigt i sjukfallen klarlägger rehabiliteringsbehovet. I de fall den försäkrade inte bedöms kunna återgå i sitt tidigare arbete är det viktigt att de strukturer som finns i samhället tidigt underlättar den enskildes omställning till ett nytt arbete.

13.6 Arbetsförmedlingen

En konsekvens av våra förslag är att fler personer kan omfattas av tidiga rehabiliteringsinsatser inom ramen för en pågående anställning. Detta bedöms underlätta Arbetsförmedlingens arbete med stöd till individer i omställning i de fall återgång i arbetet inte visar sig möjlig. Detta genom att behov av rehabiliteringsåtgärder tidigare identifierats och redan prövats i anslutning till arbetsplatsen.

Förslaget att rehabiliteringsersättning ska bedömas oberoende av tidsgränsen vid dag 180 innebär ett ökat fokus på rehabiliteringsersättning och arbetslivsinriktad rehabilitering. Det innebär i sin tur ett ökat fokus på Försäkringskassans uppdrag att klarlägga de försäkrades rehabiliteringsbehov tidigt i sjukfallet. Vi bedömer därför att behovet ”gemensam kartläggning” (åtgärd i det pågående samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) sannolikt kommer att uppmärksammas för fler försäkrade.

Förslagen bedöms även skapa förbättrade förutsättningar för samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Det har inte varit möjligt inom ramen för vårt uppdrag att, därutöver, bedöma i vad mån förslagen påverkar de personer som i dag får insatser inom ramen för det samarbete som finns mellan de

nämnda myndigheterna eller om resurserna i övrigt inom myndigheten påverkas.

13.7 Arbetsgivare

Förslagen som syftar till att ge fler försäkrade utökade möjligheter för behandling och rehabilitering innan prövning mot normalt förekommande arbete sker bedöms underlätta arbetsgivarnas arbete med anpassning och rehabilitering. Förslagen bedöms ge utökade möjligheter att långsiktigt få anställda tillbaka i arbete och motverkar rekryteringsbehov och kostnader som hänger samman med detta. Kostnaderna för sjuklön kan öka något om fler får sjukpenning, samtidigt som kostnaderna för lön vid rehabilitering i anslutning till arbetsplatsen kan minska om fler får rehabiliteringsersättning.

Förslaget att förmågan att försörja sig ska bedömas mot *angivet* normalt förekommande arbete bedöms inte påverka arbetsgivarna. Förslaget om att äldre försäkrade ska få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete hos arbetsgivaren kan dels förlänga arbetsgivaransvaret för sjukskrivna personer dels ge utökade möjligheter för de anställda med kvarvarande sjukdomsbesvär att ändå arbeta partiellt och därmed öka antalet arbetade timmar. Vi bedömer att cirka 700 personer per år, som i dag nekas sjukpenning, kan beviljas förmånen ytterligare en tid. För enskilda arbetsgivare kommer det sistnämnda förslaget inte att påverka verksamheten mer än i enstaka fall med tanke på det begränsade antalet i den aktuella målgruppen. Det kan påpekas att arbetsgivarens ansvar för anpassning- och omplacerings-skyldigheter inte kommer att påverkas av våra förslag.

Vi bedömer att förslagen inte har någon annan påverkan på småföretagen än vad framkommer ovan.

13.8 Hälso- och sjukvården

Förslagen som skapar utökade möjligheter till sjukpenning och rehabiliteringspenning under pågående rehabilitering bedöms, förutom att de ger individen förbättrade förutsättningar, gynna samarbetet mellan Försäkringskassan, arbetsgivare och hälso- och sjukvård kring dessa individer. Detta gäller särskilt då rehabiliteringskoordi-

natorer i sjukvården är involverade i planeringen av individens återgång i arbete.

Förslagen bedöms i övrigt inte påverka hälso- och sjukvårdens arbete.

13.9 Jämställdhet mellan könen

Fler kvinnor än män är sjukskrivna. Av alla sjukfall som blir längre än 180 dagar är närmare 70 procent kvinnor och drygt 30 procent män. Våra förslag skapar fler möjligheter för rehabilitering under tid med sjukpenning och/eller rehabiliteringspenning i syfte att öka möjligheterna för återgång i arbete. Förslagen ger också bättre förutsättningar för en mer hållbar återgång i arbete. Eftersom kvinnor är sjukskrivna i högre grad än män träffar våra förslag i högre grad kvinnor. Förslagen skapar också bättre förutsättningar för begriplighet av Försäkringskassans beslut för både kvinnor som män.

Förslagen bedöms därigenom bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

13.10 Övrigt

Våra förslag bedöms sakna betydelse för den kommunala självstyrelsen. De bedöms inte heller få några konsekvenser för offentlig service i olika delar av landet, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller när det gäller miljöaspekter finns det anledning att tro att det kommer att bli några konsekvenser. Förslagen bedöms heller inte påverka Sveriges internationella åtaganden.

13.11 Finansiering

Utredningens förslag till åtgärder inom sjukförsäkringen föreslås finansieras inom Utgiftsområde 10.

Vi föreslår att de ökade utgifterna finansieras med omfördelning av medel från anslag 1:7 Ersättning för höga sjuklönekostnader.

Ersättning för höga sjuklönekostnader är en förmån som Försäkringskassan administrerar. Ersättningen ska kompensera den del av

sjuklönekostnaden som överstiger en viss andel av arbetsgivarens totala lönekostnad. År 2018 uppgick de totala utgifterna till 1 084 miljoner kronor för förmånen. Syftet med förmånen är att kompensera främst mindre arbetsgivare för deras sjuklönekostnader. Ersättningsmodellens utformning medför att kontrollmöjligheterna är mycket begränsade och förmodligen leder till felaktiga utbetalningar.

Vi kan dock konstatera att endast något mer än hälften av det utbetalda beloppet år 2018 gick till mindre arbetsgivare, det vill säga arbetsgivare med lönekostnader understigande 6 miljoner kronor.⁹ Det finns således utrymmer för besparingar vad gäller de större arbetsgivare, utan att syftet med förmånen ändras.

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemet har uppskattat de felaktiga utbetalningarna från ersättningssystemet till 82 miljoner kronor 2018. Samtidigt uppskattades de för lågt utbetalda ersättningar till 10,5 miljoner kronor.¹⁰ Ytterligare besparingar kan göras genom att minska felaktigheterna i utbetalningarna.

⁹ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag Rapport – Återrapportering Ersättning för höga sjuklönekostnader till arbetsgivare, 2018.

¹⁰ Läckaget i välfärdssystemen, del 2 Omfattningen av felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen, rapport 6, oktober 2019.

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

27 kap.

48 §

Första stycket

Bedömningen av arbetsförmågan ska efter 180 dagar göras gentemot angivet förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne. Med angivet förvärvsarbete avses yrkesgrupp i Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK). Ändringen innebär att bedömningen ska göras mot normalt förekommande förvärvsarbeten som ingår i en sådan yrkesgrupp. Eftersom lagtexten kompletteras med ordet angivet gäller fortfarande den praxis som utvecklats kring begreppet normalt förekommande arbete. Det innebär att arbetena som finns i yrkesgruppen inte får vara mycket udda eller sällan förekommande utifrån en nationell arbetsmarknad.

Arbetena i yrkesgruppen ska vara vanliga arbeten som den försäkrade trots sin sjukdom kan utföra med ringa eller inga krav på anpassning med hänsyn till hans eller hennes medicinska besvär. Arbetena ska finnas på den öppna arbetsmarknaden. Anställningar som på något sätt subventioneras av det allmänna ingår inte i begreppet.

För att den försäkrade ska bedömas kunna försörja sig själv i angivet förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska han eller hon kunna tillgodose alla sådana krav som ett arbete på den öppna arbetsmarknaden ställer. Den försäkrades kvarvarande arbetsförmåga måste således kunna anses vara tillräcklig

för att leva upp till de krav och förväntningar som arbetsgivare på den öppna arbetsmarknaden allmänt sett har när det gäller till exempel arbetsprestationer och arbetstakt.

Tredje stycket

Det tredje stycket är nytt. Från och med den tidpunkt då den försäkrade har uppnått den ålder då hen som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension ska hans eller hennes arbetsförmåga bedömas mot arbete hos arbetsgivaren. Bedömningen kan göras till och med den tidpunkt då den försäkrade som tidigast kan ta ut garantipension. Bedömningen enligt detta stycke gäller oavsett rehabiliteringskedjans tidsgränser vid dag 180 och dag 365. Den bortre tidsgränsen vid dag 550 gäller inte heller den som omfattas av denna bedömningsgrund. Däremot gäller tidsgränsen vid dag 90 (27 kap. 47 §) även när en försäkrad, som har en anställning, har uppnått den ålder då han eller hon som tidigast kan ta ut inkomstgrundad ålderspension. Det innebär att den som har haft nedsatt arbetsförmåga i 90 dagar och som erbjuds ett annat arbete hos arbetsgivaren inte har rätt att få arbetsförmågan bedömd enligt detta stycke.

Sjukpenning enligt detta stycke kan bara beviljas för den som har ett arbete. Bestämmelsen gäller både den som är anställd och den som är egenföretagare. Den som är egenföretagare bedöms de första 180 dagarna mot sitt arbete.¹ Det innebär att gränsen vid dag 90 inte gäller egenföretagare. Personer som är arbetslösa bedöms alltid mot angivet förvärsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne och omfattas därför inte av bestämmelsen.

Om en försäkrad, som fyllt 62 år och som arbetar halvtid och är arbetslös på resterande del, blir helt sjukskriven kan sjukpenning enligt detta stycke bara beviljas för den del som den försäkrade normalt arbetar. Resterande del bedöms mot angivet normalt förekommande arbete. Om en person som är anställd och uppbär sjukpenning enligt detta stycke blir arbetslös ska bedömningen av arbetsförmågan göras mot angivet normalt förekommande arbete.

Bedömning av arbetsförmågan enligt detta stycke aktualiseras inte för den som uppbär sjukpenning i särskilda fall eftersom den

¹ Prop. 2007/08:136 s. 59.

försäkrade då alltid bedöms mot angivet normalt förekommande arbete, se kommentaren till 28 a kap. 8 §.

48 a §

Tidigare var undantagen från att prövas mot angivet normalt förekommande arbete generellt utformade genom begreppen särskilda skäl och oskäligt. De särskilda skälen tas nu bort. I stället anges uttryckligen vilka beviskrav som gäller för att bedömningen av arbetsförmågan ska skjutas upp på den grunden att den försäkrade från och med dag 181 kan återgå i arbete hos arbetsgivaren.

Begreppet oskäligt kvarstår oförändrat.

Övervägande skäl för återgång i arbete hos arbetsgivaren före dag 366

Att övervägande skäl ska tala för återgång i arbete hos arbetsgivaren innebär inte, som det tidigare begreppet särskilda skäl, ett krav på stor sannolikhet för återgång i arbete. Det räcker att mer talar för en återgång i arbete än emot för att övervägande skäl ska finnas. En grundläggande förutsättning för att övervägande skäl ska finnas är att en läkare i läkarintyget gjort bedömningen att den försäkrade kan återgå före dag 366. Vidare gäller att det måste röra sig om återgång i arbete hos arbetsgivaren i samma omfattning som den försäkrade arbetade före sjukfallet.

I avsnitt 12.5.3 redogörs för några utgångspunkter för bedömningen av om övervägande skäl finns. Vidare finns i avsnitt 12.5.4 tre situationer angivna där övervägande skäl bör tala för återgång i arbete. Vad gäller situationen att åtgärder för återgång i arbete pågår bör följande framhållas. Om det finns en plan för återgång i arbete och planen tagits fram av arbetsgivaren och arbetstagaren i samarbete med företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp eller hälso- och sjukvården bör utgångspunkten vara att åtgärderna är verksamma och att övervägande skäl talar för återgång i arbete. Om det pågår åtgärder men någon expertis inte medverkat till planen, eller om någon plan inte finns, bör en försäkringsmedicinsk rådgivare anlitas inför bedömningen av om övervägande skäl finns.

Återgång i arbete hos arbetsgivaren men först efter dag 365

Övervägande skäl kan, liksom dagens särskilda skäl, bara tillämpas till och med dag 365 i rehabiliteringskedjan.

Ibland framgår det av den medicinska utredningen vid prövningen efter dag 180 att övervägande skäl inte talar för att den sjuk-skrivna kommer att återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 366 men att hen möjligen kommer att göra det någon gång från och med dag 366. Då krävs redan från och med dag 181 att hög grad av sannolikhet talar för återgång i arbete hos arbetsgivaren senast dag 550 för att bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete ska kunna skjutas upp från och med dag 181. Naturligtvis kan bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete i denna situation också skjutas upp om det kan anses oskäligt med en sådan bedömning.

Vad som avses med hög grad av sannolikhet framgår av kommentaren till 49 a §.

Begreppet oskäligt

Dagens bestämmelser gör det möjligt att både från och med dag 181 och dag 366 skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete om en sådan bedömning kan anses vara oskäligt. Denna möjlighet behålls. Någon förändring av vad som är oskäligt föreslås inte. Begränsningen att bedömningen av arbetsförmågan gentemot arbete hos arbetsgivaren bara kan göras till och med dag 550, se kommentaren till 49 a §, gäller inte begreppet oskäligt.

49 a §

I den nya lydelsen av 49 § uttrycks huvudregeln att bedömningen av arbetsförmågan från och med dag 366 ska göras i förhållande till angivet normalt förekommande arbete. Undantagen från huvudregeln regleras i övrigt i den nya paragrafen 49 a §. Den som fyllt 62 år har dock en särskild möjlighet att oavsett tidsgränser få arbetsförmågan bedömd mot arbete hos arbetsgivaren (se kommentaren till 48 § tredje stycket).

Hög grad av sannolikhet för återgång i arbete hos arbetsgivaren efter dag 365

I förarbetena till rehabiliteringskedjan angavs att det krävdes *stor sannolikhet* för återgång i arbete hos arbetsgivaren före dag 366 för att det skulle finnas särskilda skäl för att från och med dag 181 skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete. Med ett undantag, se nästa stycke, motsvaras det föreslagna begreppet ”hög grad av sannolikhet” av det tidigare beviskravet ”stor sannolikhet”. Samtidigt införs en bortre gräns vid dag 550. Efter denna tidpunkt kan bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete inte skjutas upp på den grunden att hög grad av sannolikhet för återgång i arbete hos arbetsgivaren finns.

För att man från och med dag 366 ska kunna skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete ska det finnas en välgrundad anledning att anta att återgången ska kunna ske senast vid dag 550. Återgången ska ske i arbete i samma omfattning som den försäkrade arbetade före sjukfallet. Det krävs en tidsplan för återgången. Prognosen måste vara tydlig för att kravet på hög grad av sannolikhet ska vara uppfyllt. Däremot kan hög grad av sannolikhet finnas vid alla typer av diagnoser. Den avgränsning som i fråga om de särskilda skälen gjorts mot diffusa diagnoser gäller alltså inte längre (se avsnitt 12.5.3).

28 a kap.

8 §

Första stycket

Arbetsförmågan hos den som ansöker om sjukpenning i särskilda fall bedöms alltid mot normalt förekommande arbete.² Bestämmelsen ändras så att bedömningen ska ske gentemot *angivet* förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vad som avses med angivet normalt förekommande förvärvsarbete och hur prövningen ska göras framgår av kommentaren till 27 kap. 48 § första stycket.

² Prop. 2011/12:1, utgiftsområde 10, s. 67 f.

31 kap.

3 §

Andra stycket

Avsikten med ändringen är att tydliggöra att bedömningen av arbetsförmågan ifråga om rehabiliteringspenning inte ska göras mot angivet normalt förekommande arbete. Detta gäller oavsett hur länge den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga. En försäkrad som före dag 180 ansöker om rehabiliteringspenning för arbetslivsinriktad rehabilitering som sträcker sig över dag 180 kan inte nekas rehabiliteringspenning på den grunden att han eller hon från och med dag 181 kan försörja sig i angivet normalt förekommande arbete.

I den föreslagna bestämmelsen anges att vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska 27 kap. 46 och 47 §§ tillämpas. För den som har haft nedsatt arbetsförmåga under färre än 91 dagar ska arbetsförmågan bedömas enligt 27 kap. 46 §. En anställd försäkrad som har haft nedsatt arbetsförmåga under 90 dagar ska få sin arbetsförmåga bedömd mot 27 kap. 47 §. Rehabiliteringspenning kan därför inte beviljas om den försäkrade får ett konkret erbjudande om omplacering till annat arbete.

Det bör framhållas att bedömningen enligt 27 kap. 47 § i detta sammanhang inte är begränsad till och med dag 180 i rehabiliteringskedjan. Även den som har haft nedsatt arbetsförmåga under mer än 180 dagar ska, när rätten till rehabiliteringspenning bedöms, få sin arbetsförmåga bedömd mot arbete som avses i 27 kap. 46 och 47 §§. Detta eftersom den föreslagna bestämmelsen utesluter prövning mot angivet normalt förekommande arbete. Den begränsning vid dag 550 för hur länge det ska vara möjligt att skjuta upp bedömningen av arbetsförmågan mot angivet normalt förekommande arbete gäller inte i fråga om rehabiliteringspenning.

En försäkrad som är arbetslös kan ha rätt till rehabiliteringspenning om hen deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Den som är arbetslös omfattas inte av rehabiliteringskedjan utan bedöms från första dagen mot normalt förekommande arbete.³ En arbetslös försäkrad som bedöms kunna försörja sig i angivet normalt förekommande arbete har därför inte rätt till rehabiliteringspenning. Om den

³ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 59.

försäkrade är arbetslös på halvtid och arbetar på halvtid och ansöker om rehabiliteringspenning för arbetslivsinriktad rehabilitering på den del hen arbetar ska dennes arbetsförmåga bedömas enligt 27 kap. 46 eller 47 §§ beroende på var i rehabiliteringskedjan hen är.

Den som är egenföretagare och ansöker om rehabiliteringspenning ska få sin arbetsförmåga bedömd mot sitt eget arbete oavsett hur lång tid hen har haft nedsatt arbetsförmåga. Bedömningsgrunden vid dag 90 gäller inte egenföretagare.⁴

En försäkrad kan samtidigt uppbära sjukpenning och rehabiliteringspenning. Bestämmelsen innebär att bedömningen av arbetsförmågan i dessa fall kan komma att göras utifrån olika bedömningsgrunder.

⁴ Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete, s. 59.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av sakkunnige Valter Lindmark, Finansdepartementet

En särskild utredare har haft i uppdrag att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete samt att se över om det är ändamålsenligt att skjuta upp prövningen av arbetsförmåga mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete när särskilda skäl föreligger. Utredaren har lämnat förslag som innebär att prövningen av arbetsförmåga ska göras mot ett angivet arbete samt att arbetsförmåga i högre utsträckning ska prövas mot den försäkrades befintliga arbete.

Även om vissa delar av betänkandet är genomarbetade så är min samlade bedömning att betänkandet som helhet brister i flera centrala delar vad avser problembeskrivning, konsekvensanalys och eventuella alternativa åtgärder. Det är inte tillräckligt belagt att utredningens förslag skulle bidra till att lösa de problem som har identifierats och i vissa fall riskerar förslagen att få motsatt effekt.

Utöver detta skulle flera av de förslag som lämnats innebära att kravet på omställning inom sjukförsäkringen sänks. Förslagen riskerar att leda till ett avsteg från den inom sjukförsäkringen grundläggande principen att människors arbetsförmåga ska tas tillvara när så är möjligt och det är tveksamt om de ryms inom utredningens direktiv. Vidare saknas tillfredsställande förslag för att finansiera de reformer som föreslagits.

Av de ovan angivna skälen anser jag att betänkandet som helhet inte svarar upp mot uppdraget som följer av utredningens direktiv. Jag kan därför varken ställa mig bakom betänkandet eller de förslag som presenterats.

Referenser

- Arbetsförmedlingen 2018, *Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga (RAF)*.
- Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019, *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Åtterrapportering av regeringsuppdrag enligt regleringsbrevet för 2018*.
- Carroll et al. 2010, *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions*.
- Cullen et al. 2018, *Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners*.
- Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen 2019, *Läckaget i välfärdssystemen, del 2 Omfattningen av felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen*. Rapport 6, oktober 2019.
- Ds 2019:2, *Höjda åldersgränser i pensionssystemet och i andra trygghetssystem*.
- Franche et al. 2005, *Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature*.
- Försäkringskassan 2013, *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport*.
- Försäkringskassan 2013, *Kunskapsunderlag: ”Beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden”*.
- Försäkringskassan 2015, *Vägledning sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning 2015:1*.

- Försäkringskassan 2015, *Sjukfrånvarons utveckling*, Socialförsäkringsrapport 2015:11.
- Försäkringskassan 2015, *Rättsligt ställningstagande. Prövning av rätten till sjukpenning för den som har fått sjukpenning i 180 dagar från och med den månad då han eller hon fyllde 65 år*. FKRS 2015:04.
- Försäkringskassan 2016, *Rättslig uppföljning 2016:2 Rehabiliteringsersättning*.
- Försäkringskassan 2017, *Rättslig kvalitetsuppföljning av tillämpningen av rehabiliteringskedjan, 2017:5*.
- Försäkringskassan 2017, *Socialförsäkringsrapport 2017:15 Aktivitetsförmågeutredning (AFU) Tillämpning, upplevelser och utfall*.
- Försäkringskassan 2018, *Årsredovisning 2018*.
- Försäkringskassan 2018, *Domsnytt 2018:015*.
- Försäkringskassan 2018, *Socialförsäkringsrapport 2018:8, Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365*.
- Försäkringskassan, 2018, *Ersättning för höga sjuklönekostnader till arbetsgivare. Åtterrapporering av regeringsuppdrag*.
- Försäkringskassan 2019, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling*.
- Försäkringskassan 2019, *Utgiftsprognos för budgetåren 2019–2022*.
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2019, *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*.
- Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien 2019, *Rapport arbetslivsinriktad rehabilitering – en kartläggande litteraturoversikt*.
- Hlobil et al. 2005, *Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain*.
- Inspektionen för socialförsäkringen ISF 2014, *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*. Rapport 2014:7.
- Inspektionen för socialförsäkringen ISF 2017, *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan* Rapport 2017:9.
- Inspektionen för socialförsäkringen ISF 2018, *Tidigt utträde från arbetslivet bland kvinnor och män*. Rapport 2018:10.
- Inspektionen för socialförsäkringen ISF 2018, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*. Rapport 2018:12.

- Niewenhuijsen et al. 2014, *Interventions to improve return to work in depressed people (Cochrane Collaboration Review)*.
- Proposition 1975/97 Regeringens proposition angående rörlig pensions-
ålder m.m.
- Proposition 1990/91:141, *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.
- Proposition 1991/92:40, *om vissa socialförsäkringsfrågor, m.m.*
- Proposition 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjuk-
penning och förtidspension.*
- Proposition 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad
hälsa i arbetslivet.*
- Proposition 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad
återgång i arbete.*
- Proposition 2008/09:200, *Socialförsäkringsbalk.*
- Proposition 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny
förvaltningslag.*
- Proposition 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*
- Proposition 2017/18:1, utgiftsområde 10, *Förslag om förstärkt reha-
bilitering för återgång i arbete.*
- Proposition 2018/19:133, *En riktålder för höjda pensioner och följ-
samhet till ett längre liv.*
- Proposition 2019/2020:1, utgiftsprognos 10, *Ny lag om koordiner-
ingsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.*
- Regeringsbeslut 2010, *Uppdrag till Försäkringskassan i samråd med
Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen att vidareutveckla metoder
och instrument för bedömning av arbetsförmåga.*
- Regeringsbeslut 2018-01-25, *Uppdrag till Socialstyrelsen och Försäk-
ringskassan angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och
hälso- och sjukvården.*
- Regeringsbeslut 2018-01-25, *Uppdrag till Försäkringskassan angående
förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och reha-
biliteringsprocessen.*
- Regeringsbeslut 2018-04-12, *Nationell samordnare för en välfunge-
rande sjukskrivningsprocess, dir. 2018:27.*

- Regeringsbeslut 2019-08-15, *Uppdrag att granska Försäkringskassans tillämpning av utredningsskyldigheten enligt 110 kap. 13 § socialförsäkringsbalken i vissa fall.*
- Riksförsäkringsverket 2002, *allmänna råd om sjukpenning och rehabiliteringsersättning*, RAR 2002:5.
- Studentlitteratur 2014, *Den relativa arbetsförmågan – teoretiska och praktiska perspektiv.*
- SOU 2008:66, *Arbetsförmåga? – en översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder.*
- SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga.*
- SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring.*
- SOU 2019:2, *Ingen regel utan undantag.*
- Svenskt Näringsliv april 2019, *Vägar tillbaka till arbete.*

Kommittédirektiv 2018:26

En trygg sjukförsäkring med människan i centrum

Beslut vid regeringssammanträde den 12 april 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ska analysera och om det bedöms nödvändigt lämna förslag rörande sjukpenningen. Syftet med uppdraget är att säkerställa en mer ändamålsenlig och rättssäker sjukförsäkring.

Utredaren ska

- analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning,
- analysera vad som ska ha betydelse vid bedömningen av vad som ska utgöra särskilda skäl för att skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete,
- utreda behovet av anpassningar av försäkringsskyddet för personer med timanställningar och andra tidsbegränsade anställningar, och
- kartlägga om det nuvarande regelverket ger ett tillräckligt utrymme för att försäkrades arbetsförmåga ska kunna tas till vara fullt ut.

Om utredaren bedömer att det är nödvändigt med författningsförslag kan utredaren lämna sådana förslag.

Uppdraget ska delredovisas den 30 januari 2019, och slutredovisas senast den 15 oktober 2019.

Bedömning av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete

En grundläggande princip för den svenska sjukförsäkringen har alltid varit att arbetsförmågan efter en tids sjukskrivning bedöms mot någon form av vidare arbetsmarknadsbegrepp än det befintliga arbetet.

Det en svår uppgift för Försäkringskassan att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Särskilt svårt är det att göra bedömningen mot andra arbeten än det som den försäkrade har. Uppgiftens svårighetsgrad återspeglas också i de många utredningsinsatser och regeländringar som har gjorts under årens lopp i syfte att förtydliga regelverket för att motverka långa sjukskrivningar och främja återgång i arbete.

Begreppet *normalt förekommande arbete* har funnits i lagstiftningen sedan 1997, då den s.k. steg-för-steg-modellen infördes för arbetsförmågebedömningar (prop. 1996/97:28). Modellen innebar att bedömningen av arbetsförmågan successivt vidgades från en bedömning av arbetsförmågan i relation till den försäkrades befintliga arbete till en bedömning mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. För den som var arbetslös gjordes bedömningen mot normalt förekommande arbeten från första dagen med sjukpenning.

I förarbetena fördes en utförlig diskussion kring begreppet normalt förekommande arbete. Det uppgavs bl.a. att det inte är möjligt att generellt ange vad som är att anse som normalt förekommande arbeten. Bedömningen i ett enskilt fall måste göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. En fysisk sjukdom får andra konsekvenser än en psykisk sjukdom. Samma sjukdom kan också påverka olika personer på olika sätt. Det poängterades också att om den försäkrade enbart kan klara ett speciellt arbete som endast förekommer i mycket begränsad utsträckning kan det inte vara rimligt att bedöma hans eller hennes arbetsförmåga i förhållande till detta arbete, utan att han eller hon faktiskt erbjuds det.

En kritik som riktades mot steg-för-steg-modellen, bl.a. av Riksrevisionen (RiR 2007:19), var att sjukfallen blev onödigt långa. Detta berodde på att de åtgärder som skulle vidtas på arbetsplatsen och av hälso- och sjukvården under de inledande stegen dels vidtogs

onödigt sent i sjukfallet, dels blev onödigt långdragna. Ibland kom åtgärderna inte i gång alls.

Steg-för-steg-modellen ersattes den 1 juli 2008 av en rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter för när arbetsförmågan ska bedömas mot olika bedömningsgrunder (prop. 2007/08:136). De nya reglerna innebar att från dag 180 i en sjukskrivning bedöms den sjukskrivnes arbetsförmåga mot ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden, eller mot annat lämpligt arbete som var tillgängligt för den försäkrade. Undantag från bedömningen kunde göras om det fanns särskilda skäl för det (vad som avses med särskilda skäl utvecklas vidare nedan under rubriken Särskilda skäl vid bedömning av arbetsförmågan vid dag 180).

Begreppet normalt förekommande arbete ersattes således med ett nytt begrepp: *arbete på den reguljära arbetsmarknaden*. Som vägledning för tillämpning av begreppet angav regeringen att om den försäkrade endast kunde utföra arbeten som även utifrån en nationell arbetsmarknad var mycket udda och sällan förekommande ska arbetsförmågan anses vara nedsatt till dess ett lämpligt arbete blir tillgängligt för den försäkrade.

Arbetsförmågutredningen betonade i slutbetänkandet Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89) svårigheterna med att bedöma arbetsförmågan. Utredningen föreslog att ett nytt begrepp, *medicinska förutsättningar för arbete*, skulle användas när den försäkrades arbetsförmåga skulle bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden. Utredningen föreslog vidare att ett instrument skulle utvecklas som skulle beskriva vilka aktivitetsbegränsningar individen drabbats av och vilka gränser som skulle gälla för att en person inte skulle anses ha förutsättningar att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden.

År 2010 fick Försäkringskassan i uppdrag att utveckla bedömningsverktyg vid bedömningen av rätten till sjukpenning (dnr S2010/5364/SF). Uppdraget skulle genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen. En del av utvecklingsarbetet var att översätta begreppet ”reguljära arbetsmarknaden” till en tydligare bild av vilka krav den reguljära arbetsmarknaden ställer. Inom ramen för uppdraget utarbetade Försäkringskassan ett referensmaterial med kravprofiler för olika yrkesområden. Materialet baserades på ett flertal olika källor, däribland Arbetsförmedlingens yrkesklassifikation och internationella data-

baser. Beskrivningen omfattade de 40 vanligaste yrkesområdena i SCB:s yrkesregister. Fördelen med detta material var enligt Försäkringskassan att det utgjorde en beskrivning som handläggare kunde hänvisa till vid beslut, vilket borde öka begripligheten i Försäkringskassans överväganden och beslutsformuleringar. Avsikten var att ett sådant verktyg inte bara skulle leda till högre rättssäkerhet utan också öka den försäkrades förståelse för besluten och i längden en mer legitim och begriplig bedömning av arbetsförmågan. I arbetet engagerades experter inom socialförsäkring, medicin och arbetsmarknadspolitik. En försöksverksamhet inleddes för att pröva det nya verktyget. Bedömningsverktyget väckte kritik från flera håll. Bland annat anförde LO-TCO Rättsskydd AB att den s.k. yrkeslistan kunde ifrågasättas eftersom den beskriver arbeten som endast finns i teorin. LO-TCO Rättsskydd menade att en arbetsförmågebedömning måste göras i relation till de arbeten som verkligen förekommer på arbetsmarknaden och inte till en fiktiv arbetsmarknad. Kritiken ledde till att riksdagen tillkännagav för regeringen (bet. 2012/13:SfU10, rskr. 2012/2013:) att Försäkringskassans nya metod för att bedöma arbetsförmåga bör utvärderas grundligt innan den försöksverksamhet som pågick utvidgades. Riksdagen uppmanade den dåvarande regeringen att göra en utvärdering av de försök som hittills hade gjorts med metoden och sedan återkomma till riksdagen. Med anledning av riksdagsskrivelsen upphörde försöksverksamheten.

Referensmaterialet för bedömning av arbetsförmåga används i dag internt av Försäkringskassan som ett stöd för att tolka resultaten efter aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Det pågår ett projekt i Arbetsförmedlingens regi att utveckla materialet. I detta arbete har synpunkter inhämtats från arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt andra intressenter.

Den 1 juli 2012 återinfördes arbetsmarknadsbegreppet *normalt förekommande arbete* (prop. 2011/2012:113). Bakgrunden till denna ändring var ett tillkännagivande från riksdagen (bet. 2011/12:SfU1, rskr. 2011/12:85). Riksdagen anförde att den dåvarande prövningen mot den reguljära arbetsmarknaden eller mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade blev en prövning mot en i det närmaste fiktiv arbetsmarknad. Riksdagen ansåg att rättssäkerheten skulle stärkas med en återgång till det tidigare regelverket.

När det gäller vad som kan anses som normalt förekommande arbete så finns det ett avgörande i rättsfallet RÅ 2008 ref. 15. Avgörandet avser lagstiftningen före den 1 juli 2008 och rör bedömningen av rätten till sjukersättning men har även ansetts ha betydelse vid prövningen av rätten till sjukpenning. Regeringsrätten gjorde samma bedömning i målet som kammarrätten att med normalt förekommande arbete avses vanliga arbeten på arbetsmarknaden där en försäkrads arbetsförmåga kan tas till vara i full eller närmast full omfattning. Ett sådant arbete innebär krav på normal prestation där ringa eller ingen anpassning kan väntas förekomma med hänsyn till funktionshinder eller medicinska besvär hos arbetstagare.

Även efter återinförandet av begreppet normalt förekommande arbete har kritik riktats, bl.a. av LO-TCO-rättskydd, mot de bedömningar som görs av arbetsförmågan mot andra arbeten på arbetsmarknaden. Kritiken handlar om att arbetsförmågan bedöms mot arbeten som inte finns på arbetsmarknaden eller som individen i realiteten inte kan få.

Uppdraget att analysera tillämpningen av normalt förekommande arbete

Regeringen kan konstatera att begreppet normalt förekommande arbete ställer höga krav på tillämpningen. Någon närmare definition av vilka arbeten som är normalt förekommande finns inte, utom praxis från Högsta förvaltningsdomstolen, förkortad HFD. Det är inte heller tydligt vilken förmåga en individ måste besitta för att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Tolkningen lämnas till Försäkringskassan och ytterst till den enskilda handläggaren. Många gånger är det också svårt för såväl den försäkrade, den sjukskrivande läkaren som omgivningen att förstå vad som förväntas av den försäkrade. Sammantaget riskerar detta legitimiteten för sjukförsäkringen.

Det är inte aktuellt att överge den grundläggande principen att människors arbetsförmåga ska tas tillvara när så är möjligt och att arbetsförmågan vid längre sjukperioder, enligt bestämda tidsgränser, ska bedömas bredare mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete behöver dock analyseras närmare. Det behöver analyseras dels hur arbetsförmågan ska bedömas när bedömningen ska göras vidare

än mot arbeten hos den arbetsgivare där den försäkrade är anställd, dels vilka fysiska och mentala förmågor som krävs av en person för att kunna utföra dessa arbeten.

Utredaren ska därför

- analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning, och
- analysera vilka fysiska och mentala förmågor som kan krävas av en person för att personen ska kunna hänvisas till ett på arbetsmarknaden förekommande arbete.

Målet med uppdraget är att säkerställa en rättssäker och likformig bedömning samt öka den försäkrades förståelse för de beslut som fattas. I detta arbete är det viktigt att kunskapen som finns bl.a. hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tas tillvara. Utgångspunkten för uppdraget ska vara att de nuvarande kraven på omställning inom sjukförsäkringen bibehålls men att dessa krav måste vara förståeliga.

Särskilda skäl vid bedömning av arbetsförmågan vid dag 180

I dag gäller att den försäkrades arbetsförmåga inte provas mot hela arbetsmarknaden om det finns särskilda skäl att inte göra det eller om det kan anses oskäligt. I förarbeten anges exempel på tre situationer när särskilda skäl kan tillämpas. Särskilda skäl kan till exempel finnas när en försäkrad ska genomgå en operation som utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och med stor sannolikhet kommer att återställa arbetsförmågan hos den försäkrade. Särskilda skäl kan också finnas om det utifrån Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är sannolikt att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren inom viss tid. Det bör dessutom framgå av det medicinska underlaget att det finns en välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete och en tidsplan för när det kan ske. Särskilda skäl gäller även om den försäkrade partiellt trappar upp sin arbetstid, så länge han eller hon bedöms kunna vara åter i arbete i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 eller medverkar i en arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till återgång inom denna tidsram.

För att särskilda skäl ska kunna tillämpas krävs, oavsett situation, att det finns stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365. Det innebär att särskilda skäl inte ska tillämpas för längre sjukfall.

Oskälighetskriterierna infördes i lagstiftningen 2010 efter initiativ från socialförsäkringsutskottet (bet. 2009/10:SfU13). Motivet var att det visat sig finnas fler situationer än de som rymdes inom särskilda skäl då det ansågs vara oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till ett annat arbete än sådant som finns hos arbetsgivaren eller i det egna företaget. I utskottsbetänkandet angavs fem situationen när oskälighetskriterierna är tillämplbara enligt följande:

- Om det är troligt att arbetsförmågan successivt kommer att försämras och den försäkrade kommer att få svårigheter att på sikt klara även ett annat arbete.
- En försäkrad med en allvarlig sjukdom som har tillfälligt ökad arbetsförmåga.
- Den försäkrade genomgår en medicinsk behandling i syfte att förebygga en allvarlig sjukdom och den nedsatta arbetsförmågan beror på behandlingen.
- Den försäkrade genomgår en långvarig rehabilitering till följd av en olycka eller vissa sjukdomar, till exempel stroke. Det kan handla om omfattande brännskador, förlamning, förlust av en kroppsdel eller förmågan att se eller att tala och liknande funktionsnedsättning.
- Den försäkrade lider av en progressiv sjukdom som leder till att arbetsförmågan successivt avtar.

Arbetsförmågeutredningen framförde i sitt slutbetänkande att det inte bara är rent medicinska faktorer som avgör om en försäkrad har förmåga att arbeta med något på arbetsmarknaden förekommande arbete. Den utbildning, erfarenhet och övriga resurser den försäkrade har för att kompensera för en aktivitetsbegränsning spelar roll för möjligheterna att försörja sig själv på arbetsmarknaden. Utredningen föreslog att man i bedömning av rätten till sjukpenning även skulle beakta den försäkrades försörjningsförmåga. Förslaget skulle enligt utredningen innebära att utöver den försäkrades medicinska förutsätt-

ningar för arbete skulle hänsyn tas till i första hand den försäkrades ålder, men också utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt. Att tillföra begreppet försörjningsförmåga skulle, enligt utredningen, leda till att krav på omställning i högre grad skulle riktas mot yngre och i lägre grad mot äldre med lägre utbildning som haft ett fysiskt yrke och drabbats av stora fysiska aktivitetsbegränsningar.

Uppdraget att se över ändamålsenligheten i särskilda skäl

Regeringen anser det rimligt att ställa krav på omställning på de personer som har möjlighet att försörja sig genom ett annat arbete på arbetsmarknaden. I dessa fall bör individerna i stället för sjukpenning erbjudas det stöd och de insatser av Arbetsförmedlingen som krävs för återgång i arbete. Samtidigt finns möjligheter för undantag från denna princip i form av särskilda skäl. Det behöver analyseras om det kan finnas situationer där det kan anses vara rimligt, både från ett samhällsekonomiskt perspektiv och ett individperspektiv, att inte ställa samma omställningskrav på individen som bedömningen mot andra arbeten på arbetsmarknaden innebär.

Utredaren ska därför

- se över om det är ändamålsenligt att ha särskilda skäl för att i vissa fall skjuta upp prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

Utgångspunkten är att personer som har en förmåga att självständigt, eller med stöd av insatser från Arbetsförmedlingen, ställa om till ett annat arbete ska göra det, samtidigt som dessa krav inte ska behöva ställas på personer som uppenbarligen saknar denna förmåga.

Behovet av anpassningar till förändrad arbetsmarknad

Den allmänna sjukförsäkringen infördes när en tillsvidareanställning var normen för de flesta i Sverige. Regelverket har följaktligen utformats med en sådan anställning som utgångspunkt.

Sjukpenning kan också betalas ut för försäkrade som är arbetslösa. Reglerna för arbetslösa skiljer sig i vissa avseenden från vad som gäller för dem med en anställning i syfte att inte skapa onödiga inläs-

ningseffekter. Personer som är arbetslösa bedöms mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden redan från första dagen då sjukpenning kan lämnas. Dessutom finns det för den som är arbetslös ett annat tak för hur hög sjukpenning som kan lämnas per dag. Taket motsvarar den högsta ersättningen från arbetslöshetsförsäkringen efter 100 dagar med sådan ersättning.

Arbetsmarknaden ser annorlunda ut i dag, särskilt vad gäller de yngre som inte har en fast förankring på arbetsmarknaden. För dem är det vanligt med timanställningar och andra former av tidsbegränsade anställningar. Reglerna för sjukförsäkringen har dock inte anpassats till de nuvarande förhållandena på arbetsmarknaden. Ett exempel på en situation när reglerna kan anses som otidsenliga är om en person under en längre tid har innehaft en timanställning på heltid eller i det närmaste heltid. Så fort det inte finns några nya arbetspass inplanerade kommer personen att betraktas som arbetslös i sjukförsäkringen. Om Försäkringskassan då bedömer att arbetsförmågan inte är nedsatt i förhållande till ett normalt förekommande arbete har personen inte rätt till sjukpenning även om personen helt klart är arbetsoförmögen i det arbete han eller hon vanligen utför.

Även Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) framför i rapporten *Tidsbegränsade anställningar och sjukförsäkringen* (Arbetsrapport 2016:1) att det vid prövningen av rätten till sjukpenning inte alltid är tydligt när tidsbegränsat anställda ska betraktas som anställda och när de ska betraktas som arbetslösa. Det gäller framför allt dem som är tim- eller behovsanställda. Detta medför att skyddet för inkomstbortfall vid sjukdom kan se olika ut beroende på anställningsform. ISF anser att rättsläget kan betecknas som oklart och menar att det finns anledning att undersöka frågan om skyddet i sjukförsäkringen vidare och se hur tillämpningen ser ut i praktiken. Rapporten visar vidare att personer med tidsbegränsade anställningar inom kommun- och landstingssektorn i genomsnitt har färre dagar med sjukpenning och även nekas sjukpenning i större utsträckning än tillsvidareanställda. Det gäller oavsett ålder, kön eller yrke.

Acceptansen för sjukförsäkringens regelverk kan skadas om det finns otydligheter i lagstiftningen om när en försäkrad betraktas som arbetslös. Legitimiteten kan också försvagas av att två personer med samma nedsättning av arbetsförmågan som arbetar med liknande arbetsuppgifter och i samma omfattning bedöms olika i sjukförsäkringen beroende på anställningsformen.

Utredaren ska därför

- utreda behovet av anpassningar av försäkringsskyddet för personer med timanställningar och andra tidsbegränsade anställningar.

Möjligheterna att ta vara på den enskildes arbetsförmåga vid partiell sjukskrivning

Sjukpenning kan lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån beroende på graden av arbetsförmågans nedsättning. Dessa nivåer av sjukpenning har funnits sedan år 1990. Tidigare kunde man bara få hel eller halv sjukpenning. Ändringen gjordes för att förbättra förutsättningarna för rehabilitering och ge en smidigare återgång till arbete efter lång sjukskrivning.

Grundprincipen är att arbetsförmågan bedöms dag för dag. Detta innebär att den som får partiell sjukpenning t.ex. med halv förmån förutsätts minska sin arbetstid i motsvarande mån varje dag. Enligt rättspraxis kan Försäkringskassan göra undantag från grundprincipen om det är medicinskt motiverat (HFD 2011 ref. 30). För ett sådant undantag krävs att den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte överstiger vad som är förenligt med sjukskrivningsgraden. Utgångspunkten bör, enligt Försäkringskassans vägledning¹, vara den försäkrades veckoarbetstid. En längre period än två veckor bör det normalt inte vara aktuellt att beakta.

I många fall kan en partiell sjukskrivning vara ett bättre alternativ än att vara helt sjukskriven. Exempelvis rekommenderar Socialstyrelsen² partiell sjukskrivning och successiv återgång vid flera psykiska diagnoser.

Det gällande regelverket har funnits under en lång tid, utan att någon översyn har gjorts av vare sig reglerna eller den praxis som har utvecklats på basis av de domar som finns i frågan. Diagnossammansättningen har också ändrats sedan reglerna infördes och de domar som styr rättspraxis beslutades. Det finns därför skäl att se över om de gällande bestämmelserna fortfarande är ändamålsenliga.

För allvarligt sjuka personer kan det vara viktigt att kunna arbeta när sjukdomen medger detta. Försäkringskassan och Sahlgrenska sjukhuset har i ett gemensamt projekt samverkat för att underlätta

¹ Vägledning 15:1 Version 7.

² <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>

för cancerpatienter att arbeta på sin tidigare arbetsplats som en del av sin rehabilitering. Erfarenheterna från projektet är att nuvarande regelverk inte är tillräckligt flexibelt. Det finns därför anledning att även se över detta.

Utredaren ska därför

- utreda om de gällande reglerna är ändamålsenliga så att de bidrar till att en försäkrads arbetsförmåga i möjligaste mån tas tillvara och att återgång i arbete underlättas.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredarens förslag ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och särskilt motiverade om de inte bedöms främja jämställdhet. Förslagets administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, landsting eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas.

Författningsförslag

Om utredaren bedömer att det är nödvändigt med författningsförslag kan utredaren lämna sådana förslag.

Samråd och redovisning av uppdraget

Vid genomförande av uppdraget ska utredaren samråda med berörda myndigheter, företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer och andra för sammanhanget relevanta aktörer.

Den del av uppdraget som avser särskilda skäl för att skjuta upp arbetsförmågebedömningen ska redovisas den 30 januari 2019. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 oktober 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:21

Tilläggsdirektiv till Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)

Beslut vid regeringssammanträde den 16 maj 2019

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 12 april 2018 direktiv om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (dir. 2018:26). Uppdraget skulle slutredovisas den 15 oktober 2019.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska istället slutredovisas senast den 31 januari 2020.

(Socialdepartementet)

2019 09 11/kg

Utlåtande gällande Utmattningsyndrom till Statens Offentliga Utredningar (Utlåtande om arbetsförmåga efter dag 180 vid utmattningsyndrom)

Kristina Glise, leg läk, med dr, Institutet för stressmedicin, Carl Skottsbergsgatan 22B, 41319 Göteborg.

Undertecknad har tagit del av, och instämmer i stort med utlåtandet från 2019 08 16, dr Alexander Wilczek.

Sammanfattning:

1. Försäkringskassans (FK) bedömning av rätt till sjukpenning vid utmattningsyndrom (UMS) är rättsosäkert. Handläggarna saknar tillräcklig kunskap om UMS och tar olika beslut i likartade ärenden.
2. Att använda bedömning mot hela arbetsmarknaden vid 180 dagar för UMS-patienter är för tidigt och det blir fel. Patienter tvingas sluta sitt ordinarie arbete för att gå till ett enklare, när de senare kan återfå tillräcklig arbetsförmåga* för att klara det ordinarie.
3. FK:s metoder att mäta arbetsförmågan vid UMS saknar stöd i forskningen och bedömningsprocessen är inte transparent. Utredningarnas resultat riskerar att överskatta UMS-patienternas förmåga att arbeta på en viss nivå över tid, och kan bli missvisande.
4. Det saknar grund att ett enklare arbete generellt är mindre belastande för en som är sjuk på grund av stress. Kravet blir ett hot och en kränkning vilket kan vara förödande för patienternas hälsa. Försämring med hel arbetsoförmåga kan bli följden.

Diagnoskriterierna för UMS har använts i Sverige sedan 2005. En revidering pågår för att kriterierna ska blir mer specifika. Det behövs ökad kunskap om UMS såväl i FK som i vården. Specialutbildade handläggare inom FK kan vara en lösning. Kompletterande utbildning i diagnosättning bör erbjudas allmänläkare, företagsläkare m.fl. särskilt mot bakgrund av att diagnosen är relativt ny. Vissa patienter med lättare besvär exempelvis de som är överansträngda eller som skulle klassificerats som anpassningsstörning, en diagnos med liknande symptom men där stressbelastningen varat kortare tid (1-3 månader istället för 6 månader eller mer), kan i vissa fall ha fått UMS-diagnos. En viss överanvändning av UMS-diagnosen kan således förekomma.

UMS kan ha varierande allvarlighetsgrad. Det är därför viktigt med en noggrann bedömning av varje enskilt patientfall för att kunna uttala sig om arbetsförmågan. Det är inte möjligt med generaliseringar. Tillståndet fluktuerar varför bedömning över tid ger en mer rättvisande bild av patientens sjukdom och arbetsförmåga än bedömning vid ett enda tillfälle.

**"arbetsförmåga" används i texten för att beskriva huruvida en patient är arbetsförmå i någon grad. Denna formulering kan skilja sig något från FK:s terminologi.*

Svar på frågorna

1. Företagshälsovårdens central roll

UMS-patienter är ofta mitt i livet och majoriteten har ett arbete, flertalet har lång utbildning och lever i en relation (1, 2). Orsaken till sjukdomen är ofta en kombination av arbetsrelaterade och privata stressorer. Få patienter rapporterar enbart privata stressorer som orsak (3). Patienter med UMS delar inte samma riskfaktorer för psykisk ohälsa såsom låg socioekonomisk status, ensamstående och/eller arbetslös, som befolkningen i övrigt (1, 2).

Företagshälsovården (FHV), framförallt om den är inbyggd, har unika möjligheter att sköta rehabilitering, sjukskrivning och tidig kontakt med arbetsgivaren. Patienter med UMS som har tillgång till välfungerande FHV kan med fördel få hjälp där. Majoriteten av patienterna rapporterar arbetsrelaterade stressorer (3), vilket gör FHV till en särskilt lämplig vårdform. I en fullt utbyggd FHV finns olika personalkategorier som har god kännedom om arbetsplatsen och om arbetets betydelse för hälsan. De har vanligtvis upparbetade kanaler till chefer och arbetsledare om anpassning behövs. FHV-personalen kan ge behandling och stöd under sjukskrivningstiden, arbetsåtergången och vid återfall. Vidare kan de föreslå förebyggande åtgärder på arbetsplatsen för att förhindra nya sjukfall, och delta i genomförandet av dessa.

FHV har monterats ned och det som återstår har varierande kvalitet. En inbyggd FHV där personalen har god kännedom om arbetsplatserna har bra förutsättningar för optimal rehabilitering av UMS-patienter. Genom sin breda arbetsmiljökunskap kan FHV vara behjälplig i arbetsmiljöarbetet på individ, grupp och organisationsnivå.

2. Arbetsgivare, behandlande läkare och FHV är centrala aktörer

En kontinuerlig läkarkontakt är av största vikt för optimalt omhändertagande av UMS-patienter. Sjukdomen blir ofta långvarig, kontinuitet i vården gör patienten lugn och rehabiliteringen sammanhållen. Företagsläkare har god kännedom om arbetsmiljö och hälsa, vilket är centralt vid UMS. Läkaren följer förloppet, ger råd, stöd och behandling, gör fortlöpande differentialdiagnostiska överväganden vilket är nödvändigt eftersom symptomen förändras över tid, remitterar till annan kompetens vid behov, bedömer möjliga orsaker till förändring av tillståndet, kontaktar arbetsgivaren, bedömer arbetsförmågan och utfärdar sjukintyg.

Vid sjukskrivning för UMS måste en plan för återgång i arbete tas fram. Det görs lämpligen vid ett avstämningsmöte med patienten, arbetsgivaren, läkaren, och FK. Eventuell anpassning på arbetsplatsen bör planeras i god tid och hinder för arbetsåtergången undanröjas, arbetsgivaren är här den centrala aktören. Arbetsgivaren kan ge stöd och uppmuntran och med patientens tillstånd fortlöpande följa rehabiliteringen. Läkaren tillsammans med patienten planerar lämplig tidpunkt för återgång i arbete och vad som kan vara hållbar belastning över tid samt arbetets upplägg med tillräcklig tid för återhämtning. Allt förankras hos arbetsgivaren. Idag går FK emot medicinska rekommendationer när det gäller arbetets upplägg och hänvisar till regelsystemet. FK tar beslut om sjukpenning och det ska FK göra enligt lagen. Arbetsgivaren är den som slutligen accepterar arbetsförmågan och betalar lön för utfört arbete. Åtgärder på arbetsplatsen är den enda intervention där det finns evidens för snabbare återgång i arbete vid sjukskrivning för UMS, varför sådana interventioner är särskilt viktiga (4).

FHV (vg se avsnitt 1) bör ha olika personalkategorier med kompletterande kompetenser när det gäller frågor som rör rehabilitering och arbetsmiljö.

3. Vikten av att rehabiliteringen har som mål: återgång i befintligt arbete

Egna erfarenheter: när Sveriges ekonomi gungade i början av 1990-talet och neddragningar gjordes i offentlig sektor, så noterades en påtaglig förändring av patientpanoramats vid en FHV-central vid ett medelstort sjukhus i Västsverige. Från att tidigare behandlat patienter från yrkesgrupper med kort utbildning som städerskor/städare, undersköterskor, ekonomibiträden m.fl, som sökte för smärtor i muskelapparaten, alkoholproblem eller konflikter, kom nu en ökande grupp som sökte för utmattning och kognitiv nedsättning. Det var individer som inte tidigare sökt hjälp inom FHV såsom läkare, avdelningsföreståndare, psykologer och kuratorer. Patienterna var helt slutkörda och uppgivna, många klagade över situationen på arbetet och uttryckte att de aldrig ville gå tillbaka dit igen. Detta var en helt ny patientgrupp där det initialt var svårt att veta hur behandlingen skulle skötas. Under en period ansågs inom FHV att om man hade blivit sjuk på en arbetsplats så var det bäst att byta arbete. Många patienter fick därför byta arbetsplats när det var dags för arbetsåtergång, på inrådan från FHV och från personalavdelningen på sjukhuset. Efter ett till två år kom många tillbaka och klagade. Detta var alls inte vad de egentligen hade velat. De hade varit för sjuka för att inse vad det innebar att byta jobb och för att kunna protestera. Att byta arbete var mycket ansträngande. Patienterna fick lära känna nya arbetskamrater, nya rutiner, nya arbetsuppgifter mm. Synen på det gamla arbetet hade långsamt ändrats, och man ville nu tillbaka dit även om viss anpassning skulle krävas för att göra det möjligt. Det var här man hade sin identitet. Arbetssättet inom FHV-centralen ändrades därefter till att i flertalet fall förorda återgång i arbete på den gamla arbetsplatsen med anpassningar vid behov. När patienterna återfått full arbetsförmåga kunde de själva söka sig vidare, om det var så de önskade. Patienten hade nu större utsikter att göra väl övervägda val och få ett arbete där återfall i UMS kunde undvikas och med acceptabel lön. Undantag gjordes fortfarande i fall där det fanns konflikter på arbetsplatsen. Då ordnades annan arbetsplats.

Patienter med UMS lider av utmattning, kognitiv nedsättning, överkänslighet för stress och krav samt sömnstörningar under en avsevärd tid. Sjukdomen läker långsamt. Under denna tid kan patienterna vanligtvis inte ta beslut med långtgående konsekvenser. Att byta arbete är ansträngande för en frisk, och för en som är sjuk på grund av långvarig stressbelastning kan belastningen bli övermäktig. Försämring av tillståndet riskeras och förlängning av sjukdomstiden. Prognosen långsiktigt är dock god och flertalet patienter kommer tillbaka till sina gamla arbeten. Här har man sin identitet, sin kompetens och många har en fast tjänst. Det är inte rimligt att patienter tvingas sluta på sitt ordinarie arbete i ett tidigare skede för att få ett enklare jobb, när de senare återfår tillräcklig funktion och förmåga för att sköta sitt gamla arbete.

Det finns ingenting som säger att ett enklare arbete är mindre belastande för en som är sjuk på grund av stress och som absolut inte vill byta jobb. Ett sådant krav kan vara förödande och upplevas som ett hot och en kränkning. Tvingas UMS-patienter till oönskade arbetsbyten har samhället snart frustrerade individer med hög kompetens i enklare jobb. Förmodligen skulle de må så dåligt att sjukdomen försämrades med hel arbetsoförmåga som följd. Detta skulle leda till samhällsekonomiska förluster.

4. Försäkringskassans utredning

FK:s utredning (TMU, m.fl) av patienter långtidssjukskrivna för UMS innebär en mycket stor ansträngning för den sjuke. Utredningen tar några dagar och patienterna ska genomgå läkarundersökning och utföra tester hos psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut. Efter testningarna meddelas patienten av FK om de får behålla sin sjukpenning (TMU). Flertalet patienter är ambitiösa och välutbildade. De gör sitt yttersta för att prestera väl i en testsituation (5). Eftersom de kan fungera väl under en begränsad tid, kan testresultaten bli missvisande. Testbatterierna är normerade efter normalbefolkningen och inte för en grupp högpresterande. Sistnämnda grupp riskerar att försämringar inte syns i testerna då de fortfarande presterar väl jämfört med normalbefolkningen. Deras reella förmåga över tid kan överskattas. Reaktionen på ansträngningen vid testningarna kommer senare vilket inte testteamet ser, men väl läkaren vid nästa återbesök. Patienterna kan vara helt utslagna i dagar till veckor och det finns fall där ansträngningen lett till långvarig försämring och nya kroppsliga symptom.

Det finns inga obligata (nödvändiga) objektiva fynd vid utmattningssyndrom. UMS-patienterna ser ofta helt normala ut i vila, först vid belastning syns sjukdomen. Detta går att jämföra med en patient som lider av kärlekskramp (angina pectoris), även dessa patienter ser helt normala ut i vila, men om de springer upp och ned i en trappa så syns sjukdomen.

FK:s metoder att bedöma arbetsförmågan kan starkt ifrågasättas. Det lär inte finnas någon validering av de metoder och tester som används där träffsäkerheten att bedöma arbetsförmågan vid UMS kan styrkas. FK:s metoder måste vara transparenta så att läkaren och patienten kan följa vad som gjorts, och hur resultaten tagits fram. Resultaten måste kunna överklagas redan på denna nivå, vid diskrepans med patientens och läkarens bedömning. (se även under Övriga synpunkter)

5. Vikten av att patienten behöver få en sjukskrivning utan krav

Patienter som blivit sjuka av långdragen stressbelastning och brist på återhämtning har behov av just återhämtning. Hos dem med allvarligt UMS är heltids sjukskrivning vanligtvis nödvändigt. Tillståndet fluktuerar, ibland utan synbarlig orsak. Patienterna är vanligtvis oförmögna till all form av planerad aktivitet. Under sjukskrivningen ska de successivt återinföra regelbundna levnadsvanor avseende sömn, mat och fysisk aktivitet och långsamt utöka vardagsaktiviteterna såsom att tömma diskmaskinen, tvätta, laga mat, promenera. I det initiala skedet klarar patienterna inga yttre krav, det får komma efterhand. Arbetsåtergång är möjlig när de fungerar i vardagen. Tidpunkten för arbetsåtergången och vilka krav man kan ställa över tid blir en klinisk bedömning. Arbetsgivarens stöd är av största vikt.

Det är inte möjligt att forcera patienterna utöver deras förmåga utan att riskera försämring. En kort tid kan de prestera över sin förmåga, men att fortsätta på för hög nivå leder ofta till försämringstillstånd som kan bli mycket långvariga. FK:s ideliga påstötningar blir en påtaglig stressor som kan försämma tillståndet.

6. Vikten av acceptans av långvariga rehabiliteringsperioder

Det finns studier av UMS patienter som visar det långa förloppet av psykiska symptom (1). Efter 18 månaders behandling på specialistklinik självsattar mer än en tredjedel fortfarande utbrändhet (motsvarar UMS) (1). Sjukskrivningsdata på likartad population visar att efter 12

månader är 40% inte är sjukskrivna i någon grad, efter 36 månader 80% (6), samt vid uppföljning efter 7 år 88% (manus). Resultatet stämmer väl med data från Umeå där liknande patienter behandlas och från Ersta psykiatriska klinik som behandlat sjukvårdspersonal med allvarligt UMS. Det finns således övertygande stöd för att långa sjukskrivningar inte försämrar möjligheten till återgång i arbete för denna patientgrupp. Prognosen är god på sikt. Flertalet kommer tillbaka i arbete även om det tar tid. Något stöd för att sjukskrivningen i sig skulle påverka patienterna negativt finns således inte. Bedömning mot hela arbetsmarknaden vid 180 dagar är alldeles för tidigt och blir fel.

7. Avstämningsmöten - som kan medföra samsyn om vad som kan och bör göras.

Avstämningsmötet (se punkt 2) är ett utmärkt redskap för att skapa samsyn mellan patienten, sjukvården, FK och arbetsgivaren. FK kan få fördjupad förståelse för patientens sjukdom och hur den påverkar arbetsförmågan. Eventuella oklarheter kan redas ut.

Övriga synpunkter

FK har ett stort och viktigt uppdrag i att granska sjukintyg och bevilja sjukpenning vid sjukdom som nedsätter arbetsförmågan. För patientgruppen med UMS behövs en större kunskap hos handläggarna och deras rådgivare vid FK, samt ändringar av regelsystemet. Systemet är rättsosäkert då bedömningarna varierar mellan olika handläggare. Försäkringens regelverk stämmer dåligt med sjukdomsförloppet vid UMS. Som systemet fungerar idag skapas konflikter mellan vården och FK, försämring av patienternas tillstånd, orättvisor och svåra ekonomiska umbäranden hos en grupp som jobbat och betalat sin skatt. En försäkring som inte fungerar måste ändras.

FK måste ha förtroende för läkaren som har kännedom om patienten och om UMS, och som utfärdar sjukintyget. Läkare är en personalkategori med legitimation och som har ansvar för sina bedömningar och beslut. Tillit mellan olika aktörer i samhället såsom FK och vården är nödvändig. Läkrintyg saknar mening om de inte tillmäts något värde av FK. Att utfärda ett läkarintyg tar tid och kontrollerandet som FK ägnar sig åt genom mängder av kompletteringar som kan tyckas meningslösa för läkaren som känner patienten, tar tid från vården. När det sedan resulterar i att svårt sjuka blir av med sin försörjning trots läkarens och patientens protester, då blir förtroendet rubbat. Läkaren har sedan att vägleda en svårt sjuk patient som saknar möjlighet att försörja sig och kanske måste sälja egendom och flytta för att överleva.

De teammedicinska utredningarna (TMU m.fl) är kostsamma. Det är oklart hur FK:s metoder för att mäta arbetsförmågan tagits fram. När syftet är oklart förutom att kontrollera läkarens bedömning, och när det är uppenbart för den som känner patienten att utredningen inte kommer att öka kunskapen om den reella arbetsförmågan, då uppstår irritation. Arbetsförmågan är dynamisk, den går upp och ned och är beroende av många olika faktorer. Hållbar arbetsförmåga över tid är något annat än att mäta ett antal parametrar vid ett tillfälle. Ett resultat från TMU eller motsvarande, där FK placera in patienten i ett fack, full arbetsförmåga, 75%, 50%, 25% eller ingen förmåga utan djupare kännedom om patienten är otillfredsställande. Utredningar som leder till så allvarliga konsekvenser för den enskilde som dessa, måste vara valida och transparens måste råda om vilka spelregler som gäller vid bedömningen.

1. Glise K, Ahlberg G, Jr., Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: Does sex or age make a difference? *BMC psychiatry*. 2012;12(1):18.
2. Wiegner L, Hange D, Bjorkelund C, Ahlberg G, Jr. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care--an observational study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:38.
3. Hasselberg K, Jonsdottir IH, Ellbin S, Skagert K. Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):66.
4. Wallensten J, Asberg M, Wiklander M, Nager A. Role of rehabilitation in chronic stress induced exhaustion disorder – a narrative review. Submitted. 2019.
5. Krabbe D, Ellbin S, Nilsson M, Jonsdottir IH, Samuelsson H. Executive function and attention in patients with stress-related exhaustion: perceived fatigue and effect of distraction. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2017;20(4):333-40.
6. Glise KG, Hadzibajramovic EH, GA. AJ. Treatment of stress-related exhaustion in a specialist clinic for stress: early detection seems urgent.
7. Glise K, Hadzibajramovic EH, Ahlberg G Jr. Treatment of stress-related exhaustion in a specialist clinic for stress: early detection seems urgent. (Oral presentation) *Work Stress and Health. The 12th International Conference on Occupational Stress and Health*; June 7-10, 2017; Minneapolis, Minnesota: American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health, Society for Occupational Health Psychology; 2017. p 22.

Kristina Glise

Utlåtande gällande **Utmattningsyndrom** till Statens Offentliga Utredningar
2019 08 16

Alexander Wilczek, med dr, leg läk
Institutionen för kliniska vetenskaper
Karolinska Institutet vid Danderyds Sjukhus.
Stockholm

Vad är Utmattningsyndrom?

Stress under lång tid utan tillräcklig återhämtning kan leda till ett sjukligt tillstånd som i Sverige kallas Utmattningsyndrom (UMS). Diagnosen, som är kriteriebaserad, godkändes av Socialstyrelsen 2004 med ICD-kod F348A (1). Tillståndet har förstas funnits i alla tider och beskrevs redan 1869 under benämningen Neurasteni. Vi vet idag att det är ett patologiskt tillstånd i sin egen rätt, skild från t ex Ängestsyndrom och Depression, som dock ofta är en komplikation till UMS. Sjukdomen karakteriseras av tre huvudsymptom. 1/ "hjärntrötthet", att hjärnan inte fungerar som vanligt. 2/ kognitiva störningar, att vårt minne, vår koncentrationsförmåga, vår orienteringsförmåga, vår tillgång till språk och logiskt tänkande försämras. 3/ en utdragen stresskänslighet, som innebär att UMS symptom lätt återkommer då den drabbade utsätts för nya stressande situationer. Det räcker med måttlig stress, sådant som före insjuknandet inte skulle vålla några problem. Utöver dessa tre kärnsymptom kan en lång rad andra problem bli aktuella, t ex sömnstörningar, panikattacker, ökad känslighet för sinnesintryck, smärtor och irritabilitet

2015 visade Ivanka Savic Berglund (2) att utmattade patienter visade en mätbar hjärnskada centralt i pannlobens hjärnbark, en skada som inte finns hos friska. Efter något eller några år läker denna skada hos de allra flesta. Just pannloben är aktivt engagerad i vår kognitiva förmåga. Aktuell, ännu inte publicerad, forskning har visat att halter av mikropartikel med ursprung i astrocyter är förhöjd i blod hos utmattade men inte alls hos friska eller patienter sjuka i depression (3). Mikropartikel är restprodukter efter att celler brutits ner och astrocyter är en celltyp som endast finns i hjärnan. Dessa fynd talar starkt för att UMS är resultatet av en hjärnskada, något som också understryks av att läkningsförloppet i mycket påminner om läkningen efter en traumatisk hjärnskada som t ex stroke. Det som kräver mest tid för läkning är de kognitiva svårigheterna och det är också dessa problem som försvårar återgång i arbete.

Prognosen är på längre sikt god, efter 1 år var nästan 78% av UMS patienterna på Ersta psykiatriska klinik tillbaka på hel- eller deltid i sin grundprofession. Efter 3 år var 96% åter i sitt arbete (4). Andra jämförbara studier visar liknande resultat.

Aspekter av rehabiliteringen

Ett närmast genomgående problem för UMS patienterna är den stress som Försäkringskassans (FK) regel om att bli prövad mot hela arbetsmarknaden efter 6 månaders sjukskrivning utsätter dem för. Efter 6 månader är patienterna ofta förbättrade avseende symptom som sömnsvårigheter, trötthet, ångest, nedstämdhet och lustlöshet, men den kognitiva förmågan är fortfarande mycket sårbar och problem kan uppstå vid minsta ansträngning. Det kan t ex handla om att vistas i ett rum med flera människor som man måste förhålla sig till. Ett exempel kan vara ett sk avstämningsmöte där patienten, dennes läkare, chef, ev HR-personal och handläggaren från FK deltar. Patienten kan under den tid som mötet pågår ofta fungera adekvat och förefaller vara nära sin normala kapacitet.

Men mötet följs oftast av ett utmattningsskov som leder till att patienten blir liggande med huvudvärk i ett mörkt och tyst rum under några dygn. Att med denna sårbara förmåga orientera sig i en ny miljö, att ens tänka på att börja på en ny arbetsplats med nya uppgifter, nya arbetskamrater och nya lokaler är omöjligt. Ändå är det just vad FK föreslår. Den kognitiva förmågan återkommer men det tar oftast längre tid än 6 månader.

Arbetsplatsen är mycket central i rehabiliteringen. Det handlar om att gradvis "belasta" patienten med de uppgifter som finns i yrkeslivet för att underlätta arbetsåtergång. Arbetsgivarens inställning är av stor betydelse för detta. En arbetsgivare som i samråd med sin sjuka medarbetare och dennes läkare är öppen för att hitta möjliga anpassningar av den sjukas arbetsuppgifter, är till mycket stor hjälp i rehabiliteringen. Ofta leder FKs regelverk till problem som tyvärr försvårar processen. Ett exempel kan vara när bedömningen är att återgång i arbete på 25% är möjlig. Om heltid motsvara 40 timmar/vecka kräver FK att den försäkrade skall arbeta 2 timmar/dag 5 dagar/vecka. Med resor till och från arbetsplatsen med allmänna kommunikationsmedel kan det lägga ytterligare någon eller några timmar/dag till belastningen. Dessutom i en miljö med många andra människor, tidtabeller etc som utgör en klart stressande situation för den som skall rehabiliteras. Istället kanske det optimala för både arbetsgivaren och arbetstagaren kan vara 5 timmar under två av veckans dagar med en längre viloperiod mitt på dagen och med en eller två vilodagar mellan arbetsdagarna. En ökad flexibilitet från FKs sida skulle vara till hjälp för den drabbade och troligen på sikt också bidra till kortare sjukskrivningsperioder.

Ett annat problem är att sjukskrivningsgraden endast har 4 nivåer: 100%, 75%, 50% och 25%. Särskilt för försäkrade som arbetar skift, kan det vara svårt att hitta meningsfull tjänstgöring med dessa ramar. Idealt borde sjukskrivningsgraden kunna anpassas till varje individs behov.

Återfallsrisken är hög

FKs statistik visade att av samtliga sjukskrivna under stressdiagnos (dvs de allra flesta under diagnos UMS) 2015 hade 25% tidigare varit sjukskrivna under samma diagnos åren 2005-2014. Var fjärde person som insjuknar i UMS kommer med andra ord sannolikt att återinsjukna i framtiden. Detta faktum behöver alla parter uppmärksamma genom att utveckla och vidta återfallsförebyggande åtgärder för att i framtiden minska individens lidande, minska de problem som uppstår på arbetsplatsen när en medarbetare blir långtidssjukskriven och minska kostnaderna som det innebär för samhället, som har ansvar för prevention, rehabilitering och sjukförsäkring.

Referenser

1. Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, Perski A, Svensson A 2003. Utmattningssyndrom-en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen (The National Board of Health and Welfare), Stockholm oktober 2003.
2. Ivanka Savic 2015: Structural Changes of the Brain in Relation to Occupational Stress. *Cerebral Cortex*, Volume 25, Issue 6
3. Mobarrez F, m fl 2017 opublicerad.
4. Wilczek A, Besér A, Brändström L. Psykiatrisk öppenvård enligt Erstamodellen för sjukvårdspersonal med utmattningssyndrom. <https://www.erstadiakoni.se/Documents/Ersta%20sjukhus/Psykiatri/Erstamodellen%20201702.pdf> . 2017.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

RAPPORT

ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING

- en kartläggande litteraturöversikt

Förord

Under arbetet med statens offentliga utredning: Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (SOU 2019:2) framkom ett behov av att undersöka arbetslivsrehabiliteringens funktion och plats i rehabiliteringskedjan. Rapportens huvudsyfte är att undersöka det vetenskapliga stödet för hur åtgärder i form av arbetslivsinriktad rehabilitering fungerar samt undersöka det vetenskapliga stödet för om en fortsatt koppling till arbetsplatsen är hälsofrämjande under rehabilitering. Bakgrunden är en önskan om mer kunskap kring eventuella konsekvenser av att sjukskrivna övergår i en process för omställning till annat arbete under rehabiliteringsfasen.

Vi tackar Eva Hessman och Helen Sjöblom vid Göteborgs universitet, Biomedicinska biblioteket, för stöd i processen med informationssökning.

Agneta Blomberg & Gunnel Hensing
Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa
Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Göteborg 2019-12-02

Innehåll

| | |
|--|---------|
| Sammanfattning | 262 |
| Introduktion | 264 |
| Hälsa, arbete och sjukfrånvaro | 264 |
| Arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering – kort översikt över regelverket..... | 264 |
| Aktörerna: teori, begrepp och definitioner | 265 |
| Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom myndigheter | 266 |
| Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom hälso- och sjukvården | 268 |
| Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom arbetsmarknadens intresseorganisationer | 268 |
| Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering – avslutande kommentarer | 270 |
| Problemformulering och syfte | 271 |
| Resultat | 272 |
| Nyvännen kunskap och kvarstående kunskapsluckor | 276 |
| Metod vid framställningen av litteraturoversikten | 277 |
| Bilagor | 279 |
| Bilaga 1. Tabell 1: Kortfattad summering av resultat för besvär i rörelseorganen..... | 280 |
| Bilaga 2. Tabell 2: Kortfattad summering av resultat för psykisk ohälsa | 282 |
| Bilaga 3-7. Tabell 3-7 Resultat av inkluderade översikter och enskilda artiklar..... | 283-294 |
| Bilaga 8. Flödesschema: översiktsartiklar | 295 |
| Bilaga 9. Flödesschema: enskilda artiklar | 296 |
| Bilaga 10. Sökprocessen..... | 297 |
| Bilaga 11. Tabell 8: inkluderade översikter och enskilda artiklar | 301 |
| Referenser..... | 304 |

Sammanfattning

Bakgrund: Arbete är en förutsättning för människors liv och välbefinnande. Generellt är arbete bra för hälsan men brister i arbetets organisering och i fysisk eller psykosocial arbetsmiljö kan leda till sjukdom eller skador. Sjukdom uppstår av en rad orsaker utöver de arbetsrelaterade men arbetsmiljön spelar en stor roll också för om personer med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar eller andra hälsoproblem kan arbeta. Arbetslivsrelaterad rehabilitering kan vara aktuell i förhållande till symtom, sjukdomar och skador orsakade av arbetet eller av andra orsaker.

Syfte: Det övergripande syftet har varit att utifrån relevanta översikter av vetenskapliga studier kartlägga kunskapsläget kring arbetslivsriktad rehabilitering vid psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen. Ytterligare syfte har varit att gå igenom aktuella nordiska studier inom området samt att utforska kunskapsläget kring betydelsen av anställning under rehabilitering. Arbetslivsriktad rehabilitering kan vara olika typer av insatser som kan främja återgång i arbete.

Resultat: I kartläggningen ingår 13 litteraturoversikter om besvär i rörelseorganen och 6 om psykiska besvär. Av de 13 litteraturoversikterna om besvär i rörelseorganen fann två att arbetslivsriktad rehabilitering hade en tydlig positiv effekt på återgång i arbete medan tio översikter fann en viss effekt och en litteraturoversikt fann att resultaten från de olika ingående studierna var motstridiga. Sammantaget framkom det att insatser som tillhandhålls av flerprofessionella team visade sig ha bättre effekt än enstaka insatser på återgång i arbete. Flertalet översikter fann också att arbetslivsriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad har större möjligheter att bidra till återgång i arbete. Översikterna som behandlade arbetslivsriktad rehabilitering vid psykiska besvär visade ett svagare stöd för att insatser för arbetslivsriktad rehabilitering har effekt. I de sex översikterna var det några som inte fann några samband mellan insatserna och återgång i arbete medan övriga fann ett visst stöd för att sådana insatser hade effekt. Med tanke på att antalet översikter är färre inom området psykisk ohälsa (och också antalet studier som ingår i översikterna) får man vara mer försiktig när man drar slutsatser. Kognitiv beteendeterapi som är arbetsriktad visade emellertid bättre effekt för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än KBT som inte var arbetsriktad. Sammanvägt resultat tyder alltså på att insatser som involverar arbetsplatsen eller är arbetsriktade har bättre effekt än de som inte gör det. Det saknas översikter med fokus på arbetslivsriktad rehabilitering som syftar till att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö. Utöver de 13 översikterna som behandlade besvär i rörelseorganen och de sex som behandlar psykisk ohälsa inkluderades två andra typer av översikter (mer information om detta finns i rapporten). Resultaten från dessa går i samma riktning som de här beskrivna.

Av de 6 nordiska studier som inkluderades fann en studie av arbetsriktad KBT en skillnad i tid till återgång i arbete medan övriga inte fann några skillnader mellan de personer som deltog i den

arbetslivsinriktade rehabiliteringen och de som inte deltog i insatsen. En av studierna följde en lagförändring i Finland, som innebar ökade krav på samverkan och uppmärksamhet kring risker för långvarig sjukfrånvaro. Man fann att den hade positiv effekt på sjukfrånvaro tid för personer med psykiska besvär men inte i gruppen med besvär i rörelseorganen.

Slutsats: Trots att resultaten från de i rapporten ingående översikterna och enskilda studierna varierar är den sammanvägda slutsatsen att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

Introduktion

Hälsa, arbete och sjukfrånvaro

Arbete är en förutsättning för människors liv och välbefinnande. Arbete organiseras och utförs på många sätt och en av de vanligaste formerna i ett samhälle som det svenska är som anställd i privata, ideella eller offentliga verksamheter. Generellt är arbete bra för hälsan men brister i arbetets organisering och i fysisk eller psykosocial arbetsmiljö kan medföra hälsorisker (1-3), vilka i sin tur kan leda till symtom, sjukdom eller skador. Funktionsnedsättningar och sviktande arbetsförmåga kan leda till sjukfrånvaro (1, 4). Sjukdom uppstår av en rad orsaker utöver de arbetsrelaterade men arbetsmiljön spelar en stor roll också för om personer med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar eller andra hälsoproblem kan arbeta. Arbetslivsrelaterad rehabilitering kan vara aktuell i förhållande till såväl arbetsorsakade symtom och sjukdomar som av andra orsaker. Psykisk sjukdom och besvär i rörelseorganen är vanliga besvär som ofta har ett samband med arbete (4, 5). Diagnosgrupperna är också de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro (5-7). Sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser riskerar att bli längre än vid andra orsaker och risken för återfall i sjukfrånvaro är högre (5).

Kort om orsakspanorama

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har systematiskt granskat och sammanställt forskning om samband mellan exponering i arbetsmiljön och ryggsjukdom (8). Rygsjukdomar utvecklas i högre utsträckning bland personer som arbetar i miljöer med hög fysisk belastning och manuell hantering i form av lyft och olika vridmoment. En arbetsmiljö som innebär att personer som upplever arbetet pressande utan möjlighet att påverka sin situation riskerar också att utveckla rygsjukdomar. Forskning som undersökt vilka arbetsvillkor som ger upphov till besvär i rörelseorganen är generellt mer utvecklad än den forskning som undersökt samband mellan arbetsvillkor och psykisk (o)hälsa (9). Numera finns dock vetenskapligt stöd för samband mellan arbetets organisering och faktorer i den psykosociala arbetsmiljön och psykisk ohälsa (6, 7, 10). Bristande medmänskligt stöd, pressande arbete, osäkra arbetsförhållanden samt mobbning och konflikt är enligt en sammanställning från SBU negativt för den psykiska hälsan. Utöver det fann man att en rättvis behandling är positivt för den psykiska hälsan, detsamma gäller om man upplever att man har god kontroll i sitt arbete, d.v.s. att det finns ett handlingsutrymme för att påverka sin egen arbetssituation (10).

Arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering – kort översikt över regelverket

Det finns i Sverige ett omfattande regelverk och strukturer för arbetsmiljö och säkerhet i arbetslivet. Här nedan nämns endast ett par med relevans för arbetslivsinriktad rehabilitering och specifikt för den här kunskapssammanställningen.

Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) innehåller grundläggande regler om arbetsmiljöns utformning. Enligt arbetsmiljölagen är det arbetsgivarens ansvar att det finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet att tillgå på arbetsplatsen.

Arbetsmiljöföreskrifter

Hur arbetsmiljölagen skall tillämpas i detalj framgår av Arbetsmiljöverkets föreskrifter, och dessa är i princip lika bindande som lagen. Det som specifikt gäller för området arbetslivsriktad rehabilitering återfinns i Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 1994:1 med titeln ”Arbetsanpassning och rehabilitering”. Det framgår att åtgärder inte enbart handlar om anpassningar i arbetsmiljön eller i arbetsuppgifter utan kan också innefatta sådan utbildning som syftar till att arbetstagaren skall kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Rehabiliteringsansvaret omfattar alla sjukfall oavsett om sjukfrånvaron beror på hälsoproblem som uppstått som en följd av faktorer i arbetet eller inte. Av föreskriften framgår också att arbetstagaren är skyldig att bidra i rehabiliteringen.

Socialförsäkringen

Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns i 30 kap. 6 § Socialförsäkringsbalken (2010:110). Där framgår att arbetsgivaren efter samråd med den anställde ska lämna upplysningar till Försäkringskassan för att så snart som möjligt kunna klarlägga rehabiliteringsbehov. Arbetsgivaren skall i övrigt medverka till rehabiliteringen och svara för de åtgärder som behövs för att en effektiv rehabilitering kommer igång.

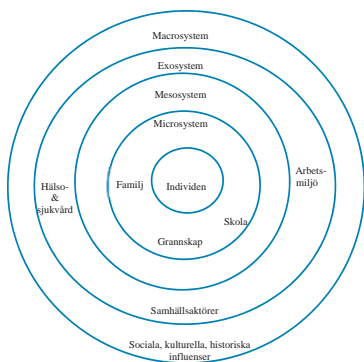
Lagen om anställningsskydd

Arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar för rehabilitering kvarstår så länge det finns ett anställningsförhållande och regleras i lagen om anställningsskydd (LAS 1982:80) och specifikt i 23 § om turordningsregelning och att särskild hänsyn tas till arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga, 33 § om rätten att kvarstå i anställning till 67 år, samt i 7 § som reglerar omplacering av arbetstagare. En tillfällig eller varaktig omplacering kan tillämpas om den anställde efter en bedömning av arbetsförmåga inte anses kunna utföra sina ordinarie arbetsuppgifter. Först när det är fullständigt klarlagt att arbetstagaren inte kan utföra något arbete av betydelse är arbetsgivaren skyldig att se över möjligheter för omplacering utanför anställningsavtalets ram. Arbetsgivaren är inte skyldig att skapa en ny tjänst eller nya arbetsuppgifter.

Aktörerna: teori, begrepp och definitioner

Aktörer befinner sig i ett sammanhang där samspel mellan enskilda individer och dess omgivning ständigt pågår. Ett samhällssystem består av flera nivåer där faktorer inom respektive nivå interagerar och påverkar utvecklingen av varje enskild individ. I Bronfenbrenners ekologiska systemteori

poängteras vikten av att studera utveckling utifrån detta perspektiv. Modellen synliggör aktörernas position och ökar förståelsen för att dessa sammanhang har betydelse för samspelet mellan organisationer och enskilda individer (11).



Figur 1 Bronfenbrenners' strukturmodell, fritt översatt (Bronfenbrenner, 1979)

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom myndigheter

Flera olika myndigheter är involverade i frågor som rör arbetslivsinriktad rehabilitering. Begreppet är inte helt lätt att avgränsa. I detta avsnitt går vi igenom hur olika myndigheter förstår och använder begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.

Socialdepartementet

I en tidigare statlig utredning (SOU 2006:86) definierades arbetslivsinriktad rehabilitering som "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" (12).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i en skrift från 2011 antagit en gemensam ståndpunkt tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting för en samordnad och arbetslivsinriktad rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning, för ett ökat deltagande i arbetslivet. Aktörerna framhåller att för arbetssökande personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom fyller arbetslivsinriktad rehabilitering en viktig roll. Det framgår inte hur man definierar begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering (13).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering förekommer vid ett par tillfällen på SBU:s hemsida men det finns ingen definition av begreppet. Det finns inte heller i SBU:s ordlista (14).

Statens kommuner och landsting

Statens Kommuner och Landsting (SKL) beskriver på sin hemsida om processer vid rehabilitering och arbetsanpassning men definierar inte begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. SKL framhåller att arbetslivsinriktad rehabilitering och rehabilitering på arbetsplatsen är arbetsgivarens ansvar. Ansvaret är långtgående då man menar att arbetsgivaren ska göra allt som är möjligt för att (den sjukskrivna) arbetstagaren ska återgå i arbete hos arbetsgivaren. SKL menar också att arbetsplatsen måste anpassas till de anställdas olika förutsättningar och att åtgärderna skall genomföras i nära anslutning till arbetsplatsen. SKL påpekar också att arbetstagaren är skyldig att bidra till sin egen rehabilitering och enligt SKL är ett aktivt förhållningssätt en förutsättning för att uppnå återgång i arbete (15).

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) definierar i en underlagsrapport arbetslivsinriktad rehabilitering som ”åtgärder som syftar till att en försäkrad med bristande arbetsförmåga skall få tillbaka denna och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärsarbete” (16).

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket använder rehabilitering som ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, social och arbetslivsinriktad art. I arbetsmiljöföreskriften AFS 1994:1 skriver man att specifikt för arbetslivsinriktad rehabilitering avses insatser som behövs för att den som drabbats av sjukdom ska kunna återfå sin arbetsförmåga och att det är arbetsgivarens ansvar är att vidta åtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten för att arbetstagaren skall kunna återgå till sin arbetsplats (17).

Försäkringskassan

Försäkringskassan ger ingen definition av arbetslivsinriktad rehabilitering på sin hemsida men beskriver de olika aktörernas ansvarsområden och vilka åtgärder som åligger de olika aktörerna (18).

Arbetsförmedlingen

På Arbetsförmedlingens hemsida beskrivs arbetslivsinriktad rehabilitering som en verksamhet man bedriver i samarbete med Försäkringskassan, som har som mål att personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa, skall återgå i arbete, men man ger ingen definition av begreppet (19).

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården (HSV) skall enligt lag svara för att det finns tillgängliga resurser för att täcka behovet av rehabiliterande åtgärder oavsett om de sker i slutenvård eller öppenvård. För arbetstagare i behov av rehabilitering kan HSV föreslå åtgärder för att underlätta arbetsåtergång. En möjlig åtgärd är sjukskrivning som en del av den medicinska behandlingen, och den då skall vara anpassad efter individen. Målet är att patienten antingen behåller sin nuvarande förmåga eller återgår till tidigare funktionsförmåga (20).

Sveriges Företagshälsor

I en nyligen utgiven rapport från Sveriges Företagshälsor (företagshälsövårdens branschorganisation), där man särskilt analyserade arbetsmiljö, organisation och hälsa användes varken begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering eller rehabilitering (21).

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom arbetsmarknadens intresseorganisationer

Arbetsgivarorganisationer

Svenskt Näringsliv

Svenskt Näringsliv (SvN) redogjorde i en nyligen utgiven rapport för sitt perspektiv på sjukfrånvaro, arbetsplatsinriktad rehabilitering och återgång i arbete. SvN använde alltså begreppet *arbetsplatsinriktad rehabilitering* snarare än arbetslivsinriktad. Arbetsplatsinriktad rehabilitering innebär att arbetsgivaren vidtar åtgärder för en effektiv rehabilitering och anpassar arbetsplatsen till medarbetarens behov. I samma rapport lyfte man fram arbetsgivarens långtgående ansvar för rehabiliteringsprocessen och beskrev vilka insatser som kan möjliggöra återgång i arbete, bland annat arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen, hjälpmedel, ändrade arbetsuppgifter och ändrade arbetstider (22).

Arbetsgivarverket

Arbetsgivarverket som är de statliga arbetsgivarnas samarbetsorganisation redogjorde i en nyligen publicerad vägledning för statliga arbetsgivare för de skyldigheter som åligger arbetsgivaren vid sjukfrånvaro och rehabilitering. Arbetsgivarverket definierade rehabilitering som ett samlingsbegrepp som omfattar medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering, men vi fann inte någon specifik definition av arbetslivsinriktad rehabilitering (23).

Fackliga organisationer

Landsorganisationen

I en rapport publicerad på Landsorganisationens (LO) hemsida används begreppet arbetslivsriktad rehabilitering utan någon definition. I samma rapport nämndes dock begreppet rehabiliteringsrättigheter som en åtgärd för att trygga ekonomin för sjukskrivna personer (24).

Sveriges Läkarförbund

På Sveriges Läkarförbunds hemsida återfinns ingen definition av arbetslivsriktad rehabilitering men man har i ett remissuttalande om en ny lag om koordineringsinsatser uttalat sig om sjukskrivningsprocessen och att åtgärder krävs för att patienter skall kunna få ökad tillgång till rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården och företagshälsovården (25).

Tjänstemannaförbundets centralorganisation

Tjänstemannaförbundets centralorganisation (TCO) beskriver på sin hemsida att arbetslivsriktad rehabilitering innebär att arbetstagaren efter en sjukskrivning ska kunna få hjälp av arbetsgivaren att återgå i arbete (26). I övrigt har TCO inte definierat begreppet men kommenterar i ett remissyttrande från 2018 vikten av arbetsanpassningar och arbetslivsriktad rehabilitering för återgång i arbete efter en sjukskrivning (27).

Sveriges akademikers centralorganisation

Sveriges akademikers centralorganisation (SACO) använder begrepp som rehabiliteringsplan, rehabiliteringsansvar och arbetslivsriktade åtgärder i ett remissyttrande daterat 2017. Yttrandet innehåller inga definitioner av respektive begrepp utan beskriver processerna kring åtgärder för återgång i arbete (28).

Patientföreningar

Vi fann en förteckning över patientföreningar på sjukvårdsupplysningens hemsida: 1177.se. Av de listade föreningarna fanns ingen som arbetar för att stödja personer med smärtrelaterade diagnoser, men vi hittade ett flertal som arbetar för att stödja personer med psykisk ohälsa. De för ämnet relevanta aktörerna är samlade i en paraplyorganisation som heter *Nationell Samverkan för psykisk hälsa* (NSPH). Någon närmare beskrivning eller definition av begreppet arbetslivsriktad rehabilitering fann vi inte men på hemsidan nämns rehabilitering och man beskriver arbetsplatsanpassning som en viktig åtgärd vid återgång i arbete efter sjukskrivning (29).

Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), som ingår i NSPH, beskriver i ett remissyttrande till Socialdepartementet i maj, 2017 rehabilitering som ett samlingsbegrepp som omfattar medicinsk, social och arbetslivsriktad rehabilitering. I sitt yttrande lyfter RSMH fram att arbetsgivaren ansvarar

för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och att syftet med denna är uppnå återgång i arbete hos arbetsgivaren (30).

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering – avslutande kommentarer

Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering används, som framgick ovan, i många olika sammanhang och i en bred bemärkelse. Begreppet saknar en enhetlig, gemensam definition vilket skulle kunna underlätta jämförelser och kommunikation. I en finsk avhandling från 2018 lyfter forskaren fram problemet med avsaknaden av en gemensam definition, som hen menar saknas också i forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering (31). Definitionerna varierar med syfte, sammanhang, ämnesområde, underliggande teoretisk förståelse och kunskapssyn. En annan aspekt som lyfts fram i avhandlingen är att de definitioner som används sällan speglar komplexiteten i arbetslivsinriktad rehabilitering. Av vår genomgång av svenska aktörer inom området kan man se hur sammanhang och perspektiv formar definitioner. De kan exempelvis handla om i vilken utsträckning arbetsgivarens ansvar och roll betonas eller i vilken utsträckning man integrerar eller förhåller sig till andra former av rehabilitering. Vi såg också hur de definitioner som används kopplar samman arbetslivsinriktad rehabilitering med åtgärder som handlar om att återfå förmåga att arbeta och försörja sig. Flertalet som definierar eller skriver om arbetslivsinriktad rehabilitering framhåller arbetsgivarens ansvar i sammanhanget.

Problemformulering och syfte

Vikten av tidiga och aktiva rehabiliteringsåtgärder har diskuterats i decennier och blev speciellt uppmärksammat i mitten på 80-talet då sjukskrivningstalen ökade. Ett initiativ för att komma tillrätta med problemet så tidigt som möjligt var att lägga huvudansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på arbetsgivaren, eftersom arbetsgivaren ansågs ha kunskap om de anställdas behov och förutsättningar. Forskning som undersöker om tidiga insatser är effektiva för ökad återgång i arbete visar på skilda resultat, trots det är detta synsätt en av de bärande principerna i rehabiliteringsprocessen (32).

Hur aktörerna upplever varandras roller i rehabiliteringsprocessen framgår i en forskningsrapport av Ekberg & Sebrant (2007), där det bland annat framkommer att samordningsansvaret för rehabiliteringsprocessen är svårt att styra då rehabiliteringsarbetet skall bedrivas av arbetsgivaren. I en intervjustudie fann forskarna att hälso- och sjukvårdens personal ser det som sitt ansvar att lindra och bota sjukdom, men att man däremot inte bär ansvar för enskilda individers återgång i arbete (33). Försäkringskassan anser å sin sida att regelverk och krav på måluppfyllelse gör rehabiliteringsprocessen långdragen och komplicerad. I samma rapport undersökte forskarna de sjukskrivnas upplevelse av rehabiliteringsprocessen och av deras berättelser framkommer det att man anser att möjligheten till delaktighet är begränsad. I intervjuer berättar arbetstagare att arbetsgivarens agerande spelar stor roll för motivationen. Hur benägen den sjukskrivne är att medverka i sin rehabilitering kan relateras till arbetsgivarens engagemang i att arbeta med åtgärder och arbetsanpassningar (33). Briand et al. (2007) har funnit att återgång i arbete påverkas av fler faktorer än enbart bedömning av arbets-(o)förmåga och hänvisar bland annat till samarbetet mellan arbetstagaren, arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, myndigheter och förutsättningar i kompensationsystemet (34).

Av dessa två exempel framgår att arbetslivsinriktad rehabilitering är komplext både som åtgärd, process och relation. Det är flera olika aktörer med olika mål och ansvar involverade. Vid psykiska problem och rörelseorganens sjukdomar finns det stora individuella skillnader i symtomuttryck, behandlingseffekter och påverkan på fysiska, psykiska och sociala funktioner vilket påverkar såväl förmåga att arbeta som åtgärder för återgång i arbete.

Syftet med litteraturoversikten är att kartlägga forskning som studerat arbetslivsriktade insatser för att främja tidig återgång i arbete efter en sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen.

Forskningsfrågorna är:

1. Vilken eller vilka typer av arbetslivsriktad rehabilitering har positiv effekt på minskat antal sjukskrivningsdagar för personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen?
2. Vidare kommer resultatet av en specifik fråga som handlar om betydelsen av bibehållen anställning under rehabiliteringsprocess att redovisas. Metodiken som väljs för denna frågeställning är att kontakta ett europeiskt nätverk av forskare inom området. Frågan som vi avser att besvara är om effekten av krav på omställning (det s.k. omställningshotet) riskerar att påverka enskildas hälsa negativt.

Resultat

Resultaten i rapporten redovisas i text och i tabeller. Tabell 1 och 3 innehåller samma översikter. Tabell 1 är en kortversion av tabell 3. I tabell 3 ingår fler detaljer om översikterna och resultaten. På motsvarande sätt innehåller tabell 2 och 4 samma översikter. Tabell 2 är en kortvariant medan tabell 4 är mer detaljerad. Tabell 5 är en tabell som innehåller översikter som inte specifikt handlar om rörelseorganens besvär eller psykiska besvär utan de innehåller flera olika typer av sjukdomar och besvär. I vissa av översikterna gick det att läsa ut resultaten för rörelseorganens besvär och psykiska besvär. Dessa redovisas i tabell 5 och kommenteras också i texten. Tabell 6 redovisar översikter som haft som syfte att syntetisera det vill säga bearbeta och kommentera kunskapsläget inom ett område. Den typen av översikter går utöver att endast redovisa resultat från ingående studier till att tolka och foga samman kunskapsläget. Dessa översikter redovisas separat på grund av att metodiken skiljer sig från översikterna som ingår i tabellerna 1/3 och 2/4. Slutligen redovisas resultatet från granskningen av nyligen publicerade nordiska studier i tabell 7. Dessa studier är så pass nya att de inte hunnit in i översikter. Övriga tabeller innehåller flödesschema och referenslista.

Waddell et al. (2008) menar att arbetslivsriktad rehabilitering kan vara vilken insats som helst som hjälper personer med ett hälsoproblem att återvända till eller vara kvar i arbete. Insatser bör fokusera på att identifiera och/eller bidra till att övervinna fysiska, psykologiska eller yrkesmässiga hinder (35). I svensk forskning används i princip samma definition: arbetslivsriktad rehabilitering skall syfta till att återge en sjuk person sin arbetsförmåga och skapa förutsättningar till egen försörjning (32). För att uppnå återgång i arbete skall rehabiliteringsåtgärder som underlättar detta sättas in. Det kan handla om både medicinska och sociala insatser, exempelvis utreda vilka behov som finns, anpassade former av fysisk aktivitet, att personer får arbetsträna, och utbildning kan ingå i arbetslivsriktad rehabilitering

(32). I vår kartläggning av internationell forskning fann vi ingen enhetlig och generellt accepterad definition av arbetslivsinriktad rehabilitering. Flera forskare påpekar att komplexiteten i processen inte alltid framgår av de enklast formulerade definitionerna (31). Man förbiser ofta sociala och processrelaterade aspekter. Flera definitioner tenderar att ha individfokus när arbetsförmåga i hög grad är något som uppstår i mötet mellan en individ, dess arbetsuppgifter och arbetsmiljö.

I vår kartläggning av den vetenskapliga litteraturen kan vi, liksom författarna av översikterna gör, konstatera att de olika insatser som studerats i olika forskningsprojekt varierar i stor utsträckning och att en rad olika typer av rehabiliteringsinsatser används i syfte att uppnå återgång i arbete. Dessa insatser kan vara i form av enskilda komponenter till exempel individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) eller som kompletta program levererade av olika specialister till exempel multimodal rehabilitering (MMR). Att variationen är så stor i de olika insatserna det svårt att jämföra studier och därmed också att bygga upp ett kunskapsläge eller forskningsevidens. För att få en samlad kunskap eller evidens behövs flera studier som utvärderar samma typ av intervention. Det faktum att studierna är heterogena både vad gäller insatser och metodik gör det svårt att dra en allmängiltig slutsats oavsett diagnosgrupp. Andra faktorer som försvårar jämförelser är att insatserna utförs i olika länder där regelverk och system inom sjukförsäkring och rehabiliteringsprocesser kan variera stort. En insats som fungerar väl i ett land kanske inte fungerar lika väl i ett annat land. Det faktum att insatserna kan variera beroende på vilken typ av arbetsplats som ingår försvårar också jämförelser. Trots dessa svårigheter att jämföra forskningsresultat är det viktigt att bedriva studier och jämföra resultaten från dessa för att så småningom bygga upp en kunskapsgrund där det finns vetenskapligt stöd för att en viss åtgärd har förväntad effekt.

Översikter som behandlar arbetslivsinriktad rehabilitering vid besvär i rörelseorganen

Vi fann 13 stycken översikter som särskilt behandlade arbetslivsinriktad rehabilitering och besvär i rörelseorganen. Av dessa fann två (36, 37) att arbetslivsinriktad rehabilitering hade en tydlig positiv effekt på återgång i arbete medan tio översikter (38-46) fann en viss effekt och en (47) fann att resultaten från de olika ingående studierna var motstridiga (se bilaga 3: tabell 3). En viss effekt innebär att det fanns en variation i studiernas vetenskapliga kvalitet och i vad de kom fram till (några fann positiva effekter medan andra inte fann det). Den sammantagna bilden av forskningsresultaten är alltså svårare att väga samman till en tydlig rekommendation. Det vanligaste var att översikterna inkludera studier av olika former av flerprofessionella team-insatser. Man fann oftast att dessa hade bättre effekt än enstaka insatser på återgång i arbete bland yrkesverksamma med besvär i rörelseorganen. I översikterna konstaterades också att insatser som innefattar arbetsplatsen är mer effektiva i att minska sjukfrånvaro eller för kortad tid till återgång i arbete, än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, vilket vanligtvis handlade om insatser inom hälso- och sjukvården.

Översikter som behandlar arbetslivsriktad rehabilitering vid psykisk ohälsa

Vi fann sex stycken översikter som behandlade arbetslivsriktad rehabilitering och psykiska besvär. Av dessa fann två att arbetslivsriktad rehabilitering hade en positiv effekt (48, 49), två fann viss effekt (vilket i princip innebär att det var blandade resultat i de ingående studierna) (50, 51), en fann ingen effekt (52) och en fann stöd för att sjukfrånvaron minskade men insatsen hade ingen effekt på återgång i arbete (53) (se bilaga 4: tabell 4). En vanlig insats som utvärderats är kognitiv beteendeterapi, (KBT), som är en individuell åtgärd. För arbetslivsriktad rehabilitering används ofta arbetsriktad KBT och enligt översikterna har sådan KBT större effekt i att minska sjukfrånvaro och korta tid till återgång i arbete än KBT utan arbetsfokus. Den generella bilden av området är dock att det finns färre studier än inom rörelseorganen och inga översikter som presenterar studier med fokus på att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö. I likhet med översikterna om rörelseorganen sammanfattar man i översikterna att insatser som involverar arbetsgivare har mer potential att lyckas än de som inte gör det.

Vi fann också översikter som behandlade arbetslivsriktad rehabilitering för fler urvalsgrupper än de vi eftersökte (d.v.s. besvär i rörelseorganen och psykisk ohälsa). Dessa inkluderade personer sjukskrivna på grund av en mängd olika orsaker. I de fall där data kunde analyseras på gruppnivå, d.v.s. bland personer med besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa, valde vi att inkludera resultaten. Vi fann sju stycken översikter med relevans för vår frågeställning. Resultaten för dessa är svårare att sammanfatta då insatserna är komplexa och inte är alltid tydligt framskrivna. Därför bör denna del tolkas med viss försiktighet (bilaga 5: tabell 5), men generellt återspeglas tidigare fynd även här, d.v.s. att arbetslivsriktad rehabilitering är mer effektiva än insatser som görs fristående från arbetsplatsen.

Översikter som syntetiserar tidigare kunskap

I våra sökningar fann vi översikter som inte specifikt redogjorde för detaljer från de studier man inkluderat utan istället använt materialet för att syntetisera den forskning som finns (54-61). I den typen av översikter spelar forskarnas samlade kunskap och bedömning en tydligare roll. Generellt fann man ett starkt stöd för att arbetsgivare/arbetsplatsen bör vara inblandad i rehabiliteringsprocessen om den ska leda till varaktig arbetsförmåga, minskad sjukfrånvaro och kortare tid till återgång i arbete (se bilaga 6: tabell 6).

Aktuella nordiska studier

I en genomgång av aktuella nordiska studier fann vi sex studier som undersökte effekter av arbetslivsrelaterade insatser. Fem av dessa behandlade arbetslivsriktad rehabilitering. En fann att insatserna hade effekt (62), tre hade ingen effekt (63-65) och en fann att resultaten var motstridiga (66). En studie undersökte effekterna av ny lagstiftning med koppling till arbetslivsriktad

rehabilitering (67). Lagstiftningen syftade till ökat samarbetet mellan aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Man fann att lagstiftningen hade effekt på varaktig återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa men inte för personer med besvär i rörelseorganen (se bilaga 7: tabell 7).

Den tredje frågeställningen i uppdraget gällde om det finns vetenskapligt stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering, eller annan typ av rehabilitering, fungerar mer effektivt om den enskilde har kvar sin koppling till arbetsplatsen. Denna fråga utforskades genom att vi skickade frågan per mail till medlemmarna i Sektionen för social trygghet, arbete och hälsa vid den europeiska folkhälsoorganisationen EUPHA (68). Nätverket har cirka 1200 medlemmar som representerar i huvudsak forskare inom området. En mer systematisk sökning och översikt rymdes inte inom uppdraget. Vårt mail till nätverket resulterade i 14 svar fram till den 19 november 2019.

Av svaren framgår att man ser frågan som viktig men att man inte känner till någon omfattande forskning inom området. Att ha kvar sin koppling till arbetsplatsen kan, enligt de svarande forskarna, antas ge positiva effekter i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen genom att man vet till vilken arbetsplats och arbetsmiljö man ska återvända, vilket underlättar för den sjukskrivna att förbereda sig socialt, mentalt och praktiskt. Det handlar också om tryggheten att veta att det finns ett jobb att återvända till när förmågan att arbeta är återställd. Merparten av forskarna som besvarade frågan hänvisade till forskning inom arbetslöshetsområdet men konstaterade också att effekten av att förlora kopplingen till en arbetsplats kan se annorlunda ut i en grupp som redan är drabbad av sjukdom. Generellt har arbetslösa sämre hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med de som är i arbete. Det kan bero på att personer med hälsoproblem har en högre risk att bli arbetslösa eller på arbetslösheten i sig. Det finns också studier som undersökt om effekten av arbetslösheten ser olika ut beroende på välfärdssystem. Forskningen ger där inget entydigt svar men ekonomiska problem, som kan bli en följd av arbetslöshet, har i sig en negativ inverkan på hälsan.

Slutsatsen är att det inte finns något tydligt vetenskapligt stöd för att besvara frågan. Annorlunda uttryckt finns en kunskapslucka mellan en central fråga i praktiken inom sjukförsäkringen och den forskning som hittills bedrivits.

Nyvetenskap och kvarstående kunskapsluckor

Rapporten visar sammanfattningsvis att:

1. Det finns ingen enhetlig och generellt accepterad definition av arbetslivsriktad rehabilitering inom forskning och inte heller i praktiken. Definitioner av begrepp kan uppfattas som en akademisk fråga men en gemensam förståelse av ett begrepp underlättar kommunikation och jämförelser.
2. De i översikterna ingående studierna varierar med avseende på insatser och metodik vilket gör det svårt att bygga upp ett kunskapsläge eller evidens kring effekten av arbetsriktad rehabilitering.
3. Översikterna som behandlade arbetslivsriktad rehabilitering vid besvär i rörelseorganen fann att insatser för arbetslivsriktad rehabilitering hade viss effekt på återgång i arbete (se bilaga 1: tabell 1). Den samlade bilden är att:
 - 3.1. Flerprofessionella team-insatser vid arbetslivsriktad rehabilitering hade bättre effekt för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än enstaka insatser.
 - 3.2. Arbetslivsriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen var mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen.
4. Översikterna som behandlade arbetslivsriktad rehabilitering vid psykiska besvär var färre och fann i mindre utsträckning stöd för att arbetslivsriktad rehabilitering har en positiv effekt på återgång i arbete (se bilaga 2: tabell 2). Den samlade bilden är att:
 - 4.1. Kognitiv beteendeterapi som är arbetsriktad har bättre effekt för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än KBT som inte är arbetsriktad.
 - 4.2. Arbetslivsriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen.
 - 4.3. Det saknas översikter med fokus på arbetslivsriktad rehabilitering som syftar till att påverka arbetsorganisation eller psykosocial arbetsmiljö.

Utöver de forskningsöversikter som inkluderades i granskningen och presenteras i tabeller fann vi översikter vars syfte var att syntetisera forskning. Generellt fanns ett starkt stöd i dessa syntetiserande översikter för att arbetsplatsen bör vara inblandad i rehabiliteringsprocessen om den ska leda till varaktig arbetsförmåga, minskad sjukfrånvaro och kortare tid till återgång i arbete.

I en fråga till ett europeiskt forskarnätverk fanns ingen som kände till forskning som behandlat frågan om betydelsen av att ha kvar en anställning under den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det finns en kunskapslucka.

En intressant fråga kring arbetslivsinriktad rehabilitering är vilken betydelse tidiga insatser har. Den frågan har inte varit huvudfokus för kartläggningen men i flera studier diskuterar man ändå vilken roll tidsaspekten har. Vi kan konstatera att i litteraturoversikterna om rörelseorganens besvär föreslår de flesta att tidiga insatser är bra. Enligt Franche et al. (2005) och Hlobil et al. (2005) bör insatserna sättas in inom 3 månader (36, 39). När det gäller psykisk ohälsa är bilden inte lika tydlig men vissa forskare framhåller att det är viktigt att tidigt identifiera psykiska besvär och kunna erbjuda relevant behandling för att minska risken för försämring (48, 52).

Metod vid framställningen av litteraturoversikten

Avgränsningar

Litteraturoversikten fokuserar på grupper som genomgått rehabilitering på grund av mildt till måttliga besvär i rörelseorgan och psykisk ohälsa då de står för 58 % av alla sjukfall (5). Personer med allvarliga medicinska tillstånd (t.ex. neurologisk sjukdom eller medfödd fysisk funktionsnedsättning) kan också behöva rehabilitering, men de har olika och specialiserade rehabiliteringsbehov. Insatser som inkluderar behandlingar utförda av hälso- och sjukvården exkluderades i det här arbetet.

Sökprocessen

Databassökningar genomfördes 2019-09-17. I litteratursökningen användes följande nyckelord: "vocational rehabilitation", "sickness absence", "sick leave", "return to work" och "back to work". I övrigt begränsades sökningen att gälla översikter och gjordes i databaserna PubMed, PsychInfo och Scopus. Sökningarna resulterade i ett första urval av 362 översikter (publicerade 2000–2019) och 129 originalartiklar (publicerade 2017–2020) och utfördes med stöd av bibliotekarier vid Göteborgs Universitetsbibliotek (sökprocessen finns beskriven i sin helhet i bilaga 10).

Relevansbedömning av ingående studier

Relevansbedömningen inleddes med en titelgranskning där översikter med relevant titel selekterades, därefter lästes abstrakt. Vid eventuella oklarheter lästes artikeln i sin helhet. Totalt exkluderades 328

översiktsartiklar och 123 originalartiklar och urvalsprocessen finns beskriven i flödesschema (se bilaga 8 och 9).

Kvalitetsbedömning av ingående studier

All litteratur som inkluderades i kartläggningen inhämtades från internationella databaser ämnade för vetenskapliga publikationer. Av de inkluderade litteraturöversikterna hade 30 stycken kvalitetsgranskats av författarna själva (36-46, 48-53, 55, 58-60, 69-76), tre hade tagit hänsyn till nivå på kvalitén i de enskilda studierna (54, 56, 61) och en var en deskriptiv litteraturöversikt där författarna inte gjorde någon egen bedömning av studiekvalitén (47).

Litteraturen

Sammantaget baseras resultatet på 34 systematiska översikter och utifrån dessa har författarna jämfört data för att kunna uttala sig om effekten av enskilda insatser. Insatserna syftade till att återställa individens arbetsförmåga för att uppnå återgång i arbete eller minskad sjukfrånvaro. Då kartläggningen baserades på systematiska översikter framgick det inte i detalj vilka komponenter som ingått eller hur insatsen gått till. Det gör det svårt att dra några detaljerade slutsatser om vad som är effektivt i arbetslivsinriktad rehabilitering. De litteraturöversikter som syntetiserar kunskap från tidigare forskning (se tabell 6) erbjuder information om vilka komponenter som kan ha effekt på återgång i arbete men det saknas kunskapsunderlag för att kunna dra några slutgiltiga slutsatser.

Bilagor

Bilaga 1. Tabell 1: Kortfattad summering av resultat för besvär i rörelseorganen

Bilaga 2. Tabell 2: Kortfattad summering av resultat för psykisk ohälsa

Bilaga 3-7. Tabell 3-7 Resultat av inkluderade översikter och enskilda artiklar

Bilaga 8. Flödesschema: översiktsartiklar

Bilaga 9. Flödesschema: enskilda artiklar

Bilaga 10. Sökprocessen

Bilaga 11. Tabell 8: inkluderade översikter och enskilda artiklar

Bilaga 1. Tabell 1: Kortfattad summering av resultat för besvär i rörelseorganen*

| Författare År Titel | Problemområde | Svar i korthet |
|--|--|---|
| Carroll et al. 2010 Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. | Är interventioner som involverar arbetsplatsen mer effektiva för återgång i arbete i jämförelse med de som inte gör det? | Ja, om det är flera aktörer involverade i insatserna men inte om de utgörs av enklare åtgärder. Man fann att fysisk aktivitet var mer effektiv än sedvanlig vård, förutsatt att insatsen involverade arbetsplatsen. Insatser som involverade flera aktörer som samarbetade för att uppnå återgång i arbete var ännu effektivare än fysisk aktivitet, oavsett om arbetsplatsen var involverad eller inte. |
| Desiron et al. 2011. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. | Vilken effekt har arbetslivsriktad rehabilitering som inkluderar insatser av arbetsterapeut på återgång i arbete? | Att involvera en arbetsterapeut i rehabiliteringsprocessen var positivt för att minska sjukfrånvaro och återgång i arbete. Att kombinera olika professioner i behandlingen minskade antalet sjukfrånvardagar. |
| Dick et al. 2011. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. | Vilken evidens finns för att insatser som syftar till att åtgärda besvär orsakad av långvarig belastning på övre extremiteterna har effekt på återgång i arbete? | Man fann att stödet för att multidisciplinära rehabiliteringsprogram (program som har flera olika professioner involverade i åtgärderna) har effekt på återgång i arbete för personer med smärtproblematik i övre extremiteterna är begränsad. Begränsat stöd innebär att resultaten i de olika studierna som ingått i granskningen varierar. Några visar positiva effekter medan andra inte finner några effekter. |
| Franche et al. 2005*. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. | Är multidisciplinära insatser med en koppling till arbetsplatsen effektiva i att uppnå återgång i arbete? | Ja, insatser som innefattade arbetsanpassningar och involverade en kontakt mellan aktörerna och arbetsplatsen hade mycket god effekt på återgång i arbete. Man fann måttligt starkt stöd för tidig kontakt mellan anställd och arbetsgivare. Man fann också måttligt starkt stöd för att insatserna var kostnadseffektiva. |
| Hlobil et al. 2005. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. | Hur effektiva är insatser som vill uppnå återgång i arbete i jämförelse med sedvanlig vård för personer med ryggsmärta? | Insatserna var effektiva i jämförelse med sedvanlig vård för återgång i arbete vid kortare uppföljning (6 mån). Man fann att den optimala tidpunkten för starta med åtgärder var 4 – 12 veckor efter sjukskrivning för att minska risken för kronisk ryggsmärta. |
| Karjalainen, K. et al. 2001. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review. (Cochrane Collaboration Review). | Hur effektiv är multidisciplinär rehabilitering (med ett biopsykosocialt perspektiv) för personer med ryggsmärta? | Man fann få (två) studier som undersökt effekten av multidisciplinär rehabilitering som var jämförbara med varandra. Man fann att insatserna hade en positiv effekt på återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro. |
| Norlund et al. 2009. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. | Hur effektiv är multidisciplinär rehabilitering för personer med ryggsmärta? | Multidisciplinär rehabilitering är mer effektiv än sedvanlig vård. Effekter varierade mellan 15 till 21 % till fördel för interventionsgrupperna, men författarna hävdar att resultat skall tolkas med försiktighet då analyser visat att det finns risk för s.k. publikationsbias (studier som inte visat på någon effekt blir inte publicerade). |
| Palmer et al. 2012. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. | Hur effektiva är arbetsplatsbaserade interventioner för personer med muskel- och ledbesvär? | En majoritet av insatserna hade effekt. Medianvärdet för ökad återgång i arbete var 21 % för interventionsgruppen jämfört med kontroll och sjukfrånvaron minskade med 1.11 dagar/månad. Författarna påpekade att mindre omfattande interventioner (lågintensiva) var mer effektiva än mer omfattande (högintensiva). Kunskapsunderlag saknas vad gäller kostnadseffektivitet. |
| Schonstein et al. 2003. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. (Cochrane Collaboration Review). | Vilka insatser är effektiva för att återställa arbetsförmågan, genom arbetsträning och fysisk aktivitet för att uppnå återgång i arbete och förbättrad funktionsförmåga? | Insatser som kombinerade arbetsträning och fysisk aktivitet med kognitiv beteendeterapi hade effekt på minskat antal sjukdagar (i medeltal -45 dagar vid 12 månaders uppföljning) för personer med kronisk ryggsmärta. Insatserna fokuserade på att simulera arbetssituationer med hjälp av relevanta aktörer. |

| Författare År Titel | Problemområde | Svar i korthet |
|--|---|--|
| van der Giessen et al. 2012. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. | Är Graded Activity ^a (GA) effektiv som rehabiliteringsmetod för individer med ryggsmärta? | Översikten innehöll studier med ett flertal olika utfallsmått, i fyra av tio studier undersökte man effekten på återgång i arbete eller sjukfrånvaro. Brist på studier gör det svårt att dra några slutsatser om Graded Activity som rehabiliteringsmetod för personer med ryggsmärta. Resultaten av de fyra studierna var inkonsekventa men indikerar att GA kan ha viss effekt på minskad sjukfrånvaro på längre sikt. |
| Wainwright et al. 2019. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. | Kan insatser för att stärka "motståndskraft" (resilience) underlätta för individer med smärta att återgå eller förbli i arbete? | Det var motstridiga resultat i de 24 studier som ingick i översikten. Författarna sammanfattar att det är osäkert vilken roll stärkt motståndskraft har för återgång i arbete. |
| Weir & Nielson. 2001. Interventions for disability management. | Hur effektiva är specifika interventionsprogram där individer erbjuds anpassade arbetsprogram och arbetsträning på grund av ryggsmärta? | Den här studien går igenom två översikter och de ingående studierna varierar i inriktning och resultat. Man finner dock visst stöd för att program som innebär gradvis ökad arbetsbelastning via arbetsplatsen eller med stöd från hälso- och sjukvården kan ha effekt på återgång i arbete. Det går dock inte att säga vilken del i interventionen som är effektiv. Program som tränar fysisk eller psykisk funktion i relation till arbetet varierade i upplägg och rapporterade motstridiga resultat så man konstaterar att det är osäkert om den här typen av program har någon effekt på återgång i arbete. |
| Williams et al. 2006. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for Work-Related Low Back Pain. | Är interventioner som involverar arbetsplatsen bättre om syftet är att återfå funktionsförmågan och begränsa risken för att smärtan återkommer? | Författarnas slutsats är att det finns visst stöd för att interventioner som innefattar arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete. Man finner också visst stöd för att det är bra med tidiga insatser. |

^a **Tolkning av tabellen:** I översikter försöker man göra en sammanvägning av resultaten från flera olika studier. Ofta ingår studier från olika länder där sjukförsäkrings- och andra välfärdslösningar kan se olika ut. Det gör det svårt att dra slutsatser mellan systemen. I den här tabellen ges svar i korthet. För mer utförlig beskrivning hänvisas till tabell 3.

I tabellen används begreppet "måttligt starkt stöd" för att en insats har effekt eftersom de ingående översikterna använt den terminologin. Måttligt starkt stöd innebär ofta att de studier som ingick i den granskade översikten varierade i sina resultat. Några fann ett stöd för att en viss insats för arbetslivsriktad rehabilitering hade effekt medan andra inte fann det. Det kan också hänga samman med de ingående studiernas vetenskapliga kvalitet. Om merparten av studierna pekar i samma positiva riktning brukar man tala om starkt stöd för att en viss insats har effekt på exempelvis återgång i arbete.

^a= Graded Activity (GA) är ett interventionsprogram som fokuserar på fysisk aktivitet baserat på instrumentell inlärning (positiv/negativ förstärkning).

Bilaga 2. Tabell 2: Kortfattad summering av resultat för psykisk ohälsa*

| Författare År Titel | Problemområde | Svar i korthet |
|--|--|---|
| Dewa et al. 2015. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review | Är insatser med fokus på problemlösning på arbetsplatsen effektiva för att uppnå återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa? | Oversikten inkluderade 6 interventionsstudier (vars resultat rapporterats i 8 artiklar). Slutsatsen från översiktsförfattarna är att det finns visst stöd för att insatser med fokus på problemlösning kan stärka återgång i arbete och reducera antalet sjukskrivningsdagar men insatserna som jämfördes hade varierande resultat så någon säker generell slutsats går inte att dra. |
| Joyce et al. 2016. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. | Är insatser som inkluderar arbetsplatsen effektiva för att /.../ rehabilitera anställda med stressrelaterad ohälsa, depression och/eller ångest? | Olika former av psykologisk behandling (exempelvis kognitiv beteendeterapi och lösningfokuserad behandling) med ett specifikt fokus på arbetsplatsen hade positiv effekt på arbetsrelaterade utfall såsom frånvaro. |
| Munoz-Murillo et al. 2018. Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review. | Är strategier som syftar till att underlätta för personer med psykisk ohälsa (MD) att återgå i arbete effektiva? | Forskarna som gjort oversikten konstaterade att det inte går att dra någon klar slutsats angående insatser som syftar till återgång i arbete. |
| Niewenhuis et al. 2014. Interventions to improve return to work in depressed people (Cochrane Collaboration Review). | Är insatser riktade till personer med depression effektiva för återgång i arbete? | Man fann måttligt starkt stöd för att sjukfrånvaron blir kortare om man lägger till en arbetsinriktad insats som arbetsanpassning eller psykologiskt stöd till behandlingen i övrigt. Resultaten baseras på tre studier i vilka det totalt ingick 251 personer. |
| Nigatu et al. 2016. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. | Är insatser som kombinerar arbetsplatsinsatser och behandling effektiva för ökad återgång i arbete bland personer med psykisk ohälsa? | I den sammanlagda analysen av resultat från 16 studier fann man inte förbättrad återgång i arbete (andel som var i arbete vid uppföljningen) i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna. Man fann däremot minskat antal frånvarodagar, där genomsnittlig skillnad var -13,38 dagar (95 % KI -24,07 till - 2,69). |
| Perski et al. 2017 A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. | Bidrar psykosociala insatser till ökad återgång i arbete för individer med utmattningssyndrom (eng: burnout)? | Man fann en ökad återgång i arbete bland de som deltagit i psykosociala insatser (hälsoutbildning, coping, avslappning, social förmåga) jämfört med kontrollgrupperna. Resultaten baseras på 8 studier. |

* Tolkning av tabellen: I översikter försöker man göra en sammanvägning av resultaten från flera olika studier. Ofta ingår studier från olika länder där sjukförsäkrings- och andra välfärdslösningar kan se olika ut. Det gör det svårt att dra slutsatser mellan systemen. I den här tabellen ges svar i korthet. För mer utförlig beskrivning hänvisas till tabell 3. I tabellen används begreppet "måttligt starkt stöd" för att en insats har effekt eftersom de ingående översikterna använt den terminologin. Måttligt starkt stöd innebär ofta att de studier som ingick i den granskade översikten varierade i sina resultat. Några fann ett stöd för att en viss insats för arbetslivsinriktad rehabilitering hade effekt medan andra inte fann det. Det kan också hänga samman med de ingående studiernas vetenskapliga kvalitet. Om merparten av studierna pekar i samma positiva riktning brukar man tala om starkt stöd för att en viss insats har effekt på exempelvis återgång i arbete.

Bilaga 3. Tabell 3: Sammanfattande tabell över resultat av inkluderade översikter 2000 – 2019 för diagnoser: muskel- och ledbesvär, smärta i rygg, nacke, axlar, armar och händer.

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|---|--|-----------------------------------|--|--|
| Är interventioner som involverar arbetsplatsen mer effektiva för återgång i arbete i jämförelse med de som inte gör det? | Personer sjukskrivna på heltid- eller deltid i minst 2 arbetsveckor på grund av ryggsmärta. | Vissa av de ingående studierna utvärderar enklare interventionsprogram (ergonomi eller stöd av en kontaktperson på arbetsplatsen) medan andra studier undersöker mer omfattande program med flera aktörer involverade. | Återgång i arbete. | Interventionsprogram som involverade fler aktörer (till exempel arbetsgivare, företagshälsövern, arbetsterapeut) hade en positiv effekt på återgång i arbete. De som använde sig av enklare åtgärder fann ingen effekt på återgång i arbete | Carroll et al. 2010 Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. |
| Vilken effekt har arbetslivsinriktad rehabilitering, som inkluderar insatser av arbetsterapeut, på återgång i arbete? | Personer i åldrarna 18-65 år, sjukskrivna för muskel- och/eller ledbesvär. | Arbetslivsinriktad rehabilitering utförda av multidisciplinära team. 1. Återgång i arbete bland patienter som deltar i ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram. 2. Återgång i arbete efter arbetsträning. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | Alla studier visade en positiv effekt på återgång i arbete när en arbetsterapeut var involverad men variationen i typen av insats var stor vilket försvårade jämförelser. Oberoende av smärtnivå fann man att multidisciplinära program (arbetsträning, funktionell rehabilitering) kan bidra till att identifiera och lösa problem vilket i sin tur leder till återgång i arbetet. | Desiron et al. 2011. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. |
| Vilken evidens finns för att insatser som syftar till att åtgärda besvär orsakad av långvarig belastning på övre extremiteterna har effekt på återgång i arbete? | Personer med smärtproblematik i nacke, skuldra, armar och händer. | Två olika typer av multidisciplinär rehabilitering som involverar olika professioner: bland annat läkare, psykolog, psykoterapeut fysioterapeut, koordinator och arbetsterapeut. Besök på arbetsplatsen gjordes. Behandlingar hade fokus på arbetsrelaterade frågor, patienterna erbjöds arbetsträning | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | 1. Återgång i arbete var något högre i interventionsgruppen som fick multidisciplinär rehabilitering (icke-signifikant). Efter 12 månader hade 86 % i interventionsgruppen återgått i arbete, jämfört med 73 % i kontrollgruppen. 2. Vid tre års uppföljning fann man att medeltalet för antal sjukdagar i rehabiliteringsgruppen minskade i jämförelse med kontrollgruppen, även om sjukfrånvaron i båda grupperna låg över det nationella genomsnittet. | Dick et al. 2011. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. |
| Är multidisciplinära insatser med en koppling till arbetsplatsen effektiva i att uppnå återgång i arbete? | Sjukskrivna personer med muskel- och ledbesvär och/eller smärta. | 1. Utvärdering av organisatoriska riktlinjer. 2. Koordinering av insatser via försäkringsgivare 3. 2 grupper fick två olika insatser: mini-intervention som inkluderar bedömning | Återgång i arbete | 1. Resultaten visade att sannolikheten för att återgå i arbete var 2.24 i interventionsgruppen jämfört med kontrollgrupp (signifikant resultat). | Franche et al. 2005. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|--|--|-----------------------------------|---|--|
| | | och samtal med fysioterapeut, samt mini-intervention som inkluderar arbetsplatsbesök med fysioterapeut, handledare, företagssjuksköterska, företagsläkare, vårdsamordnare och ergonom. 4. Arbetsplatsintervention inklusive ryggskola, funktionell träning, kognitiv beteendeterapi, m.m. | | 2. Resultaten visade att sannolikheten för att återgå i arbete var 2.5 för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen vid 1 års uppföljning (signifikant resultat). 3. Båda interventionsgrupperna hade färre dagar i sjukfrånvaro. 4. Majoriteten av de multidisciplinära insatserna hade en positiv effekt på återgång i arbete. | |
| Hur effektiva är insatser som vill uppnå återgång i arbete i jämförelse med sedvanlig vård för personer med ryggsmärta? | Sjukskrivna personer med muskel-och ledbesvär och/eller ryggsmärta. | Interventionsgrupperna fick tillgång till funktionella rehabiliteringsprogram av varierande art, oftast med stöd av ett multidisciplinärt team som inkluderade psykolog, fysioterapeut, företagshälsövård och vårdsamordnare (case-manager). Utbildning riktad till patienten (ryggskola) var ett vanligt förekommande inslag. I vissa fall kontaktades arbetsplatsen för att på det sättet möjliggöra göra arbetsplatsanpassningar. | Återgång i arbete | Vid 6 månaders uppföljning fann man att en positiv effekt på återgång i arbete. Slutsatsen är att det finns ett stark vetenskapligt stöd för att insatserna har effekt på återgång i arbete jämfört med sedvanlig vård. Vid 12 månaders uppföljning fann man motstridiga resultat, antalet sjukdagar minskade men för återgång i arbete fann man inte samma positiva effekt som vid 6 månaders uppföljning. | Hobill et al. 2005. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. |
| Hur effektiv är multidisciplinär rehabilitering som inkluderar ett biopsykosocialt perspektiv för personer med ryggsmärta? | Sjukskrivna (18-65 år) på grund av smärta i rygg, nacke och axlar. | Multidisciplinära interventionsprogram som innehöll läkarkonsultation, en psykisk, en social, en arbetslivsriktad insats eller en kombination av dessa. | Sjukfrånvaro Återgång i arbete | Man fann ett måttligt starkt stöd för att multidisciplinära insatser för återgång i arbete och reducerad tid i sjukfrånvaro för patienter med subakut ryggsmärta. | Karjalainen et al. 2001. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review. (Cochrane Collaboration Review). |
| Hur effektiv är multidisciplinär rehabilitering för personer med ryggsmärta? | Sjukskrivna (18-65 år) med ryggsmärta som varat i <11 veckor (subakut) eller >12 veckor (kronisk). | Multidisciplinära insatser som involverar två eller flera hälso- och sjukvårdsdiscipliner. | Sjukfrånvaro Återgång i arbete | Resultatet av metaanalysen indikerade en begränsad effekt. Genom att begränsa urvalet och endast inkludera studier som utförts i Skandinavien ökade effekten på återgång i arbete. | Norlund et al. 2009. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. |
| Hur effektiva är arbetsplatsbaserade interventioner för personer med muskel- och ledbesvär? | Sjukskrivna med muskel- och ledbesvär. | Insatserna inkluderade fysioterapi, kognitiv beteendeterapi, arbetsplatsanpassningar m.m. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | En majoritet av insatserna hade effekt. Medianvärdet för ökad återgång i arbete var 21 % för interventionsgruppen jämfört med kontroll och sjukfrånvaron minskade med 1.11 dagar/månad. Insatser som inkluderade arbetsanpassningar, kognitivbeteendeterapi och fysioterapi visade på positiv effekt återgång i arbete. Ingen insats visade effekt på kostnadseffektivitet. | Palmer et al.2012. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|--|---|--|---|---|
| Vilka insatser är effektiva för att återställa arbetsförmågan, genom arbetsträning och fysisk aktivitet för att uppnå återgång i arbete och förbättrad funktionsförmåga? | Personer >16 år med nedsatt arbetsförmåga och/eller funktionsnedsättning i rygg eller nacke. | Fysiskt interventionsprogram med fokus på återställning av förlorad arbetsförmåga på grund av skada i rygg eller nacke. Programmen involverar funktionella träningsprogram som syftar till förbättra arbetsförmåga och/eller funktionsförmåga. | Sjukfrånvaro. | Vid 12 månaders uppföljning indikerade resultatet en måttlig positiv effekt för minskat antal sjukskrivningsdagar. Mer positiva effekter fann man för de som ingick i program som fokuserar på att återfå funktionsförmågan. Forskarna konstaterade att det var stora skillnader i interventionsprogrammets varaktighet och utformning. | Schonstein et al. 2003. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. (Cochrane Collaboration Review). |
| Är Graded Activity* (GA) effektiv som rehabiliteringsmetod för individer med ryggsmärta? | Sjukskrivna med ryggsmärta. | Graded Activity* (GA) inkluderar skattningar av funktionell kapacitet; ett arbetsplatsbesök; utbildning och ett individuellt anpassat träningsprogram med en gradvis ökning i omfattning. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro (i 4 av 10 studier) | I en studie fann man positiv effekt på återgång i arbete, vid 1 års uppföljning fann man att effekten kvarstod bland männen men inte bland kvinnorna. I en studie fann man ingen effekt på kort tid men däremot på lite längre sikt (>1,5 mån) för minskad sjukfrånvaro. En studie fann ingen effekt för GA för återgång i arbete, skillnaderna i sjukskrivnings-tid minskade dock över tid (efter 6 mån). Ytterligare en studie fann ingen skillnad i sjukrivningstid mellan grupperna. | van der Giessen et al. 2012. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. |
| Kan resiliens (motståndskraft) hjälpa individer med smärta att återgå eller förbli i arbete? | Personer 18 – 65 år med kronisk smärta, vissa i sjukskrivning och vissa i arbete. | Multidisciplinära interventioner som kombinerar olika metoder för smärthantering (ergonomi, fysisk aktivitet, stretching, avslappning, KBT, beteendeförändring, motivationshöjande övningar m.m.) Några interventioner involverade även arbetsplatsen genom besök och koordinering. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | I fyra studier (av totalt 24) fann forskarna att återgång i arbete ökade för de interventionsgrupper som gavs en mer intensiv och omfattande insats. Fyra studier visade på ett blandat resultat vad gäller effekten på återgång i arbete. Insatser baserade på kognitiv beteendeterapi var mer effektiva för personer i kortvarig sjukskrivning (jämfört med långvarigt sjukskrivna). Resultatet av de resterande studierna visade ingen positiv effekt på minskad sjukfrånvaro däremot fann man en positiv effekt på återgång i arbete. | Wainwright et al. 2019. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. |
| Hur effektiva är specifika interventionsprogram där individer erbjuds anpassade arbetsprogram och arbetsträning på grund av ryggsmärta? | Personer med arbetsrelaterad ryggsmärta (> 6 månader). | Interventioner i form av: anpassade arbetsprogram arbetsträning, och arbetssimulering för kronisk smärta (s.k. modified work programs och work-hardening och work-conditioning) | Återgång i arbete | Resultatet för ett anpassat arbetsprogram, s.k. "modified work programs", indikerade en måttlig positiv effekt för återgång i arbete. Resultatet för insatser som involverade arbetsträning (work hardening/work conditioning) visade motstridiga resultat för återgång i arbete. | Weir & Nielson. 2001. Interventions for disability management. |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|---|---|--|-----------------------------------|---|--|
| Är interventioner som involverar arbetsplatsen bättre om syftet är att återfå funktionsförmågan och begränsa risken för att smärtan återkommer? | Personer med arbetsrelaterad ryggsmärta | Arbetsplatsinterventioner av olika slag bl.a.: arbetsträning genom gradvis ökad arbetsbelastning, samordningsinsatser som involverar arbetsmiljö och ergonomi samt anpassning av arbetsplatsen, anpassning av specifika arbetsuppgifter och flexibla arbetstider | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | Interventionsgrupperna fick en kombination av olika rehabiliteringsinsatser: (2) arbetsträning/gradvis ökad arbetsbelastning, (3) samordningsinsatser som involverade arbetsmiljö och ergonomi, (4) en grupp fick båda delar d.v.s. en kombination av (2) och (3) och vilket hade bäst effekt på återgång i arbete. Det finns ett visst stöd för interventioner som innefattar arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete. | Williams et al. 2006. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for Work-Related Low Back Pain. |

*= Graded Activity (GA) är ett interventionsprogram som fokuserar på fysisk aktivitet baserat på instrumentell inlärning (positiv/negativ förstärkning).

Bilaga 4. Tabell 4: Sammanfattande tabell över resultat av inkluderade översikter 2000–2019 för diagnos: psykisk ohälsa

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|--|--|---|---|--|
| Är insatser med fokus på problemlösning på arbetsplatsen effektiva för att uppnå återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa? | Personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. | Arbetsplatsfokuserad problemlösningsintervention. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | I en av åtta inkluderade studier fann man en signifikant skillnad för att insatsen hade effekt på återgång i arbete över tid. Slutsatsen var att det finns begränsad kunskap om effekten på återgång i arbete eller minskad sjukfrånvaro för denna typ av insats. | Dewa et al. 2015. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review |
| Är insatser som inkluderar arbetsplatsen effektiva för att förhindra, behandla eller rehabilitera anställda med stressrelaterad ohälsa, depression och/eller ångest? | Personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. | Tertiärprevention baserad på kognitiv beteendeterapi i kombination med tidig insats för återgång i arbete. | Återgång i arbete (i två av totalt 20 studier). | Man fann begränsad kunskap om effekten på återgång i arbete av KBT-baserade interventioner i kombination med tidig insats för återgång i arbete. För de insatser som innefattade arbetsplatsen fann man ett förbättrat utfall på återgång i arbete | Joyce et al. 2016. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. |
| Är strategier som syftar till att underlätta för personer med psykisk ohälsa (MD) att återgå i arbete effektiva? | Personer i åldern 16–65 år med diagnosen psykisk ohälsa. | Arbetslivsriktad KBT (beteendeterapi) Arbetsstråning E-hälsa (webbaserat) program i kombination med insats via företagshälsovården | Återgång i arbete | Resultaten visade att effekten av insatserna var tvektiga för arbetslivsriktad KBT. Insatser som exponerar individer för arbetsstråning hade en negativ effekt på återgång i arbete. E-hälsa i kombination med andra insatser via företagshälsovård visade ingen signifikant positiv effekt på återgång i arbete. | Munoz-Murillo et al. 2018. Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review. |
| Är insatser riktade till personer med depression effektiva för återgång i arbete? | Vuxna > 17 år med depression. | Arbetsriktade (work-directed) insatser bestående av enklare arbetsuppgifter, arbetsstråning eller andra stödjande insatser som syftar till att förbättra arbetsituationen för den anställda, var för sig eller i kombination. Innehåller även interventioner som kombinerar arbetslivsperspektivet med klinisk behandling. | Sjukfrånvaro | Man fann en måttlig effekt av att kombinera en arbetsriktad insats med behandling. I de studier där någon form av arbetsterapi kombinerades med en klinisk behandling fann man ingen effekt på sjukfrånvaro. De som deltog i ett multidisciplinärt interventionsprogram minskade antalet sjukfrånvardagar. | Niewenhuisen et al. 2014. Interventions to improve return to work in depressed people (Cochrane Collaboration Review). |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|---|--|---|--|---|---|
| Är insatser som kombinerar arbetsplatsinsatser och behandling effektiva för ökad återgång i arbete bland personer med psykisk ohälsa? | Personer >18 år frånvarande från arbetet på grund av psykisk ohälsa. | Multidisciplinära insatser som inkluderar arbetsplatsen och erbjuder individuell behandling via primärvård, arbetsterapeut, psykolog och/eller företagshälsovård. | 1) Återgång i arbete = andel som återgick till arbete efter insatsen. 2) tid till varaktig återgång i arbete = antalet sjukskrivningsdagar från randomisering till varaktig återgång i arbete (minst 4 veckor utan återfall). | Den genomsnittliga andelen som återgick i arbete i interventionsgruppen var 65 % och i kontrollgruppen 60 %. Resultatet för varaktig återgång i arbete indikerade att det saknas signifikant effekt men att antalet sjukdagar minskade. När resultaten från de nederländska studierna jämfördes med de skandinaviska studierna fann man att olikheter i socialförsäkringssystem inte hade någon effekt på resultatet. | Nigatu et al. 2016. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. |
| Bidrar tertiärinterventioner till ökad återgång i arbete för individer med utmattningssyndrom (burnout)? | Individer i yrkesverksam ålder (>18 år) med diagnostiserat utmattningssyndrom. | Avslappningsövningar, mindfulness, övningar i effektiv tidshantering, utveckla färdigheter i att hantera svåra situationer (coping), KBT, dialogövningar. Omfattningen av insatsen (antal gånger och tid) varierade mellan de olika programmen och kopplingen till arbetsplatsen är i vissa delar otydlig. | Återgång i arbete och varaktig återgång i arbete | En signifikant effekt av ökad återgång i arbete observerades men heterogen data gör att resultaten måste tolkas med försiktighet. För utfallet varaktig återgång i arbete fann forskarna ingen signifikant effekt. | Perski et al. 2017 A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. |

Bilaga 5. Tabell 5: Sammanfattande tabell över resultat av inkluderade översikter 2000 – 2019 för diagnoser: muskel- och ledbesvär, smärta i rygg, nacke, axlar, armar och händer samt psykisk ohälsa.

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|---|--|--|--|--|
| Är arbetsplatsbaserade interventioner effektiva för att hjälpa anställda med muskel- och ledbesvär, psykisk ohälsa och smärtrelaterade tillstånd att återvända till arbetet efter en period av sjukfrånvaro? | Personer sjukskrivna på grund av muskel- och ledbesvär, psykisk ohälsa eller smärtrelaterade tillstånd. | Utifrån de ingående studierna skapades 12 unika interventionskategorier fördelat på fyra domäner: <ol style="list-style-type: none"> 1. hälsofrämjande insatser 2. koordinering av tjänster 3. arbetsplatsanpassningar 4. multidisciplinära insatser som inkluderar minst två av ovan nämnda domäner | Återgång i arbete. | Man fann att multidisciplinära insatser hade en stark positiv effekt för återgång i arbete för personer muskel- och ledbesvär/smärtrelaterade tillstånd (14 studier). För personer med psykisk ohälsa (sju studier) visade resultaten att multidisciplinära insatser hade en stark positiv effekt på återgång i arbete. | Cullen et al. 2018 Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. |
| Är insatser för återgång i arbete kostnadseffektiva och vilken sysselsättningsgrad leder de till? | Sjukskrivna med muskelbesvär, ledbesvär, ryggsmärta och/eller psykisk ohälsa. | Nio olika interventionsprogram utvärderades, bl.a. multidisciplinär rehabilitering, funktionscentrerad vs. smärtcentrerad behandling, psykoterapi, arbetsplatsbaserad rehabilitering, patientcentrerad vård i kombination med arbetsplatsintervention, ergonomiska interventioner, arbetsanpassningar, koordinering, fysioterapi och behandling av företagsläkare. | Återgång i arbete Kostnadseffektivitet Sysselsättningsgrad | För personer med muskel-/ledbesvär och ryggsmärta, fann man en positiv effekt på återgång i arbetet och minskad sjukfrånvaro. Däremot fann man att det saknas evidens för att insatserna har effekt på personer med psykisk ohälsa. Få studier redovisade kostnader för interventionsinsatserna och det därmed saknades underlag för att uttala sig om kostnadseffektivitet. Inte heller vad gäller sysselsättningsgrad fann man evidens för att insatserna hade effekt, det är metodologiskt utmanande att jämföra resultat från studier utförda i olika välfärdssystem eftersom många faktorer kan påverka utfallet. | Dibben et al. 2018. Do returns to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review. |
| Vilka delar av en arbetsplatsinriktad insats underlättar återgång i arbete efter en sjukskrivningsperiod? | Sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, muskel- och ledbesvär eller ryggsmärta | Multidisciplinära interventionsprogram som bland annat: utbildar företagsläkare i diagnos och behandling, utbildar psykolog samt erbjuder individuella stödsamtal med psykolog och arbetsplatsnära insatser genom att utföra enkla arbetsuppgifter, erbjuder tidig identifiering av orsak till problem, behandlingar ges under arbetstid. | Återgång i arbete | Insatserna hade en positiv effekt på återgång i arbete, även sjukfrånvaron minskade. Multidisciplinära insatser som involverar medarbetaren, hälso- och sjukvårdspersonal och arbetsgivaren i samarbete för att genomföra arbetsanpassningar var mer effektiva än de som inte hade en arbetsplatsanknytning. | Hoefsmitt et al. 2012. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. |
| Hur effektiva är arbetsplatsinsatser i jämförelse med sedvanlig vård och skiljer sig resultaten åt beroende på diagnos? | Sjukskrivna i åldern 18–65 år med muskel- och ledbesvär eller psykisk ohälsa. | Insatserna inkluderade anpassningar av arbetsmiljö (utrustning) och arbetsvillkor (5 av 6 studier). En "case manager" ingick i fyra studier, representanter från försäkrande part deltog i två studier (socialförsäkring) och fackliga företrädare deltog i en studie. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | På grund av brist på studier gick det inte att dra några slutsatser huruvida insatser som involverar arbetsplatsen var mer effektiva än sedvanlig vård oavsett diagnos. Arbetsplatsinterventioner riktade till patienter med muskel- och ledbesvär samt smärta hade en måttlig effekt på minskad sjukfrånvaro. | Van Oostrom. et al. 2009. Workplace interventions for preventing work disability. (The Cochrane Collaboration, Review). |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|---|--|---|---|---|
| Kan arbetsplats-interventioner förebygga arbetsrelaterad funktionsnedsättning för sjukskrivna personer? | Personer i åldern 18–65 år, sjukskrivna på grund av arbetsrelaterad funktionsnedsättning | Arbetsplatsinsatser är här definierade som de som har ett specifikt fokus på förändringar på arbetsplatsen, i arbetsmiljön och i organisering av arbete, och sker i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. | Återgång i arbete (first RTW) och varaktig återgång i arbete (full RTW) Sjukfrånvaro | För personer med muskel och ledbesvär: man fann en måttlig effekt för tidig återgång i arbete men svag effekt för varaktig återgång i arbete och man fann stark evidens för minskad (kumulativ) tid i sjukskrivning. Dessa effekter fann man inte hos för personer med psykisk ohälsa. | Van Vilsteren et al. 2015. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. (The Cochrane Collaboration, Review). |
| Är tidiga arbetsplats-interventioner effektiva för ökad återgång i arbete för personer med ryggsmärta eller psykisk ohälsa | Sjukskrivna med ryggsmärta eller psykisk ohälsa. | Multidisciplinära insatser med fokus på åtgärder för bibehållen aktivitet och utbildning, regelbunden kontakt med koordinator och/eller arbetsgivaren, arbetsanpassningar, besök hos fysioterapeut, besök hos företagsläkare samt gradvis återgång i arbete. | Återgång i arbete (antingen på deltid eller heltid). Sjukfrånvaro | Sjukskrivning på deltid i kombination med arbetsplatsanpassningar minskade antalet sjukskrivningsdagar för båda grupper. Dessutom var tidiga insatser för patienter med muskel- och ledbesvär positivt för återgång i arbete. För personer med psykisk ohälsa saknas evidens (kunskapsunderlag) för att kunna dra några slutsatser. | Vargas Prada et al. 2016. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. |
| Vilka interventioner är effektiva om syftet är ett ökat arbetsdeltagande bland personer med en kronisk sjukdom? | Personer i åldern 18–65 år med kronisk sjukdom, (muskel-/och ledbesvär eller psykisk ohälsa). | Multidisciplinära insatser initierade av olika aktörer: dels arbetsgivaren (arbetsplatsnära insatser) men även samhällsbaserade insatser (policybaserade) ingår i kartläggningen. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro. | Resultaten av de arbetsplatsnära insatserna visade på måttlig till god effekt för återgång i arbete. För policybaserade insatser visade resultaten på inkonsekventa resultat. Trots att vissa av de ingående studierna saknade rapportering av effektstoriekar ansåg författarna ändå att multidisciplinära insatser | Vooijs et al. 2019. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. |
| | | | | hade en positiv effekt på återgång i arbete och därmed också på arbetsdeltagande. | |

Tabell 6: Sammanfattande tabell över resultat av inkluderade översikter som syntetiserar tidigare kunskap 2000–2019

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|--|--|--------------------|--|--|
| Vilka ingående komponenter bör beaktas i planering av insatser för återgång i arbete för personer med muskel- och ledbesvär? | Sjukskrivna personer med muskel- och ledbesvär. | Ingående komponenter från elva interventionsprogram analyserades. | Återgång i arbete. | Man fann att följande komponenter hade en positiv effekt på återgång i arbete: - en centraliserad samordning. - kombinationsinsatser i form av behandling och arbetsplats-baserade insatser samt tidig kontakt mellan nyckelaktörer (försäkringsbolag, hälso- och sjukvården och arbetslivets aktörer). | Briand et al. 2008 How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? |
| Vilka faktorer kan associeras med återgång i arbete för personer med muskel- och ledbesvär eller psykisk ohälsa? | Vuxna >18 år med muskel- och ledbesvär eller psykisk ohälsa. | Forskarna undersöker enskilda komponenter i olika interventionsprogram. | Återgång i arbete | Man fann att insatser som inkluderade koordinering av multidisciplinära team i samarbete med arbetsplatsen och övriga relevanta aktörer (hälso- och sjukvård, företags-hälsövård, ergonom och koordinator) hade positiv effekt på återgång i arbete. | Cancelliere et al. 2016 Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. |
| Vilka faktorer kan bidra till att utveckla effektiva insatser för att förebygga sjukfrånvaro och främja återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa? | Vuxna personer med psykisk ohälsa. | N/A | Återgång i arbete | I två av de inkluderade studierna fann man positiva resultat när chefer/arbetsledare och kollegor erbjöd sitt stöd. Insatser som inkluderade gradvis arbets-exponering eller arbetsträning, eller att ha en jobcoach, rehab koordinator alternativt en "s.k. Case manager" var också gynnsamt för återgång i arbete. | De Vries, et al. 2018 Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. |
| Vilka faktorer associeras med återgång i arbete för personer med utmattningssyndrom? | Personer sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom. | Faktorer associerade med återgång i arbete, både individrelaterade, arbetsplatsrelaterade faktorer och sjukdomsrelaterade faktorer undersöktes. | Återgång i arbete | Generellt fann man att studerade faktorer hade en begränsad effekt på återgång i arbete för personer med utmattningssyndrom. Man fann dock att förbättrad kommunikation med hjälp av jobcoach, mellan arbetstagare och arbetsgivare, hade en positiv effekt. | Karkkäinen et al. 2017 Systematic review: factors associated with return to work in burnout. |
| Är insatser som syftar till att förbättra återgång i arbete för personer sjukskrivna på grund av psykiska ohälsa effektiva? | Personer sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. | 32 studier inkluderades i översikten, författarna räknade antalet ingående komponenter och om/hur det påverkade effektstorleken på utfallet. En mängd olika insatser utvärderades, majoriteten av dessa har individfokus. Två studier tillhandahöll åtgärder via ett multidisciplinärt team. | Återgång i arbete | Interventioner med två eller tre komponenter associerades med positiv effekt på återgång i arbete i jämförelse med interventioner som innehöll en komponent. Insatser kopplade till arbetsplatsen hade en signifikant positiv effekt på återgång i arbete. | Mikkelsen & Rosholm. 2018. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. |
| Vilka faktorer bidrar till ökad återgång i arbete efter att personen har erbjudits arbetslivsriktad rehabilitering? | Personer sjukskrivna med muskel och ledbesvär (främst i rygg, nacke och/eller skuldror). | Arbetslivsriktad rehabilitering med fokus på behandling och multidisciplinära insatser (utbildning, arbetsträning, rådgivning och arbetsanpassningar) | Återgång i arbete | Man fann att multidisciplinära insatser var mer effektiva jämfört med enklare rehabiliteringsprogram och sedvanlig vård. Insatser kopplade till arbetsplatsen visade en god effekt på återgång i arbete. | Rinaldo & Selander. 2016. Return to work after vocational rehabilitation for sick-listed workers with long-term back, neck and shoulder problems: A follow-up study of factors involved. |

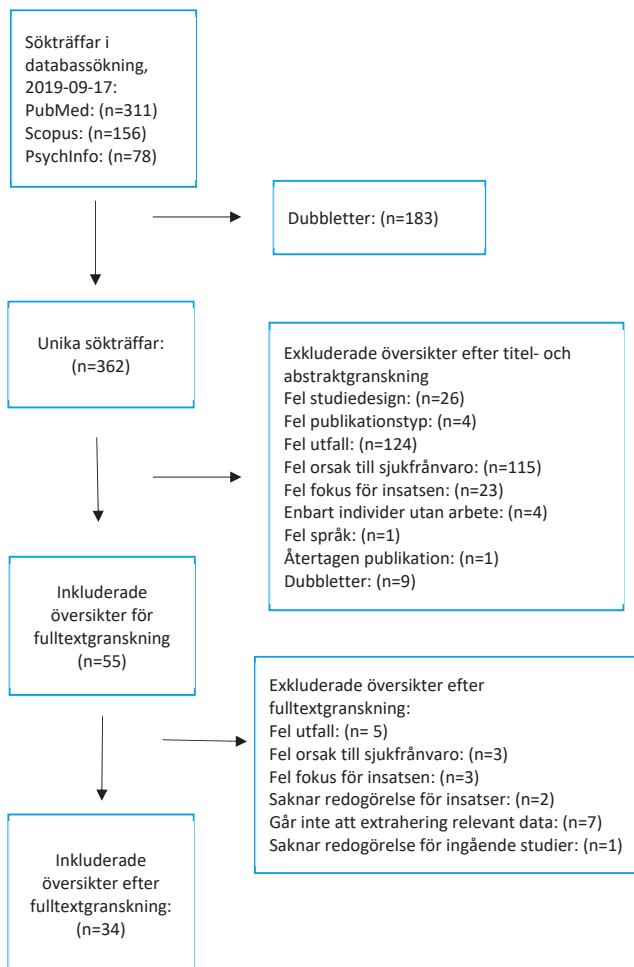
| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|---|-----------------------------|---|------------------------------------|---|--|
| Vilken effekt har insatser som fokuserar på krav och kontroll i arbetet för återgång i arbete bland anställda med funktionsnedsättningar? | Sjukskrivna personer >16 år | Multidisciplinära interventionsprogram som innehåller arbetsanpassningar, (ergonomiska anpassningar och anpassningar i den sociala eller fysiska miljön). Fyra översikter inkluderade enkla interventioner och fem översikter inkluderade mer komplexa (två eller flera komponenter). En översikt inkluderade båda enkla och komplexa interventioner. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro | Insatser med fler ingående komponenter (komplexa) hade bättre effekt än enklare insatser. När forskarna undersökte effekten av specifika komponenter fann man att arbetsanpassning gav god effekt och ergonomiska anpassningar hade måttlig effekt på minskad sjukfrånvaro. | Williams Whitt et al. 2015. Job demand and control interventions: a stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on workplace disability. |
| Vilka komponenter i rehabiliteringsprocessen har en positiv effekt på återgång i arbete? | Personer med ryggsmärta. | Tidiga insatser med multidisciplinära åtgärder och rehabilitering, samt utbildning i s.k. "ryggskolor", rådgivning och stöd som inkluderar arbetsplatsbesök. | Återgång i arbete Sjukfrånvaro. | Forskarna fann att de som refererades till behandling tidigt tenderade att återvända till arbetet tidigare, så tidiga insatser med multidisciplinära åtgärder i form av ett intensivt rehabiliteringsprogram gav generellt positiva effekter på återgång i arbete vid 1 års uppföljning. Effekten av s.k. ryggskolor visade på en måttlig effekt för återgång i arbete. Interventioner som erbjöd rådgivning och stöd i jämförelse med sedvanlig vård hade en positiv effekt på återgång i arbete. De ergonomiska insatserna var också effektiva för återgång i arbete. | Zampolini et al. 2007. RTW in back conditions. |

Bilaga 7. Tabell 7: Sammanfattande tabell över resultat av inkluderade enskilda artiklar 2017–2020

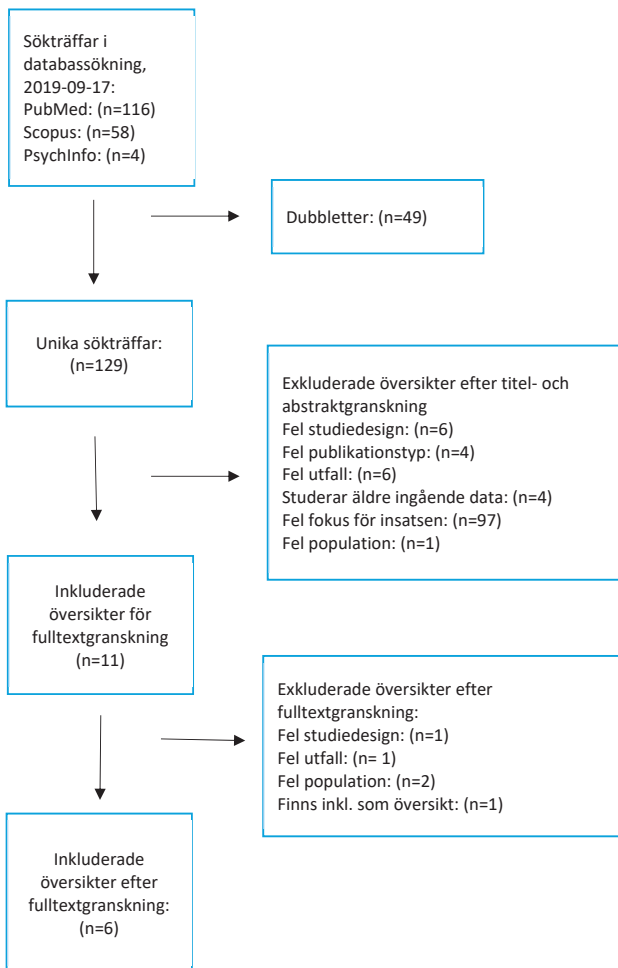
| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|---|--|--|--|--|--|
| Är kognitiv beteendeterapi med fokus på arbetsplatsnära frågor effektiva för återgång i arbete? | Personer sjukskrivna på grund av arbetsrelaterad ohälsa orsakad av stress. | Sex stycken en-timmars sessioner med individuell behandling genom kognitiv beteende terapi med fokus på arbetslivet utförd av psykolog under en period av 16 veckor. | Varaktigt återgång i arbete (definierades som fyra sammanhängande veckor utan sjukfrånvaro) | Mediantiden till varaktigt återgång i arbete i interventionsgruppen var 4 veckor kortare än kontrollgrupp A och 17 veckor kortare än kontrollgrupp B. | Dalgaard et al. 2017 Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. |
| Hur effektiva är arbetsplatsinterventioner (ACT och WDI) riktade till personer med depression, ångest eller utmattningssyndrom? | Personer sjukskrivna på grund av psykisk sjukdom eller utmattningssyndrom | 1. Behandling som syftar till att lära personer att använda olika strategier för ökad acceptans, kombineras med mindfulness (Metod: ACT = acceptance and commitment therapy). 2. Insats som syftar till att förbättra kommunikationen mellan anställd och chef (Metod: WDI = Workplace Dialogue Intervention) 3. ACT och WDI i kombination med varandra. | Sjukfrånvaro (beräknat i antal nettodagar) | Vid uppföljning fann forskarna ingen skillnad i antalet sjukskrivningsdagar mellan grupperna, men antalet nettodagar i sjukskrivning fortsatte att minska för alla grupper. Beroende på diagnos gav WDI en positiv effekt på sjukfrånvaro för utmattningssyndrom. Däremot hade ACT och WDI i kombination inte någon effekt på utmattningssyndrom, inte heller de med depression uppnådde en positiv effekt av WDI. | Finnes et al. 2019 Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and a Workplace Intervention for Sickness Absence Due to Mental Disorders |
| Är en arbetsplatsfokuserad insats för att hantera stress i kombination med kognitiv beteende terapi mer effektiv än sedvanlig vård? | Personer sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. | Individuell behandling med kognitiv beteende terapi kombinerat med ett arbetsplatsmöte (arbetstagaren, arbetsgivaren och behandlande psykolog) i syfte att diskutera hur arbetsplatsen kan stödja återgång i arbete. | Tid till varaktigt återgång i arbete (fyra sammanhängande veckor utan sjukfrånvaro). | Resultatet för varaktigt återgång i arbete visade ingen skillnad mellan grupperna. | Glasscock et al. 2018 Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. |
| Vilken effekt har ny lagstiftning som syftar till att göra företagshälsovården uppmärksam på risken för långvarig sjukfrånvaro? | Personer med muskel- och ledbesvär och psykisk hälsa i åldern 18 – 60 år, sjukskrivna i min./max 30 kalenderdagar i följd | Finland införde 2012 en ny lagstiftning som syftar till ökat samarbete mellan aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen och avser åtgärder i form av planering och samordning för att säkra återgång i arbete | Varaktigt återgång i arbete definierades som återgång till ordinarie heltidstjänst (28 dagar i följd). | Ingen effekt uppmättes för personer med muskel- och ledbesvär. Positiv effekt uppmättes för personer med psykisk ohälsa. | Halonen et al. 2018 Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. |
| Hur effektiv är arbetslivsriktad rehabilitering på arbetsdeltagande upp till fyra år efter interventionsinsatsen? | Personer i åldern 18-60 år, med vanlig psykisk sjukdom som är i riskzonen för sjukfrånvaro (självskattad) samt personer med sjukersättning på grund av långtidsfrånvaro (>12 månader). Fördelningen mellan urvalsgrupperna: 31 % i arbete 39 % i sjukfrånvaro 22 % i bidragsprogram på grund av långtidsfrånvaro 8 % arbetslösa | Insatsen kombinerar individuellt baserad kognitiv beteendeterapi och jobbstöd (Metod: AWaC – at work and coping). Ett team bestående av terapeuter och arbetslivscoacher kombinerar terapi med tydligt arbetsfokus, i en parallell process. | Återgång i arbete (minimum 30 dagar i följd), vid baslinjemätning och vid 10-46 månaders uppföljning. | Oavsett urvalsgrupp hade interventionsgruppen högre arbetsdeltagande under observationsperioden och skillnaden var ännu större under uppföljningsperioden (10-46 månader). Skillnaderna var icke-signifikanta mellan interventionsgrupperna, så också mellan interventions- och kontrollgrupp. | Øverland et al. 2018 Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial |

| Problemområde | Urvalsgrupp | Insats | Utfall | Resultat | Författare År Titel |
|--|--|--|---|---|--|
| Påverkar en koordinator tid till återgång i arbete för sjukskrivna personer som ingår i ett nationellt insatsprogram: "The Rapid-RTW Program"? | Personer med muskel- och ledbesvär eller vanlig psykisk sjukdom (utgör 71 % av det totala urvalet) i heltidssjukskrivning. | Nationellt insatsprogram för att reducera tid till återgång i arbete och att korta ned väntetiden för behandling. Metod = "The rapid-RTW-program" innehåller ca 200 olika typer av program: bl.a. arbetsrehabilitering både i öppen- och slutenvården, utvärdering och uppföljning av NAV (norska motsvarigheten till Arbetsförmedlingen) samt medicinsk eller psykisk behandling. 73 % av deltagarna fick tillgång till en koordinator. | Tid till återgång i arbete (RTW) (first RTW) eller varaktig RTW (full RTW). Deltagarna följdes upp i 360 dagar. | Tillgång till en koordinator associerades i den här studien med senare återgång i arbete. För varaktig återgång i arbete fann man att patienter med en koordinator återgick i arbete 57 dagar senare än de utan koordinator, (icke-signifikant). Efter att hänsyn tagits till typ av interventionsinsats var arbetsrehabilitering mer effektiv än insats via NAV. Så även för de som fick klinisk behandling i jämförelse med de som fick insats via NAV. Koordinatorerna var organiserade i och tillsattes också av hälso- och sjukvården. | Skarpaas et al.2019 The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. |

Bilaga 8. Flödesschema, databassökningar översiktsartiklar, 2000–2019



Bilaga 9. Flödesschema databassökningar, enskilda artiklar, 2017–2020.



Sökprocessen

2019-09-17

PubMed

#1

Sick Leave[Mesh] OR Return to Work[Mesh] OR Absenteeism[Mesh] OR back-to-work[tiab] OR return-to-work[tiab] OR back to work[tiab] OR return to work[tiab] OR sick leave[tiab] OR sickness leave[tiab] OR sickness absence[tiab] OR sick absence[tiab] OR absenteeism[tiab]

→ 27163

#2

((workplace* intervention*[tiab]) OR (workplace* training[tiab]) OR (work-place* intervention*[tiab]) OR (work place* training[tiab]) OR (work-place* intervention*[tiab]) OR (work place* training[tiab]) OR (worklife* intervention*[tiab]) OR (worklife* training[tiab]) OR (work-life* intervention*[tiab]) OR (work-life* training[tiab]) OR (work life* intervention*[tiab]) OR (work life* training[tiab]) OR (occup* training[tiab]) OR (occup* intervention*[tiab]) OR (worklife intervention*[tiab]) OR (worklife training[tiab]) OR (rehabilitation[tiab] AND vocational[tiab]) OR (training[tiab] AND vocational[tiab]) OR "Rehabilitation, vocational"[Mesh])

→ 59839

#1 AND #2 → 3559

#3

((((meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab])) OR (systematic[tiab] AND (review[tiab] OR reviews[tiab] OR overview[tiab] OR search*[tiab])) OR ((review[tiab] OR reviews[tiab]) AND (search*[tiab]) AND (medline[tiab] OR medlars[tiab] OR embase[tiab] OR pubmed[tiab] OR cochrane[tiab] OR psycinfo[tiab] OR psychlit[tiab] OR CINAHL[tiab]))) OR systematic[tiab]) OR (Meta-Analysis[Publication Type] OR Meta-Analysis as Topic[Mesh] OR Systematic Review[Publication Type])

#1 AND #2 AND #3 → 335

| | | |
|----------|-------------------------------------|-------|
| Filters: | Danish, English, Norwegian, Swedish | → 315 |
| | 2000-2020 | → 311 |

#4

Netherlands[Mesh] OR Netherlands[tiab] OR Holland[tiab] OR Scandinavian and Nordic Countries[Mesh] OR Scandinavia*[tiab] OR Nordic[tiab] OR Finland[tiab] OR Norway[tiab] OR Sweden[tiab] OR Denmark[tiab] OR Iceland[tiab]

→ 329840

#1 AND #2 AND #4 → 727

| | | |
|----------|-------------------------------------|-------|
| Filters: | Danish, English, Norwegian, Swedish | → 713 |
| | 2017-2020 | → 116 |

Scopus

#1

TITLE-ABS-KEY ("back-to-work" OR "return-to-work" OR "back to work" OR "return to work" OR "sick leave" OR "sickness leave" OR "sickness absence" OR "sick absence" OR absenteeism)

→4007

#2

TITLE-ABS-KEY ("workplace* intervention*" OR "workplace* training" OR "work-place* intervention*" OR "work-place* training" OR "work place* intervention*" OR "work place* training" OR "worklife* intervention*" OR "worklife* training" OR "work-life* intervention")

→ 1533

#3

TITLE-ABS-KEY ("work-life* training" OR "work life* intervention*" OR "work life* training" OR "occup* training" OR "occup* intervention*" OR "worklife intervention*" OR "worklife training")

→ 578

#4

TITLE-ABS-KEY (rehabilitation AND vocational)

→ 16152

#5

TITLE-ABS-KEY (training AND vocational)

→16609

#2 OR #3 OR 34 OR #5 → 32150

#7

#1 AND #6 → 2230

#8

(TITLE-ABS-KEY (*meta-analy** OR *metaanaly**) OR (TITLE-ABS-KEY (*systematic* AND (*review* OR *reviews* OR *overview* OR *search**))) OR (TITLE-ABS-KEY ((*review* OR *reviews*) AND (*search** AND (*medline* OR *medlars* OR *embase* OR *pub med* OR *cochrane* OR *psycinfo* OR *psychlit* OR *cinahl*))))

#9

#8 AND #7 → 175

Filters: Danish, English, Norwegian, Swedish
2000-2020

→ 163

→ 156

#10

TITLE-ABS-KEY (netherlands OR holland OR scandinavia* OR nordic OR finland OR norway OR sweden OR denmark OR iceland)

#11

#7 AND #10 → 412

Filters: Danish, English, Norwegian, Swedish
2017-2020

→ 403

→ 58

PsychInfo

#1

MAINSUBJECT.EXACT("Employee Absenteeism") OR
 MAINSUBJECT.EXACT("Reemployment") OR TI,AB("back-to-work" OR "return-to-work" OR
 "back to work" OR "return to work" OR "sick leave" OR "sickness leave" OR "sickness absence" OR
 "sick absence" OR absenteeism)
 → 8700

#2

MAINSUBJECT.EXACT("Vocational Rehabilitation")
 → 5901

#3

TI,AB("workplace* intervention*" OR "workplace* training" OR "work-place* intervention*" OR
 "work-place* training" OR "work place* intervention*" OR "work place* training" OR "worklife*
 intervention*" OR "worklife* training" OR "work-life* intervention" OR "work-life* training" OR
 "work life* intervention*" OR "work life* training" OR "occup* training" OR "occup*
 intervention*" OR "worklife intervention*" OR "worklife training")
 → 539

#4

TI,AB(rehabilitation AND vocational)
 →4812

#5

TI,AB(training AND vocational)
 → 4866

#6

#2 OR #3 OR #4 OR #5
 → 12014

#7

#6 AND #1
 →706

#8

(TI,AB(review OR reviews) AND TI,AB(search*) AND TI,AB(medline OR medlars OR embase OR
 pubmed OR cochrane OR psycinfo OR psychlit OR cinahl)) OR (TI,AB(systematic) AND
 TI,AB(review OR reviews OR overview OR search*)) OR TI,AB(meta-analy* OR metaanaly*)
 TI,AB(meta-analy* OR metaanaly*)

#9

#7 AND #8
 → 59

#10

#7 Filter: Literature Review OR Systematic Review OR Meta Analysis OR Metasynthesis
 → 76

#11

#10 OR #9
 → 83

Filters: Peer reviewed → 80
Danish, English, Norwegian, Swedish → 78
2000-2020 → 78

#12

TI,AB(netherlands OR holland OR scandinavia* OR nordic OR finland OR norway OR
sweden OR denmark OR Iceland)
→ 44417

#13

#12 AND #7

→47

Filters: Peer reviewed → 47
Danish, English, Norwegian, Swedish → 47
2017-2020 → 4

Bilaga 11. Tabell 8: inkluderade översikter och enskilda artiklar

| Författare | Titel | År | - inkluderade översiktsartiklar |
|--|---|-------|---------------------------------|
| Briand, C. Durand, M. J. St-Arnaud, L. Corbiere, M. | How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? | 2008. | |
| Cancelliere, C. Donovan, J. Stockkendahl, M. J. Biscardi, M. Ammendolia, C. Myburgh, C. Cassidy, J. D. | Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews | 2016. | |
| Carroll, C. Rick, J. Pilgrim, H. Cameron, J. Hillage, J. | Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions | 2010. | |
| Cullen, K. L. Irvin, E. Collie, A. Clay, F. Gensby, U. Jennings, P. A. Hogg-Johnson, S. Kristman, V. Laberge, M. McKenzie, D. Newnam, S. Palagyi, A. Ruseckaite, R. Sheppard, D. M. Shourie, S. Steenstra, I. Van Eerd, D. Amick, B. C., 3rd | Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners | 2018. | |
| De Vries, H. Fishta, A. Weikert, B. Rodriguez Sanchez, A. Wegewitz, U. | Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review | 2018. | |
| Desiron, H. A. De Rijk, A. Van Hoof, E. Donceel, P. | Occupational therapy and return to work: a systematic literature review | 2011. | |
| Dewa, C. S. Loong, D. Bonato, S. Joosen, M. C. | The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review | 2015. | |
| Dibben, P. Wood, G. O'Hara, R. | Do return to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review | 2018. | |
| Dick, F. D. Graveling, R. A. Munro, W. Walker-Bone, K. | Workplace management of upper limb disorders: a systematic review | 2011. | |
| Franché, R. L. Cullen, K. Clarke, J. Irvin, E. Sinclair, S. Frank, J. | Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature | 2005. | |
| Hlobil, H. Staal, J. B. Spoelstra, M. Ariens, G. A. Smid, T. Van Mechelen, W. | Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain | 2005. | |
| Hoefsmid, N. Houkes, I. Nijhuis, F. J. | Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review | 2012. | |
| Joyce, S. Modini, M. Christensen, H. Mykletun, A. Bryant, R. Mitchell, P. B. Harvey, S. B. | Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review | 2016. | |
| Karjalainen, K. Malmivaara, A. Van Tulder, M. Roine, R. Jauhiainen, M. Hurri, H. Koes, B. | Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group | 2001. | |
| Karkkainen, R. Saaranen, T. Hiltunen, S. Ryyanen, O. P. Rasanen, K. | Systematic review: Factors associated with return to work in burnout | 2017. | |
| Mikkelsen, M. B. Rosholm, M. | Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders | 2018. | |

| |
|--|
| Munoz-Murillo, A. Esteban, E. Avila, C. C. Fheodoroff, K. Haro, J. M. Leonardi, M. Olaya, B. 2018 Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review |
| Nieuwenhuijsen, K. Faber, B. Verbeek, J. H. Neumeyer-Gromen, A. Hees, H. L. Verhoeven, A. C. Van der Feltz-Cornelis, C. M. Bultmann, U. 2014. Interventions to improve return to work in depressed people |
| Nigatu, Y. T. Liu, Y. Uppal, M. McKinney, S. Rao, S. Gillis, K. Wang, J. 2016. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials |
| Norlund, A. Ropponen, A. Alexanderson, K. 2009. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain |
| Palmer, K. T. Harris, E. C. Linaker, C. Barker, M. Lawrence, W. Cooper, C. Coggon, D. 2012. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review |
| Perski, O. Grossi, G. Perski, A. Niemi, M. 2017. A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout |
| Rinaldo, Ulrika Selander, John. 2016. Return to work after vocational rehabilitation for sick-listed workers with long-term back, neck and shoulder problems: A follow-up study of factors involved |
| Schonstein, E. Kenny, D. T. Keating, J. Koes, B. W. 2003. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain |
| Wainwright, E. Wainwright, D. Coghill, N. Walsh, J. Perry, R. 2019. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review |
| Van der Giessen, R. N. Speksnijder, C. M. Helders, P. J. 2012. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review |
| Van Oostrom, S. H. Driessen, M. T. De Vet, H. C. Franche, R. L. Schonstein, E. Loisel, P. Van Mechelen, W. Anema, J. R. 2009. Workplace interventions for preventing work disability |
| Van Vilsteren, M. Van Oostrom, S. H. De Vet, H. C. Franche, R. L. Boot, C. R. Anema, J. R. 2015. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave |
| Vargas-Prada, S. Demou, E. Laloo, D. Avila-Palencia, I. Sanati, K. A. Sampere, M. Freer, K. Serra, C. Macdonald, E. B. 2016. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis |
| Weir, R. Nielson, W. R. 2001. Interventions for disability management |
| Williams, R. M. Westmorland, M. G. Lin, C. Y. Schmuck, G. Creen, M. 2006. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for Work-Related Low Back Pain |
| Williams-Whitt, K. White, M. I. Wagner, S. L. Schultz, I. Z. Koehn, C. Dionne, C. E. Koehoorn, M. Harder, H. Pasca, R. Warje, O. Hsu, V. McGuire, L. Schulz, W. Kube, D. Hook, A. Wright, M. D. 2015. Job demand and control interventions: a stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on workplace disability |
| Vooijs, M. Leensen, M. C. Hoving, J. L. Wind, H. Frings-Dresen, M. H. 2015. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews |
| Zampolini, M. Bernardinello, M. Tesio, L. 2007. RTW in back conditions |

| Författare Titel År - inkluderade enskilda artiklar |
|---|
| Dalgaard, V. L. Aschbacher, K. Andersen, J. H. Glasscock, D. J. Willert, M. V. Carstensen, O. Biering, K. 2017. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention |
| Finnes, A. Ghaderi, A. Dahl, J. Nager, A. Enebrink, P. 2019. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders |
| Glasscock, D. J. Carstensen, O. Dalgaard, V. L. 2018. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample |
| Halonen, J. I. Solovieva, S. Virta, L. J. Laaksonen, M. Martimo, K. P. Hiljanen, I. Lallukka, T. Autti-Ramo, I. Viikari-Juntura, E. 2018. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence |
| Overland, S. Grasdal, A. L. Reme, S. E. 2018. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial |
| Skarpaas, L. S. Haverdaen, L. A. Smastuen, M. C. Shaw, W. S. Aas, R. W. 2019. The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study |

Referenser

1. McLellan RK. Work, Health, And Worker Well-Being: Roles And Opportunities For Employers. *Health affairs (Project Hope)*. 2017;36(2):206.
2. Labriola MK, T. Falgaard Eplov, L. Vinther Nielsen, C. Arbejdsrettet rehabilitering. *Ugeskr Laeger*. 2014;176(10).
3. Waddell G. Is work good for your health and well-being? Burton AK, editor. London: London : TSO; 2006.
4. Toomingas A, Mathiassen SE, Wigaeus Tornqvist E. *Arbetslivsfysiologi*. 1. uppl. ed: Lund : Studentlitteratur; 2008.
5. Försäkringskassan. *Sjukfrånvarons utveckling 2017*. Stockholm: Försäkringskassan; 2017. Rapport Nr: 1654-8574.
6. Aronsson G, Lundberg U. Rehabilitering och samordning: Slutrapport: Utvärdering av Rehams forskningsprogram 2009–20112017.
7. Vingård E. *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2014.
8. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (SBU). *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblemet: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm; 2014. Rapport: SBU-rapport nr 227.
9. Bertilsson M, Bejerholm U, Ståhl C. Preventiva insatser för att förebygga och minska sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa – en litteraturoversikt av svensk forskning och förändringar i svensk lagstiftning. 2017. p. 531–45.
10. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (SBU). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm; 2014. Rapport: SBU-rapport nr 273.
11. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Cambridge, Mass. : Harvard Univ. Press; 1979.
12. Socialdepartementet. *Mera försäkring och mera arbete (SOU 2006:86)* [Internet]. Stockholm. 2006 [citerad 19 september, 2019]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2006/11/sou-200686/>.
13. Socialstyrelsen. *Samordna rehabiliteringen*. [Internet]. Stockholm. 2011 [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-5-2.pdf>
14. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering S. *SBU:s ordlista* [Internet]. SBU. 2019. [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista/>.
15. Statens kommuner och landsting. *Rehabilitering, arbetsanpassning* [Internet]. Stockholm. 2019. [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/rehabiliteringarbetsanpassning.132.html>.
16. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). *Arbetslivsinriktad rehabilitering Underlagsrapport nr 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen*. Stockholm. 2011.
17. Arbetsmiljöverket. *Arbetsanpassning och rehabilitering (AFS1994:1), föreskrifter* [Internet]. Stockholm. 1994. [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-och-rehabilitering-foreskrifter/>
18. Försäkringskassan. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. [Internet]. Stockholm. 2019. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/arbetslivsinriktad-rehabilitering>

19. Arbetsförmedlingen. Vårt uppdrag. [Internet]. Stockholm. 2019. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: <https://arbetsformedlingen.se/om-oss/var-verksamhet/vart-uppdrag>.
20. Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet
21. Sveriges Företagshälsor. Arbetsmiljö, organisation och hälsa - hur hänger det ihop? [Internet]. Stockholm. 2019. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: https://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/rapport_arbetsmiljo_organisation_och_halsa.pdf.
22. Svenskt Näringsliv. Vagar tillbaka till arbete. [Internet]. Stockholm. 2019. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: https://www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/vagar-tillbaka-till-arbete-foretagens-erfarenheter-av-sjukfranvar_734638.html
23. Arbetsgivarverket. Om sjukfrånvaro och rehabilitering - en vägledning för statliga arbetsgivare. Stockholm: Arbetsgivarverket; 2019.
24. Landsorganisationen, (LO). Framtidens sjukförsäkring. [Internet]. Stockholm. 2012. [citerad 12 oktober 2019]. Hämtad från: [https://www.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_fakta_framtidens_sjukforsakring_pdf/\\$File/Framtidens_sjukforsakring.pdf](https://www.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_fakta_framtidens_sjukforsakring_pdf/$File/Framtidens_sjukforsakring.pdf)
25. Sveriges Läkarförbund. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården [Internet]. Stockholm. 2018 [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: www.slf.se/remisser/ny-lag-om-koordineringsinsatser-inom-halso-och-sjukvarden.
26. Tjänstemannaförbundets centralorganisation, (TCO). Ni måste stoppa förslaget, Arbetsmiljöverket. [Internet]. Stockholm. 2018. [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://www.tco.se/tco-blogger/bloggare/ulrika-hagstrom/ni-maste-stoppa-forslaget-arbetsmiljoverket/>.
27. Tjänstemannaförbundets centralorganisation, (TCO). Förslag till föreskrifter om arbetsanpassning [Internet] Stockholm. 2018. [citerad 19 september 2019]. Hämtad från: <https://www.tco.se/Aktuellt/Remisser/2018/forslag-till-foreskrifter-om-arbetsanpassning/>
28. Sveriges Akademikers Centralorganisation, (SACO). Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. [Internet] Stockholm. 2017. [citerad 4 oktober]. Hämtad från: <https://www.saco.se/opinion/remisser/forstarkt-rehabilitering-for-atergang-i-arbete/>
29. Nationell Samverkan för psykisk hälsa, (NSPH). [Internet]. Stockholm. 2016. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: <https://nsp.se/2016/10/11/forebyggande-atgarder-avgorande-att-minskaden-psykiska-ohalsan-pa-jobbet/>.
30. Riksförbundet för social och mental hälsa, (RSMH). RSMH:s yttrande över departementspromemorian: Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. [Internet]. Stockholm. 2017. [citerad 4 oktober 2019]. Hämtad från: http://rsmh.se/wpcontent/uploads/2018/06/Ds_2017_Forstarkt-rehabilitering.pdf
31. Juvonen-Posti P. Work-related rehabilitation for strengthening working careers. A multiperspective and mixed methods study of its mechanisms [Academic dissertation]. Tampere: University of Oulu Graduate School; University of Oulu. 2018.
32. Ekholm J, Vahlne W, Lotta., Bergroth A, Ekholm Schuldt K. Rehabiliteringsvetenskap - Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv, upplaga 3: Studentlitteratur Lund; 2015.
33. Ekberg K, Sebrant U. Återgång i arbetet: Rehabiliteringsprocessen i teori och praktik. Linköpings universitet. 2007. IHS Rapport 2007:1.
34. Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L, Corbière M. Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. International Journal of Law and Psychiatry. 2007;30(4-5):444-57.
35. Waddell G. Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when? Burton AKK, Nicholas, A.S, editor. 2008.

36. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):607-31.
37. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil.* 2010;32(8):607-21.
38. Desiron HA, de Rijk A, Van Hoof E, Donceel P. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2011;11:1615.
39. Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scand J Work Environ Health.* 2005;31(4):249-57.
40. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976).* 2001;26(3):262-9.
41. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med.* 2009;41(3):115-21.
42. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(2):230-42.
43. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(1):Cd001822.
44. van der Giessen RN, Speksnijder CM, Helders PJ. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2012;34(13):1070-6.
45. Wainwright E, Wainwright D, Coghill N, Walsh J, Perry R. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occup Med (Lond).* 2019;69(3):163-76.
46. Williams RM, Westmorland MG, Lin CY, Schmuck G, Green M. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for Work-Related Low Back Pain. *International Journal of Disability Management.* 2006;1(1):21-30.
47. Weir R, Nielson WR. Interventions for disability management. *Clin J Pain.* 2001;17(4):S128-32.
48. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med.* 2016;46(4):683-97.
49. Perski O, Grossi G, Perski A, Niemi M. A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scand J Psychol.* 2017;58(6):551-61.
50. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Joosen MC. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007122.
51. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeier-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(12):Cd006237.
52. Munoz-Murillo A, Esteban E, Avila CC, Fheodoroff K, Haro JM, Leonardi M, et al. Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(5).

53. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2016;46(16):3263-74.
54. Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L, Corbiere M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil*. 2008;18(2):207-17.
55. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016;24(1):32.
56. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2018;28(3):393-417.
57. Karkkainen R, Saaranen T, Hiltunen S, Ryyanen OP, Rasanen K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occup Med (Lond)*. 2017;67(6):461-8.
58. Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):675-86.
59. Rinaldo U, Selander J. Return to work after vocational rehabilitation for sick-listed workers with long-term back, neck and shoulder problems: A follow-up study of factors involved. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2016;55(1):115-31.
60. Williams-Whitt K, White MI, Wagner SL, Schultz IZ, Koehn C, Dionne CE, et al. Job demand and control interventions: a stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on workplace disability. *Int J Occup Environ Med*. 2015;6(2):61-78.
61. Zampolini M, Bernardinello M, Tesio L. RTW in back conditions. *Disabil Rehabil*. 2007;29(17):1377-85.
62. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(5):436-46.
63. Glasscock DJ, Carstensen O, Dalgaard VL. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(6):675-87.
64. Overland S, Grasdal AL, Reme SE. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2018;75(10):703-8.
65. Skarpaas LS, Haveraaen LA, Smastuen MC, Shaw WS, Aas RW. The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(2):e024597.
66. Finnes A, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Enebrink P. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):198-212.
67. Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo KP, Hiljanen I, et al. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scand J Public Health*. 2018;46(19):65-73.
68. European Public Health Association. Social security, work and health. [Internet]. 2019 [citerad 16 oktober 2019]. Hämtad från: <https://eupha.org/social-security-work-and-health>.
69. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health

- Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil.* 2018;28(1):1-15.
70. Dibben P, Wood G, O'Hara R. Do return to work interventions for workers with disabilities and health conditions achieve employment outcomes and are they cost effective? A systematic narrative review. *Employee Relations.* 2018;40(6):999-1014.
71. Dick FD, Graveling RA, Munro W, Walker-Bone K. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. *Occup Med (Lond).* 2011;61(1):19-25.
72. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil.* 2012;22(4):462-77.
73. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):Cd006955.
74. van Vilsteren M, van Oostrom S, de Vet H, Franche R, Boot C, Anema, Jr. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Of Systematic Reviews.* 2015;2015(10).
75. Vargas-Prada S, Demou E, Lalloo D, Avila-Palencia I, Sanati KA, Sampere M, et al. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2016;42(4):261-72.
76. Vooijs M, Leensen MC, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MH. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occup Environ Med.* 2015;72(11):820-6.

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent
– ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler rutjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak
för rutavdraget. [5]

IJustitiedepartementet

Skärpta regler om utländska
månggiften. [2]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett
viktigt yrke som förtjänar bra villkor.
[1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med
plats för rehabilitering. [6]