

Den galopperande sjukfrånvaron

Sken, fenomen och väsen

av

Tor Larsson Staffan Marklund Peter Westerholm

Innehåll

<u>Sammanfattning</u>	7
Kapitel 1 "Den galopperande sjukfrånvaron"	2
Föreställningen om "den galopperande sjukfrånvaron"	12
Sjukfrånvaroökningen betraktad från de lokalt rehabiliteringsansvarigas perspektiv	14
FKs och Länsarbetsnämnden/AMS kommentarer till arbetsgivarens synsätt	19
Statsmakternas ansvarsplacering och åtgärder för att minska ohälsan i arbetslivet	20
Regeringens resultatmålstyrning en skenbar föreställning om en sjukskrivningsepidemi	23
Ökad hälsa eller systematisk 'victim blaming'?	26
Mediala myter och lokala realiteter i fråga om "den galopperande sjukfrånvaron"	27
Precisering av problemställningen	27
Kapitel 2 Rehabiliteringsproblemen ur kommunalt perspektiv – En fallstudie	28
Översiktlig beskrivning av de 102 långtidssjukfallen	30
Sjukfrånvarooanledningar	30
Kategorisering av ärendena – sortering efter "problemägare"	33
"Arbetsgivareburken"	35
"FK-burken"	42
"Landstingsburken"	51
"LAN/Af-burken"	53
Indikatorer på systemfel - några sammanfattande kommentarer	58
Sammanfattande kommentarer	65
Kapitel 3 Det upplösta samhällskontraktet	68
Bakomliggande strukturella orsaker	68
Metodiskt tillvägagångssätt	70
Samhällskontraktet – 1970-talets lösning	71
Uppsägningsförbudet – låset som tvingade fram samråd på arbetsplatserna	72
Anpassningsgrupperna	74
Hellberg & Vrethems studie 'Lagen om anställningsskydd' (1982)	76
Samverkanskommittén – en politisk vågmästare?	80
Det traditionella rehabiliteringssystemets nedmontering och kollaps	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Rapportbilaga 1: Lotta Vahlne-Westerhäll

Rapportbilaga 2: Jan Rydh

Introduktion

Denna forskningsrapport utgör den första i en serie rapporter från RAR-projektet, som är ett av arton projekt i regeringens satsning på försök att minska ohälsan i offentlig sektor. Med denna rapport och ytterligare en forskningsrapport, som publiceras inom kort, avslutas forskningsinsatserna i den första treårsetappen av det 5-åriga RAR-projektet. Den första etappen har finansierats via stöd från näringsdepartementet, RAR-gruppen i Sörmland, VINNOVA (Dynamoprogrammet) samt de tio medverkande myndigheterna.¹ Arbetet i denna etapp har omfattande förankringsinsatser samt djupgående analyser av de övergripande strukturella förändringar som bidragit till (i) den kraftigt ökande långtidssjukfrånvaron mellan 1997 och 2002, (ii) de psykiska utmattningsreaktioner bland olika offentliganställda professionella grupper. Föreliggande rapport behandlar långtidssjukfrånvaroökningsproblematiken. RARs forskningsrapport nr 2, som publiceras inom kort, kommer att presentera en orsaksanalys och systematisk åtgärdsansats för att komma tillrätta med de psykiska utmattningsreaktionerna bland personal inom grundskolan och förskolan.

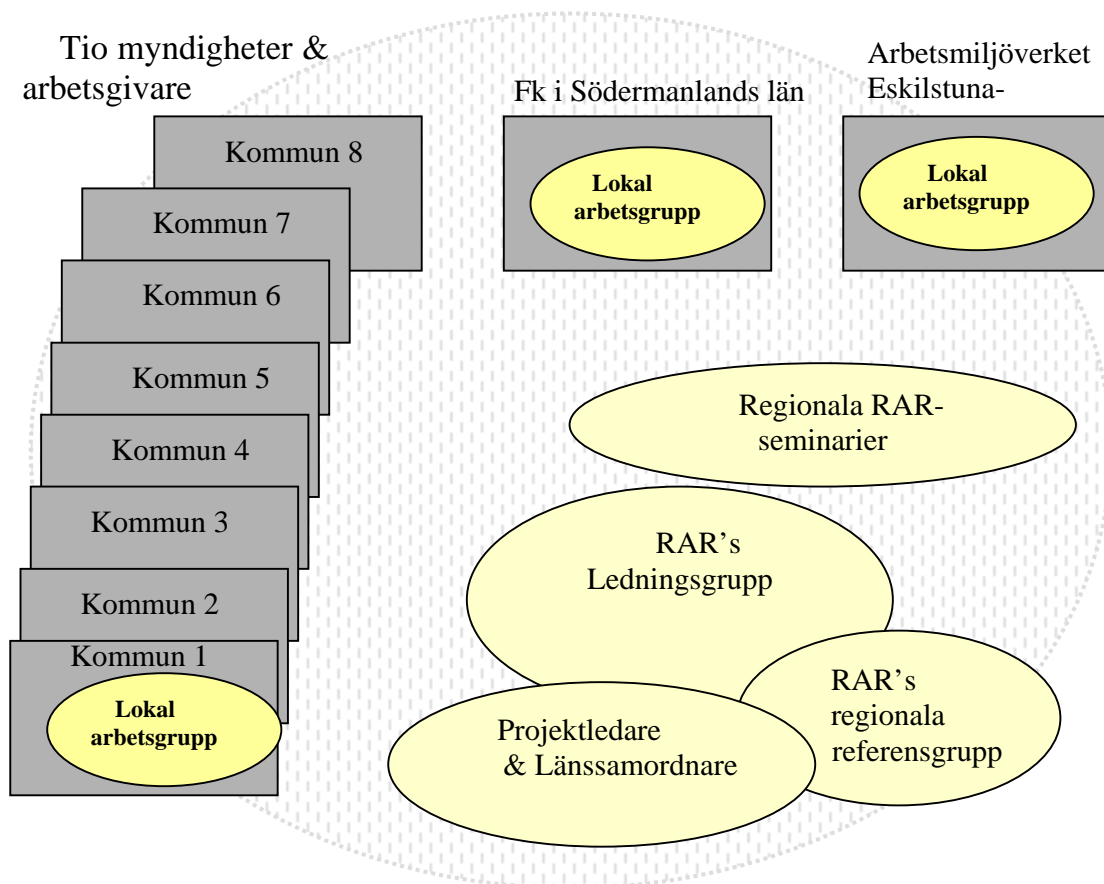
I serien RARs forskningsrapporten kommer vi med början senare i höst och under våren 2006 att publicera följande delstudier. En rapport analyserar, i anslutning till problematiken i föreliggande rapport, *gällande rätt* i fråga om uppsägningsförbudet i lagen om anställningsskydd. En serie av delstudier kommer att analysera arbetsförhållandena, erfarenheterna av från psykiskt utmattnings- och arbetstillfredsställelsesynpunkt kritiska

¹ Näringsdepartementet har finansierat en stor del av kostnaderna för forskarmedverkan i den första etappen av RAR-projektet. VINNOVA (Dynamoprogrammet) har finansierat en del av forskarmedverkan och medverkan från kommunernas rehabiliteringsexpertis i bl a framtagning av underlaget för föreliggande rapport. VINNOVA-anslaget finansierar även det fortsatta regionala utvecklingsarbetet i förlängningen av denna rapport. RAR-gruppen i Sörmland har finansierat det regionala samordningsarbetet bl a via en heltidsanställd länsamordnare samt en serie regionala RAR-seminarier. Medverkande kommuner ansvarar för sina kostnader i samband med utvecklingsarbetet.

perioder för kommunala enhetschefer; vård- och omsorgspersonal i hemtjänst och äldreboendeverksamhet; arbetsmiljöinspektörer samt möjligen ytterligare någon professionell grupp.

Information om nya rapporter från RAR-projektet kommer att finnas på www.rar.sormland.se samt på www.arbetslivsinstitutet.se.

RAR-projektets andra etappen, som nu inleds, kommer att präglas av genomförande av systematiska åtgärder för att förebygga nya utmattningsreaktioner samt ett försök att i regional skala *rekonstituera* ett fungerande system för arbetsanpassnings- och omplaceringsarbete (RAR-modellen).



Projektet leds av den *Regionala Arbetsmiljö och Rehabiliteringsgruppen i Sörmland* (RAR-gruppen). RAR-gruppen är ett samrådsorgan mellan länets offentliga myndigheter. Dess ledningsgrupp – som består av direktörerna för försäkringskassan, länsarbetsnämnden, landstinget, arbetsmiljöverket och representanter för länets kommuner - har ansvarat för det strategiska ledningsarbetet. RAR-projektet har följts upp som en stående punkt på dagordningen under de drygt tre år projektet har pågått. Ledningsgruppens ordförande, regionchefen vid Försäkringskassan i

Södermanlands län Solveig Lindblom, har fungerat som sammanhållande kraft. Hon har intuitivt förstått allt som hänt, läst allt som producerats och löst de problem som uppstått under arbetets gång. Hon och RARs ledningsgrupp har också en självständig analys av skeendet som kommer att framträda då utvecklingsarbetet under de kommande åren inriktas på systematiskt åtgärdsarbete. Länsamordnaren Lars Spjut har svarat för samordnings-, information, arrangemang av de regionala RAR-seminarierna, ekonomisk redovisning etc.

De medverkande tio myndigheterna ansvarar för utvecklingsarbetet inom ramen för sina ordinarie ledningssystem. De består av åtta av länets kommuner, försäkringskassan samt arbetsmiljöverket (Linköpings- och Eskilstunadistriktet) som alla medverkar i egenskap av arbetsgivare. Var och en av dessa tio arbetsgivare har åtagit sig, genom bindande beslut i sina högsta ledningsorgan, att vidta de systematiska åtgärder som krävs, i fråga om det förebyggande arbetsmiljö och rehabiliteringsarbetet, för att uppfylla regeringens ohälsomål. De har också alla utsett en lokal arbetsgrupp bestående av förvaltningschefer och i förekommande fall verksamhetschefer, representanter för enhetscheferna, personalens huvudskyddsombud samt personalchefer/rehabiliteringssamordnare och företagshälsovårdsrepresentanter. I några kommuner har kommunchefen medverkat. Förvaltningscheferna för de förvaltningar som främst berörs av datainsamlings- och analysarbetet i den första etappen av RAR-projektet och i några fall personalcheferna har som regel varit sammankallande och drivande i de lokala arbetsgrupperna. Det har varit fantastiskt att uppleva att engagemanget hos dessa mycket upptagna företrädare för parterna och FHV, i de flesta av de medverkande kommunerna, har förblivit högt under projektets gång. I forskningsarbete med komplexa problemställningar av det slag projektet analyserar inträffat periodvis förseningar som beror på att vissa analyser drar ut på tiden eller att inte förutsedda delstudier måste skjutas in med prioritet. Vi har t ex under resans gång, som denna rapport så tydligt illustrerar, tvingats inse att vissa antaganden som vi haft varit felaktiga. Problematiken hade visade det sig ha en väsentligen annan karaktär än vi vid inledningen av arbetet hade anledning att anta eller förmåga att förstå. Samverkan med de lokala arbetsgrupperna har varit oerhört givande, såväl i samband med planering av datainsamlingsinsatser, som vid diskussioner och tolkningar av preliminära analysresultat.

Det förhållandet att ledningspersonal på alla nivåer, personalhandläggare och fackliga förtroendemän i kommunerna och de medverkande statliga/regionala myndigheterna, ställt tid till förfogande för explorativa samtal och informationsintervjuer har likaså påskyndat forskningsarbetet. Vi är övertygade om att tillgången till denna sakkunskap har haft en

markant effektiviserande inverkan på forskargruppens analysarbete, som härigenom fått karaktären av ”translational research”.² RAR-projektet går nu in i en tvåårig utvecklingsfas då vi hoppas att denna samverkan mellan Arbetslivsinstitutet och de medverkande myndigheterna skall bidra till bestående förbättringar av deras system för förebyggande arbetsmiljö och rehabiliteringsarbete.

Forskningsinsatserna har genomförts av en grupp forskare från Arbetslivsinstitutet (arbetshälsa) med Tor Larsson som projekt- och vetenskaplig ledare. De medverkande forskarna kommer att presenteras i samband med de rapporter de medverkar i. Vi som skrivit denna rapport är alla verksamma som forskare vid Arbetslivsinstitutets arbetshälsoenhet i Stockholm. Tor Larsson är docent i Sociologi. Staffan Marklund är sociolog och professor i arbetshälsovetenskap. Peter Westerholm är medicinare och professor em. (arbetsmedicinsk epidemiologi).

Det delprojekt, vars problemanalys redovisas i denna forskningsrapport, har följts av en särskild regional arbetsgrupp. Denna har utsetts av RAR-projektets regionala referensgrupp bland erfarna verksamhetsutvecklare vid Fk och LAN samt fyra erfarna personalhandläggare bland länets kommuner. Gruppen består av Katarina Enqvist-Bolin, utredare vid Länsarbetsnämnen i Södermanlands län; IngLis Heimdahl, verksamhetsutvecklare vid Försäkringskassan; Åsa Rosendahl-Söder, personalchef i Oxelösunds kommun; Anne-Li Gustafsson, personalstrateg vid kommunstyrelseförvaltningen i Eskilstuna kommun; Kerstin Schill, rehabiliteringssamordnare i Strängnäs kommun; Gitte Carlsson, enhetschef och f.d. personalkonsulent i Katrineholms kommun samt Tor Larsson (projektledare) och Staffan Marklund (forskare vid Arbetslivsinstitutet). Denna arbetsgrupp, som internt betecknar sig ”burkgruppen”, av skäl som kommer att framgå vid läsningen av kapitel 2, har en nyckelroll. På basis av den fallstudie som redovisas i kap. 2, rörande systemfel i arbetet med svårlösta långtidssjukfall i en medelstor svensk kommun, skall gruppen ta fram en konsensusrapport före november månads utgång i år. Denna rapport skall sedan behandlas av RARs ledningsgrupp som har att överväga om RAR-gruppen skall rekommendera länets offentliga myndigheter en ny modell för att förbättra det arbetslivinriktade rehabiliteringsarbetet i regionen. RARs ledningsgrupp skall också ta

² Vi har även haft en sådan ”translational research”-relation till Arbetslivsinstitutets analysenhet. Analyser som gjorts inom ramen för fältmässigt genomförd datainsamling, explorativa studier, fallstudier, djupintervjuundersökningar, organisationsanalys etc har genererat frågor eller hypoteser som testats av analysenhetens forskare. Ett exempel härpå är de statistiska bearbetningar som finns redovisade i kapitel 1 som utförts av Anders Wikman.

ställning till om man, för att kunna förbättra regionens rehabiliteringsarbete, behöver pröva vissa nya lösningar som kanske inte är möjliga inom ramen för nuvarande reglering. I så fall krävs medgivande från ansvariga statliga organ för att på försök pröva denna ansats (RAR-modellen).

RAR-projektet följs även av en nationell referensgrupp. I denna medverkar Ned Carter, Sveriges kommuner och landsting; Jan Gladh, Lärarförbundet; Lars Fischer, Kommunalarbetarförbundet; Marianne Lindman, Arbetsmarknadsstyrelsen; Karin Sundh-Nygård, Arbetsmiljöverket; Solveig Lindblom, Försäkringskassan; Lotta Vahlne Westerhäll, Juridiska institutionen vid Handelshögskolan Göteborgs universitet; Jan Rydh, f.d. landshövding och regeringens sjukfrånvaroutredare; Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet (ordf); Staffan Marklund, Arbetslivsinstitutet samt Tor Larsson, Arbetslivsinstitutet (projektledare). Referensgruppen har hittills sammanträtt tre gånger kring skriftliga utkast till kap 1 och 2 samt muntliga föredragningar av analysen i kapitel 3. Referensgruppsmötena har präglats av intensiv och idérisk diskussion och kritik. Två av referensgruppsledamöterna – Lotta Vahlne Westerhäll och Jan Rydh – medverkar i denna rapport genom kommentarer och självständiga reflexioner i anslutning till den problematik som rapporten analyserar. Deras bidrag återfinns i bilagor till rapporten.

Den analys som görs i denna rapport har även presenterats inför och livligt diskuterats av arbetsminister Hans Karlssons Arbetsmiljöråd. Vi är tacksamma för att i rådets seminarieliknande arbetsform under Hans Karlssons ordförandeskap och aktiva medverkan i diskussionen ha fått ventilera och diskutera RAR-projektets arbete.

Tor Larsson, projektledare

Sammanfattning

RAR-projektet är ett av arton projekt i regeringens satsning på försök att minska ohälsan i offentlig sektor. Syftet har varit att i samråd mellan forskare från arbetshälsoenheten vid Arbetslivsinstitutet och 10 sörmländska myndigheter (i) närmare utforska sjukfrånvaroproblematiken bland riskutsatta grupper inom utbildnings-, vård-, omsorgsverksamhet samt enhetschefer och tjänstemän/myndighetspersoner inom statliga eller regionala förvaltningsorgan; (ii) ta fram metoder för systematiskt förebyggande arbetsmiljöarbete med fokus på att förhindra nya långtidssjukfall till följd av psykiska utmattningsreaktioner.

I denna rapport redovisas ett inte helt obetydligt bifynd. Vid de inledande explorativa undersökningarna fann vi att den gängse bilden av sjukfrånvaroökningensfenomenet inte stämde med de realiteter som framkom i samtalen med kommunernas rehabiliteringshandläggare. De var tyngda av skuld känslor för att inte ha kunnat förhindra den nationella katastrofbild som uppmålats via politiken och massmedia. Men de såg inte några möjligheter att drastiskt minska sjukfrånvaron och de upplevde inte att sjukfrånvarosituationen som sådan, vare sig när det gällde sjukfrånvar oanledningarna eller deras egen (personalhandläggarnas) sätt att mödosamt försöka lösa problemen med målet att komma till rehabiliteringsavslut, var specifik vid ingången på 2000-talet. Diagnospanoramats var ungefär som i alla tider, om man bortser från en betydande ökning av psykiska utmattningsdepressioner. Situationen för de rehabiliteringsansvariga hade däremot förändrats markant. Stödjande insatser, resurser och bemyndiganden som den egna kommunledningen tidigare hade svarat för och viktiga beslut som arbetsförmedlingarnas och försäkringskassornas handläggare tidigt fattat var inte längre på plats! Dessutom hade antalet möjliga omplaceringspositioner och arbetsträningsmöjligheter med enklare arbetsuppgifter drastiskt minskat

under 1990-talet. Omständigheterna för de rehabiliteringsansvariga var helt annorlunda idag än vad de var vid ingången av 1990-talet.

Vi fick ganska snart anledning att kritiskt granska de föreställningar om den galopperande sjukfrånvaron som dominerade den offentliga diskussionen. Hur är det egentligen? Är det massivt ökad benägenhet hos den arbetande befolkningen som förklarar de diagram som kablats ut via riks försäkringsverkets hemsida? Eller är ett statistiskt förhållandevis normalt antal individer sjukskrivna betydligt längre perioder än tidigare?

I kapitel 1 redovisas bearbetningar som tyder på att nästan två tredjedelar av den fördubblade "sjukfrånvaron" mellan 1996 och 2002 förklaras av att sjukperiodernas längd ökat. Endast en tredjedel av ökningen förklaras av att fler individer sjukskriver sig. Detta resultat ger oss anledning resa frågan om substansen i debatten om sjukfrånvaroproblemet. Vilket är problemet? Är det fråga om en epidemi av ökande ohälsa i befolkningen? Nej, väsentligen inte. Den psykiska ohälsan ökar markant under slutet av 1990-talet, men manifesterar sig, att döma av den forskning som Arbetslivsinstitutet utfört, i första hand som sjuknärvaro på arbetsplatserna. Är det fråga om en massjukskrivningstendens? Nej. Väsentligen inte. Vad är det då som förklarar "sjukfrånvaroökningen"? Dessa frågor reses i rapportens första kapitel.

I kapitel 2 och 3 försöker vi besvara dem. Våra svar inrymmer en rad begränsningar. De baseras på analyser av förhållandena för anställda sjukskrivna i ett förhållandevis litet antal kommuner. Vi har inga data alls om gruppen arbetslösa sjukskrivna. Den fallstudie som görs i kapitel två behandlar omständigheterna i samband med blott 102 långtidssjukfall i en medelstor kommun som därtill inte hör till den grupp av kommuner som RAR-projektet samarbetar med. Fallstudien analyserar i gengäld samtliga långtidssjukfall i den aktuella kommunen. Men detta ökar väl inte möjligheterna att generalisera resultaten till att gälla även förhållandena i andra kommuner eller i kommuner i allmänhet? Nej, det är inte så vi jobbar i RAR-projektet. Vår analys är inriktad på att frilägga systematiska förbindelser mellan olika aktörer i det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet. Vi är inte i första hand intresserade av de sjukfrånvarandes diagnoser eller attityder utan snarare av rehabiliteringsproblematikens art och arbetssättet för att lösa olika arbetsanpassnings-, omplacerings-, arbetsträningsbehov och "inlåsningsproblem". Mera specifikt är vi intresserade av att identifiera goda lösningar men också systemfel, återkommande hinder för att avsluta rehabiliteringsärenden samt tecken på allvarliga störningar eller rent av tecken på systemkollaps i de rättsligt institutionaliserade aktörssystem som samhället tillskapat för att lösa rehabiliteringsproblemen.

Men det hjälper väl inte? Man kan väl fortfarande inte generalisera iakttagelser av sådan art och anta att de äger giltighet för landets kommuner? Nej, men här kommer det fiffiga med RAR-projektets metodologiska ansats in i bilden. Med stöd av de explorativa intervjuer vi gjort med personalchefer, linjechefer, rehabiliteringssamordnare m fl i de medverkande kommunerna har vi kunnat sammanställa iakttagelser om förändringar vid mitten av 1990-talet som kan tänkas ha haft inverkan på att sjukperiodernas längd inte kunnat avslutas i rimlig tid. Med hjälp av fallstudien har vi identifierat en rad vanliga typer av hinder i rehabiliteringsarbetet som resulterar i att sjukperioderna tickar på. Dessa listor och mönster pekar i riktning mot att vissa formella-rättsliga aktörer förändrat sitt förhållningssätt i rehabiliteringssystemet. I samtal med avancerade företrädare för dessa aktörer – som väl känner till verksamheterna, regelverket, förvaltningslogiken och den strategiska styrningen av verksamheten – har vi utrett frågan om det kan finnas någon substans i de förklaringsansatser/upplevelser/anlagelser etc som rests från kommunernas rehabiliteringsansvariga eller som framkommit i fallstudiematerialet? Sådana frågor har riktats till och besvarats av bl a försäkringskassan, LAN/Af samt kommunledningen. Svaren är i vissa avseende högst intressanta eftersom de pekar i riktning mot generella, i sammanhanget ”giftiga” förändringar som genomförts med stöd av lag. Med hjälp av Arbetslivsinstitutets jurister, andra juridiska experter, informationssekreterarna på riksdagens förvaltningskontor, Riksdagstrycket, de statliga myndigheternas registrator och förvaltningsexperter etc har så sökandet gått från mikronivåns fallstudiematerial och professionellas erfarenheter till förändringar med generell verkan inom landets kommuner, regionala och statliga förvaltningsmyndigheter.

Resultatet av fallstudiens sökande efter systemfel redovisas i kapitel 2. I all korthet lyder huvudförklaringen till varför sjukperiodernas längd ökar så dramatiskt och varför antalet sjukpenninggrundade frånvarodagar i riket fördubblas under perioden 1996 till 2002: Det kvalificerade rehabiliteringssystem - dvs det arbetsätt och de extraordinära problemlösningsansträngningar som gjordes inom ramen för s.k. anpassningsgruppsverksamhet (motsv) - som fanns i sveriges kommuner under 1980- och inledningen av 90-talet kollapsade i tiden några år innan sjukfrånvaroperiodernas längd började öka.

I kapitel 3 söker vi svaret på frågan varför det kvalificerade rehabiliteringssystemet kollapsade? Svaret är en lång historia som vi endast kunnat påbörja utforskningen av. Det krävs fortsatt forskning för att kunna sammanfatta förloppet. Våra ansträngningar har ännu karaktären av

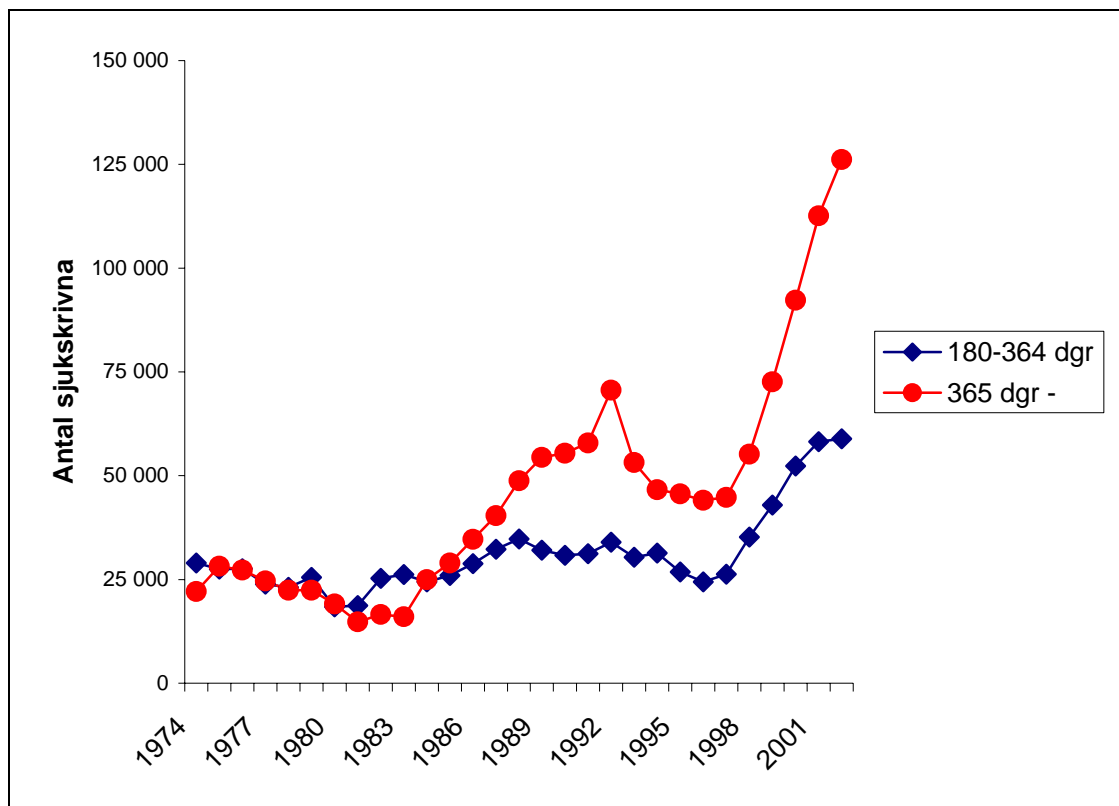
originalstudier, med många förklaringsansatser och tolkningsmöjligheter. Huvudintrycket så här långt är att 1990-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform förefaller ha haft det dubbla syftet att (i) tillse att arbetsgivarens ansvarstagande enligt arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftningen inordnades i företagens och förvaltningarnas alltmer komplexa system för ledning och uppföljning av verksamheten och (ii) minska inflytandet för de partssamrådsorgan på arbetsplatserna som med stöd av 1970-talets arbetsrättsliga reglering skaffat sig ett inflytande på arbetsplatserna som enligt 1990/91 års lagstiftare ”aldrig varit meningen”. 1990-talets arbetsmiljö och rehabiliteringsreform utformades för att gradvis montera ned detta på 1970- och 80-talet uppbyggda arbetsplatsförlagda partsamråd inklusive den statsbidragsfinansierade företagshälsovårde. I utbyte fick vi systematiskt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete via arbetsgivarens linjeorganisation och myndighetsbaserad systemtillsyn som samhällets kontrollmedium. Idag framträder i backspeglarna dels stora svårigheter att lösa anpassningsproblemen, dels psykisk utmattning och professionell meningsförlust som indikerar att problemlösningsarbetet på arbetsplatserna inte fungerar tillfredsställande. Mot bakgrund av detta finns skäl att resa frågan: Vad krävs för att under 2000-talet rekonstituera det kvalificerande problemlösningsarbetet på arbetsplatserna?

I bilagorna reflekterar Lotta Westerhäll och Jan Rydh över de problemställningar som rapporten reser. Visioner av framtida nödvändigheter och möjligheter glimtar fram i deras bidrag.

Kapitel 1

”Den galopperande sjukfrånvaron” Utgångspunkter, explorativa undersökningar, problemställning

Den sedan 1997 kraftigt ökande långtidssjukfrånvaron har, politiskt och via massmedia, presenterats som ett allvarligt samhällsproblem. Fenomenet har beskrivits i termer den statistik som fortlöpande redovisas av den statliga Försäkringskassan (tidigare Riksförsäkringsverket).



Försäkringskassan: Antal sjukskrivna ("pågående sjukpenningfall").

Vän av ordning tycker säkert: -Varför har dom inte med den sista tidens statistikutveckling? Vi har här valt att återge diagrammet så som det såg ut då vi påbörjande planeringsarbetet inför det som skulle bli RAR-projektet. Och vi skall i detta kapitel försöka redovisa hur vår egen förståelse av innebörden i detta diagram förändrats sedan dess. Kurvan på diagrammet vänder år 2002 och pekar därefter nedåt, i enlighet med det resultatmål för minskad ohälsa, som regeringen fastställde i budgetpropositionen för år 2003 och som också riksdagen har ställt sig bakom:³

- Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008.
- Parallellt skall antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar minska.

Föreställningen om ”den galopperande sjukfrånvaron”

Regeringens sjukfrånvaroutredare, landshövding Jan Rydh och dennes medarbetare i *Utredningen om sjukförsäkringen*, genomförde utförliga statistiska beräkningar av sjukfrånvaroökningarna. Utredningen avlämnade ett delbetänkande SOU 2000:72 *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* samt slutbetänkandet SOU 2000:121 *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*. I december 2000 gav regeringen samme utredare i uppdrag att inom ett år ta fram en *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (HpH).

Från en låg nivå 1996 hade sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna utvecklats till ett samhällsproblem med allvarliga statsfinansiella konsekvenser. HpH-utredningen talar om den ...”galopperande ökningen av sjukrelaterad frånvaro”. Utredningens orsaks- och åtgärdsanalys utmynnade i antagandet att problembilden var komplex:

”Samtliga utredningar har pekat på ett antal strukturella problem, som inte kan lösas enbart med begränsade ändringar och förbättringar av nuvarande system [...] Tidigare utredningar har med stor tydlighet redovisat de komplexa sammanhang som ligger bakom den mycket höga sjukfrånvaron i landet. Internationella jämförelser visar att motsvarande trender också finns i andra jämförbara länder. Andelen sjukfrånvarande synes dock vara högre i Sverige än i de flesta andra länder. Framför allt är styrkan i trenden oroväckande hög i Sverige”.⁴

I grunden handlar det enligt utredningens statistiska beräkningar om en *generell* ökning av långtidssjukfrånvaron inom större företag och offentliga

3. Betänkande 2002/03:SfU1, riksdagsskrivelse 2002/03:72.

4. *Punkter i en handlingsplan*. Delrapport från HpH-utredningen. Först publicerad via regeringens hemsida. Stockholm 2001-06-26, s. 39f.

förvaltningsorganisationer. I delbetänkandet konstateras vidare att särskilt höga sjuktal framträder inom de kommunala arbetsområdena vård, skola och omsorg. Inom såväl privat som offentlig sektor gäller att små arbetsgivare har väsentligt lägre sjukfrånvaro än större. HpH-utredningen påvisar också att det finns betydande regionala variationer, variationer mellan arbetsgivare inom samma bransch och mellan olika branscher.

I den internationella forskningslitteraturen om problematiken kring arbete och hälsa är s.k. *victim blaming* ett välkänt fenomen. Allvarlig arbetsrelaterad ohälsa manifesterar sig normalt med en viss statistisk incidens. Inte alla i en exponerad grupp blir skadade. Det kan gå lång tid innan mönstret i en serie till synes sporadiska händelser framträder. Den skadliga faktorn - vare sig denna består av kemikalier, arbetsorganisatoriska arrangemang eller psykiskt belastande arbete med människor i svåra situationer - är ofta inte möjlig att upptäcka med synen, hörseln eller luktsinnet. Skenet, dvs. det sätt på vilket fenomenet omedelbart framträder, gör det lätt att missuppfatta fenomenet som individrelaterade händelser. En ökad frekvens av sådana individrelaterade händelser kan i det omedelbara perspektivet förstås som tecken på förändrade beteendemönster, livsstilar, moraliska förhållningssätt etc. I den inhemska politiska och massmediadebatten rörande "den galopperande sjukfrånvaron" har förekommit generaliseringar med inslag av *victim blaming*. De som gjort inläggen har inte kunnat förstå de statliga myndigheternas alarmerande rapporter om en fördubbling av långtidssjukfrånvaron mellan 1996 och 2002 på annat sätt än att misstänkliggöra de sjukskrivna för bristande arbetsmoral eller för att överutnyttja eller fuska med sjukförsäkringen.

Med underförstådd referens till olika sådana förklaringar av fenomenet, konstaterade Rydh att sjukfrånvaron visserligen beror på en rad förhållanden som saknar eller har litet samband med arbetslivet t.ex. trafikolyckor och icke arbetsrelaterade sjukdomar, att livskriser och andra sociala faktorer vid sidan av arbetet samt individens aktiviteter och livsstil - inte minst när det gäller motion, kost och droger - självfallet spelar en viktig roll. Men:

"Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har de förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökning som skett de senaste åren."⁵

Rydh och de statistiska analytiker som medverkade i utredningsarbetet finner att faktorer av detta slag inte ger en tillfredsställande statistisk

5. HpH a.a. s. 65, vår kursiv.

förklaring till den dramatiska ökningen av långtidssjukfrånvaroökningen. Vi delar denna uppfattning.

De offentliga utredningarnas konstaterande att långtidssjukfrånvaroökningen i riket måste förstås som orsakade av strukturella förändringar i komplexa sammanhang har utgjort en utgångspunkt för RAR-projektet. Vi har, i likhet med Rydh, inte funnit skäl att anta att lärare, förskolepersonal, undersköterskor m.fl. grupper med hög långtidssjukfrånvaro, som professionella grupper, kan misstänkas för att ha förändrat sin moraliska inställning i fråga om utnyttjande av sjukförsäkringen eller att de utsätter sig för större risker än andra grupper på arbetsmarknaden i fråga om livsstilsfaktorer. Vi finner inte heller att de förklaringsansatser, i ett *rational choice* teoretiskt perspektiv, som betonar individers naturliga strävan att optimera sin personliga ekonomiska vinning genom att utnyttja de medborgerliga rättigheterna i socialförsäkringssystemen, är övertygande i detta sammanhang. Det är svårt att inse att just de grupper på arbetsmarknaden, som svarar för den största andelen av sjukfrånvaroökningen, är speciella i detta avseende. Det krävs helt enkelt starkare förklaringsansatser, som hänvisar till andra typer av strukturella förändringar. Men vilka är då dessa bakomliggande *systematiskt verkande utvecklingsförlopp* som förklarar den kraftiga ökningen av långtidssjukfrånvaron efter 1997? I direktiven till de offentliga utredningarna har inte ingått uppgiften att utreda dessa strukturella orsakssammanhang.

Samtidigt som vi delar sjukfrånvaroutredarnas skepsis mot individcentrerade förklaringsansatser finner vi skäl att, från samhällsvetenskaplig utgångspunkt, vara tveksam till de *handlingsplaner* som tagits fram av det offentliga utredningsväsendet och regeringskansliet, just för att de inte baserats på en djupgående beskrivning av fenomenets (de uppmätta sjukfrånvaroökningarnas) strukturella orsaker. Vi skall återkomma till detta i kapitlets avslutande avsnitt.

”Den galopperande sjukfrånvaron” betraktad från de lokalt rehabiliteringsansvarigas perspektiv

RAR-projektet i Sörmland inleddes hösten 2002 via omfattande planerings- och förankringsarbete i de medverka tio myndigheterna. Så gott som samtliga berörda inom ledningsorganisationen inklusive personalorganisationernas lokala ledning och huvudskyddsombud blev involverade i utvecklingsarbetets uppläggning och syfte (att infria regeringens mål för ökad hälsa i den offentliga sektorn). Med början under våren 2003 genomfördes en explorativ studie av orsakerna till

kommunernas sjukfrånvaroökningar efter 1997. Kommunchef, förvaltningschef, personalchef samt erfarna personalchefer, rehabiliteringssamordnare och personalhandläggare intervjuades. Intervjupersonerna valdes ut så att de, i backspegeln, kunde blicka tillbaka på erfarenheter från 80-talet fram till idag. I många fall kompletterades intervjuer med nuvarande personalchef och personalhandläggare via intervjuer med deras företrädare som vi fick hjälp att leta upp på de platser de nu befann sig. Samtalen handlade om hur det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet bedrevs under 1980-talet och vilka förändringar som skett under 1990-talet. Samtalen präglades av återkommande anspelningar på den underliggande frågan: Vad har hänt i början och mitten av 1990-talet, som förklarar den ökande långtidssjukfrånvaron vid ingången av 2000-talet.

Efter ett tiotal intervjuer med erfarna personalansvariga i de medverkande kommunerna framträdde ett mönster. ”I alla tider” – ett uttryck som i rehabiliteringssammanhang omfattar tiden efter mitten av 1970-talet – hade kommunerna bedrivit det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet via två typer av aktiviteter. Den ena kan betecknas löpande förebyggande arbetsmiljöarbete och tidig sjukfrånvarouppföljning. Detta arbete handlar om nära inkännande kontakter, arbetsanpassningsåtgärder etc. som organiseras genom fortlöpande samtal mellan arbetsgruppen/enskilda gruppmedlemmar och närmaste chef. Den andra aktiviteten kan betecknas *det kvalificerade rehabiliteringsarbetet*. På ett undantag när bedrevs detta arbete i de medverkande kommunerna inom ramen för s.k. anpassningsgrupper.⁶ Dessa sammanträdde ofta 3 till 4 gånger per år med dagordningar som innebar att 20 till 30 aktuella svårösta rehabiliteringsärenden skulle behandlas. De bestod av en ledande kommunpolitiker, som regel personalutskottets ordförande och inte sällan kommunstyrelsens ordförande, och de fackliga organisationernas ordföranden. Vid behov deltog även bemyndigade handläggare från Af och

6. Undantaget som bekräftar regeln utgörs av Oxelösunds kommun, vars starka kommunalpolitiker på 1980-talet ofta var fackliga ledare från järnverket (SSAB). Dessa hade infört policyn att ...”man skall inte hänga ut arbetskamrater med sviktande hälsa som rehabiliteringsfall”. Som följd härav genomfördes allt rehabiliteringsarbete i informella former och utan att de särskilda kostnaderna t.ex. för inrättande av s.k. särskilda tjänster bokföringsmässigt särredovisades. I sak gällde samma regler och principer som i övriga kommuner: Personalchefens kroppsspråk förändras då hon tänker på vad som skulle ha hänt om personalavdelningen skulle ha antytt att det inte fanns någon lösning på en uppkommen svår rehabiliteringssituation. Uppsägning av en arbetstagare som drabbats av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller på äldre dar sviktande ork kunde inte komma i fråga.

FK samt företagsläkaren eller annan medicinsk expertis. Personalenhetens handläggare deltog alltid som föredragande och verkställande funktionärer.

Vid varje möte avhandlades enbart svårlösta ärenden som remitterats till anpassningsgrupp därför att de åtgärder som erfordrades inte kunde vidtas inom ramen för arbetsledarens budgetram eller maktmässiga befogenheter. Det kunde handla om omplacering till annan enhet eller förvaltning, om behov av att inrätta en s.k. särskild tjänst (kraftigt anpassade arbetsuppgifter, tjänster som inte fanns i ordinarie befattningsstruktur) som finansierades med medel för särskilda rehabiliteringsändamål vid sidan av driftsenheternas budget, om en behandlingshemsvistelse för en anställd alkoholmissbrukare eller en överbryggande yrkesutbildning för en anställd som behövde omplaceras till en annan arbetsgivare eller omskolas till annat yrke. För att möjliggöra problemlösningar kunde i vissa fall FK - handläggaren åta sig att bereda ärenden för partiell sjukpension. I enstaka, sällsynta, fall kunde Af bidra till en lösning – då alla andra handlingsmöjligheter uttömts – genom att fästa ett lönebidrag på en kommunanställd som drabbats av ohälsa, i syfte att förebygga arbetslöshet.

Det fanns därtill vissa tidsmässiga ramar på dåtidens anpassningsgruppsverksamhet. Remitterande chef ”ägde” som regel ärendet ända till dess detta var löst. Detta kunde i vissa fall innebära att den berörde individen inte var sjukskriven, utan att dennes lön fortfarande drogs från driftsbudgeten. Det innebar som regel att enhetschefen inte fick tillsätta tjänsten förrän rehabiliteringsärendet var avslutat. Härigenom uppkom ett tryck på snabba lösningar och många personalchefer vittnade om att det fanns en underförstådd tidsgräns på ett halvt eller maximalt 1 år för att avsluta ärendena.

Under 1980-talet fram till inledningen av 90-talet tycks arbetet har fungerat relativt väl, såväl i fråga om den fortlöpande förebyggande och sjukfrånvarouppföljande verksamhet som första linjens chefer ansvarade för som för anpassningsgruppernas mer kvalificerade insatser för att åstadkomma lösningar på de mer svårlösta anpassnings- och omplaceringsärendena.

I någon av kommunerna fick vi ta del av arkiverade protokoll och handlingar från anpassningsgruppsverksamheten under senare delen av 1980-talet. Ett överslag visade att det, grovt räknat, rör sig om ungefär lika många långtidssjukskrivningsärenden (>6 månader) då som de som finns inom den kommun där vi studerat motsvarande problematik idag (jfr fallstudien i kap 2). Ärendenas karaktär, sjukfrånvarooanledningarna och problemlösningsbehovet var likaså likartade.

De erfarna personalcheferna och rehabiliteringshandläggarna skakade på sina huvuden och lyfte på armar och axlar i en uppgiven gest inför vår

återkommande undran om varför långtidssjukfrånvaron ökat så kraftigt efter 1997: Anpassningsgruppsverksamheten förlorade gradvis sin verkningsgrad under första halvan av 1990-talet. Den lades ned vid mitten av 90-talet på ett sätt som innebar att även det kvalificerade rehabiliteringsarbetet – i svårlösta anpassnings-, omplacerings- och inläsningsärenden – ”dumpades” på den sjukskrivnes närmaste chef som hade att syssla med löpande arbetsmiljö- och sjukfrånvarouppföljningsuppgifter. Denne skulle nu klara även de svåra ärendena. Och detta utan att ha tillgång till de extraordinära ekonomiska resurser, omplaceringsbemyndiganden och det stöd från FK och Af som tidigare kunnat mobiliseras i anpassningsgruppsverksamheten.

Det kvalificerade rehabiliteringsarbetet kollapsade vid olika tidpunkter i de sörmländska kommunerna. I allmänhet tycks systemet ha ”kärvat” betänkligt under åren kring 1994 för att sedan helt eller delvis kollapsa under de följande åren. Orsakerna är sammansatta och lite svårfångade inom ramen för det explorativa intervjuarbetet. Vi skall i rapportens kapitel 3 försöka belägga de i sammanhanget relevanta förändringarna i lagstiftning eller annan reglering så tidpunkten för dessa generella förändringsfaktorer inverkan kan beräknas. De viktigaste orsaksfaktorerna tycks, av den explorativa studien att döma, ha varit:

1. Att den politiska uppbackningen av personalfunktionen avklingade, vilket resulterade i att personalchefernas starka omplaceringsbemyndigande (rutinen ”personalframställan”) återkallades. I de flesta fall skedde detta vid mitten av 1990-talet. Undantag från denna regel finns i en av de åtta kommuner som medverkar i RAR-projektet.
2. De ekonomiska resurserna för rehabiliteringsåtgärder drogs gradvis in. I Eskilstuna kommun fanns t.ex. vid ingången av 1990-talet ca 20 miljoner kronor på personalchefens kostnadsställe för finansiering av ett betydande antal ”särskilda tjänster” och andra rehabiliteringsändamål. När det kvalificerade rehabiliteringssystemet kollapsade runt 1997-98 hade återkommande oshyglor förminskat detta anslag till ca 11 MSEK samtidigt som antalet avancerade rehabiliteringsärenden börjat öka drastiskt. Förbud att inrätta nya särskilda befattningar hade införts flera år tidigare.⁷

7. Medel som använts för att finansiera särskilda befattningar hade tidigare återförts till personalchefens kostnadsställe när innehavaren av en sådan ”särskild tjänst” avgick med pension. När systemet kollapsade överfördes dessa medel till respektive enhets driftsbudget i proportion till antalet särskilda befattningar inom förvaltningarna. Medlen öronmärktes inte och försvann således in i ”det svarta hålet” i och med att

3. De centralt placerade personalhandläggarna avvecklades och rehabiliteringsansvaret placerades som regel direkt på enhetscheferna. Personalfunktionen reducerades i många fall till blott någon rehabiliteringssamordnare. Och denne saknar idag som regel överblick över samtliga kvalificerade rehabiliteringsärenden. Det finns idag ofta ingen samlad bild över rehabiliteringssituationen i kommunerna. Enhetschefer/arbetsledare förväntas klara av allting. Om dom inte gör detta får dom begära hjälp från personalenheten, men några särskilda strategiska medel att ta till i svårlösta fall existerar som regel inte. Denna utveckling, ”decentraliseringen” av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar till första linjens chefer och personalhandläggare utan strategiskt understöd, stimulerades av det nya regelverk som infördes i samband med 90-talets rehabiliteringsreform (särskilt den s.k. sjustegsmodellen och reglerna för ärendehandläggning i det 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring).
4. LAN/Af har så gott som genomgående dragit tillbaka sitt stöd till kommunernas rehabiliteringsarbete. I stället inrättades några år in på 90-talet konsultorganet *Arbetslivstjänster* som på uppdragsbasis kunde utföra vissa tjänster åt kommunerna. Denna service upplevdes av kommunerna ofta som så kostsam att den inte kunde utnyttjas regelmässigt.
5. Kommunerna upplever också att FK, efter 90-talets s.k. rehabiliteringsreform, betonat arbetsgivarnas självständiga ansvar och blivit mer obenägen att stödja arbetsgivarnas kvalificerade rehabiliteringsarbete via beslut om sjukersättning på hel- eller deltid. Deltidspension var tidigare ett viktigt medel för att möjliggöra goda rehabiliteringsavslut av typen deltids återgång i tidigare eller nya arbetsuppgifter i kombination med deltids sjukersättning. Yrkeserfarna medarbetare, som förlorat en del av sin arbetsförmåga, uppges idag kunna gå sjukskrivna *i onödan* på grund av att driftsansvariga inte upplever sig ...”ha råd att betala heltidslön för en deltidsinsats”.
6. Införandet av det s.k. 5:e steget i ”steg för steg modellen” för arbetslivsinriktad rehabilitering har, av kommunernas rehabiliteringsansvariga, upplevts som en uppmuntran till arbetsgivaren att avtalsvägen ”lösa ut” den anställde från sitt anställningsförhållande. Detta innebär att en genom arbetsträning konstaterad varaktig partiell nedsättning i arbetsförmågan inte (längre) uppfattas av

befattningsinnehavarna slutade. Idag finns inga sådana medel för särskilda rehabiliteringsändamål i de i RAR-projektet medverkande sörmländska kommunerna.

Försäkringskassan som giltig grund för deltids sjukersättning. Det måste först utredas om individen har full arbetsförmåga i annat vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Om så befinns vara fallet drar FK in rätten till sjukpenning. Så sker idag i ökande omfattning. Regeln som sådan uppfattas av kommunernas personalhandläggare ofta som ett sabotage mot handläggningslogiken och mot de ofta omfattande handläggningsinsatser, som vidtagits av arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga och den sjukskrivne vid den tidpunkt då det 5:e steget tas.

7. En mer övergripande orsak till det lokala kvalificerade rehabiliteringsarbetets kollaps har att göra med den förskjutning i den allmänna rättsuppfattningen som inträffat i och med en serie uppmärksammade AD-domar från 1993 och framåt.

Sammantaget bidrog dessa olika utvecklingstendenser till att det av samhället på 1970-talet inrättade partsområdet på arbetsplatserna kollapsade vid mitten av 1990-talet. De lokala samrådsorganen (de centrala anpassningsgrupperna) upplöstes eller inordnats i samverkansorgan som väsentligen sysslar med MBL-förhandlingar och samråd kring utvecklingsfrågor. De starka bemyndiganden, de betydande ekonomiska resurser samt den handläggarkapacitet som tidigare mobiliserades för att avsluta kvalificerade rehabiliteringsärenden fanns efter denna systemkollaps inte längre på plats. Kommunernas rehabiliteringsansvariga uppger att LAN/Af ..."vägrar att lyfta ärenden som avser kommunanställda". Och de upplever att FK alltmer lämnar dem "i sticket" genom att inte bereda ärenden där anställda varaktigt förlorat (del av) sin arbetsförmåga för (partiell) sjukersättning. Härigenom omöjliggörs de i sådana ärenden "traditionella rehabiliteringsavslutet", nämligen att den anställda återgår i arbete i den omfattning som han/hon har förmåga till och sägs upp på den del som varaktigt gått förlorad, sedan sjukersättning i motsvarande omfattning beviljats.

Försäkringskassans och Länsarbetsnämnden/AMS kommentarer till arbetsgivareföreträdarnas upplevelser av deras "tillbakadragande"

Inom FK bekräftas att ett tillbakadragande i viss mån kan sägas ha skett. Och den angivna tidpunkten vid mitten av 1990-talet stämmer också med FK's självbild. Denna reträtt har skett med viss nödvändighet. Den sammanhänger med ändringarna av rätten till sjukpenning och sjukersättning i lagen om allmän försäkring 1995. Dessa lagändringar och

senare instruktioner från Riksförsäkringsverket har resulterat i en restriktivare bedömning av rätten till sjukersättning. FK bekräftar även kommunernas bild av det s.k. 5:e stegets betydelse. Vi skall i nästa kapitel illustrera den konkreta innebörden av dessa regeltillämpningar. I kapitel 3 skall den principiella innebörden av 90-talets rehabiliteringsreform och lagstiftningsåtgärderna under 1990-talet analyseras.

I samtal med den förre direktören vid länsarbetsnämnden i Södermanlands län samt experter på arbetsmarknadsmyndighetens reglering vid AMS har arbetsgivarnas bild av Af/LAN's tillbakadragande från anpassningsgruppsverksamheten bekräftats. Detta har skett i enlighet med tydliga statliga instruktioner vid ingången av 90-talet. LAN och AMS företrädare har även bekräftat att den tidigare befintliga möjligheten att bevilja lönebidrag som en sista åtgärd för att förebygga arbetslöshet hos kommunanställda som drabbats av nedsatt arbetsförmåga dragits in under 90-talet. Och man bekräftar likaledes att arbetsmarknadsmyndigheten och Af's platskontor haft uttryckliga instruktioner att inte ägna sig åt handläggning av ärenden som gäller kommunanställda.

Vi skall i kapitel 3 försöka belägga när och var i myndigheternas regelverk dessa förändringar införts samt diskutera förändringarnas innebörd i perspektivet av kommunernas arbetslivsinriktade rehabilitering.

Kritisk granskning av grunden för statsmakternas ansvarsplacering och åtgärdsprogram för att minska ohälsan i arbetslivet

HpH-utredningens handlingsplan för att minska sjukfrånvaron och de åtgärder som regeringen nu vidtar för att, som det heter, minska ohälsan baseras på den formella-rättsliga ansvarsplaceringen som görs i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Avsaknaden av en grundlig analys av sjukfrånvaroökningens fenomen innebär att statsmakterna idag saknar säker kunskap om hur fenomenets skall förstås och hur det har uppkommit. Detta till trots har fenomenet av regeringen och riksdagen behandlats som ett allvarligt samhällsproblem. Och trots den rådande bristen på kunskap om de komplexa strukturella orsakssammanhang, som regeringens sjukfrånvaroutredare antagit måste finnas med i orsaksbilden, har statsmakterna tagit fram en handlingsplan. Det åtgärder som nu vidtas syftar till att skapa incitament för de aktörer som förmenas vara ansvariga för sjukfrånvaron att vidta de åtgärder som krävs för att halvera frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning, med utgångspunkt från 2002 års nivå, fram till 2008. Hur vet man då vilka dessa ansvariga är? Man utgår från att de som av arbetsmiljö- och socialförsäkringsrättens ansvarsregler

postuleras vara ansvariga för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet är i stånd att lösa sjukfrånvaroökningens problemet.

Enligt denna lagstiftning är *arbetsgivaren* huvudansvarig för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt för att vidta de uppföljnings-, arbetsanpassnings- och omplaceringsåtgärder som krävs för att sjukskrivna anställda skall kunna återgå i arbete. Ansvar åvilar även *den försäkrade arbetstagaren* som är skyldig att medverka i planering och i genomförande av arbetsträning och andra rehabiliteringsåtgärder för att påskynda återgång i arbetet. *Försäkringskassan* ansvarar för att samordna rehabiliteringsinsatserna samt för att handlägga begäran om försäkringsstöd t.ex. i form av sjuk- och aktivitetsersättning. En del av ansvaret är också placerat på *Arbetsmiljöinspektionen*, som skall tillse att arbetsgivaren har ett system för rehabilitering av sjukskrivna, samt på *landstinget* som skall bistå med kunskap och medicinska rehabiliteringsinsatser. De rättsliga aktörerna i sjukfrånvarodramat befinner sig på en lokal och regional handlingsdomän (olika arbetsställen, regionala arbetsmarknader och myndighetsområden).

Staten intar en mera överstyrande (reglerande, kravställande och uppföljande) roll i handlingsplanen. Likt en koncernledning som styr sina verksamhetsdrivande dotterbolag styr staten dessa lokala och regionala aktörer via resultatmål och resultatuppföljning samt reglering, som förändrar förutsättningarna för och skapar incitament för de rättsligt definierade huvudaktörerna. Statsmakterna har inte påtagit sig någon del av ansvaret för att ha orsakat "*den galopperande sjukfrånvaron*". Det förhållandet att fenomenet uppträder vid samma tidpunkt inom hela det större arbetslivet indikerar att orsakerna måste sökas i strukturella förändringar med generell verkan t.ex. lagstiftningsåtgärder, förändringar i rättspraxis eller förändrade ekonomiska konjunkturer. Det förhållandet att samtidigt och i hela landet konstaterade sjukfrånvaroökningar kunnat kopplas till vissa typer av arbetsgivare, verksamhetsområden och vissa professionella grupper indikerar likaså någon form av absoluta tvingande omständigheter t.ex. ändrade myndighetsinstruktioner eller regleringsändringar som påverkar vissa aktörsdomäner mer än andra. Men statens åtgärdsprogram för att minska sjukfrånvaron kräver likafullt att arbetsgivarna och de övriga aktörerna på den regionala och lokala samhällsnivån löser det "problem" som staten rimligen måste ha bidragit till att åstadkomma.

Regeringens vidtar nu en rad åtgärder för att uppnå, som det heter, minskad ohälsa i arbetslivet.⁸ Åtgärdsprogrammet inrymmer bland annat:

8. Se prop. 2005/06:1 utgiftsområde 10 *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp*. Bilaga: "Avstämning av regeringens mål för minskad ohälsa", sid. 24 f.

- Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare (medfinansieringsansvar för heltidssjukskrivna från 1 januari 2005).
- Nya regler för att stimulera sjukskrivande läkare till att i ökad utsträckning använda deltidssjukskrivning, att delta i avstämningsmöten med försäkringskassan, att förstärka intygsskrivande läkares utbildning i försäkringsmedicin samt att anställa fler försäkringsläkare (prop. 2002/03:89, utskottsbetänkande 2002/03: Sfu10). De nya reglerna trädde i kraft den 1 juli 2003.
- Tillskapandet av en sammanhållen statlig Försäkringskassa.
- Förnyelse av arbetslivsinriktad rehabilitering via statlig försöksverksamhet som bl.a. innebär att sjukskrivna anställda stimuleras att arbetsträna hos andra arbetsgivare eller att genomgå utbildning till ett annat yrke (FAROS), länsvisa finansiellt samordnade insatser från försäkringskassan, länsarbetsnämnden, landstinget och kommunerna.
- Tillsättande av en utredning för översyn och förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (S 2005:05).
- Skärpa reglerna för efterkontroll och förnyad utredning av arbetsförmågan hos samtliga personer som beviljats sjukersättning (förtidspension), även då sjukersättningen inte är beviljad för viss tid.

Till detta kommer regeringens styrning av Försäkringskassans inre arbete. Regeringens åtgärder tillskapar alltså olika styrmedel i avsikt att stimulera arbetsgivarna, de sjukskrivna, de sjukskrivnas läkare samt andra lokala och regionala aktörer att minska sjukfrånvaron. Men vad innebär detta? Vad förväntas arbetsgivarna, de sjukskrivande läkarna, försäkringskassans handläggare m.fl. mer konkret åstadkomma?

Det har i olika sammanhang framhållits att tidigare statliga åtgärder, bl.a. riksdagens beslut att från och med 1996 ändra lagen om allmän försäkring (prop. 1994/95:147), inneburit inskränkningar i de sjukförsäkrade rätt till sjukpenning och sjukersättning.⁹ Och det går inte att komma ifrån att de åtgärder som regering och riksdag genomfört under senare år innebär ytterligare sådana inskränkningar samt tendenser till uppluckring av anställningsskyddet för sjukskrivna anställda.



Den fråga som från samhällsvetenskaplig synpunkt framstår som självklar att resa i detta sammanhang är således: Vilken roll har olika statliga åtgärder från låt säga ingången av 1990-talet spelat för den från 1997 statistiskt konstaterbara underliggande generella ökningen av långtidssjukfrånvaron?

9. Se t.ex. Lotta Vahlne Westerhäll *Den starka statens fall?*

Regeringens val av resultatmål och statistiska indikatorer skapar en skenbar föreställning om en sjukskrivningsepidemi i landet

Resultatmålet är som nämnts att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras i förhållande till helårsutfallet för 2002 inom fem år. Som styrmedium eller indikator på resultatutvecklingen har regeringen fastställt att frånvaron från arbetslivet skall mätas med Försäkringskassans statistik över antalet ersatta sjukpenningdagar från sjukförsäkringen (samt antalet sjukfrånvarodagar under sjuklöneperioden inkl karensdagarna, som skall sammanställas av Statistiska Centralbyrån, SCB).¹⁰

Statens resultatmålstyrning av aktörerna i det arbetslivsinriktade rehabiliteringssystemet i länen baseras alltså på det årliga antalet ackumulerade sjukpenninggrundade frånvarodagar. Vad mäter denna indikator? Rent logiskt är ”sjukfrånvaron” eller ”ohälsan i arbetslivet”, i betydelsen antalet sjukdagar i riket vid en viss tid, en funktion av antalet sjukskrivna individer och längden på de perioder under vilka de uppbär ersättning från sjukförsäkringen. En minskning av ”sjukfrånvaron” eller ”ohälsan” i denna mening kan innebära att antalet sjukskrivna har minskat och/eller att sjukperiodernas längd har minskat, så att de sjukskrivna fortare än tidigare kommer åter i arbete eller att sjukperioden upphört av andra skäl. Att ”sjukfrånvaron” ökat kan likaså betyda att antalet individer som uppbär sjukpenning har ökat och/eller att sjukperiodernas längd i genomsnitt har ökat. Hur förhåller det sig egentligen? Står uttrycket ”den galopperande sjukfrånvaron” för en dramatisk ökning av antalet sjukskrivna efter 1997, en slags sjukskrivningsepidemi, eller motsvaras det framförallt av att en genom åren relativt konstant mängd sjukskrivna efter 1997 är frånvarande från arbetet med sjukpenning under i genomsnitt betydligt längre sjukperioder än tidigare?

Frågan har besvarats av SCB's utredare Gun Alm Stenflo vid enheten för demografisk analys och jämställdhet i en registerbaserad studie där situationen 1993 jämförts med den år 2001.

”Studien visar att det finns två huvudsakliga förändringar som gett upphov till de ökande offentliga kostnaderna för sjukskrivningarna i slutet av 1990-talet:

- De som är sjukskrivna förblir sjukskrivna längre tid än tidigare.

10. Prop. 2005/06:1 Utgiftsområde 10, bilagan sid. 8.

- Andelen sjukskrivna har ökat markant inom verksamheter drabbade av omorganisation och neddragning i början av 1990-talet.”¹¹

...”endast en mindre del av ökningen, ca tio procent för männen och fem procent för kvinnorna, förklaras av att andelen äldre ökat i de arbetsföra åldrarna.

År 1993 var det framförallt de som arbetade inom näringsgrenar med tung industri och livsmedelsindustri som hade hög sjukpenningandel av den totala inkomsten. Mellan 1993 och 2001 sker uppgången framförallt för kvinnor som arbetar inom barnomsorg och annan vård och omsorg, samt utbildning. Förändringen är alltså koncentrerad till näringsgrenar som tillhör den offentliga sektorn. För män ökar sjukskrivningarna mest i de näringsgrenar som redan var drabbade 1993.”¹²

Frågan har även överlämnats till Anders Wikman (AW) vid Arbetslivsinstitutets analysenhet och besvarats på följande sätt. Den sjukfrånvarostatistik som publiceras via databaserna på Försäkringskassans hemsida inrymmer uppgifter om antalet sjukdagar under pågående och vid en viss tidpunkt varje år avslutade sjukfall. Den tillgängliga statistiken inrymmer emellertid inte uppgifter om antalet individer som uppburit sjukpenning under dessa dagar. AW införskaffade uppgifter om antalet individer från Försäkringskassans utredare och beräknade sedan det genomsnittliga antal dagar per individ (sjukperiodernas genomsnittliga längd) för de sjukskrivna i riket under perioden 1996 till 2004.¹³ Resultaten styrker SCB's konstaterande av att sjukperiodernas längd är den viktigaste förklaringen till det ökande antalet sjukpenninggrundade frånvarodagar och därmed statens kraftigt ökande kostnader för medborgarnas sjukförsäkring.

11. *Vad påverkar sjukskrivningarna? Registerstudie av hur sjukpenningkostnaderna utvecklats 1993-2001.* Demografiska rapporter 2004:2. Statistiska centralbyrån 2004, sid. 9.

12. Anförts sid .10.

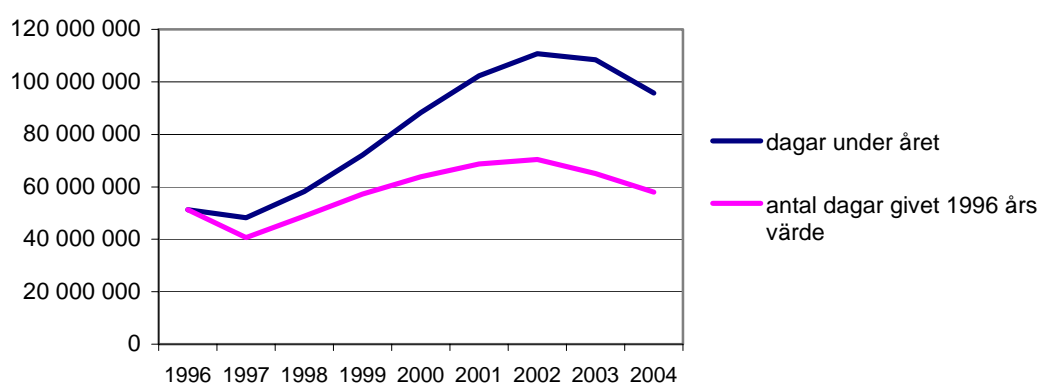
¹³ I Försäkringskassans register saknas uppgifter om karensdagarna och arbetsgivareperioden. Dessutom har arbetsgivareperiodens längd varierat något under mätperioden. De säkraste jämförelsetalen fås då 1996 års värden jämförs med 2002 års värden.

	Antalet individer med sjukpenning	Sjukperiodernas längd (genomsnittl. antal dagar per ind.)	Antal dagar givet 1996 års värde (dvs. 81,8)	Faktiskt antal sjukdagar
1996	627 432	81,8	51 294 000	51 294 000
1997	497 118	97,1	40 640 533	48 259 000
1998	596 791	97,5	48 789 028	58 182 000
1999	700 670	103,0	57 279 902	72 184 000
2000	780 670	113,0	63 821 557	88 239 000
2001	840 588	121,8	68 719 990	102 350 000
2002	862 319	128,4	70 496 549	110 726 000
2003	795 543	136,3	65 037 458	108 419 000
2004	709 859	134,9	58 032 596	95 763 000

Källa: Försäkringskassans register, bearbetat av Anders Wikman vid Arbetslivsinstitutets analysenhet.

För att testa RAR-projektets frågeställning rörande betydelsen av detta faktum för själva föreställningen om den ökande ”sjukfrånvaron” eller ”ohälsan” i befolkningen skapade AW nedanstående diagram, där det faktiska antalet sjukdagar i landet relaterades till det antal sjukdagar som skulle ha uppkommit givet att sjukperiodernas längd under ”den galopperande sjukfrånvarons” period 1997 till 2002 inte hade ökat dvs. att de i genomsnitt skulle ha varit lika långa som år 1996.

Totala antal dagar med sjukskrivning 1996 till 2003, samt beräknade antalet dagar givet 1996 års sjuklängd.



AW finner, liksom SCB's utredare tidigare gjort, att "sjukfrånvaroökningen" till två tredjedelen (63 procent) förklaras av att sjukskrivningstiderna ökat. Individökningen förklarar endast 37 procent av hela ökningen mellan åren 1996 och 2002 (vilka är de år som varit rimligast att jämföra mellan, med tanke på de ändringar som skett i fråga om arbetsgivareperiodens längd).¹⁴

Ökad hälsa eller systematisk 'victim blaming'?

Kapitlet inleddes med konstaterandet att den sedan 1997 "galopperande sjukfrånvaron", i politiska sammanhang och massmedia, presenterats som ett allvarligt samhällsproblem. Regeringen motiverar för närvarande en rad kraftfulla insatser i avsikt att kraftigt minska statens kostnader för sjukförsäkringen med hänvisning till att de utgör åtgärder mot "sjukfrånvaron" och "ohälsan". Det mått med vilket man mäter resultat i denna strävan gör inte skillnad på om den ökande "sjukfrånvaron" beror på att fler medborgare blivit sjukskrivna eller om samma mängd personer går sjukskrivna under längre perioder. Av Arbetslivsinstitutets och SCB's beräkningar att döma tycks "den galopperande sjukfrånvaron" i huvudsak bero på att sjukperiodernas längd ökat med cirka 57 procent mellan år 1996 och 2002. Det förhållande att sjukperiodernas längd ökade med i genomsnitt ytterligare 8 dagar under år 2003 samtidigt som antalet individer med sjukpenning minskade med 66776, ger oss anledning att resa frågan: Vad är det som händer?

Sjukperiodernas längd ökar för dem som fortfarande går sjukskrivna. Detta kan indikera att det grundläggande problem som de lokalt rehabiliteringsansvariga påvisat består. Samtidigt minskar antalet sjukdagar som ersätts via sjukförsäkringen, genom att färre individer får ersättning från sjukförsäkringen. Beror detta på ökad hälsa eller på att samhällsorganen betraktar sjukskrivna anställda som bärare av det allvarliga samhällsproblemet sjukdagar (=en kostnadsbärare) och återkallar

¹⁴ Anders Wikman har därtill funnit att denna beräkning, där ökningen av sjukperiodernas längd förklarar nästan två tredjedelar av "sjukfrånvaroökningen" – kan vara en konservativ uttolkning av statistiken. Vi skall inte här gå in på de matematiska beräkningarna utan hänvisar intresserade läsare till en kommande rapport från Arbetslivsinstitutets analysavdelning, där man korrigerar för en dubbelräkning av antalet individer som uppbär sjukpenning under flera år. Dubbelräkningen av antalet individer (inte av antalet sjukdagar som redovisas årsvis) leder enligt Anders Wikman till att sjukperiodernas längd förklarar ännu mer av "sjukfrånvaroökningen" 1996 till 2002 än de 63 procent som här angivits.

deras medborgerliga rätt till sjukpenning i en strävan att uppfylla regeringens resultatmål? Är det inflödet av nya sjukfall som minskar eller indragningen av sjukpenningrätten för långtidssjuka? Vi har inte utredd denna fråga. Men det är viktigt att klargöra hur det förhåller sig.

Massmediala myter och lokala realiteter i fråga om "den galopperande sjukfrånvaron"

Det mått som används av statsmakterna för att underbygga föreställningen om "den galopperande sjukfrånvaron" har i den offentliga debatten missförstått. Regeringen och de ansvariga statliga myndigheterna vill uppenbarligen betona problemet med att genomförandet av statens finanspolitiska ambitioner förhindrats av de galopperande kostnaderna för sjukförsäkringen.

I den allmänna debatten och i massmedia framkommer ofta uppfattningen att den ökande "sjukfrånvaron" sammanhänger med en sjukskrivningsepidemi. Så tycks inte vara fallet. Tre fjärdedelar av den av staten redovisade sjukfrånvaroökningen beror på att sjukperiodernas längd för en måttligt ökande mängd av sjukskrivna dramatiskt ökat.

Att döma av de lokalt rehabiliteringsansvarigas erfarenheter har sjukperiodernas ökade längd uppkommit på grund av att det kvalificerade rehabiliteringsarbete, som tidigare utförts av s.k. anpassningsgrupper, kollapsade vid mitten av 1990-talet. Och denna systemkollaps har satts i samband med en rad förändringar som initierats av statsmakterna i syfte att sanera statens finanser under en period i mitten av 1990-talet. I den mån de lokalt rehabiliteringsansvariga har rätt i sin beskrivning av den grundläggande orsaken till sjukfrånvaroökningarna betyder detta att ansvaret för det av statsmakterna påtalade allvarliga samhällsproblemet bör utkrävas av riksdag och regering. Det bör tilläggas att de i sammanhanget viktigaste politiska-rättsliga förändringsbesluten har fattats i samförstånd över de politiska blockgränserna.

Precisering av problemställningen

Det verkliga samhällsproblem som resulterat i fenomenet "den galopperande sjukfrånvaron" har att göra med ett under 1990-talet uppkommet systemfel i det tidigare relativt väl fungerande *kvalificerade* rehabiliteringsarbetet. Det korrekta sättet att åtgärda samhällsproblemet, som väsentligen inte handlar om sviktande hälsa eller moral i befolkningen utan mer om ökande sjukförsäkringskostnader i staten, är att rekonstituera det system som gått sönder i en idag ändamålsenlig form.

Kapitel 2

Rehabiliteringsproblemen ur kommunalt perspektiv – En fallstudie av 102 långtidssjukfall¹⁵

I detta kapitel redovisas en fallstudie av situationen i fråga om det kvalificerade rehabiliteringsarbetet i en kommun med cirka 2400 anställda, varav drygt 2000 är fast anställda. Vi har genomfört en undersökning av samtliga frånvaroärenden med mer än 180 dagars sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning (n=102). Urvalet har gjorts via ett anonymiserat registerutdrag ur kommunens personalstatistik den 31 juli 2004. Sjukskrivningshistorien i de aktuella ärendena har beskrivits i registrets personalstatistiska termer från 1997 fram till tidpunkten för registerutdraget. Kommunens rehabiliteringssamordnare har sammanställt *sjukskrivningsanledningarna* och beskrivit *ärendegången*. Sjukskrivningsanledningarna har inhämtats via sjukintygen eller via rehabiliteringssamordnarens egen och i vissa fall rehabiliteringsansvarig chefs kännedom om ärendena. Ärendeutvecklingen, såväl den som framträder i backspegeln som den utveckling som skett från urvalstillfället fram till vecka 12 år 2005, har beskrivits av rehabiliteringssamordnaren. I de ärenden denne inte själv haft inblick har uppgifterna insamlats av rehabiliteringssamordnaren från den anställdes enhetschef.

Tillvägagångssättet innebär att rehabiliteringssituationen i dessa 102 ärenden beskrivits *så som den framträder för arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga*. Bedömningen av problematikens art och rehabiliteringssituationen är begränsat till det faktaunderlag som kommunens rehabilite-

15. Kapitlet har granskats och godkänts av den aktuella kommunens rehabiliteringssamordnare, personalchef och jurist.

ringssamordnare kunnat sammanställa. Vi har *inte* haft tillgång till den kompletterande information som i ärendena involverade läkare, FK m.fl rehabiliteringsaktörer har. Eftersom allt material av sekretesskäl är anonymiserat¹⁶ har vi därtill *inte* haft möjlighet att inhämta information direkt från de sjukskrivna eller deras fackliga förtroendemän. Vi har *inte* heller haft möjlighet att göra en självständig bedömning av anpassnings- och omplaceringsmöjligheterna. De rehabiliteringssituationer som beskrivs i rapporten ger på detta sätt, med viss nödvändighet, en ensidig bild av rehabiliteringssystemets sätt att fungera. Med rådande sekretessregler för de olika aktörerna i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen framstår det faktiskt som mer eller mindre ogörligt att belysa situationen i sjukskrivningsärenden hos en arbetsgivare från de olika rättsliga aktörernas perspektiv. Om försäkringskassan vill ta kontakt med en arbetsgivare för att förhöra sig om hur det går i ett ärende krävs medgivande från den försäkrade. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvarige kan inte lämna ut information om vilka som är sjukskrivna. Arbetsgivarens rehabiliteringssamordnare kan inte heller begära att från FK få besked om t.ex. hur många av arbetsgivarens långtidssjukskrivna som beviljats eller är under beredning för beslut om sjuk- och aktivitetsersättning. Även för detta krävs medgivande från den sjukskrivne i varje enskilt fall.

Idag är förutsättningarna för att anordna möten - i syfte att gå igenom samtliga pågående sjukfall för att skapa en strategisk överblick över rehabiliteringssituationen hos en arbetsgivare – kringskurna via olika sekretessregler. Situationen idag skiljer sig markant från den som rådde från mitten av 1970- fram till några år in på 1990-talet. När 1990-talets rehabiliteringsreform reglerade den på 1970-talet arbetsrättsligt institutionaliserade handlingsdomänen för samråd mellan partsföreträdare på arbetsställena, LAN/Af, FK och FHV – genom införande av ett nytt 22 kapitel i lagen om allmän försäkring – undandrogs själva förutsättningarna för det samråd och strategiska beslutsfattande i individärendena som anpassningsgruppsverksamheten gick ut på. Som vi skall försöka visa i kapitel 3 kan låsningar genom olika regelsystem, som inte låter sina respektive aktörer samråda i viktiga rehabiliteringsfrågor, representera en dysfunktion i det arbetslivsinriktade rehabiliteringssystemet.

Vi har, de kunskapsmässiga hindren till trots, eftersträvat att samla in ett faktaunderlag som gör det möjligt att bedöma vad som fattas, eller vad vi väntar på, i fråga om rehabiliteringsåtgärder eller ärendeutveckling för att kunna åstadkomma ett ”gott avslut” i dessa 102 långtidssjukfall. Vad krävs

16. Kommunen har ersatt de kolumner i sin personalstatistiska databas som inrymmer personuppgifter med ett löpnummer. Endast kommunens rehabiliteringssamordnare har nyckeln som gör det möjligt att via löpnumret se vilket ärende som avses.

för att den sjukpenninggrundade (eller med tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning finansierade) frånvaroperioden skall kunna avslutas? Och vem, dvs. vilken av de rättsliga aktörerna i maktsystemet kring det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet, förfogar över de medel som erfordras för att åstadkomma detta avslut?

För den bedömning som görs i syfte att besvara dessa frågor ansvarar vi forskare. Ett rapportmanuskript, där de 102 studerade långtidssjukfallen har kategoriserats i olika "burkar", en för var och en av de involverade rättsliga aktörerna, har granskats av en grupp kvalificerade rehabiliteringshandläggare från tre kommuner, LAN och FK i Södermanlands län.

Översiktlig beskrivning av de 102 långtidssjukfallen

Av de 102 långtidssjukfallen är 86 kvinnor och 16 män. 9 är yngre än 40 år. 31 är i åldrarna 40 till 49 år. 43 är i åldrarna 50 till 59 år. 19 är över 60 år.

En tredjedel av de långtidssjukskrivna (35 anställda) är anställda inom vård och omsorgsförvaltningen. Av dessa är 25 undersköterskor och 8 vårdbiträden. Drygt 30 procent (32 anställda) arbetar inom skolan och förskolan. 17 procent är anställda som vaktmästare, lokalvårdare eller kökspersonal. Bland de långtidssjukskrivna finns också 5 enhetschefer, 3 tjänstemän med utredningsuppgifter och några som arbetar i s.k. offentligt skyddat arbete.

Sjukfrånvaroanledningar

I 30 fall är sjukfrånvaroanledningen enligt läkarintygen olika slags sjukdom eller besvär i muskler och leder. Av sjukintygen framgår att diskbräck (6 fall); höftbesvär (5 fall); ryggont (9 fall); ledbesvär (knän, armbågar, skuldror 5 fall) samt förslitning i nacke, axlar eller rygg eller "utsliten kropp" (2 fall) förekommer i ett flertal fall. I 15 fall handlar det om vårdpersonal, i 10 fall om administrativ assistent eller kökspersonal, i 4 fall om anställda i pedagogiskt arbete samt i ett fall om s.k. offentligt skyddat arbete. Dessa 30 fall svarar för 26 procent av det sammanlagda antalet sjukdagar (pågående sjukperiod) för dessa 102 långtidssjukskrivna vid tidpunkten för registerutdraget.

I 20 fall är sjukfrånvaroanledningen psykisk ohälsa som inte har karaktären av utmattningssyndrom. Det handlar i nio fall om oro, ångest, depression; i fyra fall om "psykisk ohälsa", i tre fall om psykisk sårbarhet, dåligt självförtroende, konflikt- och stresskänslighet samt i resterande fall om bl.a. några svåra spänningstillstånd, "stress, epilepsi, trötthet". Dessa 20

fall svarar för ytterligare 25 procent av det sammanlagda antalet sjukdagar (pågående sjukperiod) för de 102 studerade långtidssjukfallen.

I 15 fall är sjukfrånvaroorledningen utmattningsdepression (13 fall) eller överansträngning. Av dessa arbetar fyra med barngruppsverksamhet i förskolan, tre som lärare, tre som enhetschefer och tre med vårdarbete. Dessa 15 fall svarar för 10 procent av det sammanlagda antalet sjukdagar (pågående sjukperiod) vid tillfället för registerutdraget.

I 15 fall handlar det om sjukdom i cirkulationsorganen, hjärnan eller cancer. I sex av dessa fall är sjukfrånvaroorledningen infarkt, kärlkramp eller hjärtsjukdom. I ytterligare sex fall sviter efter stroke, hjärnskada eller nervsjukdom. I fem fall handlar det om cancer, leukemi, blodsjukdom. Dessa 15 sjukfall svarar för 18 procent av det samlade antalet sjukdagar (pågående sjukperiod) för dessa 102 långtidssjukskrivna.

I åtta fall sammanhänger sjukfrånvaron med diabetes, struma, lung- eller tarmsjukdom. Dessa svarar för 6 procent av sjukdagarna för dessa 102 långtidssjukskrivna.

Åtta långtidssjukskrivningar sammanhänger med trafikolyckor (flertalet whiplash, 'ont i nacke'; inre skador'). Två fall handlar om komplikationer i samband med frakturer eller operativa ingrepp. Dessa tio fall svarar för 7 procent av det sammanlagda antalet sjukdagar.

I fyra fall är sjukfrånvaroorledningarna angivna på ett medicinskt ospecifikt sätt (t.ex. "ont i kroppen") eller i form av multipla, för oss svårbedömbara besvär. Enligt kommunens rehabiliteringssamordnare finns i dessa fall påtagliga problem och uppenbart svikande arbetsförmåga. Dessa fyra svarar för cirka 7 procent av det sammanlagda antalet sjukdagar för dessa 102 pågående långtidssjukfrånvaroärenden.

Sammanfattningsvis kan konstateras att ålders-, köns- och yrkesfördelningen bland dessa 102 långtidssjukskrivna stämmer med den allmänna bilden av långtidssjukfrånvarosituationen i landets kommuner. Fördelningen av de på sjukintygen angivna sjukfrånvaroorledningarna framgår av följande tabell:

	Antal	Andel sjukdagar
Sjukdom/besvär i muskler och leder	30	26%
Psykisk ohälsa (ej utmattningssyndrom)	20	25%
Utmattningsdepression	15	10%
Sjukdom i cirkulationsorgan, hjärnan eller cancer	15	18%
Sjukdomar i endokrina organ, lunga, tarm	8	6%
Skador av trafikolycksfall m.m.	10	7%
Övrigt	4	7%

Onda ryggar och utslitna leder svarar för en fjärdedel av det sammanlagda antalet sjukdagar bland de långtidssjukskrivna. Olika former av psykisk ohälsa som inte har karaktären av reaktiva depressioner svarar för en lika stor andel av sjukdagarna. "Utmattningsdepressioner" (psykiskt utmattningssyndrom) eller "psykisk överansträngning" svarar för 10 procent av sjukdagarna. Infarkter, stroke, cancer och liknande sjukdomar har resulterat i 15 långtidssjukskrivningar som svarar för 18 procent av de sammanlagda sjukdagarna för de långtidssjukskrivna. Anställda som har diabetes, kohl och svår astma samt i något fall en tarmsjukdom svarar för 6 procent av sjukdagarna. Lika stor andel av sjukdagarna svarar händelserelaterade långtidssjukfall för whiplashskador, komplikationer i samband med planerade operationer etc.

Bland de fyra fallen i gruppen "övrigt" finns flera som enligt rehabiliteringssamordnaren otvetydigt har en varaktig nedsättning i arbetsförmågan även om problematiken är medicinsk svårgripbar. Det allmänna intryck som framkommit är att kommunens rehabiliteringsansvariga att det i flertalet av dessa fall föreligger en markant nedsättning i arbetsförmågan och att det finns substantiella förklaringar till hur denna har uppkommit. Kommunens rehabiliteringssamordnare bedömer att det bland de 102 långtidssjukfall finns eller funnits inslag av manipulativt beteende i tre fall. I några av dessa i form av en önskan hos anställda att med stöd av anställningsskyddsreglerna förhandla till sig ett avgångsvederlag. Om den sjukskrivne vägrar att infinna sig på arbetsplatsen för arbetsträning, måste denne åberopa medicinska skäl och om sådana saknas straffar den sjukskrivne ut sig från sina rättigheter. I ett fall har en anställd uppenbarligen manipulerat den sjukskrivande läkaren vid första besöket, vilket senare genomskådats. Det handlar här om psykisk ohälsa och beteendet har delvis förståtts som en del av problematiken. Utifrån denna genomgång av samtliga långtidssjukfall i en medelstor kommun, finns inte skäl anta att fuskproblematiken är utbredd eller svår att genomskåda för rehabiliteringsaktörerna.

Som vi skall visa i nästa avsnitt är en del av denna problematik av det långsamt självläkande slag, där återgång i arbetet kan påskyndas genom vid lämplig tidpunkt insatt arbetsträning och successiv återgång i tjänst. I andra fall handlar del om bestående förlust av delar av den tidigare arbetsförmågan. Om dessa ärenden skall kunna avslutas inom ramen för anställningsförhållandet fordras någon form av kostnadstäckning för den del av individens existensmedel som inte kan täckas via lön för produktivt arbete. Och i andra fall finns enligt kommunens rehabiliteringsansvariga inga eller små möjlighet att den sjukskrivne skall kunna återgå i någon av

de befattningar som kommunen har och som kan tänkas bli vakant under överskådlig tid. I de flesta av dessa fall krävs kvalificerade rehabiliteringsinsatser av ett slag som kommunens enhetschefer inte har ekonomiska medel och maktmässiga bemyndiganden att mobilisera.

Kategorisering av ärendena – sortering efter ”problemägare”

Vi skall nu sortera dessa ärenden i olika ”burkar”, en för var och en av de rättsliga aktörerna i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som *äger* rätten och möjligheterna att vidta de åtgärder som krävs för att sjukperioden (dvs. den period då individens existensmedel finansieras via sjukpenning eller tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning) skall kunna avslutas. Kategoriseringen har gjorts av oss forskare, på basis av den information vi haft tillgång till. Den har baserats på en bedömning av den bästa möjliga lösningen, inom ramen för gällande reglering, dvs. den åtgärd som leder i riktning mot ett för den anställde, arbetsgivaren och samhället *optimalt rehabiliteringsavslut*.¹⁷ Denna bedömning inrymmer av naturliga skäl osäkerhetsmoment, t.ex. om kriterierna för när ett ärende skall placeras i arbetsgivare- respektive försäkringskasseburken. Osäkerheten uppkommer dels på grund av att vi inte haft möjlighet att göra en grundlig kartläggning av de anpassnings- och omplaceringsmöjligheter som existerar i de aktuella fallen. Dels på grund av att 1990-talet och inledningen av 2000-talet präglas av förändring av den lagstiftning och myndighetspraxis som bestämmer vad som gäller i fråga om rätt till sjukskrivning, sjukersättning och arbetsmarknadspolitiska stödåtgärder. Inom ramen för regeringens handlingsprogram att minska ohälsan pågår t.ex. utvecklingsarbete som

17. Termen ”det goda avslutet” anknyter till en rättsvetenskaplig diskurs rörande förhållandet mellan formell och materiell rätt. I denna diskurs skiljer man mellan *det korrekta beslutet* och *det goda beslutet*. Det korrekta beslutet förutsätter att beslutet fattats i enlighet med rådande formella procedurkrav, via samverkan med av beslutet berörda och i ärendet insatta kompetenta, så att rimliga krav på rättssäkerhet är uppfyllda. Det goda beslutet förutsätter ”det korrekta beslutet” men kräver dessutom att ärendeutvecklingen och samverkan förts fram till ett *materiellt resultat* i form av en (i lagstiftningens anda) tillfredsställande lösning av det i individärendet uppkomna problemet. Inom ramen för det utvecklingsarbete som Arbetslivsinstitutets forskare understöder samarbetar en grupp speciellt utvalda handläggare och utvecklingsansvariga inom regionens kommuner, FK samt LAN. Genom att ”håva” i den långa erfarenhet av rehabiliteringsarbete i kommunerna samt den djupa förtroendet med regelverket och ”det försäkringsmässiga” som arbetsgruppens medlemmar besitter förs en diskussion om förutsättningarna för att förbättra rehabiliteringssystemet och möjligheterna att skapa goda avslut.

inrymmer radikal förändring av myndighetspraxis för handläggning av långtidssjukfall. Osäkerheten gäller även de i LAS fastställda reglerna angående saklig grund för uppsägning: Har det uppsägningsförbud i LAS – som skyddar äldre och anställda med sviktande arbetsförmåga – uttunnats via Arbetsdomstolens rättspraxis under 1990-talet?

När det gäller fördelningen av ärendena mellan "FK-burken" och "Landstingsburken" uppkommer osäkerhet, som har att göra med att vi saknar inblick i försäkringskassans ärendeutveckling. Så har vi t.ex. konsekvent placerat ärenden, där vi bedömt att rehabiliteringsavslut kan ske endast under förutsättning att sjuk- och aktivitetsersättning på hel- eller deltid beviljas, i "FK-burken". I dessa fall kan det förhålla sig så att FK's handläggare av formella skäl måste invänta ett medicinskt yttrande innan ärendet kan färdigberedas för beslut. Det vi väntar på kan alltså vara en handling som FK på egen hand inte kan ta fram. Ärenden av detta slag skulle, givet att vi haft tillgång till sådan information, ha lagts i "landstingsburken".

Den kategorisering som gjorts baseras på en självständig forskarbedömning av vägen till bästa möjliga rehabiliteringsavslut, givet den information vi haft i ärendena. Syftet med kategoriseringen är att skapa en empiriskt underbyggd bild av det verkliga rehabiliteringsarbetets problem, som kan synliggöra existerande hinder och dysfunktioner i det arbetslivsinriktade rehabiliteringssystemet och som kan ge uppslag till utvecklingsmöjligheter för att effektivisera rehabiliteringsarbetet.

Tabell: Fördelning av långtidssjukfall på de rehabiliteringsansvariga aktörerna

	Antal ärenden	Antal sjukdagar	Procent
Arbetsgivaren	38	22 117	28%
FK	39	39 286	50%
LAN/Af	13	9 616	12%
Landstinget	12	6 833	9%
Summa	102	77 852	100%

Enligt vår bedömning "äger" arbetsgivaren närmare 40 procent av dessa ärenden, i så mening att individen bör kunna återgå i arbete med stöd av arbetsträning, arbetsanpassnings- och omplaceringsåtgärder som arbetsgivaren förfogar över.

I drygt 60 procent av långtidssjukfallen är emellertid arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga beroende av åtgärder hos övriga rättsliga aktörer för att komma vidare i riktning mot ett rehabiliteringsavslut. 39 av ärendena

präglas av att kommunens rehabiliteringsansvariga ”trampar vatten”. Rehabiliteringsarbetet har utmynnat i att de är övertygade om att det krävs en myndighetsåtgärd för att komma vidare i riktning mot ett rehabiliteringsavslut. 13 ärenden gäller antingen s.k. inläsningsproblematik, där möjligheterna till intern arbetsanpassning/-omplacering är uttömda och där arbetsträning hos annan arbetsgivare framstår som en möjlighet, eller rehabilitering av lönebidragsanställda eller personer i offentligt skyddat arbete (OSA).

I landstingsburken har 12 ärenden placerats. De flesta präglas av pågående medicinsk vård av ett slag som gör att arbetsträning och andra insatser för att befrämja återgång i arbetet bör anstå. Av det sammanlagda antalet sjukdagar i dessa vid registerutdraget pågående 102 sjukfall hamnar 28 procent i ”arbetsgivarburken”, 50 procent i ”FK-burken”, 13 procent i arbetsmarknadsmyndighetens ”burk” och 12 procent i ”landstingsburken”. Låt oss beskriva de typer av rehabiliteringsärenden som placerats i de fyra ”burkarna”.

”Arbetsgivarburken”

Vi har bedömt att arbetsgivarens stödinsatser, anpassnings- och omplaceringsåtgärder i 38 fall bör kunna vara tillräckliga för att de långtidssjukskrivna skall kunna återgå i arbete.

Av dessa är 12 idag avslutade rehabiliteringsärenden, medan 26 fortfarande (i vecka 12 2005) inte kunnat föras till avslut. Låt oss översiktligt beskriva problematikens art, ärendegången, avslutens karaktär samt rehabiliteringssamordnarens uppfattning om prognosen i de ännu inte avslutade ärendena.

Karaktären på de 12 idag avslutade ärendena

Två ärenden handlar om ryggont eller diskbräck för äldre personal med fysiskt ansträngande arbetsuppgifter. I det ena fallet avslutades ärendet genom ålderspensionering efter nästan 1½ års sjukskrivning på deltid. Det andra fallet löstes efter 4 års sjukskrivning då en omplaceringsmöjlighet till ett mindre belastande arbete uppkom.

Fem fall handlar om olika typer av psykiska reaktioner (utmattningsdepression/överansträngning/stressreaktion). Fyra av dem är i åldrarna 50 till 60 år. En är 35 år. Fyra är vårdpersonal, den femte har varit verksam med barngruppsarbete. I samtliga fall har rehabiliteringsarbetet inneburit långa perioder av vila och återhämtning, stödjande samtal från arbetsledaren och arbetskamraterna och, förstås, kontakter med den sjukskrivande läkaren. I fyra fall har de anställda efter 1½ till 2 års

sjukskrivning återgått i arbete. Tre av dem har fått nya befattningar då det visat sig omöjligt för dem att återgå i sitt tidigare arbete. Den fjärde återgick efter ett knappt års återhämtning i ordinarie tjänst. I det femte fallet övergick sjukskrivningsperioden i föräldraledighet, som då fallstudien avslutades ännu pågick. Ett av dessa fall illustrerar den rådande, närmast absoluta, avsaknaden av öronmärkta medel för rehabiliteringsändamål.¹⁸

I fyra fall har medarbetare i åldrarna 35 till 50 år drabbats av övergående somatiska problem. Ett av fallen gäller en läkningsperiod för ett benbrott. Ett annat handlar om sedvanlig rehabilitering efter ortopediskt ingrepp, som förlängdes av komplikationer. De två övriga fallen handlar om nackbesvär efter trafikolycka samt ryggont under graviditet.

Ett fall gäller en depression (ej utmattningsskaraktär) hos en relativt ung anställd. Vederbörande återgick i ordinarie arbete, bl.a. efter samtalsterapi med klinisk psykolog, efter cirka 2 års sjukskrivning.

Karaktären på de 26 fortfarande pågående ärendena

I vecka 12 2005 var 26 av de fall som vi ansett hör hemma i "arbetsgivarburken" ännu inte avslutade. Vi har funnit att dessa ärenden kan kategoriseras i fem undergrupper.

I 14 fall finns anledning att hysa förhoppning om att de långtidssjukskrivna så småningom kan komma åter i arbete på full tid (om inte nya komplikationer tillstöter).

I fyra fall erfordras, enligt kommunens rehabiliteringsamordnare, beslut om partiell sjukersättning för att komma till avslut inom ramen för anställningsförhållandet. Av vad som hittills framkommit i dessa ärenden har försäkringskassans handläggare (ännu) inte bedömt situationen på detta sätt. Ett fall illustrerar hur arbetsgivaren reagerar då FK beslutar att dra in rätten till sjukpenning (i det s.k. femte steget i sjustegsmodellen).

Fyra andra fall illustrerar potentiella problem som kan uppkomma då långtidssjukskrivna som omplacerats eller fått nedsättning i sin tidigare tjänst begär att få återgå i tidigare tjänst eller i ökad tjänstgöringstid. Många av dessa fall är svårbedömda. Kommunens rehabiliteringsansvariga upplever i många av långtidssjukskrivningsärendena ett starkt behov av att

18. På 1980-talet och några år in på 90-talet fanns ofta betydande anslag, i många kommuner upp till 1 procent av den totala lönesumman, avsatt för att personalenheten skulle kunna skapa s.k. särskilda tjänster. Några sådana medel existerar idag sällan i kommunerna. I det aktuella fallet skedde en omplacering till en mindre stressig tjänst, som avtalsenligt låg på ca 5000 kronor lägre månadslönenivå. Differensen mellan den tidigare och den nya tjänsten fick bekostas av den mottagande enhetens driftbudget vilken anfördes som ett problem. Rehabiliteringsåtgärder är idag inte legitimt skäl för överskridande av driftsbudget.

få diskutera rehabiliteringsstrategin i samråd mellan de direkt berörda parterna och företrädare för de myndigheter, medicinsk sakkunniga och andra berörda som kan bidra till att skapa goda lösningar i de svåra situationer som uppkommit. Detta gäller i särskilt hög grad i tre fall, där kommunens rehabiliteringsansvariga upplever sig stå helt utan möjlighet att komma vidare i ärendet. Låt oss översiktligt beskriva rehabiliteringssituationerna i dessa ärendegrupper.

14 ärenden där full återgång i arbete är trolig eller åtminstone möjlig

I åtta av dessa fall är individerna i v. 12 åter i arbete eller arbetsträning på ca 75 procent av sin ordinarie tjänstgöringstid. Två av dessa åtta är runt 40 år, övriga mellan 50 och 60 år. Sex av dem arbetar i vård-, omsorgs- eller barn- och utbildningsverksamhet. Två arbetar med administrativa sysslor. I tre av dessa ärenden har den aktuella sjukperioden pågått i mellan tre och sex år. Här handlar det om stresskänsliga personer där problematiken sammanhänger med personlighetsmässig läggning, endokrin sjukdom respektive sjukdom i nervsystemet. Tre ärenden, med från ett till tre års sjukskrivning, sammanhänger med utmattningsdepressioner och i två av fallen tillkommande tillfälliga komplikationer av somatisk respektive familjekriskaraktär. Två ärenden, bägge med över två års sjukskrivning, handlar om psykiskt sårbara personer med fysiska besvär av typen "ont i kroppen" och fibromyalgi.

En vårdpersonal som haft ett 50-tal sjukperioder sedan 1997, varav den senaste perioden omfattat ungefär ett års sjukskrivning, prövar nu på en visstidsanställning i annan tjänst. Just nu förefaller det att gå bra. Problematiken handlar här om psykisk ohälsa (ej utmattningsreaktion) och orkeslöshet.

I fyra fall är de sjukskrivna åter i arbete eller i arbetsträning på 25 till 50 procent av sin tjänst. Två av dessa ärenden, med drygt två respektive drygt ett års sjukskrivning, handlar om rehabilitering efter en whiplash skada respektive en hjärtoperation. Det tredje handlar om en överansträngd klasslärare i mogen ålder som, med god coaching av sin enhetschef och stöd av arbetslaget, efter snart ett och ett halvt års sjukskrivning nu är åter i arbete på 40 procent av sin tjänst. Vederbörande arbetar i en särskild tjänst och det är ännu högst oklart vilken arbetskapacitet personen i fråga kan uppnå. I det fjärde ärendet, som nu pågått i cirka 1½ år, pågår arbetsträning två dagar i veckan i kombination med sjukgymnastik för att motverka smärtfyllda spänningstillstånd.

Ett ärende handlar om en djup depression och en svår livssituation för en anställd i 40-års ålder. Sjukperioden har i vecka 12 pågått i drygt 1½ år. I

detta fall är prognosen oklar. Men möjlighet till återgång i arbete bedöms finnas.

Fem ärenden där arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga anser att det krävs deltids sjukersättning för att komma till avslut

Av dessa fem ärenden är, enligt kommunens rehabiliteringsansvariga, tre helt beroende av beslut om deltids sjukersättning om ärendet skall kunna avslutas inom ramen för anställningsförhållandet. De gäller arbetstagare i åldrarna över 60 år som, trots påtagligt funktionsnedsättande sjuklighet, kämpar på för att upprätthålla viss arbetsförmåga. De aktuella sjukperioderna har pågått mellan 1 och 2 år och de har föregåtts av tidigare långa sjukperioder med stort antal sjukdagar. Det handlar om cancer samt värk i axlar och rygg, om en handikappande lungsjukdom som föranlett enhetschefen att inrätta en speciell tillrättalagd tjänst samt om besvär från axlar rygg och knän. Dessa anställda har heltidstjänster, men är nu åter i arbete på deltid. De själva och deras enhetschefer bedömer, efter omfattande prövning, att de nu arbetar så mycket som de förmår. Om FK finner att försäkringsmässig grund saknas för sjukersättning på den tid som erfordras, och om de anställda inte är beredda att omförhandla tjänsterna så att tjänstgöringsskyldigheten motsvarar deras av hälsoskäl nedsatta arbetsförmåga, riskerar ärendena att gå till s.k. omplaceringsförhandling och sedan till avtalsavslut där de anställda förmås säga upp sig i utbyte mot ett avgångsvederlag.

I två fall är arbetsgivarens rehabiliteringssamordnare inte lika säker på att situationen är sjukersättningsberättigande. Hon bedömer dock att de vård- och omsorgsarbetare som saken gäller inom överskådlig framtid inte kommer att komma åter i arbete. Tidsbegränsad sjukersättning kan därför vara motiverad. Ett fall handlar det om sviter efter en whiplash skada. Den aktuella sjukperioden har pågått i snart 2½ år. I bakgrunden finns tidigare sjukperioder med ungefär lika mycket sjukdagar. FK har i detta ärende begärt in en försäkringsmedicinsk bedömning av arbetsförmågan. Bedömningen har landat i att den försäkrade på sikt kommer att kunna arbetsträna sig upp i full arbetsförmåga i sin ordinarie tjänst. Arbetsträningresultaten hittills ger, enligt kommunens rehabiliteringssamordnare, inte fog för denna optimism. Det andra fallet handlar om andnings- och ledproblem för en anställd som nu arbetar 75 procent med anpassade uppgifter. Den aktuella sjukperioden har bestått av knappt 2 års deltidssjukskrivning. I bakgrunden finns i detta fall dryga 20-talet sjukperioder med sammanlagt ytterligare nästan 700 sjukdagar. Från arbetsgivarens perspektiv framstår det som värdefullt att i detta fall bevilja tidsbegränsad sjukersättning på 25 procent, för att lätta den börda som

annars med viss sannolikhet kommer att resultera i överbelastning och nya sjukperioder. Från FK's perspektiv är en sådan önskan - om sjukersättning i förebyggande syfte - inte förenlig med idag gällande försäkringsregler.

I flera av dessa fall krävs alltså, enligt arbetsgivarens bedömning, deltidssjukersättning och i ett fall heltids sjukersättning för att rehabiliteringsärendena skall kunna avslutas. Kommunens har förstått frånvaron av sådana initiativ som ett tecken på att FK's handläggare är förhindrade av sina instruktioner att ta fram sjukersättning, i synnerhet sjukersättning på deltid, även i uppenbara fall som flera av dessa utgör.

Fyra fall som illustrerar interna "moment 22" för kommunens rehabiliteringsansvariga

Det första fallet handlar om en relativt ung administrativ assistent som drabbats av ryggont av ett slag som innebär svårigheter att arbeta vid dator. Den aktuella sjukperioden har pågått i cirka 2 år. Inom ramen för rehabiliteringen har vederbörande omplacerats från sin heltids- till en lämplig halvtidstjänst och är nu åter i arbete 50 procent. Den tidigare tjänsten har, som en följd av den långa frånvaroperioden, nu blivit tillsatt med en ny ordinarie innehavare. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga befinner sig nu i en lite märklig situation. Fortsatt offensivt rehabiliteringsarbete med målet att den nu halvtidssjukskrivne skall återgå i arbete på heltid leder till att den anställde riskerar att bli övertalig eller alternativt till att arbetsgivaren riskerar övertalighet. Detta eftersom en aldrig så angelägen rehabiliteringsåtgärd idag inte uppfattas som giltigt skäl för att överskrida gällande bemanningsplan och budget.

Det andra fallet gäller en heltidsanställd inom utbildningssektorn som drabbats av en utmattningsdepression och en lång sjukfrånvaroperiod. Inom ramen för rehabiliteringsarbetet sker gradvis återgång i arbetet i en annan, under rådande omständigheter lämpligare, tjänst med 75 procents tjänstgöringsskyldighet. Då detta skrivs är den sjukskrivne, cirka 2 år efter sjukperiodens början, åter i arbete på 75 procent och har begärt att få återgå i arbete på heltid. För närvarande finns ingen ledig heltidstjänst. Med rådande restriktioner för de kommunala förvaltningarna hamnar den rehabiliteringsansvarige enhetschefen inför ett dubbelkommando. Han/hon får inte tillsätta tjänster utöver rådande bemanningsplan, men är samtidigt ansvarig för att tillse att den fortfarande 25 procents sjukskrivne snarast möjligt återgår i arbete på heltid. Frågan är om någon kostnadsställeansvarig idag skulle trotsa de uttalade förbud som råder i kommunen, mot att anställa personal på sätt som leder till övertalighet.¹⁹

19. Formella förbud med denna innebörd råder i förlängningen av den ekonomiska situation som uppkom under åren 2004 och 2005 som en följd av återinförandet av

Om den anställde deltidssjukskrivne skulle kräva att få återgå till heltidstjänstgöring skulle detta, i den rådande situationen, förmodligen resultera i att den rehabiliteringsansvarige skulle begära en förhandling med berörd facklig organisation om omreglering av den ursprungliga heltidstjänsten till 75 procents tjänstgöringstid. Detta som en förutsättning för att i sedan kunna hävda att det finns saklig grund för uppsägning av den anställde *på 25 procent av tjänsten*. Utgången av ett eventuellt sådant förhandlingsutspel är inte helt given.

Fallet illustrerar emellertid hur gällande statliga föreskrifter om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan hamna i konflikt med interna bemanningsplaner som utfärdats av kommunledningen på grund av det aktuella kommuneconomiska läget. Handlingslogiken i det decentraliserade dagliga rehabiliteringsarbetet kärvar för närvarande på grund av kommandon, som utfärdats av formellt legitima överstyrande organ. Från vårt perspektiv är detta indikation på *systemfel*, dvs. dysfunktioner som bör åtgärdas från den överstyrande nivån i kommunen eller, om detta inte går, från den kommunen överstyrande nivån.

En erfaren heltidsanställd som arbetar i ett arbetslag med vårdandeuppgifter har drabbats av en whiplash skada som resulterat i en lång heltidssjukskrivning. Då detta skrivs har sjukperioden varat i cirka 1½ år. Vederbörande har helt nyligen börjat arbetsträna inom samma förvaltning, men med andra arbetsuppgifter som är i linje med de rekommendationer som givits av behandlande läkare. Problemet är att det var mycket länge sedan någon sådan befattning blev ledig. Det finns inte heller anledning att tro att det inom överskådlig tid skall uppstå en vakant sådan tjänst. Situationen fungerar som en sordin över den glädje som alla berörda känner inför framgångar i rehabiliteringsarbetet.

Det fjärde fallet handlar om en äldre heltidsanställd som drabbats av svår astma och rethosta som föranlett 14 kortare sjukperioder sedan 1997. Den senaste perioden har blivit långvarig. När denna inleddes i november 2003 genomförde FHV mätningar på arbetsplatsen för att kontrollera om det fanns skäl för att sanera arbetsplatsen eller om problematiken snarare hade att göra med patologiska förändringar hos den sjukskrivne. Rehabiliteringsansvariga valde som huvudstrategi att finna ett annat arbetsrum där den sjukskrivne inte utsattes för samma exposition av luftburna partiklar som antogs ha funnits på den tidigare arbetsplatsen.

budgetbalanskravet i kommunallagen år 1998. Dessa regler har fastställts av kommunledningen. I den aktuella kommunen innebär de bl.a. att beslut om nytillsättning av ordinarie tjänster skall fattas av kommunledningen. De rehabiliteringsansvariga cheferna är således för närvarande förhindrade att omförordna en medarbetare som är anställd på en deltidstjänst till en heltidstjänst.

Någon omplaceringsmöjlighet till andra arbetsuppgifter stod inte till buds. Rehabiliteringsarbetet präglades i detta ärende inte av den intensitet som skulle ha krävts för att lösa problemet. Idag görs *inga* ansträngningar. Utan att kunna belägga saken vågar vi anta att en medverkande orsak till passiviteten i detta ärende kan vara att den anställde sjukskrivne är nära pensionsåldern.

Tre svårbedömda eller svårlösta ärenden som illustrerar behovet av strategisk samordning av rehabiliteringsarbetet

De ärenden som kommenteras under denna rubrik har väsentligen det gemensamt att de framstår som helt övermäktiga att hantera inom ramen för ett radikalt decentraliserat rehabiliteringssystem. I ett sådant system förväntas enhetschefer lösa alla typer av rehabiliteringsärenden. Som stöd kan de begära medverkan av erfarna personalhandläggare. Men de saknar idag tillgång till särskilda ekonomiska resurser för rehabiliteringsarbetets behov, bemyndiganden att inrätta för rehabiliteringsändamålen särskilda anpassade arbeten samt (i vissa kommuner) begära att de individer de är rehabiliteringsansvariga för ges förtur till alla vakanta befattningar. I denna situation står även engagerade chefer och avancerade rehabiliteringssamordnare maktlösa inför komplexiteten i många rehabiliteringsärenden.

Det första fallet handlar om depressiv problematik och stresskänslighet (ej utmattningsdepression). Den sjukskrivne är relativt ung. Den ansvarige enhetschefen har uppvisat stort engagemang med tät ”coaching” av den sjukskrivne under hela sjukperioden. Sjukskrivningen har i skrivande stund pågått i cirka 2½ år. Stödande samtal med klinisk psykolog har satts in. Den sjukskrivne har deltagit i företagshälsovårdens, i många andra fall framgångsrika, kurs för långtidssjukskrivna med olika slags depressionsproblematik. Trots alla insatser går rehabiliteringsarbetet just nu inte framåt i rätt riktning. Den rehabiliteringsansvarige chefen och personalhandläggaren upplever ett starkt behov av strategiskt stöd och vägledning att hitta nya lösningar.

Också det andra fallet handlar om en utmattningsdepression. Denna gång gäller det en medelålders anställd som arbetar med pedagogisk verksamhet. Den sjukskrivne har varit frånvarande på heltid i drygt 1½ år då detta skrivs. Arbetsträning har ännu inte kunnat inledas. Den sjukskrivne har prövat att studera under sjukperioden. Också detta ärende inrymmer betydande osäkerhet om vilka vägar som kan leda till framgångsrik rehabilitering. I detta fall förefaller emellertid rehabiliteringsansvariga ha full koll på läget och vara övertygade om att de gör ett så bra rehabiliteringsarbete som, givet omständigheterna, är möjligt. Och detta

baseras på att man under hela sjukskrivningsperioden haft regelbundna avstämningsmöten mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga, en kunnig och stödjande FK-handläggare samt behandlande läkare.

Det tredje fallet handlar om en kvinnlig arbetstagare som i 60 års ålder drabbats av hjärtinfarkt och kärlekskramp. Efter en längre sjukperiod på cirka 2 år har vederbörande börjat vägen tillbaka och arbetstränar nu 2 timmar per dag. Av registerutdraget framgår att hon haft ytterligare åtta sjukperioder med sammanlagt ytterligare ett års sjukskrivning under de senaste åren. Kommunens rehabiliteringsansvariga känner ett starkt behov av strategiskt samråd runt detta ärende. Hur långt skall man gå i fråga om träning av arbetsförmågan? Kan inte behandlande läkare och FK ge kommunen någon ”hint” om vad som är rimligt att satsa på från medicinsk rehabiliteringssynpunkt? Är inte i detta fall partiell sjukersättning i kombination med deltidsarbete att föredra framför målet åter i arbete på 100 procent? Kommunen har inte något organ för sådan strategisk planering i rehabiliteringsärenden. Man är inte heller kallad till sådana möten i andra myndigheters regi. Rehabiliteringsarbetet förutsätts ske i decentraliserade former.

Kommunens rehabiliteringsansvariga upplever att de av skäl som sammanhänger med sekretessreglerna i hälso- och sjukvårdslagen ofta finner sig vara ovetande om den strategiska planeringen av rehabiliteringsarbetet för kommunens anställda. Detta gäller inte minst ifråga om de utredningar och förberedelser som genomförs inför beslut om sjukersättning. Kommunen blir inte informerad om de beslut som fattats. De är hänvisade till den information som den sjukskrivne själv väljer att meddela arbetsgivaren. Och även om detta är helt regelrätt så leder det till en besvärlig, i vissa fall närmast absurd, situation för dem som har delegerat arbetsgivarens ansvar för att planera och genomföra ett effektivt arbetslivsinriktat rehabiliteringsarbete.

”FK-burken”

I 39 ärenden har vi bedömt att Försäkringskassans agerande har varit eller är helt avgörande för att åstadkomma ett bra avslut i ärendet. I 25 av fallen hade i vecka 12 2005 ej tidsbegränsad sjukersättning beviljats på hel- eller deltid, vilken möjliggjort ett rehabiliteringsavslut hos arbetsgivaren. I 13 ärenden pågår beredning inför beslut. De flesta av dessa ärenden väntas utmynna i att sjukersättning beviljas (tills vidare eller för viss tid). I något eller några fall förväntas FK's handläggning resultera i beslut att inte

bevilja sjukersättning.²⁰ Dessutom har vi till denna burk fört dels två ärenden där den sjukskrivne fortfarande är anställd hos kommunen men arbetstränar hos annan arbetsgivare, dels också ett ärende där Arbetsgivarens rehabilitering kommit ...”till vägs ände”. Dennes rehabiliteringsansvariga tycks här vara förvissad om att fortsatt anställning på heltid inte längre är möjlig. De ser här två möjligheter till avslut: Antingen att individen blir kvar i arbete på deltid, vilket förutsätter att deltids sjukersättning beviljas, eller att arbetsgivaren kallar till ”omplaceringsförhandling” och därefter ev. för ärendet till avslut via avtalsuppgörelse med den anställde och dennes fackliga ombud.

Evig väntan på beslut

Under denna rubrik skall situationen i 25, för arbetsgivaren svårlösta, ärenden beskrivas. Avslut i ärendet är beroende av om och när beslut om hel sjukersättning tills vidare kommer att fattas. I ett flertal av ärendena har tidsbegränsad sjukersättning beviljats, vilket innebär att ärendena inte kan avslutas.

Problematiken handlar i nio fall om rygg- och ledbesvär, i fem fall om hjärt- och kärlsjukdomar, i sju fall om psykisk ohälsa samt i sex fall om andra slag av ohälsa eller olycksfallsrelaterad problematik.

Nio fall som handlar om ont i rygg och leder

I denna grupp ingår två vårdbiträden och en barnskötare i åldrarna 54 till 64 år som enligt sjukintyget har ”ont i rygg och höft”, ”ont i arm” respektive ”ryggvärk, diskbräck och ont i kroppen”. I ett fall inleddes sjukskrivningshistorien med många korta sjukperioder. Sedan följde en 6 månaders heltidssjukskrivningsperiod. Därefter var vederbörande under ett år åter heltidsarbete, med avbrott för fem kortare sjukperioder. Denna period övergick våren 2002 i en lång heltidssjukskrivningsperiod på drygt tre år. Försäkringskassan beviljade därefter först sjukersättning på 50 procent och nyligen sjukersättning även för resterande 50 procent. Det handlar i detta fall om tidsbegränsad sjukersättning. I det andra fallet har den anställde först haft ett 20-tal kortare sjukperioder som övergått i en drygt 2 årig heltidssjukskrivning. I slutet av 2004 beviljades hel sjukersättning tills vidare, vilket innebar att anställningen upphörde. I det tredje fallet står individen på cortison och behandlas även på annat sätt mot värk. Den aktuella sjukskrivningsperioden hade då detta skrivs pågått på heltid i drygt 3 år och dessförinnan hade den anställde haft ett 10-tal kortare sjukperioder. Rehabiliteringssituationen präglas av väntan. Kommunens

20. Enligt personlig kommunikation mellan FK-handläggaren och Ag's rehabiliteringsansvariga.

rehabiliteringsansvariga upplever att de inte kan göra mer. Ärendet har återkommande aktualiserats i kontakterna med FK's handläggare, som vid några tillfällen förefallit vara beredd att ta tag i ärendet. Då detta skrivs finns emellertid inga tecken som tyder på att ärendet bereds för beslut om sjukersättning.

Till denna grupp hör även två anställda i känt fysiskt belastande befattningar samt en i en administrativ befattning i åldrarna 50 till 60 år, som drabbats av problem i rygg, armbågar, tummar; stressymtom och ryggbesvär respektive ont i rygg, nacke, huvudvärk. I det första fallet har den anställde två år tidsbegränsad sjukersättning på heltid. Beslutet har nyligen förlängts med en ny två års period. Sjukersättningsbeslutet kom efter en mer än femårig heltidssjukskrivningsperiod.²¹ I det andra fallet hade den aktuella sjukskrivningsperioden pågått i 2½ år, de första åtta månaderna på 25 procent och resterande tid som sjukskrivning på heltid, när FK i början av 2005 beviljade hel sjukersättning för ett år. Under åren innan långtidssjukskrivningen hade den anställde haft sju kortare sjukskrivningsperioder. I det tredje fallet hade den anställde haft ett antal sjukperioder varav tre långvariga, följt av en "friskperiod" på ett halvår, då den nuvarande långa sjukeperioden startade. Denna inleddes med 2 månaders halvtidssjukskrivning följt av drygt 3½ års sjukskrivning på heltid. Ärendet bereds nu för, efter vad kommunen förmodar, heltids sjukersättning.

Ett ärende gäller en lönebidragsanställd i 50 års åldern. Sjukanledningen är förslitning i rygg, nacke och axlar. Den aktuella sjukperioden har pågått under snart 2 år (varav några veckor på halvtid och resten på heltid). Dessförinnan har den anställde haft ett 40-tal sjukperioder sedan 1997. Kommunens rehabiliteringsansvariga känner sig maktlösa inför problematiken och önskar få upp ärendet till strategisk bedömning av lämplig rehabiliteringsstrategi.

Fem fall av hjärt- och kärlsjukdom

I två fall har personer i fysiskt krävande befattningar, i åldrarna drygt 50 respektive drygt 60 år, drabbats av stroke respektive stroke med olika följdverkningar. I det ena fallet fanns ingen tidigare sjukperiod registrerad

21. Den försäkrade har uttryckt önskemål om att få bryta sin sjukersättning för att återgå i sin tjänst några timmar per vecka, under förutsättning att hon själv får välja när detta kan ske samt får avtalsenlig lön. FK och ansvarig allmänläkare har uppmuntrat initiativet. Arbetsledaren har sagt ja under förutsättning att dessa timmar kan schemaläggas. Kommunen förfogar idag inte över några anslagsmedel för särskilda rehabiliteringsändamål. Allt rehabiliteringsarbete skall därigenom finansieras inom ramen för driftsenheternas budget, vilket försvårar för kostnadsställeansvariga att tillmötesgå önskemål som dessa.

då slaget föll. Sjukskrivningsperioden hade pågått på heltid i drygt 4½ år då sjukersättning tills vidare beviljades våren 2005. I det andra fallet hade den anställde varit heltidssjukskriven i drygt 2 år då hel sjukersättning beviljades. I ett tredje fall har en anställd i ett intellektuellt krävande yrke drabbats av en hjärnskada som orsakat viss demens. Här beviljades hel sjukersättning tills vidare på senhösten 2004. Besluten innebar att anställningen upphörde i dessa tre fall.

Två fall handlar om hjärtproblem/infarkt för anställda i 60 års åldern. I det ena fallet börjar sjukhistorien med en 6 månaders sjukskrivning på deltid följt av en tvåårig period då den anställde är åter i arbete. Sedan tillstöter problem som resulterar i en mer än 3 årig sjukskrivning på heltid. Tidsbegränsad sjukersättning på heltid beviljades hösten 2002 för en två års period. Hösten 2004 beviljades sjukersättning tills vidare, varefter anställningen avslutades. I det andra fallet finns i bakgrunden ett 20-tal sjukperioder av varierande längd (som längst 12 veckors sjukskrivning, sammanlagt 320 dagar) från 1997 till 2004, då en lång sjukskrivning på heltid inleds. Sedan denna period pågått 10 månader beviljas hel sjukersättning tills vidare, varefter anställningen upphör.

Sex fall av psykisk ohälsa

Det första ärendet gäller en pedagog i 50 årsåldern. Det handlar om depression och psykisk sjukdom. Under senare år har det inte varit aktuellt med återgång i arbetet. Ett 20-tal sjukperioder, varav några >1 månad, övergick från 1999 i en nästan femårig heltidssjukskrivning. Sjukersättning beviljades hösten 2002 för 2 år och en ny period av tidsbegränsad sjukersättning beviljades hösten 2004.

Tre fall gäller förskolepersonal och vårdare inom socialförvaltningen. Problematiken handlar om psykisk ohälsa, ångest och psykisk ohälsa samt svåra spänningstillstånd. Det första fallet inrymmer två långtidssjukskrivningsperioder på heltid. Först en 6 månaders period och sedan, efter en tid i arbete, en period på närmare 4½ års heltidssjukskrivning. Ingen av de i rehabiliteringsarbetet indragna aktörerna tror längre att återgång i arbete är möjlig. Beredning av ärendet för beslut om sjukersättning i 2 år pågår enligt uppgift från FK. I det andra fallet inleddes sjukskrivningshistorien med en 1 årig sjukperiod på deltid. Sen följde flera kortare perioder under de kommande två åren. Därefter var den anställde sjukskriven på heltid under 3½ år. Ärendet bereds nu för sjukersättning. Arbetsgivaren har i detta ärende liksom i många andra, i enlighet med gällande sekretessregler, inte informerats om ärendeutvecklingen av FK, vilket innebär problem för den för rehabiliteringen huvudansvarige. I det tredje fallet försenas

ärendeutvecklingen genom en handläggningsmiss. Den anställda hade en del sporadisk sjukfrånvaro (totalt 95 dagar) under de år som föregick långtidssjukskrivningen. Denna inleddes på hösten 2001 då den anställda drabbades av psykisk ohälsa. Året därpå gjordes en medicinsk utredning, som arbetsgivaren och FK gemensamt finansierade. Utredningen utmynnade i en rekommendation om att bereda ärendet för sjukersättning. FK borde i förlängningen härav ha följt denna rekommendation, alternativt begärd in en psykiatrisk bedömning för att komplettera beslutsunderlaget. Men något sådant initiativ togs inte. Sjukskrivningsärendet fortsatte. Arbetsgivarens försök att få till stånd arbetsträning lyckades inte. Hösten 2003 gjorde FK en skriftlig förfrågan till arbetsgivaren om rehabiliteringssituationen för den försäkrade, en rutin som brukar vara det inledande steget i en ny beredning för sjukersättning. Nästa steg, en två dagars försäkringsmedicinsk arbetsförmågebedömning, har nu föränmälts. Då detta skrivs har sjukskrivningen pågått i 3½ år (varav det första året på halvtid och 2½ år på heltid).

Två fall gäller vårdbiträden (drygt 40 respektive drygt 60 år) som lider av psykisk ohälsa i kombination med social problematik respektive ångest, oro och depression. Sjukskrivningshistorien sedan 1997 inleds i det *ena fallet* med ett 25-tal kortare sjukperioder. Därefter följer en mer än 3½ års sjukskrivning, varav 1 år på halv- och drygt 2 år på heltid. I början av 2005 beviljades heltids sjukersättning för två år. I det *andra fallet* beviljas 2002, efter nästan 3 års heltidssjukskrivning, sjukersättning för två år. Sjukersättningsperioden förlängs med ytterligare två års heltids sjukersättning från hösten 2004.

Sex fall av övrig ohälsa samt olycksfallsrelaterad problematik

Två anställda i 50 årsåldern, som arbetar med fysiskt belastande arbetsuppgifter, har drabbats av fibromyalgi. Den ena är först heltidssjukskriven i mer än fem år. Därpå följer först en tidsbegränsad (2 år) sjukersättningsperiod och sen ännu en lika lång period med tidsbegränsad sjukersättning. Den andra har två långa sjukskrivningsperioder, den första på 1½ år och den andra på 2½ års heltidssjukskrivning, innan hon beviljas 2 års hel sjukersättning. Därpå beslutas om förlängd sjukersättning tills vidare, vilket innebär att anställningen hösten 2004 upphör.

Två fall gäller anställda i 60 årsåldern. Det ena handlar om en tarmsjukdom samt ledvärk. Det andra om komplex problematik med endokrin sjukdom i kombination med värk i leder och depression. I det *första fallet* har den aktuella sjukskrivningsperioden pågått i drygt 1½ år. Dessförinnan hade den anställda haft ett 15-tal sjukperioder, varav den

senaste var långvarig (cirka 2 år varav ett på heltid). FK har då detta skrivs begärt in förfrågan om situationen, vilket brukar vara en förberedelse för slutberedning inför beslut om sjukersättning. I det *andra fallet* finns en 1½-årig sjukskrivningsperiod i bakgrunden. Den anställde beviljades sjukersättning, först på halvtid och i slutet av 2004 beviljas tidsbegränsad sjukersättning (1 år) på den andra halvan.

Två fall handlar om problematik som uppkommit genom trafikolyckor. I det *ena fallet* fick en anställd i mogen ålder skador i inre organ. Efter en längre tids heltidssjukskrivning tycks FK, då detta skrivs, vara i färd med att bereda ärendet för beslut om sjukersättning. Det *andra fallet* gällde en yngre anställd, som drabbades av ryggont och en whiplash skada. Tiden efter olyckan har till stor del ägnats åt medicinska rehabiliteringsåtgärder. Den drabbade har stora problem och vill ej åter i arbete. Då detta skrivs pågår, efter drygt 2 års heltidssjukskrivning, beredning av ärendet för sjukersättningsbeslut.

Väntan på beslut om sjukersättning på deltid (som grund för "den traditionella lösningen")

I 13 ärenden har arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga funnit att den anställde endast kan återgå i arbete på deltid, eftersom en viss del av den tidigare arbetsförmågan av olika skäl gått förlorad. Sex av dessa ärenden är idag avslutade som en konsekvens av att partiell sjukersättning tills vidare beviljats. Sju ärenden var i v. 12 2005 ej avslutade. I vissa av dessa ärenden har partiell sjukersättning för viss tid beviljats, några ärenden är under beredning för sjukersättningsbeslut och i några ärenden har FK ännu ej agerat.

Problematiken handlar i fem fall om värk i rygg och leder, i fyra fall om diabetes och olika komplikationer, i två fall om utmattningsdepressioner, i ett fall om fibromyalgi och i det sista fallet om kamp för att komma tillbaka efter en whiplash skada.

Fem fall som handlar om ont i rygg eller leder

Tre av dessa fem är omsorgspersonal i åldrarna 45 till 54 år. Det övriga två fallen gäller en pedagog samt en administrativ assistent i åldrarna drygt 60 respektive drygt 40 år. Problematiken har i sjukintyget karakteriserats med orden "utsliten kropp, ont, stress", "ryggproblem" samt "ryggont, struma, stresskänslighet". Assistenten har "höftproblem, armbåge, värk". Pedagogen har "ont i höft och handled".

Den första omsorgsarbetarens sjukskrivningshistoria före den aktuella sjukperioden inrymmer ett drygt 50-tal sjukperioder, tillhoppa drygt 600 dagar, sedan 1997. En hel del av dessa sjukdagar har gällt sjukskrivning på

halvtid, en hel del på heltid. Den aktuella sjukperioden hade då detta skrivs pågått i 16 månader, i början på halvtid och nu under våren 2005 i form av sjukskrivning på 25 procent. Behandlande allmänläkare har länge varit starkt avvisande till tanken på partiell sjukersättning. Sedan den försäkrade och rehabiliteringsansvarig chef förklarar att hon verkligen försökt arbeta full tid, men att hon då fått ont samt att arbetsituationen fungerar om arbetet begränsas till 75 procent av tjänstgöringsskyldigheten, har läkaren till sist funnit skäl att föreslå 25 procents sjukersättning. Men bara för ett år. Försäkringsnämnden avslag begäran.

Den andra omsorgsarbetaren har, före innevarande period, haft åtta sjukperioder. De flesta har varit kortvariga men en omfattade 8 månaders sjukskrivning (varav 5½ på heltid). Sen följde nästan ett år utan sjukskrivning. Därefter inträffar några kortare sjukskrivningsperioder, en månads sjukskrivning på heltid, några månader utan sjukskrivning och sedan den senaste sjukperioden som omfattar sex månaders sjukskrivning på halvtid, varefter FK beviljar halvtids sjukersättning tills vidare.

Den tredje omsorgsarbetaren hade enstaka sjukdagar under 1997 och var sedan inte sjukskriven förrän hon 2003 första gången beviljades tidsbegränsad sjukersättning på 25 procent. Sjukersättningen har sedan förlängts fram till våren 2006. Den anställde har haft tre sjukperioder (< 3 veckor) på den ”friska” 75%-delen av tjänsten.

Assistenten har ett 20-tal sjukperioder av varierande längd (2-12 veckor, tillhoppa 230 dagar) under åren 1997 till 2003. Efter en längre sjukperiod med halvtids sjukskrivning, inklusive en två veckors medicinsk utredning som finansierades med s.k. förebyggande sjukpenning, beviljades halvtids sjukersättning tills vidare. Beslutet innebar att rehabiliteringsärendet avslutas.

Pedagogen hade endast haft enstaka sjukdagar då hon blev sjukskriven på kvartstid under ett halvår fram till semestertiden för snart tre år sedan. Efter semestern inleddes en 2 årig sjukperiod, det första året med 25 procents och det påföljande året med 50 procents sjukskrivning. Hösten 2004 beviljas sjukersättning på halvtid för ett år.

Dessa lösningar, där den anställde arbetar i ordinarie befattning på deltid och prövar var den övre gränsen går, varefter FK bereder ärendet (ev. genomför kompletterande arbetsförmågebedömning) och beviljar sjukersättning motsvarande nedsättningen i arbetsförmåga, utgör exempel på den rehabiliteringsstrategi som kommunernas rehabiliteringsansvariga ofta benämner ”den traditionella lösningen”. De nya lösningarna innebär ofta att den anställde uppbär sjukpenning under längre tid än tidigare samt att FK beviljar tidsbegränsad sjukersättning, ofta i flera på varandra följande perioder. FK´s nya arbetssätt innebär att arbetsgivaren inte kan

avsluta ärendena. De förblir då vilande, vilket vanligtvis innebär att vikarier på tjänsten inte kan förordnas tills vidare. Först sedan sjukersättningen beviljas tills vidare kan Ag avsluta ärendet (på den del av arbetstiden som sjukersättning täcker). Det idag stora antalet icke avslutade rehabiliteringsärenden resulterar i en låsning av de för arbetslivsinriktad rehabilitering så viktiga omplacerings- och arbetsträningsmöjligheterna. Förutom att detta utgör ett systemfel i rehabiliteringsarbetet innebär det att vikarier får vänta orimligt lång tid på tillsvidareförordnande.

Fyra fall där diabetes ingår i sjukdomsbilden

Samtliga är i 50 till 60 årsåldern. Tre är undersköterskor och deras problematik handlar enligt sjukintygen om svårinställd diabetes; diabetes, hjärtinfarkt, övervikt respektive diabetes typ I och överansträngning. Det fjärde fallet gäller en städare med delvis anpassade arbetsuppgifter som har diabetes och ont i ett ben.

I det första fallet börjar historiken med en 7 månaders heltidssjukperiod. Därefter följer en lång period på 17 månader med deltidssjukskrivning (varierande mellan 50 och 75 procent). Och sen följer två långa perioder (28 respektive 12 månader) med heltidssjukskrivning. Efter cirka 5 års sjukskrivning får den försäkrade till sist halvtids sjukersättning tills vidare och prövar nu med att gradvis komma åter i arbete på halvtid. Ärendet har härigenom kunnat avslutas. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvarige upplever att det finns stor risk för att problematiken förvärras så att en ny sjukperiod framtvingas och undrar varför sjukersättningsbeslutet dröjde så länge.

Det andra fallet har kännetecknats av ett intensivt och framgångsrikt rehabiliteringsarbete. Vårt registerutdrag går tillbaka till 1996. Sjukskrivningshistoriken börjar med en pågående sjukperiod (< 91 dagar) och efter denna följer ett 30-tal sjukperioder med tillsammans 300 dagar (varierande halv- och heltidssjukskrivning). Våren 2003 inleds en lång sammanhängande deltidssjukskrivningsperiod (i genomsnitt 50 procent sjukskrivning). Under hösten 2004 beviljas sjukersättning på 25 procent av heltid för ett år.

Även i det tredje fallet handlar i mycket om deltidssjukskrivning. Efter tre korta perioder på sammanlagt 24 dagar inleds hösten 2002 en tvåårig sjukperiod, som till stor del består av sjukskrivning på deltid. Enligt vad som framkommit till arbetsgivaren är ärendet nu aktuellt för beslut om halvtids sjukersättning. Den anställde har av arbetsgivaren placerats i förtur för lämplig mindre stressig tjänst. Samtidigt finns enligt uppgifter från förvaltningen risk för övertalighet inom det aktuella verksamhetsområdet.

I det fjärde fallet har arbetsuppgifterna anpassats. Arbetsförmågeprövning i syfte att komma åter i så hög tjänstgöringsgrad som möjligt har genomförts. Den anställde och dennes chef är överens om att han inte orkar mer än den nuvarande arbetsinsatsen som uppgår till 50 procent av tjänsten. Sjukskrivningshistoriken sedan 1997 omfattar knappt 20 perioder, med sammanlagt 180 dagar fram till 2003, då den nu aktuella sjukperioden inleds. Denna har då detta skrivs pågått i 20 månader och består mestadels av halvtidssjukdagar. Enligt arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga står det sedan länge klart att den försäkrade fortsättningsvis inte kommer att kunna arbeta mer än halvtid. FK's handläggare har emellertid inte visat några tecken på att vilja ta tag i ärendet som enligt Ag's rehabiliteringssamordnare ..."bara ligger och skvalpar".

Två fall av utmattningsdepressioner

Fallen gäller två pedagoger i 50 årsåldern.

I det *första fallet* har rehabiliteringsarbetet förutom sedvanlig "coaching" från arbetsledaren förts med hjälp av psykologsamtal. Depressionsperioden har i skrivande stund pågått i 1½ år och ärendet är för närvarande under beredning för tidsbegränsad sjukersättning. Den anställde hade under de tre år som föregick insjuknandet 7 dagars, 2 dagars respektive 0 dagars sjukskrivning.

I det andra fallet har sjukskrivningsperioden nu pågått i 3½ år, det första halvåret på heltid och därefter på 50 procent samtidigt som vederbörande återgått i arbete på halvtid. Även i detta fall, om detta är arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga helt övertygade, erfordras (tidsbegränsad) sjukersättning på deltid för att ärendet skall kunna avslutas. FK uppfattas ..."dröja och tveka". Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga förstår inte vad man väntar på.

Två övriga ärenden

De två resterande fallen gäller fibromyalgi respektive en whiplash skada. De sjukskrivna är mellan 50 och 60 år.

I det ena fallet hade sjukperioden pågått i knappt 3 år. Den sjukskrivne har hela tiden önskat, ansträngt sig och arbetstränat för att kunna återgå i arbete. Nyligen har ärendet löst sig genom en lyckad omplacering, där vederbörande nu klarar att arbeta halvtid, i kombination med halvtids sjukersättning tills vidare. Härigenom har detta långdragna ärende kunnat avslutas.

Det andra fallet har efter 4½ års deltidssjukskrivning kunnat avslutas sedan FK beviljat halvtids sjukersättning tills vidare.

”Landstingsburken”

Tolv ärenden har enligt vår bedömning den karaktären att behandlande läkare eller landstinget ”äger problemet”, i så mening att de kan vidta den åtgärd som krävs för att utveckla eller avsluta sjukskrivningsärendet. I vissa av dessa ärenden är sjukdomssituationen sådan att arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga *inte* bör intervensera med arbetsträningsförslag, anpassnings- eller omplaceringsåtgärder. I andra situationer kan sådan intervention vara motiverad men då i samråd med behandlande läkare och FK. Samtliga ärenden var fortfarande oavslutade i v. 12 2005.

Fyra cancerfall

Fyra anställda i åldersintervallet 50 till 60 år har drabbats olika typer av elakartade tumörer. I tre av fallet är vederbörande svårt sjuka och i det fjärde fallet handlar det om upprepade operationer och andra medicinska åtgärder som gör att återgång i arbete för närvarande inte är aktuell. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga och arbetskamraterna stödjer och uppmuntrar sina arbetskamrater men anser för övrigt att de inte skall intervensera med åtgärder som kan uppfattas som ett slut på allt hopp om att bli frisk. Det finns ju möjlighet att sjukdomen går tillbaka eller kan botas. Sjukskrivningsperioderna har då detta skrivs pågått i 5, 4, snart 3 respektive drygt 1 år.

Sex fall av ont i ryggar, leder

Av dessa sex arbetar fyra i vården som undersköterskor eller vårdare. Tre av dem är runt 40, runt 50 respektive runt 55 år, den fjärde är yngre. De har drabbats av ryggvärk/diskbråck; ryggont; artros i muskelpartiet och skuldror respektive höftproblem/myalgi. I samtliga fall handlar det om väntan på medicinsk utredning eller om väntan på behandling.

I ett fall väntar den anställde på en plats på smärtklinik. Hon har fortsatta smärtproblem och behandlande läkare har bedömt att det för närvarande inte är aktuellt med återgång i arbete. Sjukskrivningen har pågått i två år. Det andra fallet gäller ”en utsliten undersköterska”. Läkaren har begärt att FK skall remittera patienten till arbetsförmågebedömning då ärendet är svårbedömt från allmänläkarens position. Sjukskrivningsperioden hade då detta skrivs pågått i drygt två år. I det tredje fallet väntar rehabiliteringsansvariga på resultatet av en försäkringsmedicinsk utredning med arbetsförmågebedömning. Sjukskrivningen har nu pågått i drygt två år. I det fjärde fallet handlar det mest om samtal i avvaktan på besked om diskbråcksoperation. Sjukskrivningen har pågått i drygt 3½ år.

Två anställda i mogen ålder har varit sjukskrivna för problem i armbåge och rygg respektive en komplex symtombild med bl.a. artrit,

muskelsvaghet, hög sänka och huvudvärk. I det ena fallet har olika försök att lösa problemet via anpassning av arbetsuppgifterna. Alla lokalt rehabiliteringsansvariga är överens om att individen i detta fall klarar maximalt 25 procents arbetsinsats och att det knappast finns mer arbetsförmåga i något annat arbete. Sjukskrivningen har då detta skrivs pågått i snart 3 år. Den sjukskrivne själv är inte intresserad av att få sjukersättning då detta innebär en betydande intäktsminskning. I det andra fallet pågår för närvarande medicinsk rehabilitering. Sjukskrivningen har i detta fall pågått i drygt 1½ år.

I ärenden av detta slag är rehabiliteringssituationen ofta svårbedömd. Ett väl fungerande samråd mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga och behandlande läkare kan effektivisera rehabiliteringsarbetet t.ex. vid diskbråcksoperationer. Situationen kompliceras i vissa fall av att den operationsansvarige läkaren gör en ny bedömning och finner att ytterligare utredningar skall göras. FHV kan i sådana fall stödja arbetsgivarens rehabiliteringsansvarige att få klarhet i vad som är medicinskt motiverat och vad som kan tyda på att ärendet ”hamnat mellan stolarna”. Exemplet visar hur svårbedömt denna typ av ärenden kan vara och hur viktigt, för effektiviteten i det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet, det kan vara att lyfta svårbedömda ärenden av detta slag till samordnad strategisk överläggning mellan ansvariga inom landstinget, FHV, FK, arbetsgivaren och förstås den sjukskrivne.

Komplex svårbedömd ohälsa

Två anställda i vården, 40 respektive drygt 50 år, uppvisar komplexa sjukdomsbilder. Det *ena fallet* handlar det psykisk ohälsa i kombination med bl.a. magbesvär. Olika försök med arbetsträning har inte fallit väl ut. Sjukskrivningen har nu pågått i 3½ år. Det *andra fallet* handlar om diabetes, njursvikt och stress med olika komplikationer. Sjukskrivningsperioden har nu varat i drygt 1½ år och då detta skrivs pågår sjukhusbehandling.

”LAN/Af-burken”

Fyra ärenden som illustrerar det ”5:e stegets” konsekvenser²²

Ärendena gäller tre undersköterskor i äldreomsorgen i åldrarna 35 till 55 år samt en administratör i 50 årsåldern.

De tre undersköterskorna har alla haft diskbråck och lider av ryggont. En av dem har tilläggsdiagnosen fibromyalgi, den andra har förutom ryggont även problem med en höft och senor. Åkommor av detta slag förekommer bland äldreomsorgspersonalen. De kan vara arbetsrelaterade och i ärendebeskrivningen betecknats ett av fallen ”en utsliten undersköterska”. De var alla sjukskrivna på heltid från en 50 procents, 75 procents respektive 100 procents tjänst. Innevarande sjukperiod inrymde nästan 3 års, 2 års respektive 1½ års sjukpenninggrundad frånvaro. I ett av fallen fanns inga andra sjukperioder registrerade i vårt utdrag ur personalstatistiken. I de två andra fallen fanns ett 20-tal respektive ett 10-tal sjukperioder och mängder av sjukdagar.

Det fjärde fallet handlar enligt kommunens rehabiliteringsansvariga om ...”en toppenmedarbetare som inte pallar med trycket efter 30 år”. Vederbörande har drabbats av oro och ångest. Den aktuella sjukperioden har nu pågått i 2½ år och registerutdraget innefattar ytterligare ett 15-tal kortare sjukperioder som sammantagna omfattar ytterligare cirka 250 sjukdagar.

Inom ramen för arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser har samtliga arbetstränat en eller flera gånger. För en av undersköterskorna har arbetsträningen inte fungerat. För den andra har arbetsträning i annat arbete inom den egna förvaltningen skett, men i anpassade uppgifter som normalt inte förekommer. Den tredje har arbetstränat i sin egen heltidsbefattning

22. Bland se långtidssjukskrivna (>6 månader) inom denna kommun finns åtminstone åtta ärenden, där FK tillämpat den nya strategin med försäkringsmedicinsk ”överprövning” av sjukskrivningsgrunden eller, för att uttrycka saken på ett annat sätt, begäran om kompletterande beslutsunderlag för att kunna utveckla ärendet i det femte steget i sjustegsmodellen för arbetslivsinriktad rehabilitering. Därtill kommer fler ärenden bland sjukskrivna <6 månader. Vi har inte systematiskt räknat igenom hur många sådana kortare sjukfall som handlagts på detta sätt av FK. Men vi kan illustrera med ett exempel. Fallet handlar om en anställd inom barn- och utbildningsförvaltningen som genom ett olycksfall drabbats av skelett- och ledsador. FK’s försäkringsmedicinska konsulter har landat i bedömningen att den försäkrade kan ha viss arbetsförmåga i annat arbete. Som konsekvens härav har FK beslutat att dra in sjukpenningrätten. Kommunen har inget arbete av det slag som skulle krävas för att möjliggöra en omplacering. Om inga nya möjligheter dyker upp, fram till dess s.k. omplaceringsförhandling genomförs, kan ärendet omgående antas övergå i avslutsförhandling på motsvarande sätt som i de fall som beskrivs nedan.

och kommit upp i 25 procents arbetsförmåga. Administratören har framgångsrikt arbetstränat i anpassade uppgifter på sin egen arbetsplats samt även i en befattning inom en annan förvaltning. Särskilda tjänster av det förra slaget finns inte i kommunen och vakanta tjänster på den senare arbetsplatsen saknas för närvarande.

FK har remitterat dessa fyra till försäkringsmedicinsk bedömning eller mer precist uttryckt ”Bedömning av medicinsk nedsättning av arbetsförmåga och bedömning av rehabiliteringsförutsättningar”.²³ Som resultat av dessa utredningar framkom beträffande den första undersköterskan att hon bedöms ha full arbetsförmåga i annat jobb. Med stöd av denna bedömning har FK meddelat att rätten till sjukpenning är indragen med någon månads varsel. Kommunen har som konsekvens härav kallat berörd facklig organisation till s.k. omplaceringsförhandling. Idag finns inga lediga lämpliga tjänster, varför förhandlingarna kan antas resultera i avgångsvederlag under förutsättning att den anställde säger upp sig. För den andra undersköterskan resulterade den försäkringsmedicinska utredningen i bedömningen att vederbörande hade 50 procents arbetsförmåga i annat arbete (hon hade en halvtidstjänst i botten). FK begärde med stöd av detta försäkringsmedicinska yttrande att kommunen, med någon månads varsel, skall inleda arbetsträning i annat arbete. Den arbetsträning kommunens hittills genomfört har visat att den berörde arbetstagaren behöver arbeta i anpassade uppgifter som normalt inte finns inom kommunen och att hon därför är att betrakta som en ”inlåst” arbetstagare, som behöver anvisas ett arbete som t.ex. butiksbiträde eller liknande. Enligt kommunens rehabiliteringssamordnare kommer sannolikt även detta ärende inom kort att hamna ”vid vägs ände”. Risken är överhängande att kommunen, mot bakgrund av indragningen av sjukpenningens rätten, inom kort kommer att kalla berörd facklig organisation till ”omplaceringsförhandling” och, för den händelse att vakant lämplig tjänst saknas vid förhandlingstillfället, söka uppnå ett avslut via avtalsuppgörelse. För den tredje undersköterskan resulterade den av FK begärda försäkringsmedicinska utredningen i bedömningen att hon på sikt kunde uppnå 50 procents arbetsförmåga i eget arbete, men att hon redan nu hade 100 procents arbetsförmåga i annat jobb. I detta fall fanns en 100 procents tjänst i botten. Om rehabiliteringen skulle inriktas på arbetsträning i egen befattning med målet 50 procents arbetsförmåga skulle denna strategi kräva att ett beslut om sjukersättning för resterande halvtid togs fram. FK’s handläggare har, enligt kommunens rehabiliteringsansvariga, förklarat att ...”man kan glömma detta”. Rehabiliteringen kommer att inriktas på 100

23. I ett fall via en två veckors utredning med bl.a. inslag av ergonomisk testning, i övriga fall via en två dagars utredning.

procents arbetsförmåga i annat jobb. Kommunen har beordrats att inleda arbetsträning med detta mål i en befattning där försäkringstagaren/den anställde inte behöver stå, inte behöver gå och inte heller behöver arbeta vid dator. Någon ledig sådan tjänst finns inte i kommunen för närvarande. Arbetsträningen kommer att bedrivas vid en arbetsträningsenhet för äldreomsorgstagare. Kommunen kommer i förlängningen härav att kalla till s.k. omplaceringsförhandling, som en formellt nödvändig åtgärd innan avslut via avtalsuppgörelse kan genomföras. Även i det fjärde fallet har den försäkringsmedicinska utredningen landat i bedömningen att administratören i fråga har 100 procents arbetsförmåga i annat, lugnare jobb. Kommunens arbetsträningsförsök har kommit fram till liknande resultat. Problemet är att lämpliga sådana befattningar inte är lediga och inte heller förväntas bli lediga inom överskådlig tid. Facket är kallat till omplaceringsförhandling. Om lämpligt jobb finns tillgängligt inför förhandlingen kommer den berörde att erbjudas detta arbete. Om inte kommer arbetsgivaren att föreslå att den berörde arbetstagaren går med på uppsägning i utbyte mot ett avgångsvederlag.

Försäkringskassan har genom ändringar i försäkringslagen och myndighetens instruktioner börjat rutinmässigt tillämpa denna nya strategi vid vissa långtidssjukfall. Man remitterar den försäkrade till ett försäkringsmedicinskt institut för bedömning av arbetsförmågan. Om denna bedömning utmynnar i att arbetsförmåga finns, dras rätten till sjukpenning in i motsvarande grad. Eftersom den försäkrade är en anställd faller därmed ansvaret för att bekosta den sjukfrånvarandes existens på arbetsgivaren. I den mån individen inte kan återgå i arbete kallar arbetsgivaren i detta läge till omplaceringsförhandling för att formellt fullgöra sitt rehabiliteringsansvar. Om omplacering inte är möjlig att åstadkomma sker avtalsuppgörelse med den anställde eller med dennes fackliga företrädare, som innebär att anställningsförhållandet upphör och i vissa fall att ett avgångsvederlag utbetalas. Härigenom är individen inte längre anställd och ej sjukpenningberättigad. Vederbörande är då i första hand hänvisad till att söka arbetslöshetsunderstöd eller en arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Om LAN/Af sedan finner att vederbörande inte är placeringsbar på arbetsmarknaden undandras också rätten till arbetslöshetsunderstöd, arbetsmarknadsutbildning och andra arbetsmarknadspolitiska stödåtgärder. I denna situation uppkommer inte automatiskt rätt till förnyad sjukersättningsprövning. För att detta skall bli aktuellt erfordras att det medicinska beredningsunderlaget förändrats så att försäkringskassan på nytt kan aktualisera ärendet.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga önskar att LAN/Af's handläggare redan innan uppsägningen är ett faktum skulle kunna medverka i

rehabiliteringsarbetet för att underlätta övergången till ett annat arbete eller ett annat yrke. T.ex. genom att förbereda arbetsträning hos annan arbetsgivare eller erbjuda en överbyggande yrkesutbildning.

Fyra inlåsta arbetstagare som behöver arbetsträning hos annan arbetsgivare eller överbyggande yrkesutbildning²⁴

Ett ärende handlar om en medelålders man som drabbats av en utmattningsdepression. Det rör sig här om en välutbildad och välavlönad professionell innehavare av en befattning som, inom kommunen, förekommer i ett antal som kan räknas på ena handens fingrar. Den normalt prestigefyllda arbetsmiljön inom den berörda enheten är av signifikant betydelse för rehabiliteringsstrategin. Sjukskrivningsperioden har i skrivande stund pågått på heltid under 1½ år. Inom ramen för arbetsgivarens decentraliserade rehabiliteringssystem brukar man stimulera den sjukskrivne att först mera symboliskt återknyta relationerna till arbetsplatsen och så småningom gradvis arbetsträna sig tillbaka till det arbete vederbörande sjukskrevs från. I detta fall resulterade kontaktpersonens första trevande försök att ”prata tillbaka” den sjukskrivne i ...”bara så mycket ångest”. Vid avrapportering av dessa erfarenheter till behandlande läkare och FK’s handläggare har dessa reagerat lyhört och rekommenderat en avvaktande försiktig hållning i det fortsatta rehabiliteringsarbetet. Den fortsatta utvecklingen i ärendet är i skrivande stund högst oviss. I detta fall krävs ett större kontaktnät som kan öppna upp för arbetsträning och övergång till en annan arbetsgivare. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga anser att LAN/Af’s stöd skulle vara värdefullt i detta fall.

I det andra fallet arbetstränar en anställd nu 50 procent, i samma arbete som han tidigare haft, men hos en annan arbetsgivare. Vederbörande har varit sjukskriven drygt 3½ år för en gradvis alltmer fördjupad utmattningsdepression. Alla inblandade aktörer vet, enligt arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga, att det är omöjligt att kräva att denne fortfarande

24. I ett drygt tiotal av de 102 långtidssjukfrånvaroärendena bedömer vi att de anställda i viss mening är att betrakta som ”inlåsta”. Möjligheterna att lösa problemen skulle öka om de, på ett tryggt sätt, kunde beredas möjlighet att arbetsträna i arbeten med andra arbetsuppgifter än de arbetsträningsmöjligheter som kommunen förfogar över. Och för vissa skulle chansen till en överbyggande utbildning, ev. i form av en existerande arbetsmarknadspolitisk åtgärd, kunna vara en öppning i ett annars låst läge. Ett problem är att formerna för sådan omställning idag inte är utvecklade så att en anställd känner sig trygg att ta sådana steg. Ett annat problem är att LAN/Af hittills inte har prioriterat arbetet med anställda sjukskrivna. Om vi vidgar perspektivet så att även anställda med mindre än sex månaders sjukskrivning kan komma i fråga för sådan ”coaching” till en annan sysselsättning finner vi många fler ”inlåsta”.

anställda skall återgå till sitt gamla arbete. Rehabiliteringsanordnare uppger att utvecklingen fortsättningsvis bör ta fasta på de positiva arbetsträningsresultaten hos den andre arbetsgivaren. Ett idag realistiskt mål kunde vara 75 procents återgång i arbete hos den arbetsgivare där arbetsträningen nu pågår, i kombination med 25 procents tidsbegränsad sjukersättning. FK har hittills inte tagit några sådana initiativ. Den försäkrade framstår för närvarande som inlåst. Enligt arbetsgivarens rehabiliteringssamordnare skulle Om ärenden av detta slag skulle kunna tas upp till samråd med bemyndigade handläggare från Af och FK skulle rehabiliteringsplaneringsarbetet väsentligen förbättras.

Ett tredje fall gäller en relativt ung anställd som drabbas av en whiplash skada. Skadan har resulterat i svår värk som föranlett heltids sjukfrånvaro under, då detta skrivs, hela fyra år. Rehabiliteringsansvariga har haft otaliga samtal med den sjukskrivne och olika aktörer i nätverket runt denne. Förutom medicinska rehabiliteringsinsatser, med remisser till smärtläkare och arbetsterapeuter etc. har man prövat att få till stånd arbetsträning. Man har låtit vederbörande delta i externt anordnade kurser med olika terapeutiska inslag. Man har drabbats av motgångar och komplikationer bl.a. olycksfall som lett till nya perioder av framtvingad vila. Man har haft avstämningsmöten med FK. Man har försökt att motivera den sjukskrivne att påbörja kognitiv beteendeterapi i syfte att skapa insikt om att rehabiliteringen torde kräva en omställning till och arbetsträning med sikte på ett annat yrke. För de rehabiliteringsansvariga har problematiken varit komplicerad. Det har varit svårt att få visshet om konsekvenserna av skadan på längre sikt samt om vad som måste ske för att den sjukskrivne skall kunna återgå i arbete. Analysen har landat i att situationen kräver omskolning till ett annat yrke samt att vägen dit börjar med kvalificering och arbetsträning för ett annat arbete. Den sjukskrivne har inte ansett att denna bedömning är riktig. Det har inte varit möjligt att mobilisera stöd från länsarbetsnämnden för att underlätta detta steg.

Det fjärde fallet gäller en vårdpersonal på ca 55 år med förslitnings-/skelettskada. Den aktuella sjukskrivningsperioden har pågått i drygt två år och den har föregåtts av ett 20-tal sjukperioder sedan 1997 med sammanlagt 220 sjukdagar. För närvarande pågår arbetsträning i andra arbetsuppgifter hos andra arbetsgivare samt väntan och tvekan från ömsom den anställda, ömsom behandlande läkare inför en eventuell operation.

Det femte fallet handlar om en psykiskt sårbar anställd, som efter ett 20-tal kortare sjukskrivningsperioder med sammanlagt mer 300 hela sjukdagar, blir långtidssjukskriven i två år. Hel sjukersättning beviljades hösten 2004 för ett år.

Två avslutade ärenden - anställda sjukskrivna har blivit arbetslösa sjukskrivna

I det ena fallet har en nästan 3-årig heltidssjukskrivning för depression följt av en lång tids deltidssjukskrivning, misslyckade arbetsträningsförsök samt en misslyckad omplacering, gått till avslut via avtalsuppgörelse sedan ett nytt omplaceringserbjudande avvisats.

Det andra ärendet handlar om en relativt ung medarbetare, med flera olika medicinska diagnoser, där problematiken efter utredning visar sig vara av sådant slag att FK friskskriver vederbörande på halvtid. Ärendet gick till avslut genom en förhandlingsuppgörelse sedan det framkommit att den anställde flyttat till annan ort, avböjt att återgå i sin tjänst på halvtid samt då det vid s.k. omplaceringsförhandling framkommit att någon lämplig annan halvtidstjänst inte fanns inom kommunen. Förhandlingsuppgörelsen innebar att individen, företrädd av sitt fack, förmåddes säga upp sig i utbyte mot ett avgångsvederlag.

Två ärenden som rör lönebidragsanställda respektive arbetshandikappade i offentligt skyddat arbete

Den aktuella kommunen har genom avtal med Länsarbetsnämnden åtagit sig att bedriva verksamhet med 15-tal individer som anvisats s.k. offentligt skyddat arbete (OSA).²⁵ Dessa personer arbetar med särskilda uppgifter t.ex. i skogsvårdslag. Många av dem fungerar väl och är motiverade att arbeta så mycket som är möjligt med hänsyn till deras arbetshandikapp. För en handfull av dem utgörs arbetshandikappet av drogmissbruk och social problematik. OSA har karaktären av en arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Dessa individer blir normalt inte tillsvidareanställda och sjukskrivna. Men i den mån de är sjuka eller saknar arbetsförmåga uppkommer ändå ett behov av samråd mellan kommunen och LAN/Af. Inom kommunen finns därtill ett 30-tal lönebidragsanställda. När dessa blir sjukskrivna kan i vissa fall behov av samråd uppkomma.

Indikatorer på systemfel - några sammanfattande kommentarer

Inventering av bristen i rehabiliteringssystemet: 1. "Arbetsgivareburken"

Vi bedömde att 38 ärenden kunde placeras i "arbetsgivareburken". Detta därför att arbetsgivaren (i några fall under förutsättning att partiell

25. Enligt förordningen om särskilda insatser för personer med arbetshandikapp (2000:630).

sjukersättning beviljas) har möjlighet vidta de åtgärder som krävs för att avsluta rehabiliteringsärendena.

12 av dessa fall var avslutade då fallstudien avbröts i slutet av mars månad 2005. Om vi betraktar dessa ärenden i backspeglarna, med analytisk distans, kan vi se om det saknats något som, givet att det hade funnits, skulle ha bidragit till en snabbare lösning på ärendena?

Två av dessa ärenden handlar om belastningsskador. I bägge fallen har de uppkomna skadorna resulterat i att dessa anställda blivit "inlåsta" i så mening att det varit mycket svårt att finna en omplaceringsposition inom ramen för de befattningar som kommunen förfogar över. Detta insåg de rehabiliteringsansvariga tidigt under den långa sjukperioden. Ärendena skulle därmed ha remitterats till kvalificerad handläggning, där kommunledningspersonal i samråd facket samt försäkringskassan, arbetsförmedlingen, företagshälsovården skulle ha medverkat till att ta fram en lämplig arbetsträningsmöjlighet hos någon annan arbetsgivare. Framtagningen av en sådan extern arbetsträningsmöjlighet skulle ha underlättats om det funnits en fungerande arbetsgivarverkan med andra arbetsgivare i regionen. Men så är idag inte fallet i denna region.

I fem ärenden är sjukfrånvaroalet psykiska utmattningsreaktioner. I samtliga dessa fall har rehabiliteringen under en lång period präglats av vila och kamratliga stödjande kontakter med kommunens rehabiliteringsansvariga. I denna kommun har företagshälsovården arrangerat ett särskilt rehabiliteringsprojekt för anställda. Programmet inrymmer särskilt framtagna aktiveringsmoment, gruppsamtal m.m. och har i många fall haft god rehabiliteringseffekt. Sjukperiodernas längd har varierat mellan knappt ett år och snart tre år. I tre fall har återgång i arbete kunnat ske först efter omplacering till annan befattning/annat yrke. Dessa tre fall illustrerar vikten av att det finns omplaceringsmöjligheter och att de rehabiliteringsansvariga är bemyndigade att kunna kräva förtur till lämpliga vakanta positioner.

Ett fall handlar om en depression (ej utmattningstyp). I detta fall har det varit svårt att undvika en lång sjukperiod. En inkallad klinisk psykolog har spelat en viktig roll för att den sjukskrivne till sist tillfrisknat och kunnat återgå i ordinarie arbete.

Fyra fall har handlat om övergående somatisk problematik där det handlat om normal läkning eller om att vänta ut en övergående problematisk situation (t.ex. svåra ryggbesvär under graviditet, en fraktur med tillstötande komplikationer).

De resterande 26 långtidssjukfallen i "arbetsgivarburken" var ännu inte avslutade då fallstudien avbröts. Vad är det som vi väntar på i dessa fall? Om vi betraktar ärendegången i backspeglarna, vad är det som saknas som

skulle ha drastiskt förbättrat förutsättningarna för att uppnå ett snabbare rehabiliteringsavslut?

I 14 av dessa 26 ärenden finns hopp om att de anställda på sikt skall komma åter i arbete på den tid de arbetade före insjuknandet. Av dessa var då studien avslutades åtta åter i arbete eller i arbetsträning på 75 procent. Den avgörande faktorn har i dessa fall bestått i god coaching från närmaste chef. Det har i dessa fall inte krävts ”lyftning” till kvalificerad handläggning. Detsamma kan sägas gälla för ett fall som handlar om en depression (melankoli) där närmaste chef och arbetskamraterna håller kontakt med den sjukskrivne och avvaktar tecken på tillfrisknande. I fyra fall är de sjukskrivna åter i arbete eller i arbetsträning på mellan 25 och 50 procent. I åtminstone några av dessa ärenden är det oklart om vederbörande kan arbetsträna upp till tidigare tjänstgöringsnivå. I de fall det står klart att man nått fram till vägs ände, åtminstone för en överskådlig period, kommer det att krävas kvalificerade insatser för att rehabiliteringsärendena skall kunna avslutas. Detsamma gäller för ett ärende där arbetsträning för en anställd som lider av psykisk ohälsa pågår i en annan tjänst, som inte är vakant.

I 5 fall krävs enligt arbetsgivarens rehabiliteringssamordnare sjukersättningsbeslut för att kunna skapa ett gott rehabiliteringsavslut inom ramen för anställningsförhållandet. I tre av fallen handlar det om anställda i åldrarna över 60 år som har påtagligt funktionsnedsättande sjukdomar. I två av fallen gäller det deltids, i ett av fallen heltids sjukersättning. I de två övriga fallen står frågan mellan sjukersättning eller ”sammanbrott” i rehabiliteringsarbetet eftersom man nu uppnått vägs ände. I det ena fallen gäller det uppkomst av långvarig och uppenbarligen varaktig skada (whiplash). I det andra fallet handlar det, efter långvarig arbetsträning, om ”de sista 25 procenten”. Den sjukskrivne och arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga är övertygade om att man nu nått så långt som möjligt och att arbetsträning för att uppnå full tidigare arbetsförmåga gör mer skada än nytta. Men att idag förmå FK att dela denna uppfattning är ett projekt med osäker utgång. Dessa fem ärenden illustrerar hur relationerna mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga och försäkringskassan utvecklats till ett spel där gemensamma referensramar saknas. Det är i längden ohållbart och ineffektivt att inte rekonstituera det samråd kring svårlösta ärenden som kollapsade vid mitten av 90-talet i en ny tidsanpassad form.

Fyra av dessa ärenden karakteriseras av ”moment 22” situationer som uppkommit på grund av bristande samordning mellan oförenliga resultatförväntningar på kommunens enhetschefer. De har ansvaret för att lösa svåra individuella rehabiliteringsärenden. När de efter stora

ansträngningar lyckats motivera individen att återgå i arbete uppkommer en för dem otillåten övertalighetssituation eller så saknar de befogenhet att agera när en länge efterlyst möjlighet dyker upp. Dessa dubbelkommandosituationer skall redas ut i kommunledningsorganen. Idag saknas ett forum, liknande den anpassningsgrupp som kollapsade för ca 10 år sedan, där problem av detta slag fortlöpande kan hanteras.

Tre av ärendena är synnerligen svårbedömda. Ansvariga enhetschefer har anmält att de har stort behov av strategiskt stöd och samordning av rehabiliteringsarbetet. De upplever att de ropar i öknen.

Inventering av bristen i rehabiliteringssystemet: 2.

”Försäkringskasseburken”

Vi vill först åter påminna om att det som, ur arbetsgivarens rehabiliteringsansvarigas synvinkel, framstår som evig väntan på ett initiativ från försäkringskassan i realiteten kan handla om att FK är beroende av landstingets agerande för att kunna gå vidare i ärendena. Det kan också handla om att ärendemängden för FK's handläggare fortfarande är i det närmaste ogenomtränglig. Det kan slutligen handla om att ändringar i lagen om allmän försäkring och FK's instruktioner från statlig nivå omöjliggör det beslutsfattande som kommunen anser vara nödvändigt för att ett ärende skall kunna föras till avslut. Vissa av de ärenden vi, i brist på närmare information om vad vi väntar på eller vad vi kan förvänta oss, placerat ärendet hos den aktör som äger beslutsrätt i fråga om den åtgärd arbetsgivaren förväntar sig. Med dessa reservationer har vi, på grundval av de uppgifter som arbetsgivaren haft tillgång till, placerat 38 ärenden i ”försäkringskasseburken”.

I 27 fall beskriver arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga situationen som ...”en evig väntan vid vägs ände”. I nio av dessa fall är sjukfrånvaroorledningen rygg- eller ledproblem. I tre ärenden hade sjukperioderna pågått i 3½, 5 respektive 2½ år då beslut om sjukersättning fattades. I det ena fallet beslutades först sjukersättning på halvtid. Sedan sjukfrånvaron på resterande tid fortsatt under en lång period beviljades tidsbegränsad sjukersättning för den resterande halvtiden. I det andra fallet beslutades efter fem års heltidsjukskrivning om sjukersättning för 2 år. Sjuk- och aktivitetsersättningen förlängdes sedan för en ny 2 års period. I det tredje fallet beviljades sjukersättning för 1 år. I ytterligare ett fall med 3½ års heltidssjukskrivning och en rad kortare och längre sjukperioder dessförinnan bereds nu för sjukersättning. Systemet med tidsbegränsade sjuk- och aktivitetsersättningar innebär för arbetsgivarens del att rehabiliteringsärendet aldrig kan avslutas. I dessa fall har, enligt arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga, sedan länge alla vägar till återgång

i arbete inom kommunen prövats. Man ser ingen realistisk möjlighet men anser sig inte heller ha rätt att trotsa uppsägningsförbudet i anställningsskyddslagen. Varför beviljas inte sjukersättning tills vidare? Ett stort problem är att den tjänst som dessa anställda är sjukfrånvarande från inte kan återbesättas pga. kommunledningsbeslut som fattats i avsikt att undvika övertalighet i organisationen. I ett fall har hel sjukersättning tills vidare beviljats. Detta har möjliggjort rehabiliteringsavslut genom uppsägning. I övriga fall har ärendena återkommande aktualiserats hos FK utan respons. Ett av dessa ärenden gäller en lönebidragsanställd där kommunens rehabiliteringsansvariga upplever maktlöshet och efterfrågar ett strategiskt samråd mellan arbetsgivaren, försäkringskassan och länsarbetsnämnden/arbetsförmedlingen.

Fem fall har efter mycket långa sjukskrivningsperioder kunnat avslutas sedan beslut om hel sjukersättning tills vidare beslutats. Det handlar om strokes, demens, infarkter hos äldre medarbetare. Problemet är de långa handläggningstiderna. Sju fall handlar om psykisk ohälsa (ej utmattningsreaktioner). I de flesta av dessa fall handlar det om en lång sjukfrånvarohistoria, som på senare år utmynnat i långvariga sammanhängande sjukfrånvaroperioder på mellan 3 till 6 år. I fyra av fallen har försäkringskassan till sist beviljat tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning och i ett av fallen har ett 2 årigt sjukersättningsbeslut förlängts för en ny 2 års period. I två av fallen pågick när fallstudien avslutades beredning av ärendena inom försäkringskassan. Sex fall handlar om olika typer av ohälsa eller olycksfallsrelaterad problematik. Återigen handlar det om långa sjukperioder, lång väntan på ingripande från försäkringskassan och ofta tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning. I några fall har sådana beslut förlängts för en ny 2 års period.

Handläggningen skulle i samtliga dessa fall ha underlättats om arbetsgivaren, försäkringskassan, företagshälsovården och i vissa fall arbetsförmedlingen regelbundet hade samlats till strategiskt samråd rörande rehabiliteringsförutsättningarna och ärendeutvecklingsmetoden.

I 14 fall beskrivs situationen som ...”en utdragen väntan på den traditionella lösningen”. Uttrycket ”den traditionella lösningen” syftar på perioden före 1992 och 1995 års ändringar i lagen om allmän försäkring och de alltmer strikta tillämpningarna av de nya restriktiva reglerna för rätt till sjukersättning. I dessa 14 ärenden är arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga, mot bakgrund av genomförda arbetsträningsförsök och anpassningsåtgärder, förvissade om att den anställda kan återgå i arbete på deltid men inte på heltid eftersom en del av den tidigare arbetsförmågan varaktigt är nedsatt. Sex av dessa ärenden har också kunnat avslutas genom att partiell sjukersättning tills vidare beviljats. Av de sju ej avslutade

ärendena har i några fall partiell sjukersättning beviljats, men bara för viss tid. Några ärenden är under beredning och i några fall har arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga hittills inte sett några tecken på aktivitet inom försäkringskassan.

I fem fall handlar det om ryggar och leder. I två av fallen har rehabiliteringsärendet kunnat avslutas genom att halvtids sjukersättning tills vidare beviljats. I två fall har deltidssjukersättning för viss tid beviljats och i ett fall pågick förberedelser för beslut.

Fyra ärenden gäller diabetiker med olika problem som kräver arbetsanpassningsåtgärder. I två fall har ärendet kunnat avslutas via "den traditionella lösningen". I två fall har tidsbegränsad sjukersättning beviljats. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga upplever sig inte kunna göra någonting mer i rehabiliteringssyfte då de anser att arbetsförmågan faktiskt är nedsatt. Dessa två ärenden samt det femte, där sjukersättningsfrågan ännu inte aktualiserats, ligger därför bara och "skvalpar".

Två fall handlar om utmattningsdepressioner. Det ena är nu under beredning hos FK och i det andra ärendet uppfattas FK av arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga "dröja och tveka".

Två långdragna ärenden hade lösts på det traditionella sättet via återgång i arbete respektive en lyckad omplacering som i bägge fallen kombinerats med halvtids sjukersättning tills vidare.

Inventering av bristen i rehabiliteringssystemet: 3. "Landstingsburken"

Vi har redan noterat att det metodiska tillvägagångssättet i denna studie, särskilt det förhållande att vi inte haft tillgång till de fakta i individärendena som skyddas av försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens sekretessregler, med viss nödvändighet inneburit att vi underskattat betydelsen av väntetiderna i vårdköer och väntan på i ärendena nödvändiga medicinska utredningar och yttranden. Flera av de ärenden som vi placerat i "FK-burken" skulle förmodligen, givet att vi haft tillgång till information om det medicinska rehabiliteringsförloppet, ha placerats i "landstingsburken".

Av de tolv rehabiliteringsärenden som vi uppfattat att landstinget "äger" handlar flertalet uppenbarligen om medicinsk rehabilitering. I många av dessa ärenden bör rimligen arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga avvakta initiativ från den sjukskrivne eller behandlande läkaren innan arbetsträning eller andra åtgärder sätts igång. I vissa av dessa fall upprätthålls en social relation mellan arbetsledningen, arbetskamraterna och de sjukskrivna. I vissa fall kan det medicinska arbetet med att ställa diagnos, skapa kunskapsunderlag inför medicinska ingrepp etc. underlättas via arbetsträning enligt direktiv från behandlande/sjukskrivande läkare. Så t.ex.

inför diskbråcksoperationer. FHV kan i segdragna utredningsärenden spela en viktig mellanmansroll, genom att bevaka ärendegången i den medicinska rehabiliteringsprocessen och identifiera ärenden som hamnat ”mellan stolarna”. FHV var ofta ständigt adjungerad ledamot av de numera nedlagda anpassningsgrupperna. Ett nytt fenomen inom området arbetslivsinriktad rehabilitering är de försäkringsmedicinska institut som växt fram likt svampar ur jorden under senare år för att svara upp mot försäkringskassans behov av kompletterande medicinskt underlag för, som det heter, ”Bedömning av medicinsk nedsättning av arbetsförmåga och bedömning av rehabiliteringsförutsättningar”. Dessa försäkringsmedicinska konsulter svarar för de från medicinsk och etisk synpunkt svåra respektive problematiska bedömningarna av arbetsförmåga i förhållande till ”på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete” dvs. en arbetsförmågebedömning i förhållande till ett ”teoretiskt” existerande arbete som får drastiska konsekvenser för den som bedömningen gäller. Dessa bedömningar inrymmer ett slags överprövning av sjukskrivande läkares tidigare gjorda bedömningar. Det framstår som angeläget att i samråd mellan läkarförbundet, landstingsförbundet, försäkringskassan och socialstyrelsen klargöra om denna verksamhet sker inom ramen för medicinsk lege artes samt att kvalitetssäkra den .

Inventering av bristen i rehabiliteringssystemet: 4. ”LAN/Af-burken”

I LAN/Af-burken har vi placerat anställda som, efter FK´s nya rutin med indragning av sjukpenningrätten i det s.k. femte steget av sjustegsmodellen, blivit föremål för s.k. omplaceringsförhandling och avtalsavslut. Dessa individer och ytterligare några ärenden där anställda via förhandlingar sagt upp sig på egen begäran i utbyte mot ett mindre avgångsvederlag har resulterat i arbetslöshet. I de senare fallen så att anställda sjukskrivna har blivit arbetslösa sjukskrivna. Härigenom hamnar dessa ärenden, på det ena eller andra sättet, på LAN/Af´s bord. En annan typ av ärenden gäller ”inlåsta” sjukskrivna som behöver arbetsträna hos annan arbetsgivare eller i annan sysselsättning.

I några ärenden har de anställda sedan länge flyttat från kommunen. Eventuella försök att få vederbörande åter i arbetet måste, enligt vad rehabiliteringssamordnaren erfarit, inriktas på arbetsmarknaden i den region där den anställde idag bosatt sig. Medverkan från LAN/Af skulle underlätta ett rehabiliteringsavslut hos den nuvarande arbetsgivaren med detta syfte .

I alla dessa fall gäller att rehabiliteringsförutsättningarna skulle förbättras om LAN/Af´s handläggare kom in i handläggningsarbetet på ett tidigt stadium. Genom att informera berörda anställda om de möjligheter som finns att arbetsträna hos andra arbetsgivare, att utbilda sig till annat yrke

etc. kan den förståeliga rädslan inför att bli arbetslös kanske förebyggas. Detta naturligtvis under förutsättning att andra förvärvsmöjligheter existerar för de berörda anställda samt att det i sista hand, om ingen ny anställning eller alternativ sysselsättning kan åstadkommas, finns någon form av pensioneringslösning. Idag synes dessa förutsättningar ännu inte vara på plats.

I LAN/Af-burken ligger även några ärenden som gäller lönebidragsanställda eller personel i offentligt skyddat arbete. Det framstår som rimligt att begära att LAN/Af skall följa upp utvecklingen och bistå kommunen i problemlösningsarbete i denna typ av ärenden. Så har hittills inte skett.

Sammanfattande kommentarer

Det huvudsakliga systemfelet har uppkommit som en följd av att det strategiska samråd i svårlösta rehabiliteringsärenden, som tidigare genomfördes i de s.k. anpassningsgrupperna (motsvarande), kollapsade vid mitten av 1990-talet. I detta strategiska problemlösningsarbete deltog företrädare för kommunledningen och styrelseledamöter i de fackliga organisationerna samt som regel även företrädare för FK, FHV, Af samt berörda individer. Personalhandläggare fungerade i rollen som föredragande och verkställande funktionärer. Anpassningsgrupperna ansvarade också för att erforderliga ekonomiska resurser, omplaceringsbemyndiganden etc. var på plats samt för att lösa uppdykande dubbelkommandoproblem för rehabiliteringsansvariga chefer och personalhandläggare. I anpassningsgrupperna handlades enbart svårlösta anpassnings- och omplaceringsärenden av den typ som beskrivits i denna fallstudie. Ansvar för löpande sjukfrånvarouppföljning och arbetsanpassning i syfte att förebygga sjukfrånvaro samt att genom tidig intervention förhindra att sjukfrånvaro blir långvarig har i alla tider åvilat den anställdes närmaste chef.

Det säger sig självt att när arbetsgivarens rehabiliteringsansvar för svårlösta fall ”dumpades” på enhetscheferna – utan att de resurser och bemyndiganden som tidigare utnyttjats i anpassningsgruppsverksamheten ställdes till enhetschefernas förfogande – så uppkom risk för ett kalkylerat misslyckande. Den strategiska problemlösningsskapacitet som försvann med det gamla systemets kollaps måste på något sätt rekonstrueras om det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet skall kunna lyckas i kvalificerade ärenden av det slag som denna fallstudie beskrivit.

Den samordning av rehabiliteringsinsatserna i enskilda individärenden som försäkringskassan ansvarar för ej kunnat ersätta den strategiska

samordning på aggregerad nivå (samtliga kvalificerade rehabiliteringsärenden hos en kommun) som anpassningsgrupperna tidigare svarade för.

Samrådet mellan försäkringskassan och arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga har försämrats i fråga om potentiella sjukersättningsärenden. Situationen idag präglas av organisationsegoism. Var och en av de rättsliga aktörerna ser till sin huvudmans intresse, som idag ofta konkretiseras i form av resultatmålstyrning via ekonometriska system med snävt definierade statistiska resultatindikatorer. Aktörerna fattar i de flesta fall rätt beslut i termer av sin huvudmans föreskrivna förvaltningslogik. Men förutsättningarna för att i samråd fatta goda beslut i individärendena har drastiskt försämrats inom ramen för det nya rehabiliteringssystem som växt fram under 1990-talet.

Det s.k. femte steget i ärendeutvecklingen enligt sjustegsmodellen stimulerar arbetsgivarna att kalla berörd individ och dennes fackliga företrädare till förhandling om s.k. avtalsavslut. Detta förfaringsätt framstår som ett kringgående av uppsägningsförbudet i lagen om anställningsskydd. Att lagstiftaren, genom införande av förändringar i fråga om rätten till sjukpenning i lagen om allmän försäkring, tvingar försäkringskassemyndigheten att på detta sätt stimulera till kringgående av det lagfästa anställningsskyddet för äldre och sjuka anställda framstår som ett allvarligt samhällsproblem. Om det hittillsvarande systemet skall utvecklas, för att möjliggöra arbetsträning och omplacering utanför anställningsförhållandets ram inom ramen för någon form av arbetsgivarsamverkan, måste individens ansvar och rättigheter i detta nya system garanteras via ny reglering.

Bristen på omplacerings- och arbetsträningssmöjligheter utgör idag ett stort problem för arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga. Problemet måste lösas systematiskt via strategiskt beslutsfattande på arbetsgivare-, regional och statlig nivå.

Den oklarhet om rättsläget som uppkommit genom arbetsmarknadsparternas i flera stycken dubiösa uttolkning av AD's rättspraxis måste klarläggas. Den nuvarande situationen med rutinmässigt kringgående av uppsägningsförbudet i LAS (via avtalsavslutsinstrumentet) kan inte tillåtas i ett rättssamhälle. Det rättsliga underlaget för Arbetsmiljöverkets tillsyn av att arbetsgivaren har ett fungerande system för arbetsanpassning och omplacering av äldre och personer med nedsatt arbetsförmåga måste förtydligas. AV förefaller idag sakna grund för att

bedöma kravnivån i fråga om hur arbetsgivarens system skall vara beskaffat jämlig arbetsmiljölagen (3 kap 2a§ tredje stycket).²⁶

26. Vi skall återkomma till frågan om hur parterna bedömt rättsläget i rapportens nästa kapitel. Frågan om vad som är gällande rätt skall utredas i en kommande forskningsrapport i RAR-projektet.

Kapitel 3

Det upplösta samhällskontraktet

Bakomliggande strukturella orsaker till det kvalificerade rehabiliteringsarbetets kollaps vid mitten av 1990-talet

I kapitel 1 hänvisade vi till regeringens sjukfrånvaroutredare Jan Rydh som fann att "den galopperande sjukfrånvaron" måste förstås som orsakade av komplexa strukturella förändringar. Vi fann att fenomenet, ökningen av antalet sjukpenninggrundade frånvarodagar efter 1997, väsentligen förklaras av att sjukperiodernas längd för de sjukskrivna ökar. Endast 25 procent av ökningen av sjukdagarna, som utgör ett mått på statens sjukförsäkringskostnader snarare än på "sjukfrånvaron", beror på att fler arbetstagare går sjukskrivna. I samråd med de i RAR-projektet medverkande kommunernas rehabiliteringsansvariga fann vi att de viktigaste förklaringarna till att man inte lyckas avsluta sjukperioderna är att:

- Tillgången på befattningar med lättare arbetsuppgifter, till vilka anställda med nedsatt arbetsförmåga kunde omplaceras eller genomgå arbetsträning, minskade på grund av personalrationaliseringar som genomfördes som följd av det tillfälligt kärva ekonomiska läget i flertalet av landets kommuner efter 1992.
- Anpassningsgruppsverksamhet (motsvarande) kollapsade vid mitten av 1990-talet. Inom ramen för denna verksamhet hade de svårösta ärendena, där anställda på grund av sjukdom eller av andra anledningar förlorat (del av) sin tidigare arbetsförmåga, handlagts på strategisk ledningsnivå i kommunerna under medverkan av

bemyndigade företrädare för Af och FK. Anpassningsgruppsverksamheten förlorade gradvis i verkningsgrad i början av 1990-talet för att helt kollapsa under en fyra- till femårsperiod vid 90-talets mitt.

- Parterna på den kommunala arbetsmarknaden uppfattat att innebörden av arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och omplacering förändrats och att omfattningen av rehabiliteringsansvaret begränsats som följd av en serie domar i arbetsdomstolen.

Vi skall i den följande analysen koncentrera oss på den andra delförklaringen.

Den första, att tillgången på arbetstränings- och omplaceringspositioner minskat, har inte motsagts av någon av alla de lokala och regionala politiker, tjänstemän och myndighetspersoner vi samtalat med. Så har t.ex. kommun-, förvaltnings- och personalchefer i flera av de i RAR-projektet medverkande kommunerna uppgivit att vissa perioder under 1990-talet och början av 2000-talet präglats av personalpolitiska restriktioner samt personalrationaliseringar. Men vi har inte gjort någon systematisk analys av befattningsstrukturförändringarna under första delen av 90-talet. Vi skall i denna rapport inte heller gå in på fakticiteterna i fråga om de makroekonomiska förändringar som påverkat de i RAR-projektet medverkande kommunernas ekonomiska läge. Vissa sådana förändringar kommer att beskrivas i kommande forskningsrapporter från RAR-projektet. Vi nöjer oss här med att anta att det kan finnas substans i den första förklaringsansatsen.

Vad beträffar den tredje delförklaringen skall vi i detta kapitel dokumentera att, och på vilka grunder, arbetsgivarna ändrat *sin uppfattning* av rättsläget och att även arbetstagarparten påverkats i sitt agerande som konsekvens av en förändrad rättsuppfattning. Som framgått av fallstudien i föregående avsnitt har denna förändring i rättsuppfattningen fått påtagliga konsekvenser för handläggningen av vissa kvalificerade rehabiliteringsärenden, framförallt i samband med de allt vanligare förekommande avtalsavsluten med långtidssjukskrivna. Huruvida gällande rätt ändrats eller inte skall utredas i en separat forskningsrapport inom RAR-projektet som kommer att publiceras inom kort.²⁷

27. I denna studie kommer docent Tor Larsson att beskriva hur partföreträdare och rehabiliteringsaktörer på central, regional och lokal nivå uppfattat rättsläget i fråga om framförallt uppsägningsförbudet i LAS samt hur dessa aktörer agerar på basis av sin uppfattning. Gällande rätt fastställs av arbetsdomstolen som är första och enda rättsinstans i mål av detta slag. Jur dr Olle Rimsten vid Örebro universitet kommer att

Utgångspunkten för de analyser som redovisas i detta kapitel har alltså varit de lokala aktörernas uppfattning av situationen och de i sammanhanget avgörande förändringarna. Forskningsuppgiften har bestått i att belägga om dessa lokalt upplevda förändringar kan kopplas till systematiskt verkande förändringar, t.ex. lagstiftning, ändringar i statliga förordningar eller myndighetsinstruktioner. Kapitlet avslutas med en sammanfattande bedömning av vad som kan förklara det kvalificerade rehabiliteringsarbetets dvs. anpassningsgruppsverksamheten (motsvarande) kollaps i kommunerna vid mitten av 1990-talet.

Metodiskt tillvägagångssätt

Arbetsättet har präglats av ett sökande efter förändringar, som systematisk påverkar förutsättningarna för det lokala arbetet med att lösa svåra rehabiliteringsärenden dvs. ärenden av det slag som illustreras i fallstudien i föregående kapitel.

Sökandet inleddes via explorativa intervjuer med kommunernas personalchefer och rehabiliteringssamordnare samt med kommun- och förvaltningschefer. I kapitel 1 sammanfattades de förändringar som av arbetsgivarnas rehabiliteringsansvariga anförts som förklaring till varför rehabiliteringsarbetet i sådana svårlösta ärenden först "kärvade" några år in på 90-talet för att ytterligare några år senare helt eller delvis kollapsa.

De förändringar som berörde samspelet mellan kommunerna, försäkringskassan och LAN/Af i Södermanlands län togs som utgångspunkt för uppföljningsintervjuer med handläggare, ledningspersonal vid dessa regionala myndigheter samt deras experter på förändringar i regleringen och myndighetens instruktioner från statsmakterna. De förändringar i dessa myndigheters förhållningssätt som påtalats av kommunernas rehabiliteringsansvariga och som bekräftats ha saklig grund av de regionala myndighetsföreträdarna har sedan belagts i termer av lagändringar, uppföljning av beslutsprocesserna via riksdagstrycket, statliga instruktioner eller annan dokumentation. I sökandet efter dessa belägg har vi guidats av FK's och LAN's experter samt i vissa fall fått stöd av sakkunniga inom den statliga Försäkringskassemyndigheten, Arbetsmarknadsstyrelsen samt informationspersonalen vid Riksdagens förvaltningskontor.²⁸

göra en rättsdogmatisk analys av de relevanta AD-domarna. I den nyligen tillsatta utredningen *Översyn av vissa delar av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar* (dir. 2005:48) kommer motsvarande analyser att genomföras. Det finns anledning anta att rättsläget och parternas agerande kommer att bli föremål för intern och extern granskning och debatt under det kommande året.

28. Vid ett möte på länsarbetsnämnden i Södermanlands län konfronterades förre LAN-direktören Göran Olsson med den frågeställning som kommunernas personalchefer

På detta sätt har vi, med utgångspunkt i explorativa studier i ett fåtal kommuner, sökt belägga förändringar med systematisk verkan, som kan bidra till förståelsen av hur förutsättningarna för arbetsanpassnings- och omplaceringsarbetet ändrades i alla svenska kommuner. Det finns förvisso lokala skillnader i fråga om hur en förändring manifesterar sig, när den inträffar och vilka effekter den får i de i studien medverkande kommunerna. Dessa skillnader har att göra med olikartade ekonomiska förutsättningar, olika politiska och professionella traditioner samt i vissa fall även inverkan av starka personligheter. Men i samråd mellan sakkunniga rehabiliteringsansvariga i länets myndigheter har vi konstaterat att dessa lokala variationer ofta handlat om förskjutning i tiden samt olika yttre manifestationsformer av väsentligen likartade förändringar som inträffat i samtliga studerade kommuner.

Samhällskontraktet – 1970-talets lösning på problemet med utslagningen av äldre och sjuka

Under 1950-talet och framåt ökade antalet fusioner inom det större näringslivet. Det skedde oftast genom att företag med finansiellt starka ägareinstitutioner förvärvade tidigare självständiga bolag och införlivade deras verksamhet i sin organisation. Härigenom bildades allt större företag. Och när sedan sådana större företag fusionerades uppkom, med svenska mått mätt, stora och komplext organiserade företag.

Tabell: Fusioner i svensk industri

Tidsperiod	Genomsnittligt antal fusioner per år
1946–1955	Ca 50
1956–1960	Ca 100
1961–1965	Ca 250
1966–1970	Ca 345

I samband med dessa företagssammanslagningar skedde investeringar i produktionsprocesser som kunde tillgodose marknadens efterfrågan med

och rehabiliteringsansvariga rest: Varför drog LAN/Af tillbaka sina handläggare och sina stödinsatser från anpassningsgrupperna i början av 90-talet? Svaret blev en veritabel föreläsning: LAN-direktören skisserade bakgrunden till 1970-talets lagstiftningsåtgärder, arbetsmarknadsmyndighetens roll i utbyggnaden av anpassningsgruppsverksamheten under 70- och 80-talet samt statens beordring av myndigheten vid ingången av 90-talet att dra sig tillbaka från anpassningsarbetet på arbetsplatserna för att koncentrera insatserna på de arbetslösa.

högre produktivitet. Fusionerna resulterade ofta i personalrationaliseringar. Arbetsmarknadsstyrelsen, riksförsäkringsverket och de fackliga organisationerna slog i samband härmed larm: Ett allvarligt arbetsmarknadspolitiskt och statsfinansiellt problem var under uppsegling. AMS utredare konstaterade att det fanns en anrikning av äldre arbetstagare och personer med nedsatt arbetsförmåga bland dem som drabbades av uppsägning. Myndigheten gjorde regeringen uppmärksam på att denna utveckling resulterade i en ”kvalificerad” arbetslöshet. För arbetsförmedlingarna var uppdraget att finna nya arbeten till uppsagda äldre och sjuka med nedsatt arbetsförmåga i det närmaste ogenomförbart. Riksförsäkringsverket konstaterade att ärenden som gällde arbetslösa äldre och sjuka i många fall avslutades via förtidspensionering. Statsmakterna räknade med fortsatta drastiska koncentrationstendenser inom det större näringslivet under 1970-talet. Regeringen fann att den uppkomna situationen krävde inrättandet av någon form av ”slirbroms” på utslagningen av äldre och sjuka arbetstagare för att förhindra en utveckling, som hotade att spränga ramarna för socialförsäkringssystemet.

Uppsägningsförbudet – låset som tvingade fram samråd på arbetsplatserna
Preliminära lagstiftningsåtgärder genomfördes 1971. Via de s.k. äldrelagarna infördes turordningsregler med senioritetsprinciper i samband med uppsägning och nyanställning. En mer genomgripande och permanent problemlösning utarbetades inom ramen för den s.k. Åmanutredningen som hade direktiv att ta fram en lag om anställningsskydd samt utvidgning av arbetsdomstolens (AD) jurisdiktion.

Lagen (1974:12) om anställningsskydd (LAS) innebar en kraftfull intervention i de dittillsvarande aktörsrelationerna på arbetsmarknaden. Alltsedan den s.k. decemberkompromissen 1906 hade fackföreningsrörelsen erkänt ...”arbetsgivarens rätt att leda och fördela arbetet, att fritt antaga och avskeda arbetare, samt använda arbetare oavsett om dessa är organiserade eller ej”. I utbyte mot detta erkännande hade svenska arbetsgivareföreningen (SAF) erkänt arbetstagarens rätt att organisera sig fackligt samt landsorganisationens rätt att företräda arbetstagarna i centrala förhandlingar med svenska arbetsgivareföreningen. Arbetsgivarens uppsägningsrätt hade senare även fastställts av staten via en dom från arbetsdomstolen (AD 1932:100). Och den gällde fortfarande, med vissa inskränkningar i olika centrala avtal, fram till 1970-talets lagstiftning. LAS inrymde viktiga och kontroversiella ställningstaganden: Det normala anställningsförhållandet skulle vara tillvidareanställning och uppsägning måste ske på ”saklig grund”. Själva lagtexten förklarar inte vilka ”grunder” som är att betrakta som sakliga, men i Åmanutredningens kommentarer till

lagförslagen samt i regeringens proposition 1973:129 ges sådana förtydliganden. Begreppets konkreta betydelse klargjordes sedan via AD's domar i enskilda uppsägningstvister.

I förarbetena tydliggjordes också att uppsägning av enskilda arbetstagare med sviktande arbetsförmåga, t.ex. på grund av ålder eller sjukdom, inte utgjorde saklig grund för uppsägning. Under de första åren efter att lagen blivit effektiv meddelade AD dom i ett hundratal sådana mål dvs. där uppsägning eller avskedande av enskilda arbetstagare skett. Det var genomgående arbetstagensidan som anmält saken till AD för prövning. Tre fjärdedelar av målen vanns av arbetstagensidan. I dessa mål hade vanligen arbetsgivaren direkt avskedat arbetstagare, utan att uppsägningen föregåtts av anpassningsåtgärder och lokalt samråd, och i flertalet fall hade AD konstaterat att det inte ens förelåg saklig grund för uppsägning.²⁹ I de fall en uppsägning befanns ha skett i strid med uppsägningsförbudet i LAS ogiltighetsförklarades uppsägningen. Arbetsgivaren var härmed förpliktad att betala den fortfarande anställd lön även för (den ogiltiga) uppsägningstiden. Den arbetsgivare som trots domen ville fullfölja uppsägningen drabbades därtill av skadestånd.

Denna rättspraxis klargjorde att arbetsgivaren i fall som dessa var fastlåst i ett ansvarstagande för en anställd även i en situation då denne inte förmådde arbeta med normal produktivitet. Uppsägningsförbudet var emellertid inte absolut. Det hade snarare karaktären av ett samhällskontrakt mellan staten och arbetsgivaren med följande innebörd: Om en anställds arbetsförmåga sviktar får arbetsgivaren inte gå till omedelbar uppsägning. Det måste först prövas om den anställda kan återfå sin arbetsförmåga via arbetsanpassnings- och omplaceringsåtgärder. Arbetsgivaren måste också genom arbetsträning utpröva var gränsen för den anställdes arbetsförmåga går. Men sedan arbetsgivaren, i samråd med den anställdes fackliga företrädare, funnit att det uppstått ...”en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som är så väsentlig att arbetstagaren i fråga inte längre kan utföra arbete av någon betydelse [...] bör denna nedsättning av arbetsförmågan kunna åberopas som grund för uppsägning.”³⁰ Som operativ regel för när uppsägning var möjlig fastslogs i propositionen att uppsägning inte kunde komma ifråga så länge den anställda uppbar sjukpenning. Först sedan försäkringskassan, genom beslut om sjukersättning (förtidspension) på hel- eller deltid, ”kvitterat” att varaktig nedsättning av arbetsförmågan förelåg kunde uppsägning ske, och bara i den omfattning som sjukersättningen beviljats för.

29. Hellberg & Vrethem: *Lagen om anställningsskydd. Tillkomst och tillämpning*. Arbetsrapport nr 1. Sociologiska institutionen. Göteborgs universitet 1978.

30. Prop. 1973:129, sid. 126.

Samhällskontraktet innebar alltså att statens försäkringssystem, i enlighet med de kriterier som lagstiftaren fastställt i lagen om allmän försäkring, skulle "lösa ut" den del av arbetsförmågan som parterna på arbetsplatserna efter genomförda arbetstränings- och anpassningsåtgärder funnit vara varaktigt nedsatt. Den goda idén var att den restarbetsförmåga som äldre och sjuka hade skulle tillvaratas på den arbetsplats där vederbörande hade haft sin fasta anställning genom att arbetsgivaren i görligaste mån anpassade arbetskraven efter den enskildes förutsättningar. När en arbetstagare ...'inte längre kunde utföra arbete av någon betydelse' för arbetsgivarens verksamhet förelåg grund för uppsägning. Det var alltså inte meningen att produktiviteten i arbetsgivarens verksamhet skulle äventyras. 1970-talets lösning via lagen om anställningsskydd framstod således som en historisk kompromiss mellan samhället och marknadsaktörerna, framtvungad i en situation av starka koncentrationstendenser inom det större näringslivet och utslagning av äldre och sjuka samt övervältrande av sjukförsäkringskostnaderna för dessa på samhället. I ekonomiskt hänseende innebar samhällskontrakten att arbetsgivarna ansvarade för att bekosta arbetstagarens existensmedel motsvarande dennes produktionsförmåga och att samhället via förtidspensionssystemet ansvarade för den del av arbetsförmågan som gått förlorad. Under inflytandet av detta osynliga samhällskontrakt kunde individen delta i arbetsgemenskapen efter sin förmåga även sedan hon på grund av sjukdom eller förslitning förlorat en del av sin tidigare kapacitet.

Anpassningsgrupperna

ADs domar visade alltså att direkt uppsägning av individer med nedsatt arbetsförmåga kunde få dryga ekonomiska konsekvenser för arbetsgivaren. Om ärendena löstes i samråd uppkom däremot inte behov av att anmäla ärendet till AD för prövning. För åtminstone större företag, kommuner och landsting uppkom i förlängningen av införandet av uppsägningsförbudet i LAS och ADs domar behov av permanenta samrådsorgan på arbetsplatserna. Detta för att parterna på arbetsplatserna skulle kunna komma överens om vad som skulle göras i olika enskilda ärenden i fråga om arbetsträning, arbetsanpassning och omplaceringsåtgärder samt för att, när rehabiliteringsansträngningarna hamnat vid vägs ände, arbetsgivarens ställföreträdare skulle kunna försäkra sig om att arbetstagareparten var överens om att man nu gjort det som var skäligt så att arbetsgivaren inte skulle riskera att bli anmäld av facket till AD. Uppsägningsförbudet i LAS och den utvidgade jurisdiktionen för AD fungerade som en arbetsrättslig institutionalisering av partssamrådsorgan på arbetsplatserna, som en metod att lösa intressekonflikter mellan samhällets behov av att minska

utslagningen av sjuka och äldre ur arbetslivet och arbetsgivarnas behov av att upprätthålla hög produktivitet i verksamheten.

I lagen (1971:202) ...”om vissa åtgärder för att främja sysselsättning av äldre arbetstagare på den öppna arbetsmarknaden” hade rättslig grund tillskapats för länsarbetsnämnderna att kräva anpassning av arbetsförhållandena till de äldres förutsättningar samt rätt för länsarbetsnämnderna att ta initiativ till överläggningar med parterna på arbetsplatserna i denna sak och för att underlätta placering av arbetslösa arbetshandikappade och äldre. I en rad cirkulärmeddelanden från AMS, av vilka vissa var utfärdade av dåvarande förste byråsekreterare Anna-Greta Leijon, meddelades riktlinjer och rekommendationer för s.k. anpassningslagsverksamhet.³¹ Ett cirkulärmeddelande till länsarbetsnämnderna senare samma år inrymmer en handledning för anpassningsgruppernas arbete. Där definieras termen anpassningsgrupp och klargörs dess arbetsuppgifter:

”När företrädarna för de tre stora intresseområdena arbetsgivare – anställda – arbetsförmedling går samman inom en arbetsplats (eller en grupp av arbetsplatser) för att verka i den samarbetsanda, som lagen om sysselsättningsbefrämjande åtgärder så starkt bygger på – då får termen anpassningsgrupp sitt innehåll. Anpassningsgrupp är alltså ett nytt begrepp och dess arbetsuppgifter nya. Denna handledning är till för att sätta representanterna i anpassningsgrupperna in i deras nya arbetsuppgifter.”³²

Där anges också att de fackliga förtroendemän som deltar i verksamheten omfattas av samma rättsliga skydd i företaget som skyddsombuden. Sekretessregler införts i äldrelagen (1971:202 8§) och senare i främjandelagen (1974:13 16§) för att ett öppet meningsutbyte skall kunna komma till stånd mellan arbetsmarknadsmyndighet, arbetsgivare och arbetstagareföreträdare. Därtill ändras sekretesslagen så att den omfattar även handlingar i anpassningsgruppsärenden på ett sätt som möjliggör att dessa ärenden kunde hanteras av dessa samrådsorgan på arbetsplatserna.

31. ”Anpassningslagens syfte är i första hand att medverka till att avskedanden av redan anställda på grund av handikapp eller ålder undviks, men även frågor om nyrekrytering behandlas i anpassningslagen” (Cirkulärmeddelande A 6/72. AMS den 3 februari 1972, sid. 2) och ”De s.k. anpassningslagen [...] består av representanter för arbetsgivaren, arbetstagarorganisationerna och arbetsförmedlingen. Personerna kan variera med hänsyn till de problem som är aktuella. I företag med anpassningslag har arbetsgivaren förbundit sig att inte avskeda någon på grund av ålder eller handikapp innan laget först prövat möjligheterna till fortsatt anställning genom förändringar av arbetsplatsen, omplacering inom företaget, utbildning e d. I anpassningslagets uppgifter ingår också att öka förutsättningarna för nyrekrytering av personer som har svårt att få arbete på den öppna marknaden” (Bilaga till nämnda cirkulär sid. 3-4).

32. Cirkulärmeddelande A 35/72. AMS den 18 september 1972, bilagan sid. 1.

I Åmanutredningens betänkande³³ ägnas ett helt kapitel åt redovisning av de tidigare försöken med anpassningslag/-grupper samt åt att påvisa erfarenheter av framgångsrikt samråd på arbetsplatserna för att förebygga att äldre och sjuka med sviktande arbetsförmåga slås ut ur arbetsgemenskapen. Lagen (1974:12) om anställningsskydd kopplas till lagen (1974:13) om anställningsfrämjande åtgärder, den s.k. främjandelagen. I regeringens proposition (1973:129) tas frågan om anpassningsgruppsverksamheten upp. Enligt föredragande statsråd borde verksamheten kraftigt understödjas men vid denna tidpunkt ännu inte närmare lagregleras, eftersom regeringen ville avvakta och se i vilka former parterna på arbetsplatserna fann att verksamheten bäst kunde bedrivas. Det förutsattes dock att anpassningsgruppsverksamheten samordnades med skyddskommittéernas förebyggande arbetsmiljöarbete. Anpassningsgruppsverksamheten nämns därför inte i främjandelagen, men där fastställs att alla arbetsgivare har skyldighet att överlägga med länsarbetsnämnderna i syfte att underlätta för arbetsförmedlingarna att finna arbete för arbetshandikappade och motverka friställning av dem som drabbats av olika svårigheter i arbetet.

I början av 1980-talet fanns anpassningsgrupper vid ca 5 300 arbetsplatser i landet. Detta kan jämföras med att det vid ingången av 80-talet, efter en betydligt längre utbyggnadsperiod, fanns skyddskommittéverksamhet vid ca 11 800 arbetsplatser. Vid en enkät som genomfördes av SCB på uppdrag av en statlig kommitté konstaterades att anpassningsgruppsverksamheten hade särskilt hög aktivitet inom den kommunala sektorn.

Hellberg & Vrethems studie 'Lagen om anställningsskydd' (1982)

Den rubricerade sociologiska studien av LAS' tillkomst och tillämpning tar avstamp i Thomas Mathiesens teorier om rättens och politikens beroende av och förankring i samhällets grundläggande maktstruktur. Mathiesen finner att sådana grundläggande strukturer analytiskt bör ges prioritet framför själva rättsreglerna. Han menar att erfarenheter av politisk reformverksamhet visar att:

..."reformplaner som syftar till ny lagstiftning i strid med dominerande intressen i samhället redan i sin utgångspunkt blir starkt 'beskurna', så att planerna av detta skäl blir mer eller mindre utan konsekvenser."

..."när idealistiska och omfattande planer är utgångspunkter för en reform av rättsregler, blir dessa planer – när de står i strid med dominerande

33. *Trygghet i anställningen*. Betänkande avgivet av Utredningen rörande ökad anställningstrygghet och vidgad behörighet för arbetsdomstolen. SOU 1973:7 särskilt kapitel 9.2.3.

intressen – 'avskalade' under lagstiftningsprocessen, så att resultatet också då blir en relativt obetydlig förändring av existerande förhållanden.”

...”idealistiska planer på lagreformer i strid med dominerande intressen genomförs samtidigt som så kallade 'alternativa' ordningar etableras, ofta under nya och vackrare namn, för att tillvarata den ursprungliga funktionen – så att någon reell strukturförändring inte äger rum.”

...”lagändringar, som innebär att redan existerande lagstiftning utvidgas till att gälla på nya samhällsområden, trots goda intentioner inte leder till förväntade goda resultat på det nya området – därför att intressena bakom den ursprungliga lagstiftningen har begränsat lagstiftningen så att verkningarna blir begränsade också på det nya området.”³⁴

Denna teori om rättens materiella grundval finns med i bakgrunden när Hellberg & Vrethem, som själva bekänner sig till en rättssociologisk forskningstradition i Folke Schmidts och Wilhelm Auberts anda, ger sig i kast med granskning av lagens tillkomst, konstruktion och tillämpning med fokus på de mer omedelbara effekterna dvs. i vad mån de nya reglerna i LAS tillämpats på arbetsmarknaden.³⁵ De menar att LAS 'utgör just en sådan reformsträvan som genomförts i strid med uttalade maktintressen från bl.a. det större näringslivet:

”Arbetsgivarna har under hela 70-talet vänt sig emot en lagstiftning som inte tillåter provanställningar och tillfälliga anställningar vid arbetstoppar liksom mot en lagstiftning som inte tillåter att skicklighet och duglighet skall gälla som urvalskriterier vid uppsägningar. I diskussionerna i samband med tillkomsten av LAS tog sig kritiken främst den formen att man ansåg att relationerna på arbetsmarknaden bäst reglerades avtalsvägen – att en lagstiftning enbart skulle krångla till och byråkratisera de former man avtalsvägen nått fram till. I samband med diskussionerna efter LAS tillkomst och Anställningsskyddskommitténs arbete med ändringsförslag kring LAS har arbetsgivarna främst argumenterat för att få sina krav på rätt till provanställning, tillfälliga anställningar och selektiv turordning inskrivna i lagen. På arbetstagarsidan har man under hela 70-talet värnat om lagen och sin rätt att träffa kollektivavtal i de dispositiva delarna.”³⁶

Hellberg & Vrethem fann att Mathiesens antaganden om att motsättningen mellan underliggande maktintressen och de idealistiska reformsträvandena skulle kunna inverka modifierande på lagkonstruktionen kan sägas äga giltighet i detta fall. De delar av lagförarbetena som blivit

34. xxxxxx

35. Författarna finner det vara en omöjlig analysuppgift att renodlat studera just LAS' effekter eftersom lagen ingår som en komponent i ett lagkomplex som styr olika delar av arbetslivet. Ambitionen har inskränkts till att studera om de nya regler som tillskapades i LAS fått genomslag på arbetsmarknaden.

36. A.a. sid 227 f.

mest kritiserade, bl.a. reglerna om anställningsform och turordning vid uppsägningar, gjordes dispositiva. Härigenom fick parterna frihet att, utan specificerade minimiregler, träffa avtal som därmed kunde gå stick i stäv med lagens regler. Innehållet, de nya idealistiskt färgade reglerna, i de dispositiva paragraferna i LAS trädde alltså i kraft endast om avtal saknades. Och kollektivavtalen är, enligt resultaten av den empiriska studie som Hellberg & Vrethem genomfört, i vissa fall av en typ som enligt författarna skall förstås som en uppluckring av lagreglerna.³⁷ De ursprungliga socialdemokratiska reformintentionerna anpassades också genom lagändringsförslag som utarbetats i den 1977 inkallade anställningsskyddskommittén. Enligt direktiven skulle kommittén utreda just de frågor som arbetsgivareföreträdarna tagit upp i remissbehandlingen av Åmanutredningen samt den kritik som framförts i de borgerliga partiernas motioner i riksdagsutskottsbehandlingen under 1973. Kommittén arbete lades ned sedan den borgerliga regeringen i sin regeringsdeklaration förutskickat en proposition där kommitténs arbete föregreps. Kommitténs dittillsvarande arbete redovisades i en departementspromemoria³⁸ och senare samma år kom ändringspropositionen³⁹ som lades fram av den borgerliga regeringen våren 1982:

”Regeringens (c, fp) proposition om ny anställningsskyddslag tillmötesgick i stora delar de krav som ställts från m-, fp- och c-representanterna samt arbetsgivarrepresentanterna i kommittén. Ändringarna i LAS kan till största delen sägas bestå i att rättigheter åt arbetsgivarparten inskrivits i lagen. Genomgående motivering i propositionstexten är att den generella lagstiftningen, trots dess dispositivitet, drabbar den oorganiserade sektorn, något som var avsikten med lagstiftningen år 1973.”

De två första antagandena i Mathiesens teori kan sålunda sägas ha blivit bekräftade i perspektivet av stiftandet av lag om anställningsskydd 1974 och lagrevideringen 1982.

På den punkt som intresserar oss i första rummet, de äldre arbetstagarnas anställningsskydd, avvisades dock en begäran från moderata samlingspartiet och arbetsgivareföreningen att slopa senioritetsreglerna vid uppsägning:

...”denna regel (dvs. 22§ LAS) har sina rötter i de allmänna syftena med lagen, av vilka skyddet åt äldre arbetstagare och arbetstagare med nedsatt

37. Analys av avtalens innehåll gör i rapportens tunga empiriska avsnitt. För en sammanfattning se den sammanfattande diskussionen sid. 227 ff.

38. DsA 1981:6 *Anställningsskydd. PM sammanställd inom arbetsmarknadsdepartementet på grundval av anställningsskyddskommitténs arbete.*

39. Prop 1981/82:71.

arbetsförmåga är ett av de viktigaste. Att ändra på denna grundsats kommer inte ifråga.”⁴⁰

Hellberg & Vrethem söker finna en annan grund för att kunna hävda att även denna del av LAS var satt ifråga. Man prövar att argumentera i linje med Mathiesens tredje teoretiska antagande: De menar att olika arbetsmarknadspolitiska medel och sjukersättningsinstrumentet (förtidspension på hel- eller deltid) i lagen om allmän försäkring (LAF) används som sådana ”alternativa ordningar”, i Mathiesens mening, som bidrar till att underminera LAS verkan:

”Under 70-talets senare hälft har de arbetsmarknadspolitiska medlen till företagen kraftigt byggts ut. Pensionssystemet har också utvidgats, så att delpensioner och förtidspensioner grundade på arbetsmarknadsskäl byggts ut till att bli ekonomiskt likvärdiga alternativ till arbete för den äldre arbetskraften. Den förra stödformen har som effekt att hålla de anställda kvar i företagen under krisperioder, pensionssystemet att hindra verkningarna av arbetskraftsbrist för de äldre – i stället för långvarig arbetslöshet syftar pensionslösningarna till att de äldre helt eller delvis lämnar arbetsmarknaden.

Olika perspektiv kan läggas på statsunderstöden. Man kan se dem som komplement till och förstärkning av anställningsskyddslagstiftningen. Men man kan även se på dem utifrån perspektivet att de ’kuperar’ lagstiftningen. Utifrån anställningsskyddslagens syfte att särskilt värna den äldre arbetskraften på arbetsplatserna kan utbyggnaden av pensionssystemet tyckas onödig. Denna utbyggnad kan i stället få den funktionen att den tar över och underminerar lagstiftningen. Den står i bättre samklang med de dominerande ekonomiska intressena, nämligen att samhället tar över ansvaret för de svaga grupperna på arbetsmarknaden.”⁴¹

Av citatet framgår att författarna är medvetna om att de här driver en av två möjliga tolkningar av hur samspelet mellan uppsägningsförbudet i LAS och användandet av sjukpensioneringsmöjligheten i LAF skall förstås. Som stöd för sin tes hänvisar de till riksförsäkringsverkets (RFV) statistik som visat att antalet förtidspensionerade ökade med 17 procent under åren 1978 till 1982. Men ökningstakten hade varit hög alltsedan mitten av 1960-talet, så det är svårt att argumentera för att användandet av pensioneringsinstrumentet under perioden efter 1975 hade intensifierats särskilt påtagligt.⁴² För oss framstår det snarare som att den rättsgrundande

40. Prop. 1981/82:71, sid. 59.

41. Hellberg, I. & Vrethem, M. *Lagen om anställningsskydd. Tillkomst och tillämpning*. Monograph from the department of Sociology no 27. University of Gothenburg. Lindome 1982, sid. 35 f.

42. Under tioårsperioden 1967 till 1976 ökade antalet förtidspensionerade från 145 000 till 247 000 dvs. i genomsnitt med ca 10 000 per år. Under fyraårsperioden 1976 till 1980

idén i LAS var just föreställning om ett samhällskontrakt, innebärande att samhället skulle "lösa ut" den del av arbetsförmågan som genom arbetsträning och efter vidtagna anpassningsåtgärder befunnits vara varaktigt nedsatt. Denna idé framträder i prop. 1973:129 sid. 126 i principen att uppsägningsförbudet gäller till dess samhället beviljat sjukersättning.⁴³

Samverkanskommittén (och utredningen om arbetsmarknadspolitikens framtida inriktning – en politisk brytpunkt?)

I juni 1982 förordnades departementsrådet i arbetsmarknadsdepartementet Lars Ettarp till särskild utredare och samtidigt inkallades en kommitté med sakkunniga från de centrala partsföreträdarna inom den privata och offentliga sektorn samt från arbetarskydds- och arbetsmarknadsverket. Kommittén avlämnade sitt betänkande i februari 1984.⁴⁴

Kommittédirektiven (dir 1981:66) beslutades i november 1981 av den borgerliga regering som efter valet året därpå skulle ersättas av en socialdemokratisk. Direktiven hänvisar till en tankefigur om en renodling av arbetsmarknadsverkets ansvar och uppgifter som lanserats i prop. 1980/81:126 om arbetsmarknadspolitikens framtida inriktning. I detta sammanhang utmynnar detta nytänkande i att den anpassningsgruppsverksamhet som arbetsmarknadsverket dittills ansvarat för att bygga ut, i ökad utsträckning bör samordnas med skyddskommittéverksamheten som faller under arbetarskyddsverkets tillsynsområde. För att i ökad utsträckning kunna förebygga utslagning och förhindra att handikapp uppkommer krävs att man mer än för närvarande inriktar verksamheten på förebyggande individuella anpassningsåtgärder som, mot bakgrund av problemens omfattning och karaktär, inte bör ses som en arbetsmarknadspolitisk uppgift. Regeringen menar att arbetsmarknadsmyndigheten inte kan täcka en lika stor del av arbetsmarknaden som den redan befintliga organisationen för arbetsmiljö- och arbetarskyddsfrågor redan täcker. I direktiven anges att

från 247000 till 294000 dvs. med knappt 12000 per år i en period av lavinartad fusioneringsverksamhet inom det större näringslivet.

43. Tanken att den socialdemokratiska reformpolitiken någonsin skulle ha syftat till att arbetsgivaren under alla omständigheter skulle vara kostnadsansvarig för att bekosta den anställdes lön framstår som orimlig. Den skulle ju innebära att svenska arbetsgivares produktivitet skulle sänkas i förhållandet till utländska konkurrenter. En sådan hård princip skulle fordra någon privat försäkringsmässig lösning som, efter vad vi minns, inte var aktuell i början av 1970-talet.

44. *Arbetsanpassning. Betänkande av samverkanskommittén. Arbetsmarknadsdepartementet. DsA 1984:2.*

anpassningsverksamheten därför bör samordnas med skyddskommittéernas och företagshälsovårdens arbete. Parallellt med samverkanskommittén arbetade en parlamentarisk utredning (dir. 1981:65) av arbetsmarknadsverkets ansvarsområde och organisation med direktivet att undersöka förutsättningarna för att frigöra resurser för den egentliga platsförmedlingsverksamheten genom avgränsningar och omprioriteringar när det gäller övriga uppgifter bl.a. anpassningsgruppsverksamheten. I direktiven till samverkanskommittén antyds vidare att de frågor som behandlas i arbetsanpassningsgrupper och skyddskommittéer också har karaktären av medbestämmandearbete under medbestämmandelagen (MBL). Det vore därför önskvärt att samma personer var ledamöter i dessa olika samrådsorgan. Den särskilde utredaren ges i uppdrag att finna en organisatorisk modell för arbetsfördelning mellan skyddsorganisation och anpassningsgrupp som innebär att frågor som gäller anpassningsåtgärder för redan anställda blir en angelägenhet för arbetsgivare och fackliga företrädare inom ramen för skyddsverksamheten, att anpassningsgrupperna bör renodlas i sin anställningsbefrämjande funktion (nyanställning av äldre och arbetshandikappade) som ett kontaktorgan gentemot arbetsförmedlingarna samt att arbetsförmedlingarnas insatser på arbetsplatserna skall inriktas på inplacering av äldre och arbetshandikappade.

Samverkanskommittén skriver i betänkandets sammanfattningsdel att ...”anpassningsgruppernas huvuduppgift är att främja nyanställning av handikappade och äldre”.⁴⁵ Kommittén uttolkar härmed direktivets föreställning om anpassningsgruppsverksamhetens idé, vilken nu framstår som en politisk viljeyttring angående den framtida ansvars- och uppgiftsfördelningen, snarare än en beskrivning av den dittillsvarande politiska uppfattningen och den faktiska anpassningsgruppsverksamhetens karaktär på arbetsplatserna. I kommitténs betänkande framträder tydligt två konflikterande synsätt. Det ena baseras på de empiriska kartläggningar som kommittén låtit genomföra och de analyser och överväganden samverkanskommittén gjort på basis av dessa verklighetsbeskrivningar. Det andra synsättet återspeglar direktivens önskan om att renodla anpassningsgruppsverksamheten och arbetsförmedlingarnas insatser till att framförallt syssla med nyanställning av äldre och arbetshandikappade.

Kommittén beställde en arbetsställeenkätundersökning av statistiska centralbyrån.⁴⁶ Enkäten visade att bland arbetsställen med mer än 50

45. DsA 1984:2 sid. 16.

46. Studien genomfördes via postenkät till arbetsgivaren och de fackliga organisationerna vid ca 600 arbetsställen. Urvalet skedde i syfte att förmedla en representativ bild av anpassningsverksamhetens karaktär och samspelet mellan

anställda hade år 1983 73 procent anpassningsgruppsverksamhet, 87 procent skyddskommittéverksamhet och 34 procent partssammansatta MBL-samråds organ. Vid ca 14 procent av arbetsställena var anpassningsgrupp och skyddskommitté sammanslagen till en grupp.⁴⁷ Vid 87 procent av arbetsställena med mer än 50 anställda och vid 94 procent av arbetsställena med mer än 100 anställda hade personalen tillgång till företagshälsovård. Vid 76 procent av arbetsställena med mer än 50 anställda var arbetsgivarrepresentanten i anpassningsgruppen en person i företagsledande eller jämförbar ställning. På flertalet arbetsställen arbetar anpassningsgrupperna med åtgärder för redan anställda. 76 procent av de arbetsgivareföreträdare som besvarat enkäten vid arbetsställen med mer än 20 anställda (och 93 procent, 83 procent respektive 86 procent av företrädarna för LO, TCO respektive SACO/SR) instämde med påståendet ”Anpassningsgruppens arbetsuppgifter är så speciella att gruppen behövs”. 63 procent av arbetsgivareföreträdarna och ca 65 procent av de fackliga företrädarna uppgav att de inte instämde med påståendet ”Anpassningsgruppens insatser för redan anställd personal skulle kunna överföras till den lokala skyddskommittén”. Den verksamhetsbild som förmedlades via de av samverkanskommittén beställda undersökningarna stämmer relativt väl överens med den beskrivning av anpassningsgruppsverksamhetens organisation och inriktning som görs några år senare i en sociologisk undersökning.⁴⁸

Samverkanskommitténs egna överväganden och förslag går delvis emot de riktningangivelser som angivits i kommittédirektiven:

”En relativt ofta framförd kritik mot anpassningsverksamheten – inte minst inom arbetsförmedlingen – är att grupperna i alltför stor utsträckning har ägnat sig åt redan anställda och alltför litet åt inplacering av arbetslösa sökande. Detta anses ha begränsat utrymmet för nyrekrytering av äldre och arbetshandikappade. Kommitténs arbetsplats- respektive arbetsförmedlingsenkäter bekräftar detta. Av undersökningarna framgår att

anpassningsgruppsverksamheten, skyddsorganisationsarbetet och företagshälsovården vid arbetsställen med mer än 20 anställda i landet. Urvalet var stratifierat och från arbetsställen med minst 50 anställda inkom åtminstone en enkät från drygt 90 procent av arbetsställena. Från arbetsställen med 20 till 49 anställda var bortfallet mera besvärande.

47. Motsvarande siffror för arbetsställen 20-49 anställda var 42%, 51%, 31% respektive 7%.

48. Blomqvist, M. & Dahlkild-Öhman, G. särskilt kapitel 6, 7 och 8. Denna undersökning betraktar anpassningsgruppsverksamheten i perspektivet av problematiken med nyanställning/inplacering av handikappade och äldre. De faktabeskrivningar som görs av anpassningsgruppsverksamhetens organisation och huvudinriktning stämmer dock relativt väl överens med dem som refererats ovan.

mer än 70 procent av verksamheten i anpassningsgrupperna varit inriktad på redan anställda.

Denna prioritering visar, enligt kommitténs mening, att behovet av anpassningsåtgärder för redan anställda är stort. Liknande slutsatser kan också dras av arbetsskadestatistiken, statistiken över långa sjukfall och förtidspensioner m.m. En icke obetydlig del av den yrkeslivsinriktade rehabilitering som arbetsmarknadsverket bedriver avser också personal som kan återgå till sin tidigare arbetsplats.”⁴⁹

Samverkanskommittén tycks här tillåta sig att tänka rätt, i termer av sitt insamlade empiriska verklighetsunderlag och ledamöternas erfarenheter, framför ett fritt modellbygge med den nya inriktning som skisserats i kommittédirektiven. Lydnadsproblemet, dvs. att utföra det begärda uppdraget utan att göra avkall på kommitténs egen övertygelse om vad som finns, vad som är gott och nödvändigt och vad som behöver förstärkas, hanteras genom följande undanglidande (toreador)manöver:

”Enligt direktiven till samverkanskommittén skall denna bl.a. ...’finna en sådan organisatorisk modell för arbetsfördelningen mellan skyddsorganisationen och anpassningsgrupperna att arbetsförmedlingens insatser i verksamheten i största möjliga utsträckning inriktas på frågor om inplacering av äldre och arbetshandikappade. Frågor som gäller anpassningsåtgärder för redan anställda bör i huvudsak vara en angelägenhet för arbetsgivare och fackliga företrädare bl.a. inom ramen för skyddsverksamheten.

Kommitténs arbete har, utifrån vad som angetts i direktiven, främst inriktats på att finna former för hur en *utbyggd arbetsanpassningsverksamhet för de anställda* (författarnas kursiv) skall kunna ordnas på arbetsställena. Vidare har avsikten varit att denna verksamhet skall få en sådan utformning att den även kan medverka till att underlätta inplacering av äldre och arbetshandikappade [...] Samverkanskommitténs förslag om en reformerad verksamhet för anpassningsgrupperna utgår från grundsynen att ansvaret för att anpassningsåtgärder vidtas för de anställda åvilar arbetsgivaren. Det praktiska arbetet med detta utförs vanligen inom linjeorganisationen [...] Ibland behövs dock mer omfattande åtgärder. En anställd kan ha drabbats av en svårare skada eller sjukdom, som innebär att han eller hon inte kan återuppta sitt tidigare arbete, såvida inte arbetsmiljö och arbetsförhållanden i övrigt anpassas till de ändrade förutsättningarna. Man behöver utreda hur arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna kan förändras så att vederbörandes skada eller sjukdom inte blir ett handikapp i arbetet. Ibland behöver man inventera vilka möjligheter det finns att placera om den anställde till mer lämpliga arbetsuppgifter etc.

49. DsA 1984:2, sid. 132.

När behovet av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsinsatser är mer omfattande behövs därför, enligt samverkanskommitténs mening, ett stödorgan för linjeorganisationen, som kan planera och samordna dessa insatser. Kommittén föreslår därför att ett sådant partssammansatt organ inrättas för att stödja linjeorganisationens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbete. Inom vissa branschområden kan detta organ även komma att verkställande uppgifter. Det bör ha en sådan sammansättning att dess ledamöter har en god kunskap om hela arbetsstället eftersom organet därigenom kan få en stark ställning på arbetsstället.”⁵⁰

Den av oss kursiverade hänvisningen till direktiven uppfattar vi som en egensinnig tolkning, som mer återspeglar utredarens och de kommitterades ståndpunkt än den tidigare regeringens. Man vill bygga ut och förstärka anpassningsgruppsverksamheten som ett partssamrådsorgan på den högsta nivån på arbetsplatserna. Man betonar vikten av att anpassningsgruppen eller därmed jämförligt organ ha en sådan sammansättning att den får en stark ställning på arbetsstället:

”arbetsgivaren bör därför vara företrädd i gruppen av någon person i ansvarig ställning, som har tillräckliga beslutsbefogenheter [...] Arbetstagarorganisationerna bör företrädas av ledamöter i den lokala fackliga styrelsen [...] Arbetsförmedlingens kontaktman bör i princip erhålla kallelse till anpassningsgruppens sammanträden. Detsamma bör gälla försäkringskassans utredare ...”.⁵¹

Samverkanskommittén föreslog vidare att reglerna om tystnadsplikt i 7 kap. 13§ AML utvidgades till att förutom skyddskommittéledamöter även gälla för anpassningsgruppsledamöter. Vidare föreslogs att sekretessreglerna i 14 kap. 7§ sekretesslagen kompletterades så att anpassningsgruppernas ledamöter inte hindras att för sitt uppdrag ta del av annars sekretessbelagda uppgifter som dock inte får röjas för annan.

Samverkanskommittén föreslår att det i 6 kap. 9§ AML skall införas ett ansvar för skyddskommittén att ...”verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället”. Paragrafen i övrigt lyder:

”Skyddskommitté skall planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället. Den skall noga följa utvecklingen i frågor som rör skyddet mot ohälsa och olycksfall samt verka för tillfredsställande skyddsförhållanden. I skyddskommitté skall behandlas frågor om företagshälsovård, frågor om planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser och arbetsmetoder liksom användning av ämnen som kan föranleda ohälsa eller

50. DsA 1984:2 sid. 135 ff.

51. DsA 1984:2, sid. 148 f.

olycksfall samt frågor om upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön. Skyddskommitté skall vidare verka för ...etc”

Vi skall strax se hur just denna paragraf får en principiellt viktig roll i 90-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform. Vi förstår samverkanskommitténs förslag att koppla anpassningsgruppsverksamheten till skyddskommittéinstitutionen som ett offensivt drag i en kraftfull utbyggnadsstrategi, som utvecklades i strid med andan i kommitténs direktiv och den arbetsmarknadspolitiska reform som förberetts av den vid ingången av 1980-talet sittande regeringen. Låt oss underbygga detta med ett referat av kommitténs kommentarer under rubriken *13.8 Vad vinner man med förslaget?*

”Som tidigare nämnts utgör de nuvarande anpassningsgrupperna endast en knapp tredjedel av antalet skyddskommittéer. Av kommitténs enkätundersökning [...] framgick att vid tillfrågade arbetsställen med mer än 50 anställda fanns anpassningsgrupp vid ca 73%, medan skyddskommitté fanns vid ca 87% av arbetsställena [...] skyddskommittéerna har en betydligt stabilare verksamhet än anpassningsgrupperna. Sammanträdesfrekvensen var vanligen högre i skyddskommittéerna än i anpassningsgrupperna. Mer än 85% av skyddskommittéerna hade 4 eller fler sammanträden per år medan mindre än hälften av anpassningsgrupperna hade motsvarande sammanträdesfrekvens.

Med samverkanskommitténs förslag att skyddskommittén vidare skall verka för att anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten anordnas på arbetsställena kommer verksamheten att dels få en väsentligt större omfattning än vad nuvarande verksamhet med anpassningsgrupper har, dels får de nya anpassningsgrupperna en stabilare organisatorisk grund att stå på. Detta bör på sikt medföra att det företagsinterna arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet förbättras och att det därigenom reducerar antalet människor som riskerar att slås ut från arbetsmarknaden.”⁵²

Kommittén föreslår också att arbetsförmedlingarnas dåvarande arbete med redan anställda, i enlighet med direktiven, skulle övertas av parterna på arbetsplatserna så att handläggningsresurserna på Af kunde frigöras för arbete med inplacering av arbetslösa.⁵³ Kommittén tillägger dock att

52. DsA 1984:2 sid. 159 f.

53. Detta senare förslag har kritiserats av vissa bedömare som ansett att arbetsförmedlarna härigenom skulle komma att mista sin förankring inne på arbetsställena och sin möjlighet att förhandla med arbetsgivaren med målet att inplacera arbetshandikappade och äldre arbetslösa i utbyte mot någon sällsynt arbetsmarknadspolitisk insats för redan anställda som annars riskerade att bli arbetslösa. Jfr. t ex Blomqvist, M. & Dahlkild-Öhman, G. *På lönearbetets bakgård*. Arbetslivscentrum. Utredningsrapport nr 3. Helsingborg 1987, sid. 198 ff. samt

LAN/Af's stöd kan komma att behövas vid utveckling av anpassningsverksamhet vid företag där sådan tidigare inte bedrivits. Denna punkt, som får ses som en tvingande del av kommitténs uppdrag, bidrog till att riksdagen 1986 fattade beslut om att arbetsmarknadsmyndighetens resurser skulle användas för arbetsförmedling och arbetsmarknadspolitiska åtgärder för arbetssökande/ej anställda. Instruktioner med denna innebörd gavs senare till samtliga länsarbetsnämnder.

1990-TALETS BAKÅTBlickKANDE ARBETSMILJÖ & REHABILITERINGSREFORM

Vid de intervjuer med kommunernas personalchefer och rehabiliteringssamordnare som gjordes under 2003, som en explorativ studie inför det mer omfattande datainsamlingsarbetet inom RAR-projektet, framkom att anpassningsgruppsverksamheten gradvis förlorat i verkningsgrad i början av 1990-talet för att helt kollapsa under en period vid 1990-talets mitt. Avgörande moment i denna utveckling var att:

- De bemyndigade företrädare för LAN/Af som tidigare medverkat i och understött verksamheten drog sig tillbaka vid ingången av 90-talet.
- Förutsättningarna för samrådet mellan kommunen och försäkringskassan ändrades drastiskt några år senare. Särskilt avgörande var det förhållandet att Fk's möjligheter att "lösa ut" varaktig nedsättning i arbetsförmågan hos sjuka anställda, via beredning av ärenden för beslut om sjukersättning, minskade.

Av fallstudien i kapitel 2 framgår att *det kvalificerade rehabiliteringsarbetet*, dvs anpassnings- och omplaceringsåtgärderna i samband med svårlösta fall där anställda tillfälligt eller mer varaktigt förlorat (del av) sin tidigare arbetsförmåga, idag sviktar betänkligt. I beskrivningen av ärendeutvecklingen i samtliga aktuella långtidssjukfall i en kommun (n=102) framträder tydliga tecken på systemfel:

- Förlust av medverkan från strategisk ledningspersonal och indragning av nödvändiga ekonomiska resurser och omplaceringsbemyndiganden för arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga.
- Förlust av övergripande strategiskt planering av rehabiliteringssituationen vid arbetsplatsen i samråd mellan

bemyndigade företrädare för arbetsgivaren, de anställda, Fk, Af och FHV.⁵⁴

- Dramatiskt förändrade förutsättningar för samrådet mellan arbetsgivaren och försäkringskassan i sjukpennings- och potentiella sjuk- & aktivitetsersättningsärenden.
- Förlust av LAN/Af's stödinsatser för anställda i avsikt att förebygga arbetslöshet⁵⁵, stöd att slussa "inlåsta" som behöver arbetsträna hos annan arbetsgivare till lämpliga sådana positioner, stöd till anställda sjukskrivna inför anställningens upphörande⁵⁶ samt uppföljning av situationen för kommunens lönebidragsanställda och personer i offentligt skyddat arbete (OSA).
- Allmän brist på arbetstränings- och omplaceringspositioner hos kommunen och (ännu inte) väl fungerande former för arbetsgivarsamverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Oklarhet om gällande rätt samt alltmer allmänna tendenser till kringgående av uppsägningsförbudet i LAS i avsaknad av en arbetsrättsligt korrekt möjlighet att anordna rehabilitering i arbetsgivarsamverkan eller tillförsäkra anställda med lång yrkeserfarenhet ett försäkringsskydd om alla rehabiliteringsmöjligheter (inkl. försök inom arbetsmarknadspolitikens ram) skulle misslyckas.

Vilka bakomliggande strukturella förändringar förklarar att anpassningsgrupperna gradvis förlorar i verkningsgrad från ingången av 90-talet och senare kollapsar runt mitten av 90-talet?

Vid ingången av 1990-talet fungerade de system som hade tillskapats på 1970-talet och som bar *den nya arbetsrättens* signum, nämligen:

1970-talets lösning på problemet med utslagningen av äldre och sjuka:

⁵⁴ Försäkringskassan svarar för samordning i enskilda individärenden men ej på aggregerad nivå.

⁵⁵ Tidigare kunde LAN/Af bidra genom att, som en sista åtgärd och i ytterst få fall, skapa ett lönebidragsutrymme åt en redan anställd. En idag alltmer vanlig situation är att det uppkommer behov av arbetsträning hos andra arbetsgivare eller övergång till annat yrke/annan sysselsättning sedan anpassnings- och omplaceringsmöjligheterna hos den anställdes arbetsgivare är uttömda. LAN/Af har enligt kommunernas personalhandläggare under 90-talet fram till idag, då situationen håller på att ändras, varit ovilliga att lyfta ärenden som gäller anställda sjukskrivna.

⁵⁶ Vi tänker här i synnerhet på den nya och allt vanligare situation som uppkommer då Fk överprövar sjukpenningsrätten och drar in sjukpenningen, vilket stimulerar fram avtalsavslut som resulterar i anställningens upphörande. Vi tänker också på de ärenden som på annat sätt slutar i uppsägning. Arbetsgivarnas rehabiliteringsansvariga skulle här önska att Af engagerade sig i ärendet på ett tidigare stadium med sin arbetsförmedlingskompetens och kunskap om olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

- (a) Ett för arbetsgivaren tvingande moment, uppsägningsförbud i LAS och en möjlighet för arbetstagarparten att anmäla brott mot detta förbud till AD för rättslig prövning.
- (b) Partssamråd på arbetsplatserna, vanligen i form av anpassningsgruppsverksamhet.
- (c) Ett statligt åtagande att "lösa ut" arbetsgivaren från dennes rehabiliteringsansvar via beslut om sjukersättning, sedan arbetsträning på arbetsplatsen visat att hela eller en del av arbetsförmågan var varaktigt nedsatt och sedan arbetsanpassnings- och omplaceringsåtgärder vidtagits.

Förstärkningen av skyddsorganisationens ställning:

Vi tänker i synnerhet på de nya regler i den på 70-talet framtagna nya arbetsmiljölagens (1977:1160) sjätte kapitel som bemyndigade partssamrådsorganen på arbetsplatserna, under medverkan av företagsläkare och arbetsmiljöingenjörer, att handlägga för arbetsmiljön viktiga tekniska och arbetsorganisatoriska frågor. Genom tillägg i reglerna inkluderades anpassningsgruppsverksamheten under dessa bemyndiganden. Dessa organ hade svarat för en viktig övertalande roll när det gällde att få arbetsgivarens ställföreträdare att uppmärksamma och åtgärda viktiga arbetsmiljö- och rehabiliteringsproblem.

Kritiska moment i 1990-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform

Reformen var en kopplad politisk-rättslig helhetskonstruktion. Den lanserades i regeringens propositioner 1990/91:140 och 141 som behandlades i riksdagen på för- och eftermiddagen samma dag. De för vår problemställning viktigaste innebörderna var att:

- (i) Inslaget av rättsligt institutionaliserad partssamverkan på arbetsplatserna, under medverkan av en statsbidragsfinansierad företagshälsovård, eliminerades eller reducerades till blott rådgivande roll. FHV's roll ändrades dramatiskt då statsbidragen drogs in 1992. FHV förvandlades då till en uppdragstagare som i hög grad blev beroende av arbetsgivaren. Detta väsentligen regressiva moment, ett återställande av ansvarsförhållandena till tiden före 1975, lanserades som en reform: Arbetsgivarens handlingsskyldighet utsträcktes till att systematisk inordna arbetsmiljöarbetet i sitt system för internkontroll av verksamheten (reglerna om systematiskt arbetsmiljö- och

rehabiliteringsarbete i AML 3 kapitlet 2a§, första respektive tredje stycket).

- (ii) Den ”nya arbetsrättens” aktörslogik – med långtgående lagfäst handlingsplikt för arbetsgivaren samt möjlighet att via partsamråd på arbetsplatserna göra överenskommelser som resulterade i att lokala problemlösningar normalt inte anmäldes för rättslig prövning – ersattes av en ny modell för *myndighetsbaserad systemtillsyn*.
- (iii) Den dittillsvarande arbetsrättsliga grunden för partsföreträdarnas arbete med lösning av kvalificerade anpassnings- och omplaceringsproblem ”avlegitimeras” genom att ny socialförsäkringsrättslig reglering i ett, som det framställs, tidigare ej reglerat handlingsområde. De nya reglerna utformas som anvisningar för ärendeutveckling (sjustegsmodellen) för professionella tjänstemän.
- (iv) Lanseringen av en från politisk-rättslig synpunkt ”prematur” föreställning om *arbetsgivarsamverkan* i arbetslivsinriktad rehabilitering, en idé som förutsätter genomgripande förändring av de rättsgrundande föreställningarna (ansvarsrättens koppling till enskilda arbetsgivare; uppsägningsförbudet i LAS; kopplingen av arbetstagarens rättigheter till anställningen hos en bestämd arbetsgivare etc.)

Till detta kommer fyra viktiga förändringar under perioden 1992 till 1995 som fullföljer nedmonteringen av 1970-talets system för rehabiliterings- och arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna:

- (v) Indragningen av statsbidraget till företagshälsovården (1992).
- (vi) Införande av nya bedömningsgrunder för rätt till sjukpenning och sjukersättning/förtidspension genom ändring i lagen om allmän försäkring (1995).⁵⁷

⁵⁷ Det förändrade synsättet infördes egentligen redan 1992. Men den skarpa förändringsfaktorn var två riksdagsbeslut vid mitten av 90-talet som markant minskade de anslagna medlen för sjukpenning och sjukersättning samt tydliggjorde tidigare aviserade ändringar i rätten till dessa försäkringsförmåner. Senare har en rad konsekvensförändringar skett genom ändring i regleringen. Bl a utveckling av en medicinsk subspecialitet (försäkringsmedicin) för överprövning av sjukskrivande läkares bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga samt en strukturomvandlande serie av omorganisationer av försäkringskassaväsendet från regionalt samordnade lokala sjukförsäkringskassor till en statlig myndighet med uppdrag att drastiskt minska sjukförsäkringskostnaderna.

- (vii) Arbetsmarknadsparterna tenderar att uppfatta att uppsägningsförbudet i LAS är försvagat. Denna förändring grundas på en diskurs mellan parternas jurister rörande tolkningar av Arbetsdomstolens domar från 1973 och framåt. Den resulterar i rutinmässigt tillämpande av *avtalsavslut* i kvalificerade rehabiliteringsärenden, dvs uppgörelser där anställda förmås säga upp sig på egen begäran i utbyte mot avgångsvederlag. Denna rutin kan uppfattas som ett kringgående av uppsägningsförbudet i lagen.

Vi skall i det följande beskriva karaktären på dessa förändringar. Som vi uppfattar dem inrymmer de just sådana regressiva moment som Hellberg & Vrethem (1982), inspirerade av Thomas Mathiesens rättssociologi, försökte belägga under den period då LAS skall implementeras 1975 till 1982. Det som då framkom i form av vissa mindre ändringar i 1982 års lag om anställningsskydd, bl a i fråga om möjligheterna till tidsbegränsade anställningar, samt som uttunning av lagreglernas innehåll via kollektivavtal, framträder senare, vid ingången av 1990-talet, mer tydligt. Det handlar dels om underminering av den rättsliga grunden för partsamrådet på arbetsplatserna, dels om att ...”*alternativa* ordningar etableras, ofta under nya och vackrare namn, för att tillvarata den ursprungliga funktionen – så att någon reell strukturförändring inte äger rum.”⁵⁸

I denna rapport kan dessa innebörder i 1990-talets politisk-rättsliga intervention i 1970-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform⁵⁹ blott antydast. Vi är i första hand intresserade av att identifiera de komplexa systematiska förändringar som bidrog till det kvalificerade rehabiliteringsarbetet (anpassningsgruppsverksamheten) kollapsade vid mitten av 1990-talet. Fenomenet har upptäckts inom ramen för arbetet med RAR-projektet. Det har hittills inte uppmärksamats inom forskningen på området. Och av allt att döma har inte heller Arbetsmiljöverket, som av lagstiftaren 1991 gavs ansvar och befogenheter att tillse att arbetsgivaren

⁵⁸ Mathiesen, T. *Rätt, samhälle och politisk handling*. Stockholm 1980 citerad i Hellberg & Vrethem (1982) sid. 2.

⁵⁹ I olika aktuella offentliga utredningar och policydokument framstår det som att ”arbetslivsinriktad rehabilitering” uppstår i och med 90-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform. Det förhållandet att denna term lanseras och att ny reglering tillskapas i början av 1990-talet motsäger emellertid inte det faktum att den väsentliga förändringen i fråga om arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och omplaceringsåtgärder, för att undvika utslagning av äldre och arbetstagare med sviktande arbetsförmåga, skedde genom 1991 års äldrelagstiftning och 1974 års lagar (anställningsskydds- och främjandelagen).

har ett fungerande system för arbetslivsinriktad rehabilitering jämlik AML 3 kap. 2a§ tredje stycket, reagerat inför det förhållandet att tillsynsobjektet kollapsat.⁶⁰ Vår förståelse av dessa komplexa förändringar har därför, med viss nödvändighet, karaktären av en preliminär analys. Det krävs ytterligare forskning för att vetenskapligt belägga alla moment och innebörder av detta komplexa skeende.

(i) Undermineringen av partssamrådet på arbetsplatserna

I det betänkande från riksdagens arbetsmarknadsutskott (1990/91 AU22) där utskottet tar ställning till regeringens prop. 1990/91:140 *Arbetsmiljö och rehabilitering* säger utskottet under rubriken partssamarbetet:

”En rad föreslagna ändringar i 6 kap. arbetsmiljölagen, som ger bestämmelser om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare m.m., sägs av arbetsmarknadsministern ha till uppgift att renodla skyddskommittéernas och skyddsombudens uppgifter.

Som en följd av att arbetsgivarens huvudansvar för arbetsmiljön skall utvecklas får skyddskommittéerna i fortsättningen till uppgift att delta i planeringen av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet samt bevaka och följa upp detta. Enligt nuvarande bestämmelse i 9§ i det aktuella kapitlet ankommer det på skyddskommittén att planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället. Detta har enligt arbetsmarknadsministern (prop. s. 54) lett till att skyddskommittéerna, vilket aldrig har varit meningen, i många fall i praktiken har tagit över arbetsgivarens huvudansvar och till att detaljfrågor har kunnat remitteras till kommittéerna i stället för att lösas på arbetsledarnivå. Renodlingen av skyddskommittéernas roll i förhållande till linjeorganisationen innebär, säger arbetsmarknadsministern, att kommittén

⁶⁰ Vi skall i en kommande forskningsrapport från RAR-projektet – som behandlar de rättsliga frågeställningarna bl a frågan om AD's rättspraxis i fråga om uppsägningsförbudet i LAS' har förändrats under 1990-talet – undersöka orsakerna till Arbetsmiljöverkets passivitet, så uppfattar vi situationen, i fråga om tillsynen av att arbetsgivarens system för arbetsanpassning och omplacering av medarbetare med sviktande arbetsförmåga. Vi tror att denna delvis har att göra med den osäkerhet som uppkom i samband med AD's dom nr 115 1997, där Arbetsmiljöverket drev ett ärende rörande Perstorps kommuns rehabiliteringssystem och reste olika systemkrav. AV's uppfattning om kravnivåerna i gällande rätt kan ha påverkats via denna erfarenhet. Delvis kan den uppkomna situationen ha att göra med att myndighetsuppdraget och jurisdiktionen är oklart formulerad i lagen och att erforderliga förtydliganden inte har lämnats av näringsdepartementet. Vi skall som nämnts återkomma till dessa frågor i en kommande forskningsrapport.

'skall vara pådrivande och policyskapande i övergripande frågor och delta i planering, kontroll och uppföljning av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet'.⁶¹

Förändringen av AML 6 kapitlet 9§ innebar att texten "Skyddskommittén skall planera och övervaka skyddsarbetet på arbetsstället" utbyttes mot "Skyddskommittén skal delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet på arbetsstället samt följa arbetets genomförande". Paragrafens avslutande mening "Skyddskommitté skall vidare verka för att en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs på arbetsstället" fördes in i paragrafens tidigare mening som en bland flera frågor som skall behandlas i skyddskommittén.

Innebörden av denna ändring framgår av utskottsbetänkandet:

"Enligt regeringens förslag införs i arbetsmiljölagen en bestämmelse (tredje stycket i nya 3 kap. 2a§) om att arbetsgivaren skall se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamhet. Motsvarande ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering åligger nu skyddskommittén enligt en bestämmelse härom i 6 kap. 9§. Skyddskommittén avlyfts detta ansvar."⁶²

Regeringens resonemang i propositionen är att samverkan i sig är ett viktigt medel att åstadkomma tillfredsställande arbetsförhållanden på arbetsplatserna, men att detta skall utgå från arbetsgivarens ansvar. Genom integrering av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet i linjeorganisationens internkontrollsystem skapas, enligt propositionen, förutsättningar för en distinkt och entydig beslutsprocess. Införandet av ett förtydligt arbetsgivareansvar i form av föreskrifter för internkontroll skapar, heter det, förutsättningar för en ändrad rollfördelning i det lokala arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet. Skyddskommittén skall vara pådrivande och policyskapande i övergripande frågor. Den skall däremot inte intervensera i linjeorganisationens beslutsfattande och verkställande uppgifter. Med detta resonemang avregleras skyddskommitténs viktiga befogenheter jämlik AML 6 kap. 9§. Ändringen blev effektiv 1 juli 1991.

Under första halvan av 1990-talet förändrades såväl arbetssättet som innehållet i partssamrådet i den riktning som propositionen utstakade. Från att ha handlat om strategiskt beslutsfattande i svårlösta arbetsmiljö- och rehabiliteringsärenden i för dessa frågor separata organ utvecklades samverkan mellan partsföreträdarna till principöverenskommelser i policyfrågor i gemensamma organ. I många kommuner lades arbetsmiljökommitté- och anpassningsgruppsverksamheten ned. Mer

⁶¹ Anfört utskottsbetänkande sid 23 f.

⁶² Arbetsmarknadsutskottets betänkande 1990/91:AU22 sid 23.

principiellt hållna policyfrågor, men inte konkreta svårlösta och principiellt viktiga arbetsmiljö- eller rehabiliteringsärenden, kunde tas upp i ett centralt samverkansorgan som huvudsakligen ägnade sig åt MBL-frågor.⁶³

Sammanfattningsvis, rättsliga förändringar som genomfördes då riksdagen beslutade i enlighet med regeringens prop. 1990/91:140 och 141, ändrade förutsättningarna för centrala samverkansavtalen och legitimerade lokala beslut att förändra eller lägga ned det kvalificerade rehabiliteringsarbete som bedrevs i form av anpassningsgruppsverksamhet.

(ii) Myndighetsbaserad "systemtillsyn" i stället för lokal partssamverkan

Grunden för den "nya arbetsrätt" som introducerades från mitten av 1970-talet lades i och med lagen om anställningsskydd (LAS). Lagens omedelbara effekter framhålls av chefen för arbetsmarknadsdepartementet inför en utvärdering tre år efter LAS införande:

"Lagen (1974:12) om anställningsskydd utgör en viktig länk i reformarbetet på arbetsrättens område. Sedan lagen trädde i kraft den 1 juli 1974 har den – tillsammans med kraftfulla insatser inom arbetsmarknadspolitiken – bidragit till att hålla nere antalet uppsägningar och permitteringar under den senaste lågkonjunkturen. Flera domar i arbetsdomstolen (AD) vittnar också om lagens betydelse som skydd för obefogade uppsägningar och avskedanden. De anställdas befogade krav på trygghet i anställningen ifrågasätts inte idag i det svenska samhället."⁶⁴

Efter LAS följde ett batteri av lagar.⁶⁵ Huvudidén bakom de lagar som stadfäste individens rättigheter var att en tillsvidareanställd arbetstagare skulle kunna planera sitt arbetsliv med insprängda "personliga investeringsperioder" - föräldraledighet och studieledighet – med rätt att

⁶³ Vi har inte närmare studerat hur denna förändring - från substantiellt problemlösningsarbete i principiellt viktiga och svårlösta arbetsmiljö- och rehabiliteringsärenden på arbetsplatserna till generell samverkan i policyfrågor - förmedlats via centrala och lokala samverkansavtal. Analysen av samverkanssystemets utveckling är en angelägen forskningsuppgift.

⁶⁴ Dåvarande arbetsmarknadsministern Ahlmark i direktiven till den kommitté som hösten 1977 fick uppdraget att arbetsrättsligt se över vissa delar av anställningsskyddslagstiftningen. Skr 1977/78:103, avsnittet *Kommittéer: Arbetsmarknadsdepartementet. Del II A:2*, sid 349 ff.

⁶⁵ Lag om anställningsfrämjande åtgärder; Medbestämmandelag; Lag om styrelserepresentation; Förtroendemannalag; Lag om rätt till föräldraledighet; Lag om studieledighet; Jämställdhetslag; Arbetstidslag samt en ny Arbetsmiljölagen – som införde vissa rättigheter för anställda utöver anställningsskyddet.

återgå till arbetet med samma eller likvärdiga arbetsförhållanden och anställningsvillkor. Men i vissa av lagarna infördes också bestämmelser om facklig medverkan i olika slags verksamhetsplanering på arbetsplatsnivå. Och i detta avseende var ändamålet med de nya arbetsrättsreformerna att de utgjorde utvecklingssteg bort från det gamla §32-tänkandet om arbetsgivarens rätt att självständigt fatta beslut om arbetets ledning och fördelning.

Dessa lagar hade som regel karaktären av allmän lag med tillämpning inom hela det svenska arbetslivet. De hade därtill i flera fall karaktären av ramlagar, som uttryckte en principiell uppfattning, som i vissa avseenden kunde behöva kompletteras. Kompletteringen kunde ske via myndighetsförordning t ex i föreskrifter från arbetsmiljöverket (AFS-serien) eller genom speciallagar t ex radiolagen. I dessa fall gällde principen att speciallag tar över allmän lag. Men speciallagstiftning kan vara problematisk genom att den cementerar förhållanden som senare, till följd av förändrade omständigheter, kan användas som fundament för en utveckling i icke avsedd riktning. För att undvika att behöva införa rättsligt bindande statliga förordningar eller speciallagar kan lagstiftaren placera ansvaret för nödvändiga kompletteringar av de allmänna lagarna på arbetsmarknadsparterna. I lagen kan införas bestämmelser om att vissa paragrafer kan anpassas/disponeras. Sådan disponering skall ske via kollektivavtal. I dessa fall gäller principen att lagens regler gäller om inte parterna på arbetsmarknaden avtalat annat. I fråga om andra lagregler kan dispositivitet uppkomma indirekt, genom att en viss uttolkning av ett lagrum klargörs t ex i lagförarbeten eller domar samt genom att en procedur för samråd mellan partsföreträdarna på arbetsplatserna rekommenderas. Arbetsgivarens motpart är definierat i de nya arbetsrättssystemen. De rättigheter som tillfaller anställda är knutna till fackföreningen.

De på 1970-talet införda arbetsrättsliga systemen var därtill konstruerade för att gagna arbetslivets demokratisering. De institutionaliserade lagstiftningsvägen ett dynamiskt moment som bidrog till att skapa förhandlingsvilja hos parterna. Lagtexten stipulerade ett utgångsläge som ”satte ribban högre”, i fråga om vissa rättigheter eller skyldigheter, än vad aktörernas handlingsramar tålde. Härigenom framtvingades ett förhandlingsklimat. För att arbetsgivaren skulle få rätt att bortse från en lagregel fordrades att han öppnade sig för motpartens intressen och krav. För att kunna anpassa uppsägningsförbudet i LAS krävdes att arbetsgivaren antingen gick försäkringskassan till mötes genom att, via arbetsträning, arbetsanpassnings- och omplaceringsåtgärder, visa att de socialförsäkringsmässiga villkoren för rätt till sjukersättning var uppfyllda

eller att denne förhandlingsvägen kunde komma överens med berörd facklig organisation, vilket krävde någon form av kompensation.

I dessa arbetsrättsligt institutionaliserade aktörssystem fungerade statens representanter som överordnade opartiska kontrollinstanser som ingrep när partsamrådet brutit samman t ex när ett skyddsombud eller en facklig organisation anmält en arbetsmiljösituation hos en arbetsgivare till Arbetsmiljöverket eller då en facklig organisation begärt hos arbetsdomstolen att den sakliga grunden för en uppsägning skall prövas. Och i denna situation avgjordes saken av den statliga myndigheten/ domstolen i förhållande till gällande rätt dvs en förhållandevis "hög ribba". När sakförhållandena i ärendet skulle fastställas hade den statliga myndigheten, vare sig det gällde arbetsdomstolen eller dåvarande arbetarskyddsstyrelsen i egenskap av förvaltningsdomstol, tillgång till de skriftliga verklighetsbeskrivningar, riskbedömningar m fl sakframställningar som tagits fram av partsföreträdarna på arbetsplatserna.

Den nyordning som infördes via 1990-talets reform baseras på tanken att arbetsmiljöverkets inspektörer snarare än partssamrådsorganen på arbetsplatserna skall tillse att arbetsgivaren har ett fungerande system för arbetsmiljö- respektive arbetsanpassnings- och omplaceringsarbetet. Arbetsgivaren har i över ett sekel haft en lagfäst handlingsplikt att vidta alla åtgärder som krävs för att förebygga att hos honom anställda drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. Och alltsedan hösten 1974 har arbetsgivaren varit skyldig att göra allt som skäligen kan krävas för att förebygga uppsägning av anställda med nedsatt arbetsförmåga. Det som 90-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform tillför är en specifikation av hur detta skall ske. I den mån planeringen, ledningen och uppföljningen av verksamheten sker via särskilda internkontrollsystem bör arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet inordnas i dessa på ett naturligt sätt. När en statlig myndighetsperson skall utöva kontroll, påtala brister och ställa krav på en arbetsgivare styrs hon/han av en rättslig "grimma". Under inspektörernas grundläggande utbildning och i fortlöpande uppdaterade tjänstemeddelanden tydliggörs att de inte kan ställa krav (eller ens lämna ett råd) till en arbetsgivare om de inte i omedelbar anslutning till kravet kan ange en paragraf i en föreskrift eller det lagrum som kravet baseras på. I detta sammanhang gäller inte en allmän princip i en ramlag. Det skall handla om en konkret föreskrift eller ett lagfäst förbud. För att en inspektör inte skall gå utanför arbetsmiljöverkets rättsligt definierade tillsynsområde finns jurister på varje myndighetsdistrikt som har till uppgift att se till att kravnivån inte överskrids. Statliga myndighetspersoner kan inte resa krav på arbetsmiljöförbättringar eller rehabiliteringsåtgärder som motsvarar de krav och åtgärder som kan tas fram i förhandlingar mellan lokala

partsföreträdare. Detta dels på grund av "den rättsliga grimman", dels därför att arbetsmiljöinspektören inte kan skaffa sig den kännedom om sakförhållandena på lokala arbetsplatser som de lokala partsföreträdarna har.

Utvecklingen av den myndighetsbaserade systemtillsynen framstår å ena sidan som en effektivisering av de statliga myndigheternas kontrollinsatser. Det förhållande att denna effektivisering åberopades, i prop. 1990/91:140, som ett argument för att minska inflytandet för lokala partsorgan på arbetsplatserna framstår å andra sidan som en åtgärd som drastiskt reducerar insynen på hur arbetsgivaren lever upp till sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar. Denna åtgärd minskar också myndighetspersonernas möjligheter att via lokalt genomförda problembeskrivningar få inblick i sakförhållandena på arbetsplatserna.

De dynamiska moment som tillskapades i 70-talets arbetsrättsligt institutionaliserade aktörssystem ersattes, via 1990-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform, med den restriktiva intervention i arbetsgivarnas näringsfrihet som av rättssäkerhetsskäl präglar statliga myndigheters intervention i arbetsgivarens näringsfrihet respektive den kommunala självstyrelsen. De förtydliganden som gjordes i AML 3 kap. 2a§ - som lade till ordet "systematiskt" till det traditionella kravet att arbetsgivaren skall göra allt som krävs för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt för att förhindra utslagning av äldre och sjuka - togs som förevändning för att genom 90-talets reform koppla loss "sidovagnarna" dvs det partssamråd som skedde i drygt 10 000 skyddskommittéer och 5 000 anpassningsgrupper på arbetsplatserna runt om i Sverige.

(iii) Införande av en "alternativ ordning" i en arbetsrättsligt tillskapad (ej detaljreglerad) handlingsdomän⁶⁶

I arbetsmarknadsutskottets behandling av prop 1990/91:140 och 141, där riktlinjerna för 90-talets arbetsmiljöreform lades fram, sägs beträffande förslaget att avlyfta skyddskommittén ansvaret (enligt AML 6 kap. 9§) för att se till att det finns en på lämpligt sätt organiserad

⁶⁶ Under denna rubrik görs ett preliminärt försök av författarna, som inte är rättsvetare, att påvisa hur ett rättsligt dubbelkommando kan inverka hämmande på aktörerna och handlingslogiken i ett existerande, tidigare enhetligt reglerat, handlingsssystem. Vi är övertygade om att en stringent rättslig analys kan fånga in denna problematik bättre och med större precision i detaljerna.

anpassningsverksamhet på arbetsplatsen och överföra detta ansvar till arbetsgivaren (enligt den nya 3 kap. 2a§ tredje stycket i AML) följande:

”De föreslagna förändringarna om arbetsgivarens ansvar för att en lämplig arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet organiseras på arbetsplatsen skall ses i sammanhang med de förslag regeringen samtidigt lägger fram i prop. 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Genom nya bestämmelser i lagen om allmän försäkring, som får ett nytt kapitel, 22 kap., regleras arbetsgivarens ansvar för att en försäkrad arbetstagares rehabiliteringsbehov utreds och för att erforderliga rehabiliteringsåtgärder vidtas i eller i anslutning till arbetsplatsen.”⁶⁷

När formerna för det arbete som sedan 1970-talet bedrivits i anpassningsgrupper på arbetsplatserna reglerades i lagen om allmän försäkring uppkommer an dubbelkommandosituation. Anpassningsgruppsverksamheten hade dithills bedrivits med (svagt) rättsligt stöd i främjandelagen och med ändamålet att stimulera parterna på arbetsplatserna att, mer eller mindre frivilligt, bidra till att förhindra att äldre och sjuka slogs ut ur arbetslivet.

Verksamheten inom en på arbetsrättslig väg institutionaliserad handlingsdomän för arbetsgivareföreträdare (platschefer, kommunalpolitiker) och fackliga styrelseledamöter reglerades således via en socialförsäkringsrättslig reglering som ”talade till” professionella personalhandläggare. De nya reglerna blev effektiva 1 januari 1992.

Allmänt utmärkande för 70-talets ”nya arbetsrättsliga” lagstiftning är att den tillskapar handlingsdomäner för kollektiva aktörer på arbetsmarknaden. Dvs för arbetsgivarens⁶⁸ ställföreträdare på arbetsplatsen och ”den kollektive arbetaren” (den fackliga organisationens ledning). Allmänt utmärkande för socialförsäkringsrätten är att den reglerar individens rättigheter gentemot staten.⁶⁹ Den nya arbetsrätten eftersträvar kollektivistiska samförståndslösningar med ändamålet att uppnå en utveckling som staten inte kan eller bör reglera fram via lagstiftning eftersom förutsättningarna kan förändras med de ekonomiska konjunktursvängningarna och vara olikartade för olika arbetsgivare eller inom olika näringsgrenar. Socialförsäkringsrätten syftar till för alla likartad tillämpning av lagreglerade normer för handläggning av individärenden. Den kräver att handläggarna har professionella kvalifikationer, dvs förmåga

⁶⁷ Arbetsmarknadsutskottets betänkande 1990/91:AU22 sid 23.

⁶⁸ Den juridiska person; det ”organisationsnummer” som beviljats näringsfrihet.

⁶⁹ Staten representerar här samhällets intresse av att kräva att alla efter sin förmåga deltar i arbetslivet samt att solidariskt stödja enskilda medborgare som pga ohälsa mist sin förmåga att förvärva sin inkomst genom arbete.

att strikt tillämpa regelverket på ett sätt som skapar rättssäkerhet och likhet inför lagen för alla medborgare.

Införandet av en socialförsäkringsrättslig reglering av verksamheten inom ett arbetsrättsligt institutionaliserat aktörsområde bidrar till att individualisera kollektivistiska arbetsformer bl a med hänvisning till den enskilde försäkrades rätt till sekretesskydd. Det bidrar också till att neutralisera den dynamik som den arbetsrättsliga aktörslogiken avsåg att stimulera: Ett gemensamt sökande efter goda lösningar på svårlösta problem kunde åstadkommas genom mobilisering av sådana extraordinära resurser som kan finnas, men som lagstiftaren inte kan förutsätta eller kräva att de skall finnas. Den socialförsäkringsrättsliga ansatsen baseras på det ansvar som lagen utkräver av alla arbetsgivare enligt lagens bokstav. Det förhållandet att försäkringskassans handläggare medverkade i det arbetsrättsligt institutionaliserade partsamrådet på arbetsplatserna kan ha skapat synergieffekter.⁷⁰

(iv) Lanseringen av en från rättslig synpunkt prematur föreställning om arbetsgivarsamverkan i rehabilitering

I prop 1990/91:141 lanseras en föreställning om möjligheten att bilda s.k. arbetsgivarripar, där den som av hälsoskäl inte kan fortsätta hos sin arbetsgivare kan erbjudas att pröva arbete hos annan arbetsgivare inom ringen. Frågan hade rests redan i regeringens kompletteringsproposition 1989 (prop. 1988/89:150, bilaga 9). När departementschefen Thalén aktualiserar den i samband med 90talets rehabiliteringsreform gör hon följande reservation:

”Jag vill understryka att omplacering till en annan arbetsgivare måste ske i samförstånd med den anställde och först sedan arbetsgivaren uttömt sina egna möjligheter att finna en lösning.”⁷¹

Idén som sådan är rimlig och samhällsekonomiskt motiverad att aktualisera. Men individens försörjningsmöjligheter är i hög grad knuten till arbetskontraktet med en arbetsgivare. Medborgarens rättigheter är likaledes i stor utsträckning kopplade till tillsvidareanställning hos en bestämd arbetsgivare. Arbetsgivarebegreppet är inte utvecklat för att omfatta arbetsgivaresamverkan mellan flera juridiska personer. Av detta följer att denna föreställning är prematur och att den, om tanken skall kunna prövas utan att rättsliga hinder eller grundläggande otrygghet för den enskilde skall

⁷⁰ Jfr. Lotta Vahlne Westerhälls resonemang om det ”korrekta” beslutet och det ”goda” beslutet i bilagan till denna rapport

⁷¹ Prop. 1990/91:141 sid 43.

uppstå, förutsätter att frågan om rättigheterna för den sjukskrivne arbetstagaren som på grund av hälsoskäl inte kan fortsätta hos sin arbetsgivare, klargörs.

När föreställningen lanserades i prop. 141 skedde detta under betoning av att arbetsgivarens möjligheter först måste vara helt uttömda och att frågan knappast kunde vara aktuell för andra än små företag. Idag pågår reguljär arbetsgivarsamverkan, i form av ringar eller på annat sätt, runt om i landet. VINNOVAs Dynamoprogram representerar en statlig satsning på forskning och försöksverksamhet med denna inriktning. Det förhållandet att detta sker utan att grundläggande rättsliga frågor är lösta bidrar till att skapa en föreställning om att det är möjligt att skapa en dynamisk arbetsmarknad med rörlig arbetskraft som bl a innefattar sjukskrivna under rehabilitering.

Den goda lösningen på detta problem kan knappast bestå i de ”korrekta beslut” och ”andra lösningar” som idag forceras fram i ökande omfattning, där anställda sjukskrivna först får sin rätt till sjukpenning indragen, sedan sitt anställningsförhållande upphävt genom avtalsavslut - som framstår som ett kringgående av uppsägningsförbudet i LAS - och till sist befinns vara ej placeringsbara på arbetsmarknaden, vilket leder till att de får sin rätt till arbetslöshetsunderstöd och arbetsmarknadspolitiska åtgärder indragen. Med nuvarande lagstiftning är den f.d. anställde sjukskrivne i detta läge inte berättigad till sjukersättning. Sådan rätt föreligger endast om det medicinska underlaget i ärendet har förändrats.

Om denna chans, som arbetsträning i en krets av samverkande arbetsgivare utgör, skall kunna prövas i samförstånd med den enskilde och under förutsättningar som hos denne skapar den optimistiska grundinställning som krävs för att lyckas med en sådan satsning, måste dennes rättigheter vid vägs ände klarläggas. Det måste stå klart att det finns en grundtrygghet om arbetsprövningen hos andra arbetsgivare skulle misslyckas och om de arbetsmarknadspolitiska åtgärdsomöjligheterna är uttömda. En sådan grundtrygghet måste rimligen vara lagfäst.

Vi vill i detta sammanhang påminna om förslaget i en gemensam skrivelse till regeringen, arbetsmarknadsdepartementet och socialdepartementet från den s.k. Gd-gruppen dvs cheferna för dåvarande arbetarskyddstyrelsen, arbetslivsfonden, arbetsmarknadsstyrelsen, riksförsäkringsverket och socialstyrelsen av den 30 juni 1995⁷² med anledning av regeringens proposition 1994/95 att ändra reglerna för rätt till sjukpenning och förtidspension samt slopa de s.k. äldrereglerna. Gd-gruppen bedömde att dessa restriktioner

⁷² ASS Dnr 60 VL2611/95; AMS Dnr VL95-12141-30; RFV Dnr 7240/95; SoS Dnr 20-7020/95; Arbetsmarknadsdep. Dnr A95/5190/AL.

...”kommer att innebära en ökning av antalet arbetslösa äldre, lokalt bundna och ofta med låg utbildningsnivå. Med de förutsättningar som gäller på arbetsmarknaden idag måste man räkna med att denna grupp bara i liten utsträckning kan beredas reguljära arbeten. Riskerna för permanent arbetslöshet, utförsäkring och hänvisning till socialbidrag som försörjning blir därmed stora. Detta alternativ ter sig dock knappast som rimligt vare sig ur den enskildes eller samhällets synpunkt. För att förbättra möjligheterna till förvärsarbete har regeringen nyligen tillstyrkt AMS förslag att målgruppen för lönebidrag och offentligt skyddad anställning vidgas till att omfatta även äldre (över 60 år), lokalt bundna och långvarigt arbetslösa. Detta ger möjligheter att stimulera till en delvis ny efterfrågan på personal för enklare serviceuppgifter mm som företagen idag av kostnadsskäl löser på annat sätt eller avstår ifrån. Förslag: Som komplettering till den föreslagna möjligheten att erbjuda lönebidrag vid anställning av vissa äldre arbetslösa bör övervägas att i de fall när alla vägar till lämpligt arbete prövats, ge arbetsmarknadsmyndigheterna möjlighet att bevilja hel eller partiell förtidspension på arbetsmarknadsmässiga grunder. Finansieringen föreslås ske med särskilda medel avsatta för denna grupp av äldre.”⁷³

Det bör tilläggas att frågan om rättsliga hinder och möjligheter för arbetsgivarsamverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering utreds i ett avhandlingsarbete av Carina Nilsson inom ramen för ett projekt i Vinnovas Dynamoprogram som leds av professor Lotta Vahlne Westerhäll vid juridiska institutionen på Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

(v) Nedskärning av statens stöd till företagshälsovården.

Den finansiellt relativt oberoende FHV fungerade som ett opartiskt expertstöd till parternas samråd i anpassningsgrupps- och skyddskommittéverksamheten. FHV läkare, arbetsmiljöingenjörer m fl professionella kunde bidra till att sakligt analysera de frågor och ärenden som togs upp till behandling. De kunde understödja bevakningen av landstingets medicinska rehabiliteringsinsatser och framtagning av beredningsunderlag som var nödvändigt för ärendeutvecklingen i svårbedömda sjuksfrånvaroärenden. Det förhållandet att statsbidragen till FHV drastiskt återkallades efter 1992 innebar att företagshälsovårdsorganisationen strukturomvandlades, att många anställda lämnade FHV samt att de kvarvarande företagshälsovårdsenheterna i hög grad blev beroende av intäkter från uppdragsverksamhet. Att staten drog

⁷³ Anförd skrivelse sid 7 f.

tillbaka en betydande del av underlaget för FHV-verksamheten bidrog till att underminera fundamentet för anpassningsgruppsverksamheten.

(vi) Ändrade regler för rätt till sjukpenning och sjukersättning

Den 1 oktober 1995 gjordes en ändring i lagen om allmän försäkring som förändrade förutsättningarna för arbetsförmågebedömningen i avsikt att skapa en ”renodlad sjukförsäkring”. Ändringar i lagen med motsvarande principiella innebörd gjordes redan i oktober 1991 då möjligheten att bevilja förtidspension på, som det hette, ”arbetsmarknadsmässiga grunder” togs bort. Vissa övergångsregler samt en spontan förändringströghet bland personalhandläggare såväl inom som utom försäkringskassan medverkade till att 1991 års förändring inte omedelbart genomfördes konsekvent. Handläggarna insåg genom sin praktiska erfarenhet att den nya regeln ryckte undan en del av den grund som samarbetet mellan försäkringskassan och arbetsgivarens rehabiliteringsansvariga vilar på. Ändringarna i oktober 1995 innebar ett förtydligande av 1991 års regelförändring samt tillskapandet av nya procedurkrav för försäkringskassans handläggare i avsikt att, som det hette, ”förbättra beslutsunderlaget vid beslut om förtidspension och sjukpenning”.⁷⁴ Detta skulle bland annat ske genom att i vissa ärenden begära in en försäkringsmedicinsk ”*Bedömning av medicinsk nedsättning av arbetsförmåga och bedömning av rehabiliteringsförutsättningar*”. Av fallstudien i kapitel 2 har framgått att denna rutin idag tillämpas relativt ofta (i ca 8 procent långtidssjukfallen i den studerade kommunen 2005 och med en stark ökningstakt de senaste åren) och att de ofta resulterar i (i) indragning av sjukpenningens rätten, (ii) att arbetsgivaren kallar till s.k. omplaceringsförhandling, för att fullgöra arbetsgivarens formella rehabiliteringsansvar enligt steg-för-steg-modellen, som i flertalet fall, oftast vid samma förhandlingstillfälle, övergår i (iii) ”rehabiliteringsavslut” som innebär att den sjukfrånvarande anställda förmås säga upp sig på egen begäran. Förbättrat beslutsunderlag kunde också insamlas genom att begära att den försäkrade genomgår arbetsprövning eller arbetsträning samt genom att kalla den försäkrade, arbetsgivarens rehabiliteringsansvarige, läkare eller annan sakkunnig till ett samordningsmöte i syfte att skapa en samlad bild av rehabiliteringssituationen i ärendet.

Under den tioårsperiod som gått sedan riksdagen med stor majoritet över de politiska blockgränserna biföll förslagen i prop. 1994/95:147 har

⁷⁴ SFS 1995:508.

implementeringen av 90-talets rehabiliteringsreform bedrivits via konsekvent målstyrning, under senare år med det resultatmål och den indikator på måluppfyllnad som beskrivits i kapitel 1. Inom ramen för denna offentliga styrningsdoktrin har försäkringskassans verksamhet strukturomvandlats. Försäkringskassans traditionella ändamål och de professionella innebörderna av handläggarerollen har markant förändrats via lagändringar och statlig överstyrning av verksamheten. Det tidigare karakteristiska arbetssättet, med försäkringsmässigt kompletta och relativt självförvaltande lokalkontor, har förändrats via införande av en regional processorganisation som drastiskt minskat utrymmet för lokalkontorens självförvaltning. Försäkringskassans regionala självförvaltning har förändrats via ombildningen av försäkringskassaväsendet till en statlig myndighet.

Lotta Vahlne Westerhälls arbete *Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000*⁷⁵ analyserar ingående de förvaltningsrättsliga innebörderna såväl som de politiska-rättsliga motiven för 1991 och 1995 års ”renodling” av sjukförsäkringen. Hon visar att:

”Begreppet arbetsförmåga hade tidigare inte uppfattats som ett statistiskt-objektivt påvisbart tillstånd utan ett tillstånd som måste bedömas i förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Om den försäkrade inte kunde återgå i sitt vanliga arbete ställdes frågan, till vilket arbete arbetsförmågan fortsättningsvis skulle relateras. Det gavs då möjlighet att beakta andra än rent medicinska hänsyn såsom utbildning, tidigare verksamhet, ålder, bosättningsförhållanden och andra sådana omständigheter. Men från och med 1997 skulle enligt lagstiftaren arbetsförmågan ’renodlas’ och bedömas enbart utifrån medicinska utgångspunkter.

En konsekvent genomförd medicinsk bedömning av arbetsförmågan fick till följd att, i de fall där det var klarlagt att en försäkrad, som inte kunde återgå till sitt vanliga arbete men som hade förmåga att utföra annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, hon eller han inte hade rätt till ersättning från försäkringen. Den försäkrade bedömdes som arbetsför och fick i stället hänvisas till att söka sin försörjning genom andra arbeten.

Men 1997 års lagstiftare upprätthöll inte konsekvent principen om renodling. Man underlät dock att uttryckligen framhålla detta som ett avsteg från principen, men att så var fallet framstod klart. I förarbetena (prop, 1990/91:141) framhölls att inriktningen vid rehabiliteringen skulle vara att den anställde skulle beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren och andra alternativ prövas först när dennes möjligheter var uttömda [...]

⁷⁵ Utgiven av förlaget Norstedts juridik, Solna 2004. Innebörden av sjukförsäkringens ”renodling” analyseras sid 331-374.

Försäkringens koppling till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar bibehölls (i förhållande till vad som gällde före 1997) och en person som hade en anställning gavs möjlighet att behålla denna. Man byggde på det förstahandsansvar för rehabilitering som en arbetsgivare hade för sina anställda. Det förstärkte kopplingen mellan arbetsgivaren och den anställde även i det fall då den anställde på grund av sjukdom inte kunde återgå till sitt vanliga arbete.

Sjuk- och arbetsskadekommittén fann att detta alternativ på ett bättre sätt stod i samklang med de skyldigheter som åvilade arbetsgivaren enligt lagen om anställningsskydd. Kommittén var nödgad att konstatera att rätten till ersättning inte enbart kunde baseras på medicinska kriterier; arbetsgivarens möjligheter att erbjuda annat arbete måste också vägas in. Fördelarna med denna anknytning till arbetsplatsen och arbetsgivaren befanns vara av mycket stort värde, vilket de självfallet var. Kommittén föreslog därför att arbetsförmågan i första hand skulle bedömas i förhållande till annat arbete hos arbetsgivaren. Men regleringen öppnade upp för en ojämlig behandling av de rehabiliteringsbehövande.⁷⁶

I perspektivet av den fallstudie som redovisats i kapitel 2 kan konstatera bedömningsgrunderna möjligen har ändrats sedan 1997 års ändringar i regelverket. Vi har sett exempel på att försäkringsmedicinska bedömningar av att partiell arbetsförmåga finns i arbeten hos arbetsgivaren, men att full arbetsförmåga bedömts föreligga i annat normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. I denna situation har försäkringskassan valt att inte bevilja partiell sjukersättning för att möjliggöra återgång i tidigare arbete på deltid. Man har ansett sig vara tvingad att "satsa på" den försäkringsmedicinska bedömningen som funnit att en långtidssjukskriven med av arbetsgivaren och sjukskrivande läkare konstaterad nedsatt arbetsförmåga i arbetslöshetstider kan erhålla ett heltidsarbete på öppna arbetsmarknaden. Försäkringskassans handläggare styrs enligt vår bedömning idag så hårt av den statliga huvudmannens resultatmål att möjligheterna att väga in fördelarna med en anknytning till den försäkrades arbetsplats och professionella identitet väger lätt mot resultatmålet, att minska de för sjukförsäkringen kostnadsbärande dagarna, vare sig det handlar om hel eller deltids sjukersättning.

De från rehabiliteringssynpunkt anförda argumenten om effektivitetsvinster med "renodlingen" av sjukförsäkringen inom ramen för 90-talets rehabiliteringsreform underkänns av Westerhäll som sakligt ogrundade. W. Finner att förändringarna utgör ett moment i den starka statens fall på 1990- och 2000-talet.

⁷⁶ Westerhäll a.a. sid 342 f.

Till detta kan läggas att den proposition (prop. 1994/95:147) som lade förändringsförslaget var kopplad till den finanspolitiska propositionerna 1994/95:25 *Vissa ekonomisk-politiska åtgärder* och prop. 1994/95:100 *Förslag till statsbudget 1995/96* av vilka framgår att prop. 147 representerade en metod att – i ett för landet prekärt statsfinansiellt läge minska statens kostnader för sjukpenning och sjukersättning med drygt 4 miljarder kronor under en treårsperiod.

(vii) Arbetsmarknadsparternas tendens att uppfatta uppsägningsförbudet i LAS som försvagat.

Till följd av de ovan redovisade tillbakadragandena av såväl arbetsmarknadsmyndigheternas som försäkringskassornas rätt att stödja arbetsgivarna uppkom stora svårigheter att rent praktiskt uppnå rehabiliteringsavslut i ärenden där anställda drabbats av nedsatt arbetsförmåga. Det kvalificerade rehabiliteringsarbetet trampade vatten och lades ned, vid olika tidpunkter i de medverkande kommunerna men i allmänhet under en femårsperiod vid mitten av 1990-talet. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, även för de ärendetyper som traditionellt remitterats till anpassningsgrupperna för att ta fram sådana extraordinära lösningar som första linjens chefer saknade befogenhet och resurser att besluta om, ”dumpades” på den sjukskrivnes närmaste chef. I de fall där en lösning inte kunde åstadkommas, och där försäkringskassan inte reagerat på signaler om att varaktig nedsättning i arbetsförmågan var belagd, kunde sjukperioderna inte avslutas. Med det kvalificerade rehabiliteringsarbetets kollaps i kommunerna ökade sjukperiodernas längd för svårlösta sjukfall som i alla tider förekommit i en viss utsträckning. Till detta kom en ansenlig ökning av den nya typen av psykiskt utmattningssyndrom, som i svåra fall ofta resulterade i långvarig återhämtning, sjukperioder på mer än ett år, samt inte sällan behov av arbetsanpassning och omplacering för att möjliggöra rehabiliteringsavslut.

I denna situation ökade den arbetsrättsliga aktiviteten inom kommunvärlden. Kommun och landstingsförbundets arbetsrättsexperter anordnade kurser för medlemmarnas personalhandläggare. I dessa sammanhang uppmärksammades särskilt en serie AD-domar med likartat mönster. Bl a AD 1997 nr 115 där domstolen ansåg att Perstorps kommun fullgjort sin rehabiliteringsskyldighet rörande en whiplash skadad vårdpersonal som efter fullgjord arbetsträning och omplaceringsutredning inte kunde återgå i arbete. Andra domar tolkades som att kommunens omplaceringsskyldighet inte var lika omfattande som arbetsgivareorganisationen tidigare trott, att genomförda rehabiliteringssteg – givet att arbetsgivaren kunde styrka att de

verkligen genomförts – kunde åberopas som grund för att arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och att uppsägning av personliga skäl därför har skett på saklig grund. Kommunförbundet rekommenderade i en cirkulärskrivelse av den 8 mars 2002 samtliga medlemmar att ta fram nya rutiner för arbetsgivarens rehabiliteringsutredning. Denna rekommendation hörsammades av flertalet kommuner. Det finns en flora av lokala varianter där enskilda kommuner tagit fram anvisningar som följer den checklista som skisserades i nämnda cirkulär.⁷⁷

⁷⁷ Svenska kommunförbundet (förhandlingssektionen, arbetsrättsgruppen) *Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning. Checklista*. Bilaga till cirkulär 2002:97. Stockholm 2002-03-08 (stencil).

Sammanfattande bedömning

Det är svårt att särskilja vilka faktorer som förklarar *det kvalificerade rehabiliteringsarbetets kollaps* vid mitten av 1990-talet. I samband med de explorativa intervjuundersökningarna med kommunernas personalchefer och rehabiliteringssamordnare framstod de allt större svårigheterna att åstadkomma "den traditionella lösningen", dvs partiell sjukersättning och återgång i arbete på deltid, som en av de viktigaste faktorerna. Denna faktor var viktigare än "LAN/Af's reträtt" eftersom denna myndighetsrelation mera sällan resulterade i konkret stöd att åstadkomma rehabiliteringsavslut.

De kommuninterna förändringarna - dels den under 90-talet tilltagande bristen på arbetstränings- och omplaceringspositioner med lättare arbetsuppgifter, dels indragningen av tidigare tillgängliga särskilda medel för rehabiliteringsändamål, omplaceringsbemyndiganden etc – är en tung förklaringsfaktor.

Under analysarbetets gång har emellertid framkommit att flera av dessa förändringar sammanhänger med en mer generell utvecklingsprocess, nämligen 1990/91 års lagstiftares strävan att demontera *det specifikt nya* i 1970-talets arbetsrättsliga reformer, nämligen de starka partssamrådsorganen på arbetsplatserna. Partssamrådet i anpassningsgrupper och skyddskommittéer, understött av företagsläkare och annan arbetsmiljöexpertis, hade utvecklats till medinflytandeorgan i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor som uppfattades intervensera i linjeorganisationens ledning och styrning av verksamheten. Regeringen tillstod i de propositioner som lanserade 1990-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform att det ... "aldrig har varit meningen" att det skulle uppkomma ett så kraftigt medinflytande från partsföreträdarna på arbetsplatserna som det blev under 1980-talet.

Reformen inrymmer ett konsekvent regressivt drag. De nya systemkonstruktioner som med full kraft har ersatt 70-talets arbetsrättsliga konstruktioner från mitten av 1990-talet har hittills inte levererat resultat i

form av effektivare arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Regeringens och riksdagens åtgärder tycks ha koncentrerats till att åstadkomma statliga kostnadsnedskärningar i de olika delsystem (FHV, sjukförsäkringen) som svarat för det arbetslivsinriktade rehabiliteringsarbetet och häri ligger en viktig del av förklaring till att systemen förlorade i verkningsgrad och senare kollapsade. Under 1990-talet och första halvan av 2000-talet har det handlat om, med Lotta Westerhälls ord, moment i den starka statens fall.

På 2000-talet bedrivs kommunernas rehabiliteringsarbete utan stöd av den strategiska ledningskapacitet, de ekonomiska resurser samt omplaceringsbemyndiganden som präglade arbetet under anpassningsgruppsepoken. På grund av det sätt på vilket förställningen om "den galopperande sjukfrånvaron" lanserats har en falsk verklighetsbild skapats. Större delen av den ökande mängden av sjukpenninggrundade frånvarodagar förklaras av att rehabiliteringssystemet har kollapsat. Det är väsentligen inte sant att statens kostnadsökningsproblem förklaras av att antalet sjukskrivna ökat. Psykiska utmattningsreaktioner som i svåra fall resulterar i långa sjukperioder förklarar en betydande del av nytillskottet av sjukskrivna.

Vår analys av vad som väsentligen hänt visar att frågan om hur det nödvändiga anpassnings- och omplaceringsarbetet på arbetsplatserna eller i samverkan mellan grupper av arbetsplatser i framtiden bör organiseras bör resas med helt andra förtecken än de som reformen vid ingången av 1990-talet hade. Frågan bör resas på ett nytt av partsföreträdarna i samråd med oberoende sakkunniga eftersom 90-talets arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform i backspegeln framstår som katastrofal för såväl parterna på arbetsplatserna, de sjukskrivna, företagshälsovården, personalhandläggarna i alla berörda organisationer som för statens finanser.

Rapportbilaga RAR
2005-10-14

L V-W, PM

Rättsliga systemfel på rehabiliteringsområdet

1. Utgångspunkter

RAR-rapporten riktar uppmärksamheten på dysfunktioner i arbetsinriktad rehabilitering som är tydligt hänförliga till spänningsförhållanden mellan arbetsrättslig respektive socialförsäkringsrättslig lagstiftning med tillhörande regelsystem i vårt land. De kan ses som exempel på olika typer av systemfel. I denna promemoria tar jag upp några frågor om systemfel av det slag som beskrivs i rapporten och utvecklar de rättsliga perspektiven något längre än vad som gjorts i rapporten.

Det är uppenbart att på socialförsäkringsområdet finns, när det gäller arbetsinriktad rehabilitering en intressekonflikt och därmed ett spänningsförhållande mellan individ och kollektiv. Det är i själva verket svårt att tänka sig ett samhälle som skulle vara inrättat på något annat sätt. Så länge vi lever i en samhällsstruktur där vi kan tala om det allmänna eller det offentliga kontra den enskilde, kommer detta spänningsförhållande att bestå. Så har det också alltid varit.

Merparten av alla normer i rättsordningen uttrycker ett förhållningssätt mellan staten och medborgarna eller medborgarna emellan. Förhållandet mellan staten och medborgarna, men även mellan medborgarna, präglas av makt och beroende. Människan är till sin natur oupplösligt förbunden med kollektiva strävanden som många gånger är baserade på centrala etiska principer. Man har alltid hänvisat till moraliska värderingar när man har velat legitimera maktanvändning och man har också utgått från moraliska värderingar, när man har velat skapa skydd för de svaga.

Normerna är, om man ser till vanligt språkbruk, inget annat än regler eller riktlinjer, som har till uppgift att främja ett visst ändamål eller att förverkliga ett uppsatt ideal, ett mål. Detta gäller både etiska och rättsliga normer. Etiska eller rättsliga beslut går ut på att fatta sådana avgöranden som man tycker sig ha fog att fatta på upplysta och goda grunder. Det är inte fråga om en enbart intellektuell hantering av fakta utan inom såväl etiken som rätten är det den normativa hanteringen som är dominerande.

För att kunna bedöma hur rehabiliteringsstrukturerna kommer att se ut redan i den nära framtiden måste man utgå från samhälls- och rättsvetenskapliga ”samtidsdiagnoser”. Till dessa ”diagnoser” kan man sedan hänvisa utan att man gör gällande att det är fråga om empirisk kunskap. De fungerar istället som indicier på att vissa utvecklingsdrag ”ligger i luften”. Diagnoserna kan ses som ett slags vetenskapens inlägg i samhälls- respektive rättsdebatten, något som bygger på samhälleliga och rättsliga erfarenheter.

Det vi ser nu och har sett under de senaste femton åren är tvivelsutan starkt ökade spänningar mellan solidaritet och egennytta, mellan kollektiv och individ samt mellan centralförvaltning och självförvaltning. Under de gångna decennierna har rehabiliteringssystemen av demografiska, ekonomiska, politiska och rättsliga skäl kommit att förändras och har inte samma hållbarhet som tidigare. Också rättssäkerheten har blivit klart försämrade och utan rättssäkra institutioner har vi inget hållbart samhälle.

Givet denna mångfasetterade utveckling tror jag inte att våra nuvarande samhällsinstitutioner på rehabiliteringsområdet håller - i varje fall inte fullt ut.- för att samtidigt tillgodose medborgarnas behov och förväntningar och

att finna kostnadseffektiva lösningar för detta i en tid då hårdhänta prioriteringar måste göras i offentliga utgifter. I den generiska kategorin samhällsinstitutioner innefattar jag här berörda institutioner och organisationer i offentlig förvaltning och deras funktionssätt och även berörda lagregler och tillhörande regelsystem i sin tillämpning.

De ekonomiska faktorerna är givetvis en viktig del av förklaringen till förändringarna i rehabiliteringssystemet men då inte endast i termer av minskad tillväxt och produktion, utan även i termer av förändrad ekonomisk ideologi. Ideologin styrs inte längre av kravet på social rättvisa utan av kravet på en fri marknad och konkurrens. Detta har i sin tur lett till stora förändringar i den arbetsrättsliga lagstiftningen, vilken har stort inflytande på rehabiliteringssystemet.

Vidare har samhället gått mot en allt större mångfald och komplexitet. Mångfalden och komplexiteten är konfliktskapade i högre grad än enhetligheten, som snarare utgör grunden för harmoni. Olika samhällliga system tillämpas nu på en verklighet som är annorlunda än den de skapades för. Också demografiska förändringar har ägt rum, vilka medfört att gruppen medelålders människor har minskat och de äldre blivit fler. Arbetslösheten har ökat och i ännu högre grad har ohälsan ökat. De snabbt stigande sjuktalen har inneburit att kostnaderna för sjukfrånvaron skenat iväg.

Den enskilda människan har samtidigt förändrats. Från att tidigare ha levt enligt devisen att gruppen/sammanslutningen/föreningen är stark gäller den motsatta, d.v.s. att det är den enskilda individen som skall vara stark. Hon/han skall klara sig själv och statens ansvar skall i motsvarande mån minska.

2. Systemfel inom rehabiliteringslagstiftningen – helhetssyn och renodling

Det finns tämligen många systemfel på lagstiftningsnivå när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering. Flera av dessa nämns i den nu aktuella RAR-rapporten såsom det spänningsförhållande som i flera avseenden

råder mellan den socialförsäkringsrättsliga lagstiftningen och den arbetsrättsliga lagstiftningen.

Principen om arbetslinjen inom den svenska socialpolitiken har en lång tradition. Den har genomgått olika faser, från att ha handlat om arbetstvång fram tills 1900-talets mitt, till att sedan alltmer betona individens rätt till ett arbete. Under 1990-talet kom arbetskravet återigen i förgrunden, men då i termer av ökade insatser för arbetsrehabilitering av långtidssjukskrivna.

Betoningen av arbetsrehabiliteringen av långvarigt sjuka var en del av den utvidgning av arbetslinjen som skedde i början av 1990-talet. Regering och riksdag ansåg att det fanns såväl ekonomiska som humanitära skäl till att minska sjukfrånvaro och förtidspension och istället öka arbetsinsatserna. Arbetets positiva effekter för den enskilda individen lyftes fram. Långvariga sjukskrivningar och förtidspensioneringar ansågs inte bara dyrbara för samhällsekonomin, utan även skadliga för individen. Arbetets betydelse för den enskildes självkänsla, välbefinnande och sociala gemenskap betonades.⁷⁸

Den officiella synen idag på principen om arbetslinjen är att aktiva insatser skall prioriteras framför passiva utbetalningar. Den anses bygga på att man fått insikt om sjukskrivningens negativa effekter på samhället och individen. Arbetslinjen innebär att alla i yrkesverksam ålder förväntas att bidra till byggandet av välfärden och de gemensamma trygghetssystemen genom att aktivt delta i arbetslivet. Denna syn har delvis sin grund i de statsfinansiella problemen och delvis i viktiga ideologiska tankegångar. Nedskärningar i bidragssystemen och utökade rehabiliteringssatsningar skall dels förbättra statens ekonomi, dels ingjuta en mer solid arbetsetik hos bidragsmottagarna.⁷⁹

Den vägledande principen, som infördes genom rehabiliteringsreformen är att anlägga en helhetssyn på individen. Det är den enskilda människan som skall stå i centrum för åtgärderna. Rehabilitering är nämligen en process, inte ett antal lösryckta åtgärder, vilken skall verka över tiden och

⁷⁸ Prop. 1990/1991:141 s. 35 ff.

⁷⁹ S. Marklund, (red.), Rehabilitering i ett samhällsperspektiv, andra uppl. Studentlitteratur, Lund 1995, s. 47.

präglas av en helhetssyn på individen.⁸⁰ Det är oerhört betydelsefullt för den enskilde att vägen tillbaka till arbetslivet eller möjligheterna att få tillbaka funktionsförmågan karakteriseras av ett människovärdigt förlopp där hänsyn tas till individuella behov, förutsättningar och möjligheter. Helhetssynen skall enligt förarbetena därför präglade hela den process som rehabiliteringen utgör.

Alla aspekter på människans funktionsförmåga skall beaktas, vilket betyder att man inte endast skall ta hänsyn till medicinska problem utan också till den enskildes sociala och arbetsmarknadsmässiga situation. Detta leder till att en återgång till arbetslivet skall vara möjlig. Att en faktor som den enskildes ekonomiska situation är betydelsefull för den enskildes motivation och inställning till rehabiliteringsåtgärderna ansågs naturligt redan i slutet på 50-talet⁸¹ varför dagens marginaleffekter för den enskilde vid återgång i arbete måste beaktas.

Anlägger man en helhetssyn på människan skall hon ses utifrån hela den komplexa verklighet hon lever i. Det innebär att hänsyn skall tas till psykologiska, fysiologiska, socialmedicinska och arbetsmarknadsmässiga förhållanden. Enligt detta synsätt berör rehabiliteringen ytterst den människa som deltar i den och utan hennes ansvar, engagemang och intresse är chanserna små att rehabiliteringen skall lyckas. Med andra ord är det viktigt att stor hänsyn visas den enskilde. Rehabiliteringens yttersta syfte är nämligen att befrämja den deltagande individens väl.

Helhetssynen på rehabiliteringen är ”etisk” till sin natur och grundas på den humanistiska människosyn som vuxit fram bl.a. ur kristna värderingar och kommit att känneteckna grundläggande delar av den svenska socialrätten. Helhetssynen har sitt ursprung i människovärdesprincipen, som innebär att alla människor har lika värde oberoende av ålder, kön, ras, samhällsposition etc. Människovärdesprincipen innebär att människan fullt ut har sitt människovärde oberoende av funktionsförmåga, personliga egenskaper och möjligheter att kunna försörja sig själv genom

⁸⁰ L. Vahlne Westerhäll, Normgivningens etik – exemplet rehabilitering, Normativa perspektiv, Festskrift till Anna Christensen, Särtryck. Juristförlaget i Lund 2000 s. 562 ff.

⁸¹ SOU 1961:29 Förtidspensionering och Sjukpenningförsäkring m.m. Förslag avgivet av 1958 års Socialförsäkringskommitté s. 161 ff.

förvärvsarbete. Människovärdet ligger enligt detta synsätt i själva den mänskliga existensen, och principen byggs upp av etiska grundbultar som godhet, rättvisa och jämlikhet. Människovärdesprincipen är starkt förankrad i svensk lagstiftning. Den kommer till uttryck i regeringsformen 1 kap. 2 § andra stycket, där det fastslås att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde.

Också den internationella trenden i rehabiliteringssammanhang har förstärkt denna inriktning. Rehabiliteringen utgår också i andra länder från en helhetssyn, där fokusering sker på livskvalitetsaspekter, självbestämmande och rätten att bli accepterad utan att vara högpriesterande.⁸²

Men helhetssynen kommer inte till användning när försäkringskassan skall ta ställning till arbetsförmåga. Helhetssynen är svår att förena med ett rent medicinskt sjukdoms- respektive arbetsförmågebegrepp vid bedömningen av rätten till ersättning från socialförsäkringen. I dagens mobilisering mot de höga sjuktalen saknas synen på rehabilitering som en sammanhållen process. En sådan syn tycks inte ha fått något genomslag i arbetet mot ett friskare arbetsliv.

Flera faktorer har bidragit till att det blev svårt att konsekvent upprätthålla helhetssynen. Åren 1995 och 1997 förändrades sjukdoms- respektive arbetsförmågebegreppet i 3 kap. 7 § lagen om allmän försäkring i syfte att renodla dessa begrepp. Genom att minska utrymmet för andra kriterier än de rent medicinska vid bedömningar om sjukförsäkringsrättlig arbetsförmåga ville lagstiftaren ”förtydliga” begreppen. Syftet med denna renodling var att problem som inte är medicinskt betingade skulle tas om hand av andra ansvarsområden än socialförsäkringen (t.ex. av arbetsmarknadsmyndigheterna och socialtjänsten).

Den renodling som gällde arbetsförmåga vid korta sjukfall kom även att gälla långa sjukfall. En steg-för-steg-bedömning infördes och följde man den, fick man svar på vem som skulle få ersättning under en nödvändig behandling och konvalescens, samt under rehabilitering. Renodlingen av arbetsförmågebegreppet innebar att färre försäkrade kom att omfattas av

⁸² SOU 1998:104 s. 211.

rätten till ersättning. Detta ledde i sin tur till att färre människor fick stöd i rehabilitering för återgång i arbete.

Renodlingen har emellertid visat sig vara omöjlig att kombinera med den i förarbetena åsyftade helhetssynen. Lagändringarna får motsatt effekt än den avsedda. Man delar upp människor istället för att betrakta och behandla dem som hela individer. De rent medicinska begrepp som genom renodlingssträvandena kommit i fokus är förlegade och står i strid med modern medicinsk och socialvetenskaplig forskning. Utvecklingen har tvärtemot starkt pekat på sammansatta problem med inslag av psykosociala faktorer i människors sjukdomsbilder.

Socialdepartementet presenterade i januari 2003 promemorian ”Åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning”. Dessa åtgärder syftar i första hand till att minska antalet sjukfall och förkorta längden på sjukskrivningarna. Det framhålls att förslagen inte i något avseende förändrar de grundläggande reglerna för rätten till ersättning vid sjukdom. Syftet är istället att tydliggöra renodlingssystemet vid bedömningen av arbetsförmågan och att säkerställa att det följs. Det görs gällande att det finns mycket som tyder på att 1995 och 1997 års renodlingsförändringar inte fått tillräckligt genomslag. ”Fortfarande pågår en förskjutning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet hos patienter, läkare och inom socialförsäkringsadministrationen.” Departementet menar dock att detta inte är något som man i första hand löser genom ytterligare förändringar i regelsystemet utan främst genom förstärkta utbildnings- och informationsinsatser. Renodlingen har således kommit för att stanna, ja, t.o.m. att ytterligare befästs.

Det är intressant att konstatera att statsmakternas förhållningssätt till den medicinska professionen har förändrats. Från att i decennier ha ”ridit” på det goda anseende och den legitimitet som den medicinska vetenskapen har ”spillt över” dels på sjukförsäkringen och andra försäkringar, dels på en rad andra rättsliga fenomen som krävt läkarutlåtanden och medicinsk sakkunskap för rimliga och goda rättsliga beslut, beskyller man nu läkarna för att bidra till de höga ohälsotalen. Man tycks inte vilja ha en yrkeskår som intar en självständig hållning i förhållande till statsmakten och inte effektuerar den politiska majoritetens beslut. Kåren skall därför utbildas i

intygsskrivande inom ramen för disciplinen försäkringsmedicin⁸³. Endast vissa läkare skall få syssla med intygsskrivande samtidigt som försäkringskassornas egna läkare, försäkringsläkarna, inte tillhör kategorin hälso- och sjukvårdspersonal. "Grindvaktsfunktionen" poängteras för att få ner sjuktalet.⁸⁴

Helhetssyn och renodling kan på flera sätt betraktas som varandras motsatser. Enskilda som saknar arbetsgivare får genom lagändringarna ett sämre utgångsläge och kan komma att missgynnas genom att de hamnar utanför det socialförsäkringsrättsliga rehabiliteringsstödet för den händelse de kan klara ett lättare "normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete" och då bedöms vara arbetsförmögna. Detta har tydligt visat sig, med negativa konsekvenser, i rättstillämpningen.⁸⁵

Sektoriseringen har varit en stöttesten när det gäller att åstadkomma den önskvärda helhetssynen inom rehabilitering. Helhetssynen gäller även för den samverkan som bör ske mellan rehabiliteringsverksamheterna, samhällsorganen och de olika huvudmännen.⁸⁶ Det har visat sig vara svårt att få till stånd gemensamma mål och ett fungerande samarbete mellan olika myndigheter. Samverkan måste nödvändigtvis innebära ett målinriktat arbete som bedrivs av rehabiliteringsansvariga parter och försäkringskassan tillsammans och syfta till en effektiv användning av samhällets tillgängliga rehabiliteringsresurser.

3. Systemfel inom rättstillämpningen - det "korrekta" beslutet och det "goda" beslutet

⁸³ SOU 2003:63, SOU 2003:106, Ds 2003:63, SOU 2004:113 och 2004:127.

⁸⁴ Se Rättssäkerhetsfrågor i socialrätten (red. L Vahlne Westerhäll), Norstedts Juridik 2002, s 244-266.

⁸⁵ S Stendahl, Communicating justice, providing legitimacy, Iustus förlag, Uppsala 2003, s 134-245.

⁸⁶ SOU 1998:104 s 213.

Det finns uppenbara obalanser när det gäller tillämpningen av rättsreglerna på det rehabiliteringsområdet. Det är därför viktigt att man inte bara diskuterar regler och deras innehåll utan även tillämpningen av dessa. Det är ju i tillämpningen som rättssystemet på ett mer konkret sätt möter den enskilda individen. Tillämpningen skall kännetecknas av både formell och materiell rättssäkerhet och det beslut som fattas skall vara både korrekt och ”gott”. Att rättstillämpningen sker på ett rättssäkert och riktigt sätt är om möjligt ännu viktigare idag, då besparingarna leder till stora neddragningar.

All rättstillämpning, också den som gäller rehabiliteringsområdet, bestäms utifrån tre utgångspunkter. De rör rättstillämpning på det rent språkliga planet, rättstillämpning med utgångspunkt i rättsordningen uppfattad som ett system och rättstillämpning med utgångspunkt i de enskilda fallen. De olika synsätten har alla sitt berättigande. Ingetdera är ensamt tillräckligt för att riktigt och fullständigt karakterisera rättstillämpningen i ett samhälle av den typ som vi har i Sverige.⁸⁷ I en rehabiliteringssituation är det framför allt den andra utgångspunkten som blir aktuell.

Om man ser på rättstillämpningen som ett ”system” kan denna uppfattas som en konkretisering av de rättsliga normerna. Man manifesterar normerna i lagtext, lagförarbeten, prejudikat och doktrin. Genom rättstillämpningen sammanställs och tydliggörs just det norminnehåll som är tillämpligt i det enskilda fallet. Rättsreglerna framstår i detta perspektiv inte som färdiga regler, som endast har att omsättas i handling utan som ett slags råmaterial. Ur detta råmaterial kan man, ofta efter en komplicerad bearbetning, utvinna en för det enskilda fallet individualiserad, tillämpbar norm. Rättstillämpningen är inte fråga om en mekanisk hantering utan den, så snart det inte är fråga om mycket enkla väl tillrättalagda fall, i själva verket representerar den ena ändan av en steglös skala, i vars andra ända man finner lagstiftningen. Rättstillämpningen framstår i detta perspektiv som rättsskapande. Normsystemet är inte färdigt förrän det har kommit till tillämpning i ett konkret fall.⁸⁸

All rättstillämpning kräver tolkning. Normen som tillämparen, om det nu är kassatjänstemannen på en försäkringskassa eller domaren i en domstol, är satt att tillämpa innehåller alltid begrepp som är både vaga och

⁸⁷ S. Strömholm, Rätt, rättskällor och rättstillämpning, 1981, s. 354 f.

⁸⁸ S. Strömholm, a.a., s. 354.

mångtydiga. Uttolkaren använder alltid värderingar, byggda på grundläggande humanitets- och välfärdsprinciper, såsom exempelvis människovärdesprincipen, autonomiprincipen, godhetsprincipen och solidaritetsprincipen. I en konkret situation, när man tillämpar lagen, ingår dessa värden. Det är de som kännetecknar den materiella rättstillämpningen och de materiella rättssäkerhets-, rättvise- och likformighetsbegreppen.

Inom dessa materiella begrepp finns krav på flexibilitet för att möta de skiftande fallens egenart. Att ett sådant krav kan komma på kollision med den formella likhetsprincipen är uppenbart. Om så är fallet har det materiella likhetsbegreppet företräde framför det formella. Man skiljer mellan det ”korrekta” beslutet och det ”goda” beslutet. Det ”goda” och det ”korrekta” beslutet låter sig lättast förklaras genom att de sätts in i en konkret situation. Vi kan som exempel ta ett beslut om rehabilitering som en handläggare på försäkringskassan har att fatta. I den kvalitetsgranskning som försäkringskassans personal är ålagd att göra ligger fokus i ”det korrekta beslutet”. Innebörden av ”det goda beslutet” diskuteras nästan aldrig i underlaget till de kvalitetshöjande metoder som handläggarna vid försäkringskassorna skall använda, eller i de vägledningar och allmänna råd som Försäkringskassan, tidigare Riksförsäkringsverket, tillhandahåller dem, något som i allra högsta grad påverkar rehabiliteringsarbetet.⁸⁹

Det ”korrekta beslutet” fattar denna tjänsteman då han åstadkommer en formell överensstämmelse mellan de faktiska omständigheterna i rehabiliteringssituationen och de rättsliga normerna. Därmed uppnår han legalitet i formell bemärkelse. Den formella rättssäkerheten innebär då förutsebarhet och kontrollerbarhet för den som skall rehabiliteras. Den formella rättvisan uppnås i betydelsen att lika behandlas lika (till det yttre) och en formell likformighet genom en till formen likadan handläggning av samma typ av rehabiliteringsärenden. Man följer helt enkelt samma regler om insyn, kommunikering m.m. Från centralt håll har den stora vikten av formell likhet i rättstillämpningen framhållits, medan den materiella likheten överhuvud inte har tilldragit sig något intresse, vilket framgår av föreskrifts- och utbildningsverksamhet.

Att ”det korrekta beslutet” fattas i ett rehabiliteringsärende är en nödvändig förutsättning för att också ”det goda beslutet” skall kunna fattas.

⁸⁹ Se Riksförsäkringsverkets administrativa föreskrifter RAF 1997:1.

Om inte förutsebarhet och kontrollerbarhet är för handen kan inte beslutet vara ett fullödigt ”gott beslut”. ”Det goda beslutet” måste givetvis vila på en rättslig grund, men etiska principer såsom människovärdesprincipen, autonomi- och självbestämmandeprinciperna, godhetsprincipen, behovsprincipen, nyttoprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen m.fl. måste också präglade det rättsliga beslutsfattandet. Vissa av dessa principer kan givetvis komma på kollisionkurs med varandra. Detsamma gäller de kriterier som konstituerar ”det korrekta beslutet” å ena sidan och dem som konstituerar ”det goda beslutet” å andra sidan, även om, som tidigare framhölls, de förra måste bilda underlag för de senare. Man skulle kunna säga att ”det korrekta beslutet” är liktydigt med formell rättssäkerhet och formell likhet/rättvisa och ”det goda beslutet” liktydigt med materiell rättssäkerhet och materiell likhet/rättvisa. Det innebär att ”det goda beslutet” många gånger ”upplevs ” som stridande mot likhetsprincipen. Man har då endast den formella likheten i åtanke, eftersom denna likheten är mycket lättare att till det yttre konstatera.

En annan situation är när man inte håller isär den normativa hanteringen av rättsfrågor och den kunskapsteoretiska bevisvärderingen. Man ser inte så sällan rättsfrågorna som teoretiska frågor som skall kunna besvaras exakt. Den normativa frågan om hur stark bevisning som krävs anses också ha ett teoretiskt innehåll. Detta kan bidra till att man överskattar möjligheterna att uppnå likhet eller likformighet.⁹⁰ Man kan komma till olika resultat i två rehabiliteringssituationer som förefaller likartade, därför att man i ena fallet finner de faktiska omständigheterna styrkta, medan de inte är det i det andra fallet. Eller så kommer man till samma resultat i de båda fallen, trots att de faktiska omständigheterna i det ena fallet inte är styrkta, därför att man felaktigt använder ett likhetstänkande, där det inte är berättigat. I det förra exemplet har man gjort en riktig rättstillämpning men upplever det som om man inte har god kvalitet i hanteringen, eftersom man inte kommer fram till ett likartat resultat. I det senare exemplet upplever man att rättstillämpningen är likformig, medan den i själva verket är felaktig.

Olika myndigheter och organ fattar inte så sällan motsägelsefulla beslut i samma rehabiliteringsärende, vilket kan vara till nackdel för individen. Det är svårt att garantera att ett beslut som rör den enskildes sociala trygghet fattas utifrån en helhetssyn, där berörda instanser samverkar, tar hänsyn till

⁹⁰ L. Vahlne Westerhäll, Socialförsäkringssystemets sönderfall, Försäkringskassaförbundet Fakta & Debatt 2003.

hennes eller hans förutsättningar och samlade behov. ”Revirtänkandet” har varit starkt nog att motverka den eftersträvarvärda samordningen mellan olika myndigheter och specialiteter. Denna utveckling hänger samman med den sektorsvisa speciallagstiftningen och med ett finansieringssystem kännetecknat av ett strikt uppdelat budgetansvar mellan olika myndigheter. Till detta kan fogas en ökad professionalisering av ärendehandläggning genom en alltmer specialiserad utbildning. Och det är bara att konstatera att det moderna samhällets specialisering och differentiering, både inom och mellan olika organisationer, inte har motsvarats av lika snabbt utvecklade former för samordning och integrering.

Konsekvenserna ser vi i en ökad splittring eller ”fragmentering” av rehabiliteringsverksamheten. Organisationer och myndigheter kritiserar med rätta allt oftare för en ”bristande helhetssyn”. Inom rehabiliteringsområdet ser klienterna sina behov som en helhet, medan de berörda myndigheterna tenderar att stycka upp dem i separata delar som hanteras av olika enheter.

Avslutningsvis kan återigen framhållas att de nu diskuterade systemfelen inom rehabiliteringsverksamheten långt ifrån är de enda. RAR-rapporten ger vid handen att ytterligare systemfel finns. Eftersom rehabiliteringsområdet är en synnerligen viktig del av samhället är det centralt att dessa systemfel synliggörs, diskuteras förutsättningslöst och, om möjligheter finns, åtgärdas.

Göteborg, 14 oktober 2005

Lotta Vahlne-Westerhäll

Professor
Göteborgs Universitet
Juridiska Institutionen
Box 650
SE – 40530 Göteborg

e-post < lawlwes@mark.econ.gu.se >

Reflexioner:

Begreppet rehabilitering och försäkringsmässig sjukförsäkring

I föreliggande rapport redovisas ett mycket intressant material från en genomgång av samtliga frånvaroärenden över 180 dagar i en mellanstor svensk kommun. De resultat som framkommer ansluter mycket väl till de iakttagelser jag har gjort i samband med tidigare utredningsarbete. En av mina huvudslutsatser var att sjukfrånvarans storlek kunde påverkas genom anpassningsåtgärder på arbetsplatsen. Utgångspunkten är att de allra flesta som idag är sjukfrånvarande skulle kunna arbeta helt eller delvis om arbetsgivaren anpassade arbetsplats, organisation och arbetsuppgifter till den arbetsförmåga som faktiskt finns. Om arbetsgivaren på ett professionellt sätt fullgör denna, redan i dag gällande, skyldighet att anpassa arbetsuppgifter till den enskilde arbetstagarens förutsättningar har också arbetstagaren skyldighet att infinna sig på arbetet. För de allra flesta skulle detta vara en effektivare rehabiliteringsåtgärd än en fortsatt sjukfrånvaro som, ju längre den varar, ger en allt sämre prognos. Denna rapport styrker denna tes. Av 102 "långtidssjukfall" bedömdes nära 40 % kunna återgå i arbete med stöd av arbetsträning, arbetsanpassning och omplacering.

Rapporten ger anledning till reflektioner inom ett stort antal områden. Mina kommentarer begränsar sig, av tids- och utrymmesskäl, till två huvudområden:

1. Begreppet rehabilitering – arbetsgivarens ansvar

2. En försäkringsmässig sjukförsäkring ger rätt incitament

Mina reflektioner är inte heltäckande utan skall förhoppningsvis kunna ses som utgångspunkter för vidare forskning och debatt.

Begreppet rehabilitering – Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivare (och för övrigt också lagstiftande politiker, läkare, anställda vid Försäkringskassan, media och den stora allmänheten) har i allmänhet en mycket oklar uppfattning om vad som menas med arbetsgivares rehabiliteringsansvar. Enligt min uppfattning är begreppet också olyckligt och används med varierande precision också av politiker och myndigheter. Begreppet är från början en medicinsk term hämtad från sjukvårdens område. I dag är begreppet mer vittomfattande och innebär att en individ, genom medicinska eller andra åtgärder (yrkesinriktad rehabilitering, social rehabilitering och anpassning av arbetsplatsen) skall återfå sin funktionsförmåga.⁹¹ I den allmänna föreställningen ligger dock kvar att en individ som är "sjuk" genom rehabilitering skall bli "frisk" och därefter kunna återgå i arbete. Många får också genom läkarbesök och vid kontakter med Försäkringskassan uppfattningen att "sjukdomen" skall botas innan man skall behöva återgå till arbetet. För egen del finner jag det för övrigt viktigt att vara noggrann med terminologin. Så t.ex. undviker jag helst användning av det talspråksmässiga "sjukskriven". Om jag nödgas till det sätter jag det inom citat. Jag föredrar termer som sjukfrånvaro, sjukfrånvarande eller rätt till sjukpenning som – beroende på sammanhanget – oftast mer lämpliga.

Mot den bakgrunden är det naturligt att arbetsgivare känner sig maktlösa och inte anser sig ha kompetens för att rehabilitera sin "sjuke" anställda. Därtill kommer att "sjukdomen" i många, för att säga i flertalet, fall inte direkt kan härledas till arbetsplatsen. Ett ofta använt exempel är arbetstagaren som bryter benet under en fjällsemester. Är detta arbetsgivarens fel, är en ofta förekommande invändning i debatten. Och varför skall i så fall arbetsgivaren ansvara för rehabiliteringen? Det korrekta svaret är att arbetsgivaren naturligtvis inte förväntas ha kompetens för att "rehabilitera" benbrottet. Däremot har arbetsgivaren skyldighet att anpassa arbetsuppgifterna så att den anställda kan arbeta även med ett gipsat ben. Denna skillnad i vilja och förmåga att anpassa arbetsuppgifterna

⁹¹ Se Nationalencyklopedin band 15 sid. 475 för en mer fullständig definition

är mycket stor mellan olika arbetsplatser och utgör en väsentlig förklaringsgrund till varför vissa arbetsplatser har en mycket hög sjukfrånvaro. Den stora skillnaden i sjukfrånvaro mellan olika arbetsplatser redovisas utförligt i bl.a. "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" SOU 2002:5⁹²

Enligt min uppfattning skapar den diffusa användningen och uppfattningen av begreppet rehabilitering stora hinder för arbetsgivaren att genomföra det som är arbetsgivarens ansvar, nämligen **anpassning** av arbetsplats, uppgifter och i förekommande fall organisation. Många gånger gör själva begreppsapparaten det möjligt för olika parter, försäkringskassa, arbetsgivare, sjukvårdshuvudman och arbetsförmedling att skjuta över ansvaret till någon annan. Det är också en orsak till att så många samordningsmöten måste hållas. Det måste göras tydligt att arbetsgivarens ansvar redan enligt nuvarande lagstiftning är begränsat till att anpassa arbetsuppgift, arbetsplats och i förekommande fall organisation. Först när det inte går behöver myndigheter kopplas in. Hanteringen blir snabbare, enklare och effektivare.

Detta arbetsgivarens förstahandsansvar innebär också att anpassning naturligtvis skall ske oberoende av orsaken till den enskildes problem. Den anställda som brutit benen i fjällen kan arbeta med andra uppgifter, kan få utbildning etc. Arbetsgivaren kan ordna med taxi till arbetet och anpassa arbetsplatsen mm. Själva behandlingen är naturligtvis sjukvårdens ansvar. Vårdbiträdet som har ryggproblem kan arbeta med sådana uppgifter som inte medför tunga lyft. Många gamla inom omsorgen skulle säkert uppskatta om en del av personalen hade tid för samtal och en personlig omvårdnad. Sådana uppgifter kan många som idag går "sjukskrivna" säkert klara. Att vara kvar på arbetsplatsen i kombination med medicinsk eller annan behandling av "sjukdomen" ger för många en bättre prognos jämfört med fortsatt "långtidssjukskrivning". Samtidigt är det också klarlagt att många som varit alltför länge borta från sin arbetsplats bäst "rehabiliteras" åter till arbete genom att de får möjlighet att byta arbetsplats eller t o m yrke. Då är det snarare arbetsförmedlingen som skall vara stödresurs.⁹³

⁹² Se t.ex. Handlingsplan för ökad hälsa, SOU 2002:5 sid 59 ff, sid 93 ff

⁹³ Denna syn på arbetsgivarens ansvar och rutiner för "rehabilitering" har jag utvecklat i en bilaga till min rapport Försäkringskassan SOU 2004:127 bilaga 3 sid 165 ff

En försäkringsmässig sjukförsäkring ger rätt incitament

I den bästa av världar skulle naturligtvis människors arbetsförmåga tas tillvara. Den som av olika orsaker för en kortare eller längre tid inte kan arbeta fullt ut skulle få arbeta efter förmåga och på så sätt bidra till sin egen och samhällets försörjning. Totalt för hela samhället är det också i de allra flesta fall billigare att låta den anställde arbeta med vad hon eller han kan och betala full lön för detta arbete än att betala 80 % i sjukpenning och inte få något utbyte alls. Generellt (om än något förenklat) kan man uttrycka det så att det är ekonomiskt fördelaktigt att låta en sjukskriven arbeta efter förmåga om bara den "sjukskrivnes" arbetsförmåga är större än skillnaden mellan full lön och kostnaden för sjuklön/sjukpenning + tillkommande kostnader för vikarier etc. I synnerhet tillkommande vikarie- och rekryteringskostnader är i många fall mycket höga.

Inte bara ekonomiska skäl talar för en sådan ordning. I många fall är det bättre för individen att arbeta efter förmåga än att gå länge "sjukskriven" och successivt riskera att förlora kontaktnät och självförtroende. Möjligheten att få arbeta är för de allra flesta en omistlig del av vad man anser vara det goda livet.

Men eftersom arbetsgivaren enligt nuvarande ordning betalar en sjukförsäkringsavgift⁹⁴ till staten som inte är försäkringsmässigt beräknad blir kalkylen i det enskilda fallen inte optimal. I den studie som utgör grund för föreliggande kommentarer anges att det "erfordras någon form av kostnadstäckning för den del av individens existensmedel som inte kan täckas via lön för produktivt arbete"⁹⁵. Detta budgettekniska hinder är enligt min bedömning en av de viktigaste förklaringsgrunderna till att rehabiliteringsinsatser fördröjs eller alls inte blir av.⁹⁶ När arbetstagaren efter 14 dagar får sin sjukpenning skapas en inlåsningsseffekt. För företaget, i detta fall kommunen, finns inte budgetutrymme för att låta någon arbeta med nedsatt arbetsförmåga och samtidigt betala full lön. Då är det bättre att vänta tills arbetstagaren är "frisk" och kan komma tillbaka i arbete. Den nu införda modellen för "medfinansiering" har dock ökat det ekonomiska

⁹⁴ I formell mening är avgiften en skatt och ingår i de olika arbetsgivaravgifterna. Avgiften är för 2005 10,15 % på den totala lönesumman

⁹⁵ kap 2, sid 32

⁹⁶ Ett utförligt resonemang om en mer försäkringsmässig sjukförsäkring finns i "Sjukfrånvaro och sjukförsäkring – fakta och förslag" SOU 2000:121 (se kap 6 och kap 7 svid 160 fff)

incitamenten.. I synnerhet gäller det när en arbetstagare kan arbeta deltid, eftersom då arbetsgivarens medfinansiering bortfaller.

Min bedömning är att det nu borde vara dags att diskutera en mer fullständig försäkringsmässig lösning. I ett försäkringsmässigt system skulle en kommun (liksom fö. alla arbetsgivare med fler än 50-100 anställda) ha liten anledning att försäkra sig. Det är egentligen endast mindre företag som av riskutjämningskäl behöver en försäkring. En sådan försäkring som omfattade mindre företag skulle med den låga sjukfrånvaron i dessa företag ge en väsentligt lägre försäkringskostnad än dagens sjukförsäkringsavgift. Min bedömning är att avgiften för mindre företag skulle kunna mer än halveras. Den höga sjukfrånvaron i kommunsektorn som helhet innebär att det privata näringslivet i sin helhet betalar en större sjukförsäkringsavgift än vad som motsvaras av utbetald sjukpenning. Man kan säga att näringslivet subventionerar kommunsektorns höga frånvaro. Ett försäkringsmässigt system skulle alltså innebära väsentliga omedelbara kostnadsminskningar för näringslivet. Därtill skall läggas de dynamiska effekter som skulle uppnås med mer rättvisande ekonomiska incitament

För företag med många anställda skulle den årliga kostnaden för att betala de anställdas sjukpenning motsvara den försäkringsavgift man skall erlagga och det skulle av riskfördelningsskäl inte finnas någon anledning för större företag eller myndigheter att försäkra sig. Det är viktigt att betona att denna princip är giltig också om en större arbetsgivare av något skäl skulle vilja försäkra sig mot svängningar i sjukfrånvaron. Ett försäkringsföretag måste alltid på sikt sätta premien så att nuvärdet av premiebetalningar blir lika med nuvärdet av utbetalningar av sjukpenning. En försäkring innebär aldrig att större grupper kan vältra över kostnader på någon annan.

Det är intressant att fundera över hur en sådan försäkringsmässig lösning skulle ha påverkat hanteringen av de nu undersökta 102 långa sjukfallen. Om den aktuella kommunen själv svarade för sin sjukfrånvaro men i gengäld slapp att betala sjukförsäkringsavgift skulle kommunen med stor säkerhet ha funnit det vara ekonomiskt lönsamt att erbjuda anpassade arbetsuppgifter.⁹⁷ Kraven på de anställda att vara på arbetet skulle samtidigt ha ökat. Kommunen hade sannolikt också funnit det lönsamt att mer aktivt

⁹⁷ En ytterligare förutsättning är att kommunen har ett internt riskfördelningssystem som gör att inte små enheter belastas av sjukfrånvarokostnader som överstiger genomsnittet.

använda sig av en utvecklad företagshälsovård. Försäkringskassans kostnader för administration hade minskat.

Det borde nu vara dags att i praktiken pröva förutsättningarna för en mer försäkringsmässig lösning. Jag anser att någon eller några kommuner skulle erbjudas möjlighet att som "frikommuner" själva ta hand om sin sjukfrånvaro. Jag är övertygad om att för den nu aktuella kommunen skulle de besparingar som direkt uppstår vid en minskad sjukfrånvaro snabbt överstiga den initiala kostnadsökningen. Och framförallt skulle det underlätta återgången till arbete för många kommunanställda.

Det har hävdats att ett sådant mer direkt ansvar för arbetsgivare skulle öka arbetsgivarnas kostnader. Staten skulle övervältra sjukpenningkostnaden på arbetsgivarna, sägs det. Detta argument är uppenbart felaktigt. Arbetsgivarna betalar idag genom sjukförsäkringsavgiften hela sjukpenningkostnaden. I själva verket är systemet överfinansierat. Arbetsgivarna betalar som kollektiv in mer i sjukförsäkringsavgift än vad som återbetalas som sjukpenning. En lösning där arbetsgivare fick välja om och i så fall var man skulle försäkra sig skulle var billigare än dagens system redan i inledningsskedet. Redan det begränsade inträde av direktansvar som nu införts i och med att arbetsgivaren betalar 15 % av sjukpenningen för personer som är "heltidssjukskrivna" innebär enligt färskva beräkningar från Försäkringskassan att arbetsgivarnas avgifter sänkts med 2,5 mdr för 2005. Av arbetsgivarna betalad sjukpenning beräknas uppgå till 1,8 mdr. Arbetsgivarkollektivets vinst blir alltså redan i år 700 mkr.

I debatten hävdas nu att de små företagen skulle drabbas särskilt hårt. De är inte stora nog för att själva klara riskspridningen. Inte heller dessa argument är särskilt hållbara. Små företag har generellt en mycket låg frånvaro. Mer än 90 % av små företag är direkta vinnare. Övriga har ett högkostnadsskydd som begränsar kostnaden till högst 4 % av lönesumman. Det är däremot riktigt att just små företagare skulle behöva en riskutjämnande försäkring. En sådan försäkring för alla småföretag skulle på försäkringsmarknaden kosta mycket mindre än den avgift som företagen idag betalar till staten.

Det hävdas vidare att även om företag i allmänhet är "vinnare" så innebär en ökad direktfinansiering att företag avstår från att nyanställa. Företag skulle bli mer noggranna vid anställning av personal. Det sistnämnda argumentet förutsätter att företag, organisationer och myndigheter tidigare

inte har varit noggranna vid sin anställning av nya medarbetare. Det torde vara en allmänt accepterad regel att alla arbetsgivare vid anställningstillfället söker efter bästa möjliga arbetare. En reform som skulle återföra medel till inte minst det privata näringslivet borde rimligen få motsatt konsekvens. Och en reform som gjorde det särskilt lönsamt för kommuner att låta medarbetare komma tillbaka till arbetet vore av många skäl högeligen önskvärd. Sammantaget finns det anledning att närmare analysera det argument som förs fram i debatten och att föra en mer djupgående diskussion om förutsättningar och konsekvenser av en mer försäkringsmässig sjukförsäkring. Det finns anledning att återkomma till denna fråga både inom ramen för fortsatta forskningsrapporter och inom ramen för arbetet i den statliga utredning om socialförsäkringarna som nu leds av Anna Hedborg.

Stockholm , 14 oktober 2005

Jan Rydh
fd landshövding
Västmannagatan 69
113 26 Stockholm

e-post : < jan.rydh@comhem.se >