

RAPPORT 2025:3

Försäkringskassans samordningsuppdrag

En granskning av uppdraget om samordnad rehabilitering av
anställda med nedsatt arbetsförmåga

isf

RAPPORT 2025:3

Försäkringskassans samordningsuppdrag

En granskning av uppdraget om samordnad
rehabilitering av anställda med nedsatt
arbetsförmåga

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Göteborg 2025

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) är en statlig myndighet som arbetar för en rättssäker och effektiv socialförsäkring som är hållbar för samhället och ger trygghet för individen.

ISF:s rapporter har olika fokus:

- *ISF Granskar och analyserar* innehåller en omfattande granskning och analys ur flera olika perspektiv. Avsikten är att presentera så långtgående slutsatser som möjligt och lämna rekommendationer på önskvärda förändringar.
- *ISF Redovisar* presenterar fakta utan att analysera dem på djupet. Det kan till exempel handla om att redovisa statistik, en rättslig observation eller en sammanställning av existerande kunskap.
- *ISF Kommenterar* fokuserar på att synliggöra något som ISF tycker behöver uppmärksammas. Det kan till exempel handla om att kommentera en pågående debatt, effekterna av rättstillämpningen eller att synliggöra olösta problem.

Publikationen kan läsas online, laddas ner och beställas på www.isf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB, 2025

ISBN: 978-91-89595-77-4

Innehåll

Generaldirektörens förord	11
Sammanfattning	13
1 Inledning	27
1.1 Försäkringskassans samordningsuppdrag	28
1.1.1 Behovet av samordningsuppdraget kommer av det uppdelade ansvaret för rehabilitering	29
1.1.2 Staten och Försäkringskassan har ett ansvar	30
1.2 Syftet med rapporten	31
1.3 Avgränsningar och begrepp	32
1.4 Vi har undersökt samordningsuppdraget med dokumentstudier och intervjuer	33
1.5 Disposition	34
2 Uppdraget har inte förändrats trots kritik och ändrade föreläggningar	37
2.1 Det tidigare ansvaret fokuserade på offentliga aktörer och den generösa sjukförsäkringen	38
2.1.1 Innan det nuvarande uppdraget riktade ansvaret in sig på hälso- och sjukvården och myndigheter	38
2.1.2 Den generösa sjukförsäkringen både möjliggjorde och krävde mer rehabilitering	39
2.1.3 De problem som samordningen skulle åtgärda kvarstår	40
2.2 Samordningsuppdraget innebar förändrade roller för individen, arbetsgivare och hälso- och sjukvården	41
2.2.1 Samordningsuppdraget var en del av arbetslinjen	42

2.2.2	Samordningsuppdraget innebar inte någon större skillnad i försäkringskassornas ansvar	43
2.2.3	Den stora skillnaden låg i synen på personens, arbetsgivarens och hälso- och sjukvårdens roller	44
2.2.4	Arbetsgivarens och personens nya roller skulle ge Försäkringskassan möjlighet att vara personens ombud	47
2.3	Samordningsuppdraget har blivit svårare för Försäkringskassan	48
2.3.1	Försäkringskassan kan inte längre köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster	49
2.3.2	Rehabiliteringspenningen ger inte längre ekonomisk drivkraft att delta i åtgärder	52
2.3.3	Utvecklingen på arbetsmarknaden kan ha gjort det svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga att återgå i arbete	53
2.3.4	Psykiatriska diagnoser har blivit vanligare skäl för sjukskrivning och ställer högre krav på samordningsuppdraget	55
2.3.5	Försäkringskassans möjligheter till individuell anpassning har minskat	57
2.3.6	Förändringar av sjukförsäkringen har gjort det svårare för Försäkringskassan att identifiera de som behöver rehabilitering	61
2.4	Samordningsuppdraget har kritiserats av flera olika statliga utredningar	66
2.4.1	Kritik av ansvarsfördelningen mellan aktörerna	66
2.4.2	Problematisering av Försäkringskassans ansvar	67
2.4.3	Kritik av sjukförsäkringens roll i rehabiliteringen	68
2.5	Samordningsuppdraget är i stort sett oförändrat trots kritik och förändrade förutsättningar	68
3	Försäkringskassan har begränsade förutsättningar att klara uppdraget	71
3.1	Försäkringskassan har begränsade möjligheter att ta ansvar för att målet med samordningsuppdraget nås	72

3.1.1	Oklarheter i hur målet med samordningsuppdraget förhåller sig till rätten till sjukpenning gör uppdraget svårare	72
3.1.2	Försäkringskassan kan ha svårt att prioritera rehabilitering av nedsatt arbetsförmåga före bedömning av rätten till ersättning	77
3.1.3	Svårt att avgöra hur Försäkringskassan bidrar till att målet med samordningsuppdraget nås	78
3.2	Försäkringskassan har begränsade möjligheter att se till att andra utför åtgärder	80
3.2.1	Försäkringskassan har inga formella möjligheter att se till att andra aktörer agerar	81
3.2.2	Försäkringskassan är otydlig i beskrivningen av vad ansvaret för tillsyn och att andra utför åtgärder innebär	82
3.2.3	Samordningsförbunden ger begränsade möjligheter att se till att anställda rehabiliteras	83
3.2.4	Risken är att individen får ta konsekvenserna för brister i rehabiliteringen	85
3.3	Samordningsuppdraget innebär utmaningar för Försäkringskassans handläggning	87
3.3.1	Det är svårt för Försäkringskassan att välja rätt ärenden och rätt åtgärder	88
3.3.2	Samordningsuppdraget ställer höga krav på utredarnas kompetens	91
3.4	Begränsade möjligheter att lösa utmaningarna med förändrad styrning	94
3.4.1	Försäkringskassans omorganisering har sin bakgrund i kritik mot styrningen	95
3.4.2	En ny organisation och styrning ska förbättra möjligheterna att klara samordningsuppdraget	97
3.4.3	Den nya organisationen innebär risker för hanteringen av samordningsuppdraget	101
3.4.4	Ny definition av uppdraget gör det inte svårare att prioritera bort	105
3.4.5	Oklart om Försäkringskassan har prioriterat samordningsuppdraget bättre de senaste åren	109

4	Uppdraget är inte anpassat till hälso- och sjukvårdens förutsättningar	111
4.1	Hälso- och sjukvården har en central roll i rehabiliteringsprocessen.....	112
4.2	Hälso- och sjukvårdens prioriteringar stämmer inte alltid överens med samordningsuppdraget.....	113
4.2.1	För hälso- och sjukvården är det inte ett prioriterat mål att personen ska återgå i arbete	114
4.2.2	Rehabiliteringskedjan är inte anpassad till hälso- och sjukvårdens mål och prioriteringar.....	123
4.2.3	Det är generellt svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar.....	128
4.2.4	Regeringen har försökt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar genom överenskommelser med SKR	130
4.3	Svårigheter i relationen mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer kan påverka samordningsuppdraget ...	134
4.3.1	Hälso- och sjukvårdens samarbete med Försäkringskassan och arbetsgivare fungerar inte alltid så bra	134
4.3.2	Svårigheter att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll och ansvar bidrar till svårigheterna.....	137
4.4	Försäkringskassan kan inte se till att hälso- och sjukvården utför åtgärder	143
4.4.1	Försäkringskassans uppdrag kan leda till negativa reaktioner inom vården och göra Försäkringskassan otydliga	144
4.4.2	Stödet till utredarna för deras kontakter med hälso- och sjukvården kan behöva utvecklas.....	146
4.4.3	Försäkringskassan har inte utvecklat något samarbete med IVO	147
4.4.4	Det kan finnas både nackdelar och fördelar om Försäkringskassan kunde påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar.....	149
4.5	Rehabiliteringskoordinatorerna kan bidra till att patienter får samordnad rehabilitering	150

4.5.1	Sjukförsäkringen innebär att hälso- och sjukvården behöver ha en samordnande funktion som kontaktyta mot andra aktörer.....	151
4.5.2	Lagen ställer inte krav på att hälso- och sjukvården ska ha en särskild funktion som koordinerar åtgärder	152
4.5.3	Rehabiliteringskoordinatorerna kan öka möjligheten för hälso- och sjukvården att fokusera på patientens arbetsförmåga.....	152
4.5.4	Det finns signaler om att vården använder rehabiliteringskoordinatorer mindre än förr	156
5	Uppdraget är inte anpassat till arbetsgivares förutsättningar	167
5.1	Arbetsgivarna viktiga i att rehabilitera anställda med nedsatt arbetsförmåga	168
5.1.1	Arbetsgivare viktiga både när anställda får nedsatt arbetsförmåga och för att hantera den	168
5.1.2	Det finns krav på att arbetsgivare bidrar till att rehabilitera den sjukskrivne.....	169
5.1.3	Arbetsgivarnas ansvar överlappar delvis Försäkringskassans	171
5.1.4	Det överlappande ansvaret kan vara både bra och dåligt för samordningsuppdraget	172
5.2	Sjukförsäkringens krav harmonierar inte alltid med arbetsgivarens ansvar	175
5.2.1	Rehabiliteringskedjans krav på omställning stämmer inte alltid med arbetsgivarens ansvar	175
5.2.2	Försäkringskassans hantering av deltidssjukskrivningar kan försvåra för arbetsgivare.....	178
5.3	Arbetsgivares drivkrafter och ansvar kan försvåra samordningsuppdraget	179
5.3.1	Det finns olika uppfattningar om att arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter borde öka	180
5.3.2	Arbetsgivare har redan vissa drivkrafter för att begränsa anställdas sjukfrånvaro	185
5.3.3	Det kan vara svårt för anställda att få anpassade arbetsuppgifter eller omplacering.....	188

5.3.4	Det finns olika uppfattningar om arbetsgivares drivkrafter skiljer sig åt mellan yrkessektorer	196
5.3.5	Den anställdas inställning kan också påverka möjligheten att återgå i arbete	199
5.4	Svårt att se till att arbetsgivare utför vissa åtgärder	201
5.4.1	Försäkringskassan kan inte se till att arbetsgivarna utför åtgärder.....	201
5.4.2	Arbetsmiljöverket har liten möjlighet att komplettera Försäkringskassans uppdrag	202
5.4.3	Olika syn på om Försäkringskassan borde ha möjligheter att påverka arbetsgivarna.....	208
5.5	Arbetsgivarna får inte alltid den information och kunskap som de behöver	210
5.5.1	Arbetsgivarna kan ha stort behov av information och kunskap	210
5.5.2	Läkarintygen ger inte alltid arbetsgivare tillräcklig information.....	211
5.5.3	Kontakter mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren kan bli svårare utan samtycke	213
5.5.4	Konflikter mellan arbetsgivare och anställda kan göra det svårt att få information från vården	213
5.6	Försäkringskassan har haft svårt att stötta arbetsgivare	214
5.6.1	Försäkringskassan kan behöva hjälpa arbetsgivare med information och kunskap	215
5.6.2	Det finns ett missnöje med stödet från Försäkringskassan.....	216
5.6.3	Försäkringskassan har tagit bort de uppskattade kontaktpersonerna.....	217
5.6.4	Försäkringskassan har fokuserat på strukturell samverkan och generell information	219
5.7	Andra aktörer kan stötta och komplettera arbetsgivarna i rehabiliteringen	220
5.7.1	Facken verkar inte involveras i den utsträckning som var tanken med samordningsuppdraget.....	220

5.7.2	Företagshälsovården skulle till viss del kunna komplettera Försäkringskassans uppdrag	225
6	Slutsatser och rekommendation	233
6.1	Samordningsuppdraget behöver ses över i relation till rehabiliteringskedjan.....	234
6.1.1	Rehabiliteringskedjan visar hur svårt det är att kombinera samordningsuppdraget med sjukförsäkringen	235
6.1.2	Rehabiliteringskedjan har synliggjort skillnaderna mellan Försäkringskassans och övriga aktörers uppdrag.....	238
6.1.3	Försäkringskassan kan inte se till att de andra aktörerna utför åtgärder	239
6.2	Medskick till en översyn.....	241
6.2.1	En översyn av samordningsuppdraget behöver också utgå från vad aktörerna kan bidra med	241
6.2.2	Vad målet med samordningsuppdraget ska vara är en viktig men komplex fråga.....	243
6.2.3	Aktörerna kan behöva delvis överlappande ansvar för samordningen för att hjälpas åt.....	246
6.3	Samordningsuppdraget behöver vara välavvägt och förväntningarna rimliga	251
7	Referenser	253
	Bilaga 1: Krav för rätt till ersättning från sjukförsäkringen	269

Generaldirektörens förord

En person som drabbats av sjukdom kan behöva stöd från många olika aktörer för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna de rehabiliteringsinsatser en person behöver för att få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. I uppdraget ingår att utöva tillsyn över de insatser som behövs och att i samråd med den enskilda se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassans samordningsuppdrag lyfts ofta fram som ett viktigt uppdrag för att hålla ned kostnaderna i sjukförsäkringen och ge ett bra stöd för enskilda att komma tillbaka i arbete. Men både samordningsuppdragets utformning och Försäkringskassans sätt att genomföra det har under åren utsatts för kritik. Det har gjorts upprepade försök att utreda den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i allmänhet och Försäkringskassans uppdrag på området. I grunden är samordningsuppdraget ändå i stort sett detsamma som när det infördes i början av 1990-talet.

I den här rapporten lyfter vi fram vilka utmaningar som finns med samordningsuppdraget, särskilt sedan reglerna i sjukförsäkringen alltmer har fokuserat på tidig omställning till annat arbete, inte minst genom införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan. Rapporten fokuserar på rehabilitering för personer med tillsvidareanställning och på samordningen med arbetsgivare och hälso- och sjukvård. Rapporten visar att det finns en rad grundläggande problem med hur samordningsuppdraget är utformat som behöver adresseras.

Rapporten är skriven av Ossian von Friesen (projektledare), Mats Bengtsson och Cecilia Udin.

Göteborg i april 2025

Dan Ljungberg

Sammanfattning

Socialförsäkringsbalken innehåller flera krav på Försäkringskassan som rör rehabilitering och som tillsammans utgör det som Försäkringskassan och andra aktörer kallar samordningsuppdraget. Enligt dessa krav ska Försäkringskassan klarlägga om personer som har blivit sjuka behöver rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga, se till att de personerna får ta del av de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och samordna dessa åtgärder.

Försäkringskassan har haft samordningsuppdraget sedan 1992. Frågan som Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) besvarar i denna rapport är varför det fortfarande är svårt för Försäkringskassan att arbeta med uppdraget. Syftet med rapporten är att ge en översikt av samordningsuppdraget och de utmaningar som det innebär för Försäkringskassan, och för de två centrala aktörer som Försäkringskassan ska samordna vid rehabilitering för anställda: hälso- och sjukvården samt arbetsgivarna.

Samordningsuppdraget behöver ses över

Vi anser att regeringen behöver ta initiativ till att se över samordningsuppdraget. Många olika aktörer har betonat hur viktig samordning av rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga är. Men uppdraget är trots återkommande kritik och försämrade förutsättningar i stort detsamma nu som 1992.

Vi bedömer att Försäkringskassan inte kan ta ensamt ansvar för att nå målet med samordningsuppdraget, det vill säga att den enskilda personen ska återfå sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom arbete. Myndigheten kan inte heller se till att vare sig hälso- och sjukvården eller arbetsgivare verkligen genomför åtgärder för att rehabilitera dessa personer. Dessutom har båda dessa aktörer andra mål som de prioriterar högre än att de enskilda

personerna ska återfå sin arbetsförmåga, även om målen i praktiken ofta kan sammanfalla.

En översyn behöver reda ut flera svåra frågor

Både vår rapport och andra utredningar beskriver många aspekter av samordningsuppdraget som en översyn behöver belysa. Men det finns några frågor som vi bedömer är särskilt viktiga och som tidigare inte har belysts i alla delar eller i samma utsträckning som andra aspekter.

Vi anser inte att det är tillräckligt att lösa de utmaningar som vi beskriver. En översyn behöver även utgå från hur aktörerna kan bidra till samordningen av rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga.

Dessutom är frågan hur målet för samordningsuppdraget ska utformas komplex. Olika lösningar har olika för- och nackdelar. Vi exemplifierar det med hjälp av de för- och nackdelar som kan finnas med att begränsa målet för samordningsuppdraget till att hålla nere kostnaderna för socialförsäkringarna. En sådan avgränsning kan öka möjligheten för Försäkringskassan att ta ensamt ansvar för samordningen och för att den som har sjukpenning hinner få rätt stöd innan de förlorar rätten till sjukpenning. Men ett mål om att hålla nere kostnaderna för socialförsäkringarna skulle också göra det svårare att samordna åtgärder från hälso- och sjukvården och arbetsgivare. Därför skulle det också krävas att deras mål och drivkrafter ses över. En annan nackdel med ett sådant avgränsat mål är att samordningen inte skulle ta hänsyn till hur en persons nedsatta arbetsförmåga påverkar den enskilda personen och samhällsekonomin i stort.

Om inte målet avgränsas anser vi att ett brett mål för samordningsuppdraget som det nuvarande kräver att aktörerna får överlappande ansvar för samordningen. Det skulle bland annat kunna kompensera för Försäkringskassans svårigheter att ensamt ta ansvar för målet och minska risken för att det uppstår glapp när aktörerna försöker begränsa hur mycket de bidrar till samordningen. Men utvecklingen har hittills snarare präglats av försök att avgränsa ansvarsområdena. För att det ska vara möjligt att avgränsa ansvarsområdena anser vi att målet med samordningsuppdraget kan behöva begränsas.

Samordningsuppdraget har inte förändrats trots kritik och ändrade förutsättningar

Redan innan det nuvarande samordningsuppdraget infördes hade de dåvarande försäkringskassorna ansvar för att samordna rehabiliteringen. Det ansvaret präglades av att försäkringskassorna samordnade offentliga aktörer och av att den generösa sjukförsäkringen innebar att staten bara kunde begränsa kostnaderna genom rehabilitering.

Samordningsuppdraget var en del av regeringens försök att föra in arbetslinjen i socialförsäkringarna. Regeringen ville begränsa möjligheten att få ersättning från sjukförsäkringen och samtidigt förstärka rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga. Målet var både att begränsa kostnaderna för socialförsäkringarna och att ge fler möjlighet att försörja sig genom arbete.

Men uppdraget förändrade knappt de dåvarande försäkringskassornas ansvar, trots att tanken var att de skulle prioritera rehabilitering högre än tidigare. I stället låg den stora skillnaden i synen på de enskilda personernas, arbetsgivarnas och hälso- och sjukvårdens roller. Dessa förändringar skulle i sin tur ge försäkringskassorna en mer aktiv och offensiv roll. Försäkringskassorna skulle bli ett ombud för de enskilda personerna och på så sätt kompensera för att rätten till ersättning hade stramats åt.

Sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget har det blivit svårare att hantera på grund av att förutsättningarna har förändrats. Bland annat lider en allt större andel av de sjukskrivna av psykisk sjukdom och situationen på arbetsmarknaden kan ha gjort det svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga att återgå i arbete. Sedan 2008 har Försäkringskassan inte heller längre möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster, eftersom regeringen bland annat ville avgränsa Försäkringskassans ansvarsområde.

Åtstramningar av sjukförsäkringen har också gjort det svårare för Försäkringskassan att identifiera de som behöver samordnad rehabilitering eftersom fler personer kan ha nedsatt arbetsförmåga utan att ha rätt till sjukpenning. Införandet av rehabiliteringskedjan som styr rätten till sjukpenning är det tydligaste exemplet. Den innebär att en anställd person kan förlora rätten till sjukpenning efter 180 dagars sjukskrivning även om hen inte klarar av sitt arbete.

Dessutom får Försäkringskassan inte längre väga in sociala faktorer i bedömningen av arbetsförmågan och kan i dag därför bedöma att personen har hel arbetsförmåga i ett arbete som hen till exempel inte har utbildning för.

Dessutom har åtstramningarna tillsammans med centraliseringen av Försäkringskassan inneburit att det har blivit svårare för myndigheten att anpassa samordningen till olika situationer. Statliga utredningar har upprepade gånger kritiserat samordningsuppdraget och föreslagit olika förändringar. Men trots kritiken och de förändrade förutsättningarna är samordningsuppdraget i stort sett detsamma som det var när försäkringskassorna först fick det.

Försäkringskassan har begränsade förutsättningar

Enligt vår granskning har Försäkringskassan begränsade möjligheter att ta ansvar för att nå samordningsuppdragets mål och för att se till att personer får ta del av åtgärder från bland annat hälso- och sjukvården samt arbetsgivare. Samordningsuppdraget innebär också utmaningar eftersom det är svårt för Försäkringskassan att välja ut rätt ärenden och se till så att utredarna får tillräcklig kompetens för att hantera samordningsuppdraget. Myndigheten har flera gånger förändrat sin styrning efter kritik av hur myndigheten hanterar samordningsuppdraget. Men vi bedömer att Försäkringskassan har små möjligheter att hantera de olika utmaningar som vi beskriver genom att förändra sin styrning.

Försäkringskassan har begränsade möjligheter att ta ansvar för att nå målet med samordningsuppdraget

De personer som täcks in av målet med samordningsuppdraget är en bredare grupp än de som har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Det visar sig bland annat genom att Försäkringskassan har förtydligat att samordningsuppdraget även kan gälla personer som inte har ersättning från sjukförsäkringen. Men för myndigheten är det svårt att samordna rehabiliteringen för personer som inte har ersättning, eftersom det är svårt för Försäkringskassan att identifiera dem.

Det är lättare för Försäkringskassan att identifiera personer som behöver samordnad rehabilitering om de får ersättning från myndigheten. Men då kan det i stället vara svårt för Försäkringskassan att veta vad målet ska vara med rehabiliteringen. En möjlig tolkning av samordningsuppdraget är att personen ska få möjlighet att återgå i sitt ordinarie arbete eller ett annat arbete som kan vara lämpligt utifrån bland annat personens utbildning och tidigare erfarenhet. Men utifrån sjukförsäkringen kan målet med rehabiliteringen i stället vara att personen uppnår en arbetsförmåga i något annat normalt förekommande arbete, oberoende av exempelvis personens utbildning och tidigare erfarenhet.

Flera tidigare studier beskriver dessutom att Försäkringskassan har prioriterat ned samordningsuppdraget när antalet personer som vill ha ersättning ökar. En orsak är att ersättningen ofta är avgörande för personernas försörjning. Samordningsuppdraget är inte heller lika tydligt som uppdraget att bedöma om en person har rätt till ersättning. En annan orsak är att det är svårt för Försäkringskassan att veta vilken rehabilitering de ska prioritera att samordna, eftersom det är svårt att avgöra hur Försäkringskassan bidrar till att nå målet med samordningsuppdraget. Det gör det dessutom svårt för regeringen att ställa krav på Försäkringskassan. När det gäller hur Försäkringskassan hanterar rätten till sjukpenning är det på flera sätt enklare.

Försäkringskassan har begränsade möjligheter att ta ansvar för att andra utför åtgärder

I samordningsuppdraget ingår att Försäkringskassan ska utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska också se till att personer får ta del av åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Men myndigheten kan varken köpa eller själv utföra rehabiliteringsåtgärder. Därför innebär kravet att myndigheten behöver se till att bland annat hälso- och sjukvården samt arbetsgivare utför åtgärder.

Men Försäkringskassan har inga formella möjligheter att se till att andra aktörer agerar. Myndigheten har inga mandat eller verktyg som tillsynsmyndigheter vanligtvis har och tidigare utredningar har inte heller kommit fram till att Försäkringskassan borde ha det. Tidigare utredningar har i stället kommit fram till att ett sådant mandat skulle riskera att göra det svårare för Försäkringskassan att samarbeta med

aktörerna och att sådana verktyg skulle vara svåra att förena med arbetsmiljölagen. Om Försäkringskassan skulle kunna bestämma över hälso- och sjukvården skulle det riskera att komma i konflikt med hälso- och sjukvårdens uppgift att ge företräde till den som har det största behovet.

Samtidigt innebär den rehabiliteringskedja som rätten till sjukpenning utgår från att det framför allt är den enskilda personen som får ta konsekvenserna av brister i rehabiliteringen. Kedjans fasta tidsgränser innebär att den sjukskrivna kan förlora sin rätt till sjukpenning oavsett om hen har fått den rehabilitering som hen behöver eller inte. Det gör att den som är sjukskriven har ett intresse av att rehabiliteringen kommer i gång så snart det går. Eftersom det inte finns några andra möjligheter kan därför kraven för rätt till sjukpenning bli den enda möjlighet som Försäkringskassan har att påverka rehabiliteringsprocessen.

Samordningsuppdraget innebär utmaningar för Försäkringskassans handläggning

Utöver att samordningsuppdraget innehåller delar som Försäkringskassan har svårt att ta ansvar för så ställer uppdraget också till problem för Försäkringskassans handläggning. Myndigheten behöver kunna välja ut rätt ärenden, eftersom uppdraget kräver mycket resurser och för att myndigheten samordnar insatser för sjukskrivna personer i relativt få ärenden. Men det är svårt för myndigheten att göra urvalet eftersom det saknas tillräcklig kunskap för att avgöra när rehabilitering kan bidra till att en person återfår sin arbetsförmåga. Vår granskning visar att Försäkringskassan då behöver förlita sig på utredarnas erfarenhet av samordningsuppdraget för att hitta rätt ärenden. Utbildning är inte heller tillräckligt för att ge utredarna den kompetens som samordningsuppdraget även kräver i övrigt.

Försäkringskassan har små möjligheter att komma till rätta med utmaningarna genom att ändra styrningen

Flera av de utmaningar som vi beskriver har lett till kritik av myndighetens styrning. Försäkringskassan har också förändrat sin organisation och styrning av handläggningen av sjukpenning upprepade gånger, bland annat för att kunna hantera samordningsuppdraget

bättre. Myndigheten har även tagit fram nya definitioner av samordningsuppdraget. Det senaste av dessa försök gjorde Försäkringskassan 2024. Även om försöket har förutsättningar att förbättra myndighetens hantering av samordningsuppdraget bedömer vi att myndigheten har små möjligheter att hantera alla de utmaningar som samordningsuppdraget innebär genom att ändra sin styrning, organisation eller definition av uppdraget.

För det första har Försäkringskassan små förutsättningar att hantera flera av de utmaningar som vi bedömer att samordningsuppdraget innebär. Det innebär också att utmaningarna är svåra att komma åt genom att Försäkringskassan förändrar sin styrning och organisation.

För det andra pekar tidigare försök på att det även finns andra svårigheter. Även om den nya organisationen exempelvis innebär att vissa utredare kan bli bättre på att hantera samordningsuppdraget genom att de får specialisera sig riskerar de övriga utredarna att få mindre erfarenhet och därmed lägre kompetens. Det kan bland annat försämra dessa utredares möjlighet att identifiera ärenden där myndigheten behöver samordna rehabilitering. Tidigare erfarenheter visar också att det kan vara svårt att skapa utrymme för att prioritera samordningsuppdraget högre genom effektivisering och specialisering.

Den definition av samordningsuppdraget som Försäkringskassan nu har tagit fram liknar också de definitioner som myndigheten har tagit fram tidigare. Vi bedömer att Försäkringskassan har begränsade möjligheter att lösa svårigheterna med att hantera samordningsuppdraget genom nya definitioner just för att myndigheten återkommande har kommit fram till att samordningsuppdraget är otydligt, och därför har tagit fram nya men liktydiga definitioner.

Samordningsuppdraget är inte anpassat till hälso- och sjukvårdens förutsättningar

Hälso- och sjukvården har en central roll för att patienter ska få rehabilitering för sin nedsatta arbetsförmåga. Oftast behöver personen bättre hälsa för att återfå sin arbetsförmåga, och hälso- och sjukvården är ofta involverad i en större del av rehabiliteringsprocessen än Försäkringskassan.

De övriga aktörerna är också beroende av hälso- och sjukvården. Men enligt både tidigare utredningar och våra intervjuer fungerar inte alltid relationen mellan hälso- och sjukvården och de övriga aktörerna. Det följer framför allt av att hälso- och sjukvården primärt fokuserar på att säkerställa att patienterna så långt det är möjligt får tillbaka sin hälsa och funktion. Det är inte alltid detsamma som att patienterna så effektivt som möjligt återfår sin arbetsförmåga eller återgår i arbete. Det kan göra det svårt för Försäkringskassan att samordna hälso- och sjukvårdens åtgärder så att personer återfår sin arbetsförmåga.

Hälso- och sjukvårdens prioriteringar stämmer inte alltid överens med samordningsuppdraget

I många fall räcker det med hälso- och sjukvård för att den som har blivit sjuk så snabbt som möjligt ska återfå sin arbetsförmåga. Men det finns fall som är svårare och som kräver samordnade åtgärder. Då kan samordningsuppdraget försvåras av att hälso- och sjukvården har andra mål som vården prioriterar högre än att patienterna ska återgå i arbete.

Hälso- och sjukvården delar inte heller rehabiliteringskedjans mål att patienten redan efter ett halvårs sjukskrivning ska ställa om till annat arbete, annat än undantagsvis. I stället visar vår granskning att hälso- och sjukvården utgår från patientens ordinarie arbete så länge som hen har kvar sin anställning. Därmed riskerar vården att prioritera ned vård och rehabilitering som kan förkorta en sjukskrivning till förmån för exempelvis mer akuta fall. Rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser påverkar enligt vår granskning inte heller hälso- och sjukvårdens väntetider och prioriteringar.

Ett av syftena med den reform som samordningsuppdraget var en del av 1992 var att få hälso- och sjukvården att fokusera mer på att rehabilitera arbetsoförmåga. Men det är inte lätt för staten att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar. Vårdgivare och huvudmän har stort utrymme att själva styra sina verksamheter. Det påverkar sjukskrivningsprocessen, men det har också varit svårt att förmå hälso- och sjukvården att prioritera rehabilitering även utan krav på att rehabiliteringen ska bidra till att patienter återfår sin arbetsförmåga.

Ett alternativ till att ändra i lagstiftningen för att påverka prioriteringarna är att regeringen kan sluta överenskommelser med

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Bland annat har det funnits överenskommelser om att hälso- och sjukvården ska bidra till att få sjukskrivna patienter att återgå i arbete, men de överenskommelserna gäller inte längre.

Försäkringskassan kan inte se till att hälso- och sjukvården utför åtgärder

Flera av våra intervjupersoner inom hälso- och sjukvården är negativa till de delar av samordningsuppdraget som ger Försäkringskassan ansvar för att utöva tillsyn och se till att bland annat hälso- och sjukvården utför åtgärder. Enligt dem har Försäkringskassan varken mandat eller möjlighet att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. De påpekar att det är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har det uppdraget. Försäkringskassans utredare har enligt våra intervjuer inte den kompetens som krävs för att värdera hälso- och sjukvårdens insatser. De anser att den värderingen kräver en professionell kompetens som bara finns inom hälso- och sjukvården.

Försäkringskassans relation till hälso- och sjukvården är dessutom känslig. Vi bedömer att det är ett skäl till varför Försäkringskassan är vag när myndigheten beskriver sitt ansvar för tillsyn och för att enskilda personer får ta del av rehabilitering. Försäkringskassan har inte heller tagit fram något handläggarstöd utifrån hälso- och sjukvårdens ansvar som utredarna ska kunna använda i kontakterna med hälso- och sjukvården. Inte heller har Försäkringskassan utvecklat ett samarbete med IVO i tillsynsfrågor som motsvarar det samarbete som myndigheten har utvecklat med Arbetsmiljöverket.

Rehabiliteringskoordinatorerna kan bidra till att patienter får samordnad rehabilitering

Vi bedömer att funktionen rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården kan göra det möjligt att undvika flera av de svårigheter som samordningsuppdraget innebär för Försäkringskassan. Rollen kan fungera som den kontaktyta mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer som samordningen kräver.

Funktionen utvecklades med start 2006 som en del av den så kallade sjukskrivningsmiljarden som var en av överenskommelserna mellan regeringen och SKR om att förbättra sjukskrivningsprocessen. Sedan

2020 finns det i stället en lag som ställer krav på regionerna att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

Lagen innebär att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att de snabbare ska börja arbeta. Ofta har regionerna rehabiliteringskoordinatorer som ansvarar för insatserna. Vår granskning visar att koordinatorena är uppskattade av de som arbetar inom hälso- och sjukvården. Intervjupersoner från både Försäkringskassan och arbetsgivare anser också att rehabiliteringskoordinatorer kan bidra till att de samarbetar bättre med hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringskoordinatorerna är en del av hälso- och sjukvården och därför kan det vara lättare för dem att få hälso- och sjukvården att prioritera rehabiliteringen för att patienter ska återfå sin arbetsförmåga. Utöver deras förståelse av hälso- och sjukvården har de också kunskap om sjukförsäkringen, Försäkringskassan och de övriga aktörerna.

Men våra intervjuer tyder på att regionerna har börjat dra ner på sin användning av rehabiliteringskoordinatorerna. Lagen om koordineringsinsatser har sänkt kraven på regionerna jämfört med överenskommelserna inom sjukskrivningsmiljarden. Dessutom innebär lagen att hälso- och sjukvården anser att de inte ska utföra något som Försäkringskassan ansvarar för. Eftersom Försäkringskassans samordningsuppdrag är så brett kan det vara svårt att se vad som då återstår inom hälso- och sjukvårdens ansvar.

Samordningsuppdraget är inte anpassat till arbetsgivares förutsättningar

För anställda har arbetsgivare också en viktig roll i rehabiliteringen för att personer ska återfå sin arbetsförmåga. Flera lagar och förordningar, inklusive socialförsäkringsbalken, kräver att arbetsgivare bidrar till att rehabilitera anställdas nedsatta arbetsförmåga. Arbetsgivarnas ansvar överlappar delvis Försäkringskassans, eftersom båda har ansvar för att klarlägga vilken rehabilitering som den enskilde arbetstagaren behöver och även ansvar för att hen får ta del av de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Men vi bedömer att samordningsuppdraget inte är tillräckligt anpassat till arbetsgivarnas förutsättningar.

Arbetsgivares drivkrafter och ansvar kan försvåra samordningsuppdraget

Både Försäkringskassans samordningsuppdrag och arbetsgivarnas möjlighet att ta ansvar kan exempelvis försvåras av att rehabiliteringskedjans krav på omställning inte alltid stämmer överens med arbetsgivarens ansvar att omplacera anställda för att de ska kunna återgå i arbete. Det kan enligt vår granskning innebära att arbetsgivaren fortsätter försöka rehabilitera den anställda tillbaka i ordinarie arbete medan Försäkringskassans tar initiativ till arbetsträning hos en annan arbetsgivare.

Tidigare utredningar visar att svenska arbetsgivare har begränsat ansvar för att en arbetstagare ska återgå i arbete och även begränsade ekonomiska incitament att rehabilitera och uppmuntra långtidssjukskrivna att komma tillbaka till arbetet. Drivkrafterna kan också variera mellan olika arbetstagare och branscher.

Enligt vår granskning finns det olika uppfattningar om arbetsgivare borde få större ekonomiska drivkrafter eller inte. Ett argument mot är att arbetsgivarna redan har ansvar för kostnader för sjukfrånvaro i form av sjuklöneperioden. Ett annat motargument är att arbetsgivarna redan har intresse av att behålla sin arbetskraft och kompetens.

Men snäva ekonomiska ramar och långtgående effektiviseringar kan samtidigt göra det svårt för arbetsgivare att anpassa arbetsuppgifter för att ta tillvara sjukskrivna medarbetares arbetsförmåga. Ännu mindre möjligheter och intresse kan arbetsgivaren ha att omplacera en anställd. Det kan vara ett argument för att arbetsgivare borde få större ekonomiska drivkrafter att ta tillvara de anställdas arbetsförmåga.

Försäkringskassan kan inte se till att arbetsgivarna utför åtgärder

Försäkringskassan har som sagt begränsade möjligheter att se till att arbetsgivare utför rehabiliteringsåtgärder. Det är också svårt för Försäkringskassans utredare att både kontrollera arbetsgivare och samtidigt försöka samarbeta med dem för att underlätta för den sjukskrivna personen att återgå i arbete. Det som återstår är att Försäkringskassan försöker påverka arbetsgivarna med hjälp av information.

Regeringen har försökt att lösa problemet med Försäkringskassans begränsade möjligheter genom att myndigheten i stället ska ge impulser till Arbetsmiljöverket om Försäkringskassan anser att en arbetsgivare inte tar sitt ansvar. Men Arbetsmiljöverket saknar tillräckliga förutsättningar för att komplettera Försäkringskassans arbete med samordningsuppdraget.

Försäkringskassans försök att möta arbetsgivares behov av information och kunskap har brustit

En central del av Försäkringskassans samordningsuppdrag är att hjälpa arbetsgivare med information och kunskap. Arbetsgivarna behöver det för att kunna ta sitt ansvar för att rehabilitera anställda med nedsatt arbetsförmåga. Men vår granskning visar att många arbetsgivare saknar kunskap om både sitt ansvar och vilka övriga möjligheter som finns.

Arbetsgivarna får inte heller alltid den information de behöver om en arbetstagares sjukfrånvaro och flera intervjupersoner från arbetsgivarorganisationer är missnöjda med det stöd som arbetsgivare får från Försäkringskassan. Bland annat handlar det om att Försäkringskassan tolkar regler på olika sätt och om att arbetsgivare inte har fått stöd alls i vissa enskilda situationer. Det handlar inte om den generella information som Försäkringskassan ger. Men Försäkringskassan har valt att fokusera på generella informationslösningar för att genomföra de uppdrag som myndigheten har fått om att förbättra informationen.

Även andra aktörer än Försäkringskassan skulle kunna stötta och komplettera arbetsgivarna i rehabiliteringen

Det är inte bara Försäkringskassan som kan bidra till att arbetsgivarna tar sitt ansvar för att rehabilitera de anställdas nedsatta arbetsförmåga. De fackliga organisationerna och ombuden samt företagshälsovården har också viktiga roller. Men deras möjligheter att hjälpa till är begränsade och de har begränsats ännu mer sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget.

Genom sin roll som ombud för den anställda kan fackliga företrädare bidra med andra perspektiv i rehabiliteringsprocessen än arbetsgivaren. Även intervjupersoner från arbetsgivarorganisationerna anser att facken kan vara ett stöd i rehabiliteringen. Men vår granskning

visar att facken inte verkar involveras i den utsträckning som var tanken med samordningsuppdraget. Försäkringskassan har inte heller styrt för att få de fackliga ombuden mer delaktiga i rehabiliteringen.

För att kunna ta sitt ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering kan arbetsgivare ta stöd av företagshälsovården. Företagshälsovården har förutsättningar att kombinera både arbetsgivares perspektiv och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Vi bedömer att det är centralt för att kunna samordna de två aktörernas åtgärder. Regeringen betonade också betydelsen av företagshälsovården när Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag 1992. Men sedan dess har företagshälsovården begränsats.

1 Inledning

Rehabilitering av personer som har fått sin arbetsförmåga nedsatt är viktig inom flera av våra socialförsäkringar, och framför allt inom sjukförsäkringen. Samordningsuppdraget brukar beskrivas som ett av Försäkringskassan två huvuduppdrag. Det andra är att besluta om rätten till ersättning.¹ Genom samordningsuppdraget har myndigheten ”en initiativroll och ett samordningsansvar för rehabiliteringen” av personer som har fått sin förmåga att arbeta nedsatt av sjukdom.² Ett sådant ansvar har Försäkringskassan haft länge. Men det nuvarande samordningsuppdraget fick myndigheten i och med den så kallade rehabiliteringsreformen 1990–1992.³ Bakgrunden var att sjukfrånvaron ökade och att regeringen ville att fler skulle arbeta för att kunna försörja sig och bidra till samhället.⁴

Vi befinner oss återigen i en period där sjukskrivningarna förväntas öka och både regeringen och Försäkringskassan betonar behovet av samordning och rehabilitering.⁵ Med den här rapporten vill vi bidra med en djupare förståelse av de utmaningar som samordningsuppdraget innebär. Vi har därför undersökt hur utmaningarna har sett ut sedan Försäkringskassan fick uppdraget. Vi har både undersökt utmaningarna för Försäkringskassan och för de två centrala aktörer vars åtgärder Försäkringskassan ska samordna vid rehabiliteringen av anställda: hälso- och sjukvården och arbetsgivarna. Syftet har inte varit att granska vare sig Försäkringskassan eller övriga aktörer.

¹ Se t.ex. SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 98.

² Prop. 1990/91:141, *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*, s. 49.

³ Prop. 1990/91:141, s. 49.

⁴ Prop. 1989/90:62, *om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet, m.m.*, s. 58.

⁵ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, utgiftsområde 10, s. 30–32; Försäkringskassan, *Hur åstadkomma en över tid korrekt, effektiv och enhetlig förvaltning av sjukförsäkringen*. PMi 2023:1.

1.1 Försäkringskassans samordningsuppdrag

Såväl Försäkringskassan som andra aktörer använder ofta begreppet samordningsuppdraget. Men det begreppet finns inte definierat i vare sig lagtexten eller i förarbeten.⁶ När vi använder begreppet i denna rapport menar vi det uppdrag som Försäkringskassan fick genom lagändringar 1990 och 1992. Reformen inleddes 1990 med att de dåvarande självständiga regionala försäkringskassorna fick rätt att köpa tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering.⁷ Två år senare införde regeringen ett antal krav på Försäkringskassan.⁸ Försäkringskassans möjligheter att köpa tjänster har förändrats sedan dess. Men i stort är uppdraget detsamma.

Socialförsäkringsbalken innehåller flera krav på Försäkringskassan som rör rehabilitering och som i vår definition tillsammans utgör det som Försäkringskassan och andra aktörer kallar samordningsuppdraget. Försäkringskassans samordningsuppdrag gäller personer som är försäkrade för bosättnings- eller arbetsbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken.⁹ Dessa personer har rätt till rehabiliteringsåtgärder.¹⁰

Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringen.¹¹ Eftersom Försäkringskassan inte genomför några egna rehabiliteringsåtgärder så innebär det i praktiken att Försäkringskassan behöver samordna de aktörer som utför åtgärderna.

Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med individen och de ska utgå från hens egna förutsättningar och behov.¹² Försäkringskassan ska i samråd med individen se till att hens behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av personen vidtas.¹³ Om individen medger det ska Försäkringskassan samverka med hens arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården samt berörda myndigheter, och verka för att dessa organisationer och myndigheter vidtar de åtgärder

⁶ Försäkringskassan, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*. 2023-02-14.

⁷ Prop. 1989/90:62, bilaga 1, s. 8.

⁸ Prop. 1990/91:141.

⁹ 23 kap. 4 § första stycket, 5 kap. 9 § 7 och 6 kap. 6 § 4 socialförsäkringsbalken (SFB).

¹⁰ 30 kap. 2 § SFB.

¹¹ 30 kap. 8 § SFB.

¹² 30 kap. 3 § SFB.

¹³ 30 kap. 9 § SFB.

inom respektive verksamhetsområden som behövs för en effektiv rehabilitering.¹⁴ Försäkringskassan har också ansvar för att se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart som det är möjligt av medicinska och andra skäl.¹⁵

Syftet med den rehabilitering som Försäkringskassan ska samordna ska vara att en person som har blivit sjuk ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig genom arbete.¹⁶ Det finns inte något krav på hur mycket sjukdomen ska ha minskat arbetsförmågan eller på att personen har ersättning från Försäkringskassan. Det innebär att Försäkringskassan ansvarar för att samordna rehabiliteringen till dess att individen har återfått den arbetsförmåga som är möjlig för hen att uppnå.

1.1.1 Behovet av samordningsuppdraget kommer av det uppdelade ansvaret för rehabilitering

För att se till att rehabiliteringsprocessen blir sammanhängande och effektiv för individer som har fått nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom behöver åtgärderna samordnas. I grunden handlar det om att navigera i det komplexa nätverket av olika ansvariga parter och se till att individen får det stöd och de insatser som krävs för att hen ska få tillbaka sin arbetsförmåga. Samordningen ska minska risken för att de olika aktörernas insatser blir fragmenterade och risken att det inte finns någon som tar helhetsansvaret för individens rehabilitering.

Behovet av samordningsuppdraget är direkt kopplat till hur ansvaret för rehabilitering är uppdelat i Sverige. Socialförsäkringarna har utformats utifrån att andra aktörer än Försäkringskassan ansvarar för att behandla och rehabilitera försäkrade individer.¹⁷ Anställda personer som har fått nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan generellt sett behöva stöd av följande aktörer:

- arbetsgivare, som har ansvar för att anpassa arbetsuppgifter samt arbetsmiljö och för att rehabilitera anställda, men detta ansvar är ofta begränsat till åtgärder som går att genomföra på arbetsplatsen

¹⁴ 30 kap. 10 § SFB.

¹⁵ 30 kap. 11 § SFB.

¹⁶ 29 kap. 2 § SFB.

¹⁷ SOU 1958:17, *Socialförsäkring och rehabilitering*, s. 31.

- hälso- och sjukvården, som har ansvar för medicinsk rehabilitering och att ge den vård som krävs för att en individ ska återhämta sig från en sjukdom eller en skada
- Försäkringskassan, med sitt ansvar för sjukförsäkringen och för att bedöma om en person har rätt till bland annat sjukpenning och rehabiliteringsersättning och för att betala ut dessa ersättningar, har även ansvar för att utöva tillsyn och samordna de aktörer som ansvarar för insatserna.

Det finns andra aktörer som kan vara viktiga i olika situationer, men som vi inte har tagit med i vår granskning. Arbetslösa personer kan även behöva stöd av Arbetsförmedlingen. Det kan även anställda behöva i vissa fall, exempelvis om de behöver byta arbete på grund av sin sjukdom. Personer vars arbetsförmåga begränsas av social problematik kan även behöva stöd av kommunernas socialtjänst.

Den uppdelade strukturen gör att ingen enskild aktör har en helhetsbild eller det fulla ansvaret för rehabiliteringsprocessen. Aktörerna kan därför behöva samordnas för att de insatser som individen behöver för sin rehabilitering ska genomföras i tid och på rätt sätt. Därför fick Försäkringskassan samordningsuppdraget.

1.1.2 Staten och Försäkringskassan har ett ansvar

Ett centralt argument för att Försäkringskassan ska ha samordningsuppdraget är att staten har ett ansvar för och ett intresse av att hålla sjukfrånvaron så låg som möjligt. Då behöver staten också ta ansvar. Eftersom Försäkringskassan är ansvarig för socialförsäkringen är det naturligt att myndigheten har ett sådant samordningsuppdrag. Dessutom är de ersättningar som Försäkringskassan administrerar ofta avgörande för försörjningen under tiden som en person med nedsatt arbetsförmåga rehabiliteras.

Ytterligare argument är att Försäkringskassan som statlig myndighet kan skapa den trygghet och den legitimitet som kan krävas när olika aktörer med olika mål ska försöka samarbeta. Som myndighet skulle Försäkringskassan också kunna fungera som garant för att individens rättigheter tas tillvara.

1.2 Syftet med rapporten

Syftet med den här rapporten är att ge en översikt av Försäkringskassans samordningsuppdrag och de utmaningar det innebär för myndigheten och de två centrala aktörer som Försäkringskassan ska samordna: hälso- och sjukvården och arbetsgivarna.

Försäkringskassans samordningsuppdrag debatteras med jämna mellanrum. Regeringen har påpekat att uppdraget är viktigt för att motverka långvariga sjukskrivningar.¹⁸ Både Försäkringskassan och ISF har kritiserat Försäkringskassans arbete med detta uppdrag.¹⁹ Bristerna i hur Försäkringskassan har hanterat samordningsuppdraget har också varit ett viktigt skäl bakom hur Försäkringskassan har valt att omorganisera hanteringen av sjukförsäkringen.²⁰

Försäkringskassan har haft uppdraget sedan 1992 och uppdraget är mer eller mindre oförändrat sedan dess. Statskontoret anser därför att det är anmärkningsvärt att Försäkringskassan fortfarande inte har bättre kunskap om hur de ska genomföra detta arbete på ett effektivt sätt, även med hänsyn till att samordningsuppdraget är komplext och inte tydligt definierat i lagen.²¹ Därför vill vi bidra till förståelsen för varför det har varit svårt för myndigheten att sköta detta uppdrag. För att kunna uppnå syftet med rapporten besvarar vi följande frågor:

1. Vilken är bakgrunden till samordningsuppdraget?
2. Hur har förutsättningarna för uppdraget förändrats genom åren?
3. Vilka utmaningar medför uppdraget för Försäkringskassan?
4. Vilka utmaningar medför uppdraget för hälso- och sjukvården och arbetsgivarna?

¹⁸ Se t.ex. regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Försäkringskassan, S2023/03257, s. 2–3.

¹⁹ ISF, *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan*, Rapport 2018:16; Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*, PM2022:2.

²⁰ Statskontoret, *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen*. Slutrapport 2023:6.

²¹ Statskontoret, slutrapport 2023:6, s. 30.

1.3 Avgränsningar och begrepp

Försäkringskassans samordningsuppdrag gäller både anställda och arbetslösa, men vi har avgränsat oss till anställda. En anledning till avgränsningen är att majoriteten av de som är sjukskrivna har en anställning. När det gäller anställda skiljer sig Försäkringskassans samordningsuppdrag ganska mycket från hur uppdraget ser ut gentemot exempelvis Arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänster.

Vi har fokuserat på hur samordningsuppdraget fungerar när personer har en tillsvidareanställning. Det finns delvis andra utmaningar som inte är lika vanliga men ofta mer problematiska för arbetslösa, personer som behöver stöd från socialtjänsten eller personer med mer komplicerade anställningar. Dessa utmaningar kräver en separat undersökning. Vi har valt att fokusera på grundproblemen eftersom de sannolikt är gemensamma för de flesta individer. Därmed har vi också fångat upp de tre områden med olika förutsättningar som samordningsuppdraget berör: myndigheter, hälso- och sjukvård samt arbetsgivare.²²

När det gäller Försäkringskassan har vi avgränsat vår analys till hur myndigheten hanterar sjukpenning. Samordningsuppdraget gäller även andra förmåner och ersättningar, till exempel arbetsskade-försäkringen. Men samordningsuppdraget utformades utifrån behov och krav i sjukförsäkringen. Det är också fortfarande i förhållande till sjukförsäkringen som samordningsuppdraget i huvudsak är aktuellt, och då framför allt i förhållande till sjukpenningen.

Vi har dessutom fokuserat på hur Försäkringskassan hanterar samordningen av rehabilitering i enskilda fall. Utöver det har Försäkringskassan ett övergripande ansvar för det som myndigheten kallar den strukturella samverkan som vi inte har granskat. Det ansvaret innebär att Försäkringskassan ska verka för att det finns en fungerande organisation för att de olika aktörerna i rehabiliteringsprocessen ska kunna samverka med varandra i rehabiliteringsfrågor.²³

När vi beskriver personer vars rehabilitering Försäkringskassan ansvarar för att samordna så menar vi försäkrade personer. Men för läsbarhetens skull skriver vi antingen bara person, individ eller

²² Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000, s. 13.

²³ Prop. 1990/91:141, s. 50; Försäkringskassan, 2023-02-14, s. 6–7.

enskild. Vi kan också använda begreppen sjukskriven om en person får sjukpenning, eller anställd alternativt patient om det är som anställd eller patient som vi beskriver personen.

Vi använder begreppet utredare i rapporten för att beskriva de medarbetare på Försäkringskassan som arbetar med att handlägga sjukpenningen. Försäkringskassans nuvarande namn på yrkesrollen är försäkringsutredare, och innan dess var namnet bland annat personlig handläggare.

Innan 2005 administrerades socialförsäkringarna av 21 självständiga regionala försäkringskassor. När de fick samordningsuppdraget var de 25. När vi skriver försäkringskassor är det dessa vi syftar på.

1.4 Vi har undersökt samordningsuppdraget med dokumentstudier och intervjuer

En central del av vår granskning har varit att sammanställa både bakgrunden till samordningsuppdraget och vad som hänt sedan Försäkringskassan fick det 1990–1992. Här har dokumentstudier varit vår viktigaste informationskälla. Dokumentstudierna har också gett oss en bild av hur uppdraget fungerar i dag.

Andra viktiga delar i vår granskning har varit förarbetena i form av statliga utredningar samt regeringens propositioner till både samordningsuppdraget och när det gäller de dåvarande försäkringskassornas tidigare ansvar. Vi har också kartlagt statliga utredningar som berör samordningsuppdraget, även om förslagen inte har lett till några förändringar. Det har gett oss en bild av hur uppdraget har problematiserats över tid. Här har även remissvar och myndighetsrapporter varit viktiga. Eftersom syftet med vår granskning har varit att även fånga upp utmaningar för hälso- och sjukvården och arbetsgivare har vi inkluderat rapporter om vad som påverkar dessa aktörers möjligheter att genomföra åtgärder för att personer ska återfå sin arbetsförmåga, och studier av vilka effekter som olika typer av åtgärder kan ha. För att granska hur de olika aktörerna har tänkt sig arbetet med rehabilitering och med att samordna den så har vi använt riktlinjer, vägledningar, processbeskrivningar och andra liknande dokument.

Som ett komplement till dokumentstudierna har vi dels ställt skriftliga frågor per mejl till Försäkringskassan och till Inspektionen för vård och omsorg, dels genomfört intervjuer mellan januari och september 2024. Frågorna har i stora drag rört Försäkringskassans samordningsuppdrag, hur rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga fungerar, hur aktörerna arbetar med dessa frågor och de utmaningar som de ser. Vi har genomfört dessa intervjuer både i grupp och enskilt. Sammantaget har vi intervjuat 25 tjänstepersoner vid 18 tillfällen, varav två av intervjuerna kompletterade tidigare intervjuer. Vi har även kompletterat en av intervjuerna skriftligt.

En grundtanke med intervjuerna har varit att få en så bred bild som möjligt av arbetet med samordningsuppdraget, rehabilitering och därmed förknippande utmaningar. Vi har därför intervjuat personer från flera olika organisationer, som på olika sätt har ansvarat för frågor som rör Försäkringskassans samordningsuppdrag inom respektive organisation. Vi har intervjuat tjänstepersoner från Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Landsorganisationen i Sverige (LO), Sveriges Kommuner och Regioner (en från arbetsgivarsidan och en från hälso- och sjukvårdssidan), Småföretagarna, Socialstyrelsen och Svenskt Näringsliv.

Dessutom har vi intervjuat en grupp med läkare, arbetsterapeuter, psykologer och psykiatrer som arbetar med sjukskrivningsrelaterade frågor som rör psykisk sjukdom. Vi har också intervjuat en arbetsterapeut och en läkare som arbetar med sjukskrivningsrelaterade frågor som rör rörelseorganens sjukdomar, samt tre rehabiliteringskoordinatorer. Slutligen har vi intervjuat två skyddsombud och en enhetschef i kommunal förvaltning.

Dessa personer benämner vi i vissa fall intervjupersoner. Vi har återgett citat från intervjuerna så ordagrant som möjligt. Men vi har rättat mindre grammatiska fel för att underlätta läsningen.

1.5 Disposition

I kapitel två redogör vi för bakgrunden till Försäkringskassans samordningsuppdrag och hur förutsättningarna för uppdraget har förändrats sedan myndigheten fick det. Vi redogör också kortfattat för kritik och förslag från statliga utredningar som rör uppdraget, samt

hur det kommer sig att uppdraget trots det fortfarande i stort sett ser ut som när Försäkringskassan först fick det.

I kapitel tre redogör vi för de begränsade förutsättningar som Försäkringskassan har att ta hand om sitt samordningsuppdrag.

I kapitel fyra och fem redogör vi för att samordningsuppdraget inte är anpassat till hälso- och sjukvårdens respektive arbetsgivares förutsättningar.

I det sjätte kapitlet resonerar vi om vad de olika utmaningarna innebär för samordningsuppdraget och dess syfte.

2 Uppdraget har inte förändrats trots kritik och ändrade förutsättningar

I det här kapitlet går vi igenom bakgrunden till och syftet med Försäkringskassans samordningsuppdrag. Vi visar att behoven av rehabilitering samt problemen och hindren i stort sett har varit de samma sedan 1950-talet. Däremot ändrades syftet med rehabiliteringen av nedsatt arbetsförmåga delvis i och med att samordningsuppdraget infördes 1992. Den förändringen är viktig för att förstå samordningsuppdraget och dess funktion.

- Redan innan det nuvarande samordningsuppdraget infördes hade de dåvarande försäkringskassorna ansvar för att samordna rehabiliteringen. Det ansvaret präglades av fokus på att samordna offentliga aktörer och av att rehabilitering var ett sätt för staten att begränsa kostnaderna för den generösa sjukförsäkringen. Se avsnitt 2.1.
- Samordningsuppdraget var en del av regeringens försök att föra in arbetslinjen i socialförsäkringarna. Uppdraget förändrade framför allt rollerna för individen, arbetsgivarna och hälso- och sjukvården. Bland annat skulle uppdraget kompensera för åtstramningar i rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Se avsnitt 2.2.
- Sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget har det blivit svårare att hantera på grund av att förutsättningarna har ändrats. Bland annat har sjukförsäkringen stramats åt, allt större andel av de sjukskrivna lider av psykisk sjukdom och situationen på arbetsmarknaden verkar vara svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga. Se avsnitt 2.3.

- Statliga utredningar har med jämna mellanrum kritiserat samordningsuppdraget och föreslagit olika förändringar. Se avsnitt 2.4.
- Trots kritiken och de förändrade förutsättningarna är samordningsuppdraget i stort sett detsamma som det var när försäkringskassorna först fick det. Se avsnitt 2.5.

2.1 Det tidigare ansvaret fokuserade på offentliga aktörer och den generösa sjukförsäkringen

Redan innan dagens samordningsuppdrag infördes i början av 1990-talet hade de dåvarande försäkringskassorna ett samordningsuppdrag. Sjukförsäkringen hade blivit generösare vilket gav förutsättningar för mer rehabilitering. Men det krävde också mer rehabilitering eftersom det var så staten kunde begränsa kostnaderna för sjukförsäkringen. Tanken var att samordningen skulle åtgärda flera olika problem. Men samma problem har sedan dess fortsatt att präglade diskussionerna om samordningsuppdraget.

2.1.1 Innan det nuvarande uppdraget riktade ansvaret in sig på hälso- och sjukvården och myndigheter

I regeringens förslag 1991 om Försäkringskassans nuvarande samordningsuppdrag konstaterade regeringen att Försäkringskassan redan hade ansvar för samordning.²⁴ Den tidigare samordningen fokuserade på hälso- och sjukvården och myndigheter med ansvar för arbetsmarknadsfrågorna.

Försäkringskassornas ansvar för rehabilitering framgick av lagstiftning. Lagen om allmän försäkring från 1963 gav de dåvarande försäkringskassorna ansvar för att spåra upp rehabiliteringsfall. Försäkringskassorna skulle då undersöka om det fanns skäl att genomföra åtgärder för att förkorta sjukdomstiden eller för att helt eller delvis häva nedsättningen av personens arbetsförmåga. Dessutom skulle försäkringskassorna se till att åtgärderna genom-

²⁴ Prop. 1990/91:141, om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m., s. 37.

fördes.²⁵ Försäkringskassorna ansvarade för att det skulle finnas rehabiliteringsgrupper. Där skulle de samverka med hälso- och sjukvården samt olika myndigheter och samhällsorgan som länsarbetsnämnder, socialtjänst och Arbetsförmedlingen.²⁶ I grupperna behövde försäkringskassorna alltså varken involvera arbetsgivare eller personen själv.

2.1.2 Den generösa sjukförsäkringen både möjliggjorde och krävde mer rehabilitering

Bakgrunden till försäkringskassornas ansvar för rehabilitering var den alltmer generösa socialförsäkringen, och då särskilt sjukförsäkringen. Från 1950-talet till 1990-talet expanderade välfärdspolitiken, och sjukförsäkringen med den.²⁷ Utvidgningen var ett sätt för staten att hantera förändringen av den svenska arbetsmarknaden under decennierna efter andra världskriget. De som inte klarade av arbetsmarknadens nya krav kunde få ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.²⁸

Den allmänna sjukförsäkringen infördes 1955. Då betonade regeringen att det behövs både rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter. Reformen ökade försäkringskassornas möjligheter att identifiera de som behövde rehabilitering, eftersom den innebar att försäkringskassorna i princip skulle kunna känna till alla sjukdomsfall.²⁹ Samtidigt innebar den alltmer generösa sjukförsäkringen att statens kostnader ökade. Staten kunde i princip bara begränsa dessa kostnader genom att rehabilitera personers nedsatta arbetsförmåga. Fungerande rehabilitering blev på så sätt ett villkor för en generösare sjukförsäkring.³⁰

²⁵ Dåvarande 4 kap. 2 § lagen (1963:381) om allmän försäkring (AFL), (se prop. 1962:90, s. 21) och 2 kap. 11 § AFL fr.o.m. 1976 (prop. 1975/76:133, s. 54, SFU 1975/76:30, rskr. 1975/76:283).

²⁶ 2 och 4 §§ Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper hos allmän försäkringskassa.

²⁷ IFAU, *Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden*. Rapport 2007:4, kapitel 3.

²⁸ IFAU, Rapport 2007:4, kapitel 3; SOU 2021:69, *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*, s. 224; Försäkringskassan, *Arbetslinjens återkomst?* Socialförsäkringsrapport 2009:3, s. 66; ISF, *Möjligheter till tidig pensionering*. Rapport 2021:7.

²⁹ SOU 1958:17, *Socialförsäkring och rehabilitering*, s. 7–8.

³⁰ SOU 1958:17, s. 24.

En grund för den svenska socialförsäkringen var att samhället hade tagit ansvar för att det fanns tillgång till medicinsk och annan rehabilitering.³¹ Därför behövde försäkringskassorna, hälso- och sjukvården och de organisationer som ansvarade för rehabilitering för arbetslivet samverka på ett smidigt sätt.³² De dåvarande försäkringskassorna fick därför krav på sig att bland annat pröva behov av arbetslivsinriktad rehabilitering senast efter 90 dagar efter att en person hade blivit sjukskriven och ha samarbetslag med representanter för de aktörer som hade ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.³³

2.1.3 De problem som samordningen skulle åtgärda kvarstår

Både regeringen och statliga utredningar hoppades att försäkringskassornas samordning skulle kunna hantera utmaningar som kom med att den allmänna sjukförsäkringen infördes. Men dessa utmaningar har fortsatt att lyftas fram i diskussioner om samordningsuppdraget. De centrala utmaningar som samordningen skulle bidra till att hantera var följande:

- Bristande resurser inom den medicinska rehabiliteringen hade lett till att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte kom i gång tillräckligt tidigt. Därför var det viktigt att samordna hälso- och sjukvården och de aktörer som ansvarade för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
- Att sjukförsäkringen infördes innebar att det blev viktigt att fokusera på individens förmåga i stället för hens oförmåga samt att ta tidiga kontakter för att minska konsekvenserna av sjukdomen.
- Försäkringskassornas samordning skulle också underlätta rehabiliteringen av de långtidssjukskrivna som ansågs

³¹ SOU 1958:17, s. 31.

³² SOU 1958:17, s. 7–8.

³³ SOU 1958:17, s. 28 och 60; dåvarande 4 kap. 2 § AFL och fr.o.m. 1976 2 kap. 11 § AFL, se prop. 1962:90, s. 21 och prop. 1975/76:133, *om utbyggnad av föräldraförsäkringen m.m.*, s. 54 (SfU 1975/76:30, rskr 1975/76:283); 2–4 §§ Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1979:1) om rehabiliteringsgrupper hos allmän försäkringskassa.

innebära de största utmaningarna, bland annat för att det var (och är) vanligare att dessa personer lider av psykiska besvär.

- Ett större fokus på rehabilitering skulle också innebära att försäkringskassornas kontroll av rätten till ersättning kunde kompletteras med mer positiv verksamhet.
- Men det större fokuset på rehabilitering innebar också nya kompetenskrav som påverkade både vem som försäkringskassorna behövde rekrytera och behovet av utbildning av existerande personal.³⁴

Likande problembeskrivningar togs sedan upp som anledningar till både att försäkringskassornas dåvarande ansvar för att samordna rehabilitering byttes ut mot det nuvarande samordningsuppdraget och till efterföljande kritik av även det uppdraget. Det redogör vi för i följande avsnitt.

2.2 Samordningsuppdraget innebar förändrade roller för individen, arbetsgivare och hälso- och sjukvården

I det här avsnittet sätter vi samordningsuppdraget i ett större sammanhang för att visa vad syftet var.

- Samordningsuppdraget var en del av arbetslinjen, med målet att minska kostnader och ge fler möjlighet att försörja sig själva genom arbete (avsnitt 2.2.1).
- Samordningsuppdraget skulle bidra till att försäkringskassorna prioriterade rehabilitering högre, men uppdraget innebar inte någon större skillnad för deras ansvar (avsnitt 2.2.2).
- I stället låg den stora skillnaden i synen på individens, arbetsgivares och hälso- och sjukvårdens roller (avsnitt 2.2.3).
- De förändrade rollerna för arbetsgivare och individen skulle ge försäkringskassorna en mer aktiv och offensiv roll. Försäkringskassorna skulle bli ett ombud för individen och på

³⁴ SOU 1958:17, s. 9, 11–12, 19 och 31.

så sätt kompensera för att rätten till ersättning hade stramats åt (avsnitt 2.2.4).

2.2.1 Samordningsuppdraget var en del av arbetslinjen

Efter perioden med expanderade välfärdspolitik och sjukförsäkring 1950–1980 ändrades både välfärdens och sjukförsäkringens syfte. Från 1990-talet har syftet framför allt blivit att skapa drivkrafter för den enskilda personen att arbeta i stället för att leva på bidrag och ersättningar.³⁵ Samordningsuppdraget var en del i denna utveckling när regeringen ville införliva arbetslinjen i socialförsäkringarna.³⁶ Det syftet gäller fortfarande.³⁷

Arbetslinjen innehåller mål om full sysselsättning och att personer hellre ska få hjälp till sysselsättning än ekonomisk ersättning. Under 1980-talet ökade både sjuktagen och arbetsskadeanmälningarna. Enligt regeringen behövde därför arbetsmiljön förbättras. Men regeringen ville också välja en väg bort från långvarigt bidragsberoende av socialförsäkringen och i stället göra radikala, aktiva insatser.³⁸

Arbetslinjen krävde enligt regeringen att socialförsäkringen och särskilt sjukförsäkringen renodlades. Därför begränsade de möjligheten att ta hänsyn till annat än sjukdom i bedömningen av rätten till ersättning. Regeringen ansåg att det inte var förenligt med arbetslinjen att lösa arbetslöshetsproblem genom att varaktigt ställa människor utanför arbetslivet. De ansåg att arbetslöshetsproblemen skulle lösas inom arbetsmarknadspolitikens ramar och inte inom socialförsäkringssystemet.³⁹ Regeringen ville även att försäkringskassorna skulle förstärka kontrollen av rätten till ersättning.⁴⁰

Men arbetslinjen innebar inte bara att strama åt sjukförsäkringen. Den utslagning som regeringen ansåg att sjukförsäkringen kunde innebära var ett problem både för individen och för samhället i form av att

³⁵ IFAU, *Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden*. Rapport 2007:4, kapitel 4.

³⁶ Prop. 1990/91:141, s. 35–36 och 77.

³⁷ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, utgiftsområde 10, s. 31.

³⁸ Prop. 1989/90:62, *om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet, m.m.*, s. 3–6.

³⁹ Prop. 1989/90:62, s. 51.

⁴⁰ Prop. 1989/90:62, s. 14–16.

produktion föll bort. Regeringen ville därför öka möjligheterna för personer att återgå i arbete. Ett första led var att ge de dåvarande försäkringskassorna möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.⁴¹

Förarbetena beskriver att enskilda personer hade små möjligheter att skynda på sin rehabilitering. Varje rehabiliteringsaktörer fokuserade på sin egen verksamhet och sina egna mål. Därför behövdes nytänkande. Arbetsgivare, myndigheter och enskilda individer behövde se värdet av allas rätt till arbete och aktivt bidra till att minska onödig frånvaro. Myndigheterna skulle ändra perspektiv från passivt bidragstänkande till aktiverande och arbetsskapande insatser.⁴²

Enligt förslaget om det nuvarande samordningsuppdraget ansåg regeringen att långtidssjukskrivningarna hade ökat på grund av bristande resurser och en passivt utformad socialförsäkring. En konsekvens av långtidssjukskrivningarna var att personerna förlorar anknytningen till arbetsplatsen vilket minskar deras möjlighet att återgå i arbete. Förslaget om samordningsuppdraget byggde på en stark tilltro till arbetsplatsens möjligheter, en aktiv socialförsäkring och en starkare ställning för de dåvarande försäkringskassorna. Enligt regeringen var målet med rehabiliteringen att den anställda skulle få behålla sitt arbete, eller åtminstone få vara kvar på sin arbetsplats.⁴³

2.2.2 Samordningsuppdraget innebar inte någon större skillnad i försäkringskassornas ansvar

Utöver begränsade resurser och passiva ersättningsformer ansåg regeringen att försäkringskassornas tidigare samordningsansvar hade varit oklart. Regeringen ville därför förstärka det. Men någon större skillnad innebar inte deras ansvar, utöver möjligheten att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Skillnaden låg i stället framför allt i att regeringen ville ge arbetsgivaren större ansvar och förstärka individens drivkrafter. Med samordningsuppdraget ville regeringen få försäkringskassorna att prioritera samordningsuppdraget högre.⁴⁴ Det har sedan dess varit ett återkommande tema i diskussioner om samordningsuppdraget fram till i dag.

⁴¹ Prop. 1989/90:62, s. 5 och 51.

⁴² SOU 1990:49, *Arbete och hälsa*, s. 58 och 91.

⁴³ Prop. 1990/91:141, s. 36–37.

⁴⁴ Prop. 1990/91:141, s. 37.

En bakgrund till samordningsuppdraget var att besparingarna inom socialförsäkringens administration hade lett till att försäkringskassorna hade låtit arbetet med rehabilitering stå tillbaka.⁴⁵ Enligt förarbetena var det naturligt att försäkringskassorna prioriterade bedömningarna av rätten till ersättning, eftersom de hade avgörande betydelse för de sjukskrivnas försörjning. Det märktes inte lika tydligt när Försäkringskassan minskade sitt rehabiliteringsarbete som om ersättningen skulle dröja. Men det påverkade sjuktalen. Många utredare upplevde att väntetiderna på rehabiliteringsåtgärder var långa och att arbetsgivarna saknade lämpliga sysselsättningar. Det ledde till att rehabiliteringen ofta misslyckades och att de sjukskrivna i stället fick förtidspension (nuvarande sjukersättning).⁴⁶

2.2.3 Den stora skillnaden låg i synen på personens, arbetsgivarens och hälso- och sjukvårdens roller

Även om samordningsuppdraget inte innebar någon större skillnad i försäkringskassornas ansvar innebar den reform som uppdraget var en del av en ny syn på personens, arbetsgivarens och hälso- och sjukvårdens roller. Syftet med reformen var att ge

- den enskilda personen starkare drivkrafter och tydligare ansvar för att delta i rehabilitering
- arbetsgivarna ett större ansvar
- hälso- och sjukvården både en mer begränsad roll och samtidigt ett större ansvar.

Individen skulle få tydligare ansvar och starkare drivkrafter att delta i rehabilitering

En av de stora skillnaderna mot försäkringskassornas tidigare samordningsansvar var den enskilda personens roll. Enligt det nuvarande uppdraget ska Försäkringskassan planera rehabiliteringsåtgärderna i samråd med personen och utgå från hens individuella förutsättningar och behov.⁴⁷ Men Försäkringskassans samordningsuppdrag utgår också från att personen själv inte kan identifiera de

⁴⁵ SOU 1988:41, *Tidig och samordnad rehabilitering*, s. 78–79.

⁴⁶ SOU 1988:41, s. 78–79.

⁴⁷ 30 kap. 3 § socialförsäkringsbalken (SFB), jfr prop. 1990/91:141, s. 47–48.

behov som hen kan ha av rehabilitering och anpassning. Med hjälp av egen kunskap, men kanske framför allt de andra aktörernas, förväntas Försäkringskassan identifiera möjliga åtgärder som kan leda till att personen återgår i arbete även om hen själv inte har uppmärksammat dem. Försäkringskassans uppdrag är också att motivera personen att delta i rehabilitering även om hen själv inte prioriterar det. Bland annat kan Försäkringskassan dra in ersättning om en person utan giltig anledning vägrar att medverka till behandling och rehabilitering.⁴⁸

En annan skillnad är att möjligheterna att motivera individen att delta i rehabilitering skulle öka genom den nya rehabiliteringsersättningen, som infördes samtidigt som samordningsuppdraget. Enligt regeringen förstärkte ersättningen arbetslinjen i välfärdspolitiken genom att det var en aktiv ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering.⁴⁹

Rehabiliteringsersättningen består av bidrag för kostnader under rehabilitering och av en rehabiliteringspenning som den sjukskrivna får i stället för sjukpenning under tiden som hen medverkar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Rehabiliteringspenningen skulle ge högre ersättning än sjukpenningen, som då ersatte 90 procent av personens sjukpenninggrundande inkomst. Rehabiliteringspenningen skulle ersätta hela.⁵⁰ Det skulle ge den sjukskrivna ekonomisk drivkraft att delta i åtgärderna.⁵¹

Rehabiliteringsersättningen skulle enligt utredningen också ge psykologisk effekt. Namnet speglade den process som personen var i bättre än tidigare, vilket skulle skapa större insikt, aktivitet och engagemang från såväl de rehabiliteringsansvariga som personen själv.⁵²

Dessutom fick personen uttalat ansvar för att medverka i utredningen och lämna information. Om personen utan giltig anledning inte gör det eller inte deltar i en rehabiliteringsåtgärd kan hen bli av med sin ersättning.⁵³

⁴⁸ 110 kap. 57 § SFB, jfr prop. 1990/91:141, s. 48.

⁴⁹ Prop. 1990/91:141, s. 36.

⁵⁰ Prop. 1990/91:141, s. 60–65.

⁵¹ Prop. 1990/91:141, s. 63; SOU 1988:41, s. 286–287.

⁵² Prop. 1990/91:141, s. 60.

⁵³ Prop. 1990/91:141, s. 90.

Arbetsgivarna fick större ansvar

Arbetslinjen innebar att även arbetsgivarna skulle ta större ansvar. Cirka 85 procent av de långtidssjukskrivna hade då en anställning. Enligt förarbetena var det självklart att arbetsgivarna fick huvudansvaret för sjukfrånvaro och rehabilitering. Samtidigt som samordningsuppdraget infördes fick arbetsgivarna ansvar för att göra en arbetsplatsutredning för att klargöra de anställdas behov av rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Tillsammans med berörd facklig organisation ska arbetsgivaren bland annat identifiera rehabiliteringsbehovet och så snabbt som möjligt genomföra åtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Dessutom ändrades arbetsmiljölagen så att det går att kräva att arbetsgivaren anpassar arbetsuppgifter och arbetsmiljön för alla anställda samt underlättar återgången i arbete.⁵⁴

Dessutom fick arbetsgivarna ansvar för de första 14 dagarna av de anställdas sjukskrivning genom sjuklöneperioden. Syftet var att öka arbetsgivarnas ekonomiska intresse av att ta sitt ansvar för arbetsmiljön och de anställdas hälsa. Dessutom skulle det avlasta försäkringskassorna så att de kunde förstärka arbetet med rehabilitering och långtidssjukskrivna.⁵⁵

Hälso- och sjukvården fick större ansvar men dess roll problematiserades

Även hälso- och sjukvårdens roll problematiserades. Enligt förarbetena till samordningsuppdraget fanns en betydande risk för att sjukförsäkringen bidrog till att medikalisera arbetsmarknadsmässiga och sociala problem. Läkarna hade en omvittnat svår situation med ökade anspråk från patienter. Det kunde enligt förarbetena innebära att det var lätt att pressa in sociala problem eller arbetslöshet under diagnoser som asteni (svaghet) eller rygginsufficiens.⁵⁶

Enligt förarbetena behövde läkarna ett nytt förhållningssätt. Från att fokus hade legat på om individen hade en tillräcklig arbetsoförmåga för att vara sjukskriven behövde läkarna i stället fokusera på hur arbetsoförmågan kunde avhjälpas. Läkarna skulle inte heller se

⁵⁴ SOU 1988:41, s.183; SOU 1990:49, s. 59–60, 93–95 och 103–111; dåvarande 22 kap. 3 § AFL, prop. 1990/91:141, avsnitt 2.2 och 2.3.

⁵⁵ Prop. 1990/91:181 om sjuklön, m.m., s. 28 och 36–37.

⁵⁶ SOU 1988:41, s. 281.

sjukskrivning som en neutral åtgärd och utredningen betonade riskerna för den som blev sjukskriven, i form av bland annat passivisering.⁵⁷

Ett annat problem var att det inte var möjligt att koppla ihop kostnader för sjukpenning och resurser för olika typer av sjukvård (inklusive förebyggande åtgärder). Försäkringskassorna kunde inte påverka hälso- och sjukvårdens utformning och de dåvarande landstingen hade inte heller någon ekonomisk drivkraft att utforma hälso- och sjukvården för att minska sjukfrånvaron.⁵⁸ Staten rekonstruerade därför bidragen till de dåvarande landstingen för att skapa tydligare incitament för medicinsk rehabilitering inom hela hälso- och sjukvårdsområdet.⁵⁹

Regeringen valde också att föra över 400 miljoner kronor från sjukförsäkringen till hälso- och sjukvården för satsningar på rehabiliterings- och behandlingsarbete. Målet var att reducera flaskhalsar och därmed minska sjuktagen. Regeringen förutsatte att försäkringskassorna och sjukvårdshuvudmännen tillsammans skulle ta fram lämpliga metoder för att kunna följa resultatet av satsningen.⁶⁰

2.2.4 Arbetsgivarens och personens nya roller skulle ge Försäkringskassan möjlighet att vara personens ombud

Samordningsuppdraget skulle enligt regeringen ge de dåvarande försäkringskassorna en mer aktiv och offensiv roll till följd av arbetsgivarnas större ansvar och de sjukskrivnas ökade drivkrafter genom rehabiliteringsersättningen. Regeringen ville att samordningsuppdraget skulle innebära att försäkringskassorna kunde vara ett ombud för de enskilda personerna. Enligt regeringen var det en roll som försäkringskassorna hade haft historiskt.⁶¹

Regeringen ansåg att ombudsrollen var extra viktig på grund av att försäkringskassorna hade fått i uppgift att medverka till att snabbt sänka ohälsotalet.⁶² Bland annat hade försäkringskassornas möjlighet

⁵⁷ SOU 1990:49, s. 59

⁵⁸ SOU 1988:41, s. 200.

⁵⁹ SOU 1990:49, s. 127.

⁶⁰ Prop. 1990/91:51, om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m., s. 21–22.

⁶¹ Prop. 1990/91:141, s. 37.

⁶² Prop. 1990/91:141, s. 37.

att bevilja förtidspension på grund av arbetsmarknadsskäl tagits bort och försäkringskassorna hade fått i uppdrag att förstärka sin kontroll av rätten till ersättning.⁶³ Men enligt regeringen var försäkringskassornas uppgift att vara ombud för de sjukskrivna långsiktig och det var viktigare i arbetet med att sänka ohälsotalet. Regeringen ansåg att minskad sjukfrånvaro genom rehabilitering skulle innebära att de sjukskrivna faktiskt hade återfått sin arbetsförmåga. På samma sätt som när sjukförsäkringen infördes 1955 hoppades regeringen att samordningen av rehabiliteringen skulle fungera som en positiv motvikt mot kontrollen av rätten till ersättning.⁶⁴

2.3 Samordningsuppdraget har blivit svårare för Försäkringskassan

Sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget 1992 har förutsättningarna förändrats. Delar som då var centrala för att förstärka Försäkringskassans roll har tagits bort, andra har förändrats. I det här avsnittet lyfter vi fram faktorer som vi bedömer har bidragit till att uppdraget har blivit svårare för Försäkringskassan:

- Försäkringskassan kan inte längre köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Det gör det svårare för myndigheten att se till att personer får ta del av sådana åtgärder (avsnitt 2.3.1).
- Rehabiliteringspenningen ger inte längre de enskilda personerna ekonomiska incitament att delta i rehabilitering (avsnitt 2.3.2).
- Mycket tyder på att kraven på arbetsmarknaden har höjts. Det kan ha gjort det svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga att återgå i arbete (avsnitt 2.3.3).
- Andelen personer som är sjukskrivna för psykiatriska diagnoser har ökat (avsnitt 2.3.4).

⁶³ Prop. 1989/90:62, s. 14–16 och 50–53.

⁶⁴ Prop. 1990/91:141, s. 37; jfr avsnitt 2.1.1 och SOU 1958:17, s. 31.

- Det har blivit svårare för Försäkringskassan att situationsanpassa sin samordning till följd av att myndigheten sedan 2005 på olika sätt centraliserats och att möjligheten att ta hänsyn till sociala faktorer i rätten till ersättning från sjukförsäkringen togs bort 2008 (avsnitt 2.3.5).
- Försäkringskassan är ofta sist in i och först ut ur rehabiliteringsprocessen efter åtstramningarna av sjukförsäkringen. Det gör det svårare att identifiera de personer som behöver samordnad rehabilitering (avsnitt 2.3.6).

2.3.1 Försäkringskassan kan inte längre köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster

Samordningsuppdraget innebär att Försäkringskassan ska se till att personer så snabbt som möjligt får effektiva rehabiliteringsåtgärder. Men det har blivit svårare eftersom Försäkringskassans möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster togs bort 2008.

Köp av tjänst var den första delen av de reformer som utgjorde samordningsuppdraget

Reformen som Försäkringskassans samordningsuppdrag var en del av inleddes 1990 med att de dåvarande försäkringskassorna fick rätt att köpa tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Bakgrunden till detta var att försäkringskassorna var skyldiga att klarlägga behov av rehabilitering och att se till att åtgärderna blev utförda, men inte hade några resurser för att genomföra rehabiliteringsinsatser. Dessutom fanns det hinder, bland annat i form av väntetider. Försäkringskassorna fick därför börja köpa in tjänster. Kravet var att åtgärderna var direkt nödvändiga för att de anställda skulle återgå i arbete och att de var arbetsinriktade, inte renodlat medicinska.⁶⁵

Försäkringskassans möjlighet att köpa tjänst kritiserades

Försäkringskassans köp kritiserades för att göra det som var syftet med köpen: att hantera gränsdragningsproblem inom den

⁶⁵ Prop. 1989/90:62, bilaga 1, s. 9–10

arbetslivsinriktade rehabiliteringen och för att lösa bristen på resurser. Kritikerna ansåg bland annat att det fanns en risk att arbetsgivarna avvaktade Försäkringskassans åtgärder i stället för att själva ta sitt ansvar. Vissa försäkringskassor använde dessutom medlen för att bekosta medicinsk behandling och rehabilitering eller för att köpa åtgärder till anställda vars arbetsgivare av olika anledningar inte tog sitt rehabiliteringsansvar. Det riskerade enligt kritikerna att urholka ansvarsstrukturen.⁶⁶

Enligt kritiken var det oklart för vilka syften som medlen skulle användas. Därför kunde Försäkringskassans utredare bara utgå från egna erfarenheter. Prioriteringar mellan sjukskrivna och tjänster blev därför beroende av vilken utredare som hade ansvar för ärendet. Kritikerna ansåg därför att denna hantering motverkade kravet på likabehandling inom socialförsäkringen. Köpen varierade också kraftigt mellan olika försäkringskassor. Enligt kritiken fanns det också påtagliga svårigheter för både försäkringskassorna och arbetsgivarna att välja rätt tjänster och producenter. Det behövdes därför skapas både kvalitetsdeklarationer och seriösa utvärderingar.⁶⁷

Regeringen minskade medlen för köp

År 2008 minskade regeringen Försäkringskassans medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Regeringen motiverade minskningen av medlen med att ansvarsfördelningen var otydlig och att det kan ha lett till att personen inte fick åtgärder eller att de blev försenade.⁶⁸ Därför flyttade regeringen över medlen till hälso- och sjukvården.⁶⁹ Regeringen ansåg att det var ett led i att tydliggöra att Försäkringskassans samordningsuppdrag inte innebar att myndigheten skulle genomföra några åtgärder, utan att det ansvaret främst ligger på hälso- och sjukvården och arbetsgivarna.⁷⁰

⁶⁶ SOU 1998:104, *Arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar*, s. 236; Riksrevisionen, *Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering*. RiR 2004:21; Underlagsrapport till SOU 2006:86, *Rehabilitering: ett långt lidandes historia*, Samtal om socialförsäkring nr 10, s. 37–38.

⁶⁷ RiR 2004:21, s. 50.

⁶⁸ Prop. 2007/08:1, *Budgetpropositionen för 2008*, utgiftsområde 10, s. 24.

⁶⁹ Prop. 2007/08:1, utgiftsområde 10, s. 24–25.

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

Svårigheterna försvann inte när Försäkringskassan slutade köpa tjänster

Trots att det är länge sedan Försäkringskassan slutade köpa tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering finns många av de problem som kritiken tog upp kvar. Bristande fokus inom hälso- och sjukvården på att rehabilitera personer med nedsatt arbetsförmåga har problematiserats.⁷¹ Kritiken mot att arbetsgivare inte tar sitt ansvar för sjukfrånvaro, arbetsmiljö och anpassning verkar åtminstone inte ha minskat efter att Försäkringskassan slutade köpa tjänsterna (se avsnitt 5.3). Försäkringskassan har också lyft fram att det finns för stora förväntningar på vad de kan bidra med när det gäller att ordna rehabiliteringsåtgärder.⁷² Flera personer tar också upp detta i våra intervjuer. En av intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket berättar hur arbetsgivare kan uttrycka det:

Då kan arbetsgivare ibland ha sagt att de har sökt stöd på Försäkringskassan men inte fått det. Och ibland tror jag också att deras förhoppning eller kunskaper om vad Försäkringskassan kan göra har kanske varit lite för stor. Eller bristfällig, de har inte riktigt kanske alltid förstått vad deras egen roll är i det här, utan kanske tänkt sig att Försäkringskassan ska lösa mycket.

Även en intervjuperson från Socialstyrelsen anser att det finns missförstånd kring Försäkringskassans ansvar:

Ja, men det jag tänker är viktigt, och som jag ofta tycker att det blir missförstånd kring, det är att Försäkringskassan inte har några egna rehabiliteringsinsatser, utan att de ska samordna andras insatser.

Svårigheterna att avgränsa den arbetslivsinriktade rehabiliteringen från medicinsk rehabilitering finns också kvar.⁷³ Det bekräftar våra intervjuer. Även Försäkringskassan har bland annat förtydligt gränsdragningen med hjälp av ett metodstöd.⁷⁴ Det bristande kunskapsläget och svårigheter att konkretisera målet med samordningsuppdraget

⁷¹ Se t.ex. SOU 2009:49, *Bättre samverkan* och SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*.

⁷² Se t.ex. Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24.

⁷³ Se t.ex. SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, avsnitt 5.4.

⁷⁴ Försäkringskassan, *Metodstöd för hantering av ärenden där den försäkrade ska delta i en insats som kan bedömas vara arbetslivsinriktad rehabilitering*. IM 2024:085.

innebär fortfarande att svårigheter att välja rätt åtgärder och att utredarna behöver utgå från sina egna erfarenheter (se avsnitt 3.3).

Problemet med väntetider när de sjukskrivna får rehabiliteringsåtgärder försvann inte heller när Försäkringskassan slutade köpa tjänster. Även oberoende av köpen är väntetiderna en anledning till att rehabilitering åtminstone initialt kan förlänga sjukfrånvaron, medan den på längre sikt kan minska.⁷⁵ Dessutom kan Försäkringskassan fortfarande beställa de försäkringsmedicinska utredningar som utreder arbetsförmåga och som framför allt kritiserades för väntetider.⁷⁶

2.3.2 Rehabiliteringspenningen ger inte längre ekonomisk drivkraft att delta i åtgärder

En viktig del av reformen som samordningsuppdraget var en del av var att öka incitamenten för de enskilda personerna att delta i rehabilitering, bland annat genom den nya rehabiliteringspenningen (se avsnitt 2.2.3). Men samordningsuppdraget har blivit svårare eftersom rehabiliteringspenningen inte längre ökar incitamenten. När samordningsuppdraget infördes gav rehabiliteringspenningen högre ersättning än vanlig sjukpenning. Men sedan 1996 är ersättningen den samma som för sjukpenning.⁷⁷

Flera rapporter och utredningar visar att Försäkringskassan beviljar få personer rehabiliteringspenning. Antalet har varierat över tid, men det är tydligt att myndigheten använder förmånen allt mindre. Försäkringskassan förändrade sin tillämpning av regelverket efter en av myndighetens rättsliga kvalitetsuppföljningar 2016. Förändringen är en viktig delförklaring till att myndigheten använder rehabiliteringspenning mindre nu än tidigare.⁷⁸ I den rättsliga kvalitetsuppföljningen framgick att utredarna skulle prioritera sådana åtgärder som inte gav sjukskrivna rätt till rehabiliteringsersättning.⁷⁹

⁷⁵ Jfr t.ex. RiR 2004:21, s. 20–21; Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000, s. 147–148; prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*, s. 46; IFAU, *Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden*. Rapport 2009:2.

⁷⁶ RiR 2004:21, s. 9 och 31–32.

⁷⁷ Prop. 1995/96:69, *Vissa socialförsäkringsfrågor, m.m.*, s. 1, 21 och 52–53.

⁷⁸ Se t.ex. SOU 2021:69, s. 978–979 och 986–987; ISF, Rapport 2023:10, *Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen*, s. 51–55.

⁷⁹ Försäkringskassan, *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig uppföljning 2016:2.

Även oklara gränsdragningar gör det svårare att använda rehabiliteringsersättning. Gränsdragningarna mellan olika rehabiliteringsformer och mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsgivarens ansvar att anpassa arbetet medför att åtgärder som genomförs inte alltid ger rätt till rehabiliteringsersättning.⁸⁰ Därför har Försäkringskassan tagit fram ett nytt metodstöd. Syftet är att förtydliga utredarnas serviceskyldighet att informera de sjukskrivna inför att denne ska delta i en rehabiliteringsinsats och hur utredarna ska tolka begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering.⁸¹

En bakgrund till metodstödet var att utredarnas tillämpning spretade. Bland annat hade vissa en uppfattning om att vissa insatser som benämndes som ”prerehab”, ”förrehabilitering” och ”arbetsförberedande insatser” inte gav rätt till rehabiliteringsersättning. Det fanns också uppfattningar om att förmånen bara var aktuell i åtgärder inom ramen för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Enligt Försäkringskassan kan det ha lett till att utredare inte har informerat deltagare i andra typer av insatser om rehabiliteringsersättning eller avrått enskilda från att ansöka.⁸²

2.3.3 Utvecklingen på arbetsmarknaden kan ha gjort det svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga att återgå i arbete

Vi bedömer att Försäkringskassans samordningsuppdrag har blivit svårare på grund av hur arbetsmarknaden har utvecklats. Tidigare utredningar tyder på att arbetsmarknaden har blivit svårare för personer med nedsatt arbetsförmåga och att Försäkringskassans samordningsuppdrag blir svårare om personen är lågutbildad, äldre arbetslös, invandrare eller bor i en glesbygd. Samtidigt är det dessa personer som behöver stödet mest.⁸³

I grunden finns det geografiska skillnader på den svenska arbetsmarknaden som kan påverka möjligheten att rehabilitera de anställda åter i arbete. Enligt OECD höjer graden av koncentration av arbetstillfällen hos ett fåtal arbetsgivare kraven i de arbetena. Sverige har en av de högsta graderna av sådan koncentration inom OECD-länderna.

⁸⁰ Se t.ex. SOU 2021:69, s. 987; Försäkringskassan, IM 2024:085.

⁸¹ Försäkringskassan, IM 2024:085.

⁸² Försäkringskassan, *Powerpointpresentation – Stödmaterial till IM 2024:085*.

⁸³ Se t.ex. prop. 2002/03:132, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*, s. 50.

Men det gäller framför allt glesbygden, medan storstadsregionerna ligger närmare snittet inom OECD. Även kvinnor arbetar i högre grad i delar av arbetsmarknaden som är koncentrerade till få arbetsgivare.⁸⁴ Koncentrationen av arbetstillfällen till få arbetsgivare innebär alltså både att det finns färre arbetsgivare att välja på och att kraven i de tillgängliga arbetena ökar. Bland annat är det mindre vanligt att sjukskrivna som bor i landsbygdskommuner får arbetsanpassningar av sin arbetsgivare.⁸⁵

Reformen 1992 då Försäkringskassan fick samordningsuppdraget präglades av situationen i Sverige under senare hälften av 1980-talet. Arbetsmarknaden var överhettad och det var svårt att få arbetskraften att räcka till. Samtidigt steg sjukförsäkringens utgifter kraftigt, men de sjukskrivnas anknytning till en anställning var relativt stark.⁸⁶ Bland annat 1990-talskrisen har sedan dess inneburit att arbetsgivare har behövt strama åt och koncentrera sig på sin kärnverksamhet mer.⁸⁷ Åtstramningarna försämrade möjligheterna för anställda med nedsatt arbetsförmåga att få anpassade arbetsuppgifter eller omplacering.⁸⁸

Arbetsmiljöverket anser att utvecklingen av arbetsmarknaden har ökat arbetstagarnas ansvar.⁸⁹ Samtidigt är andelen arbeten som har låga kvalifikationskrav enligt IFAU mycket låg i Sverige och framför allt andelen i den allra lägsta kvalifikationsnivån. Sammantaget fungerar den svenska arbetsmarknaden mycket väl för de flesta, men lågutbildade personer, äldre arbetslösa och invandrare har svårare att hitta arbete.⁹⁰ Utflyttningen av arbetstillfällen utomlands kan ha bidragit till det, eftersom den i högre utsträckning gäller rutinmässiga arbeten och arbeten utan krav på interaktion.⁹¹

⁸⁴ OECD, *OECD Employment Outlook 2022: Building Back More Inclusive Labour Markets*. 2022, kapitel 3.

⁸⁵ Riksdagens socialförsäkringsutskott, *Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering*. Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1, s. 38.

⁸⁶ SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*, s. 54. Se även Lindqvist, R., 2000, s. 151–152.

⁸⁷ SOU 1998:104, s. 15.

⁸⁸ Lindqvist, R., 2000, s. 165.

⁸⁹ Arbetsmiljöverket, *Nya sätt att organisera arbete – betydelsen för arbetsmiljö och hälsa*. Kunskapssammanställning 2018:2.

⁹⁰ IFAU, *Den svenska arbetsmarknaden och dess utmaningar*. Rapport 2017:5, s. 23–28.

⁹¹ Becker S. m.fl., *Produktionen flyttar utomlands? Om offshoring och arbetsmarknaden*. SNS Förlag, 2010, s. 59.

Det har också blivit svårare att hitta anpassade arbetsuppgifter. Bland annat visar flera utvärderingar av Samhall att de som arbetar där har en högre arbetsförmåga än tänkt. Samhalls förutsättningar förvärrades successivt under 1990-talet till följd av den förändrade situationen på arbetsmarknaden och arbetslivets allt högre krav på yrkesmässig kompetens.⁹² Kraven på arbetsförmåga verkar sedan ha fortsatt att öka.⁹³

2.3.4 Psykiatriska diagnoser har blivit vanligare skäl för sjukskrivning och ställer högre krav på samordningsuppdraget

När de dåvarande försäkringskassorna fick samordningsuppdraget var det vanligast att personer blev sjukskrivna för sjukdomar i rörelseorganen. Därför fokuserade försäkringskassorna på dessa diagnoser när de utvecklade sin samordning.⁹⁴ Sedan dess har sjukskrivningarna till följd av psykiatriska diagnoser ökat kraftigt. Nästan hälften av alla med en lång sjukskrivning har en psykiatrisk diagnos och det är bara tumörer som leder till längre sjukfall än de psykiatriska diagnoserna.⁹⁵

Det är mer komplicerat och krävande att samordna rehabilitering för personer som är sjukskrivna för en psykiatrisk diagnos. Det konstaterade utredningar i samband med att sjukförsäkringen infördes 1955 och förarbetena till samordningsuppdraget.⁹⁶ Det har också Försäkringskassan bekräftat under 2022.⁹⁷ Psykiatriska diagnoser är inte bara svåra för Försäkringskassan att hantera. 31 procent av

⁹² SOU 2003:56, *Inte bara Samhall - del 1*, s. 39–40 med hänvisning till Riksrevisionsverket, *Samhall – en effektiv åtgärd?* RRV 1999:18.

⁹³ Riksrevisionen, *Skyddat arbete hos Samhall – Mer rehabilitering för pengarna*. RiR 2008:28, s. 26–29; Statskontoret, *En analys av processen och förutsättningarna för anställningar hos Samhall AB*. Rapport 2017:7, s. 75; Riksrevisionen, *Samhalls samhällsuppdrag – styrning och organisation i behov av förändring*. RiR 2023:14.

⁹⁴ Riksförsäkringsverket, *Försöksverksamhet inom rehabiliteringsområdet i Malmöhus, Norrbottens och Blekinge län – en utvärdering*. RFV Anser 1992:12., s. 67.

⁹⁵ Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling*, Svar på regeringsuppdrag. Dnr 001382–2020, s. 37; SOU 2024:26, *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*, s. 46; Försäkringskassan, *Vad kostar olika sjukdomar?* Korta analyser 2023:7.

⁹⁶ SOU 1958:17, s. 12; SOU 1988:41, s. 89.

⁹⁷ Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*. PM2022:2, s. 34; Försäkringskassan, *Samordningsuppdragets praktik*. Socialförsäkringsrapport 2020:2, s. 44–47.

läkarna i primärvården anser att det ofta eller alltid är problematiskt att ställa diagnos vid psykiska besvär.⁹⁸

Enligt en tidigare granskning från ISF finns det naturliga orsaker till att andelen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos har ökat. Bland annat är det svårare att bedöma deras arbetsförmåga och det saknas kunskap om vad som är den optimala sjukskrivningslängden för att kunna återgå i arbetet utan risk för att återinsjukna. Det innebär också att det är svårt att planera hur aktörerna och den enskilda ska gå till väga för att rehabilitera den nedsatta arbetsförmågan.⁹⁹ Det framhåller även Försäkringskassan.¹⁰⁰ Det är dessutom vanligare att personer som är sjukskrivna för en psykiatrisk diagnos får ta del av utredningsåtgärder som hör till samordningsuppdraget.¹⁰¹

De som är sjukskrivna för en psykiatrisk diagnos upplever ofta att arbetet har bidragit till sjukskrivningen, vilket i sig kan göra det svårare att återgå till just det arbetet. De upplever också i högre grad än andra att de behöver byta arbetsgivare.¹⁰²

Försäkringskassans hantering av rehabilitering kan också kompliceras av att stressrelaterade diagnoser som utmattningssyndrom kan kräva lång tids läkning innan det kan vara aktuellt med rehabilitering.¹⁰³ Men rätten till sjukpenning bedöms sedan 2008 utifrån rehabiliteringskedjan. Den innebär att kraven för rätt till ersättning skärps stegvis vid fasta tidsgränser (vi beskriver rehabiliteringskedjan närmare i bilaga 1). Både rehabiliteringskedjan och regeringens samt Försäkringskassans styrning har satt skarpare fokus på tidiga och aktiva insatser. Det kan ha lett till att sjukfall som rör personer med mer långvariga och svårbedömda sjukdomar har prioriterats bort och att dessa personer därför har fått sämre rehabiliteringsmöjligheter.¹⁰⁴

⁹⁸ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 19–20.

⁹⁹ ISF, *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*. Rapport 2014:22, s. 92.

¹⁰⁰ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag. Dnr 001382–2020, s. 37; Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:1, *Faktorer som kan påverka återgång i arbete*, s. 19.

¹⁰¹ ISF, rapport 2014:22, avsnitt 6.2; Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 2*. 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 37.

¹⁰² Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete*. Arbetsrapport 2024:02, s. 50–51; Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 46.

¹⁰³ Se exempelvis SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*. Bilaga 3 och 4; Försäkringskassan, *Forskning om socialförsäkring och Försäkringskassan*. Socialförsäkringsrapport 2020:9, s. 59.

¹⁰⁴ ISF, *Införandet av särskild utredning i långa sjukfall*. Rapport 2021:5.

Det kan också vara svårare att separera påverkan av sociala faktorer från rent medicinska när en person är sjukskriven för psykiatriska diagnoser än vid andra diagnoser. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar exempelvis att riskfaktorer inkluderar faktorer som bristande medmänskligt stöd och situationer då den anställde upplever att belöningen är liten i förhållande till ansträngningen.¹⁰⁵ Det kan vara svårare att åtgärda sådana aspekter för att personen ska kunna återgå i sitt arbete än exempelvis fysiska riskfaktorer som tunga lyft.

2.3.5 Försäkringskassans möjligheter till individuell anpassning har minskat

Möjligheten att samordna rehabiliteringens olika delar och aktörer i en process påverkas av möjligheten till situationsanpassning.¹⁰⁶ Vi bedömer att flera faktorer har medverkat till att begränsa möjligheten till individuell anpassning, och därigenom försämrat förutsättningarna för att samordna insatserna:

- Centraliseringen av sjukförsäkringens administration har begränsat utrymmet för individuell anpassning.
- Utrymmet för individuella bedömningar har begränsats eftersom Försäkringskassan inte längre får väga in sociala faktorer i bedömningarna av rätten till ersättning från sjukförsäkringen.
- Samordningsuppdraget utgår fortfarande från att rehabiliteringen ska planeras med hänsyn till individens sociala situation. Skillnaden mot rätten till ersättning från sjukförsäkringen kan göra det svårt att veta vad målet med rehabiliteringen ska vara.

¹⁰⁵ SBU, *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom*. 2014, rapport 223.

¹⁰⁶ Lindqvist, R., 2000, s. 49; Försäkringskassan, *I skuggan av arbetsnormen*. Socialförsäkringsrapport 2020:1; Rothstein B., *Vad bör staten göra?*, SNS Förlag, 3:e upplagan, 2010, s. 102–105.

Sjukförsäkringens administration har begränsat utrymmet för individuell anpassning

År 1992 administrerades sjukförsäringen av 25 självständiga regionala försäkringskassor. En fördel med denna organisation var bland annat att de var starkt lokalt förankrade. Två faktorer bidrog till att stärka samverkan med olika aktörer på lokal nivå och till att öka verksamhetens flexibilitet och legitimitet. Den första var medverkan och engagemang från förtroendevalda i bland annat försäkringskassornas styrelser och i socialförsäkringsnämnderna. Den andra var försäkringskassornas decentraliserade arbetsformer.¹⁰⁷ Decentraliserad tillämpning är något som ofta eftersträvas inom rehabilitering och när samordningsuppdraget infördes pågick en ytterligare decentralisering av försäkringskassorna genom att många arbetsuppgifter flyttades ut till försäkringskassornas lokalkontor.¹⁰⁸

Men några år efter att försäkringskassorna fick samordningsuppdraget kritiserades den decentraliserade socialförsäkringsadministrationen. Bland annat kritiserades försäkringskassornas organisation och arbetssätt inom rehabiliteringsverksamheten.¹⁰⁹

År 2005 slog regeringen ihop de då 21 försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket för att bilda den nuvarande statliga myndigheten Försäkringskassan. Målen var bland annat att skapa tydligt ledningsansvar och att rättstillämpningen skulle bli mer enhetlig.¹¹⁰ Sammanslagningen skulle med andra ord inte förbättra förutsättningarna för den situationsanpassning som är en viktig förutsättning för samordningsuppdraget. Raka befäl- och ansvarslinjer är i stället en bärande idé inom mål- och resultatstyrning.¹¹¹ Enligt Försäkringskassans analysavdelning har den mål- och resultatstyrning som sedan dess i olika grad präglats styrningen av Försäkringskassan varit svår att kombinera med samordningsuppdraget.¹¹²

Försäkringskassan har också bidragit till centraliseringen genom att organisera om sin handläggning av bland annat sjukpenning. Bland

¹⁰⁷ SOU 1996:64, *Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration*, s. 93–95 och 104–105.

¹⁰⁸ SOU 2003:106, *Försäkringskassan – Den nya myndigheten*, s. 214–216; Riksförsäkringsverket. RFV Anser 1992:12, s. 57; Lindqvist, R., 2000, s. 23 och 49.

¹⁰⁹ SOU 1996:64, s. 63–67.

¹¹⁰ Prop. 2003/04:69, *En ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration*, s. 1 och 14–16.

¹¹¹ Statskontoret, *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet – En forskningsantologi*, 2020, s. 20–21.

¹¹² Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2020:2*, s. 70–71.

annat har specialisering av utredare försämrat Försäkringskassans möjlighet att ta hand om samordningsuppdraget för personer som har annan ersättning än sjukpenning, till exempel ersättning från arbets-skadeförsäkringen.¹¹³

Skärpningar i sjukförsäkringens regler har begränsat utrymmet för individuella bedömningar

När Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag 1992 tillät regelverket större individuell hänsyn i bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen än vad det nuvarande regelverket gör. Då fick utredarna väga in sociala faktorer som utbildning, tidigare verksamhet, ålder och bosättningsförhållanden.¹¹⁴ Men från 1995 har möjligheten att väga in andra faktorer än medicinska successivt begränsats.¹¹⁵

Syftet med att begränsa hänsynen till sociala faktorer har varit att renodla sjukförsäkringen och att motverka en förskjutning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet hos patienter, läkare och inom socialförsäkringsadministrationen.¹¹⁶ Begränsningen bidrog till att Försäkringskassan satsade mindre resurser på rehabilitering.¹¹⁷

Rehabiliteringskedjan infördes 2008 och den innebär att kraven för rätt till sjukpenning skärps vid fasta tidsgränser (se bilaga 1). Men reformen innebär också att det inte längre är möjligt att ens i undantagsfall väga in andra faktorer än medicinska i bedömningen av arbetsoförmågan. Enligt förarbetena var sjukförsäkringen innan dess för mjuk. Bland annat hade situationen på arbetsmarknaden haft för stor betydelse för bedömningarna av rätten till sjukpenning.¹¹⁸

¹¹³ ISF, *Kravet på varaktighet vid arbetsskadelivränta*. Rapport 2015:14, s. 71;

Försäkringskassan, *Riktlinjer för samarbete vid arbetsskada*. Riktlinje 2006:06.

¹¹⁴ Dävarande 3 kap. 8 § AFL (SFS 1991:1040, prop. 1990/91:141, s. 85).

¹¹⁵ Se t.ex. SOU 2023:53, *En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet*, avsnitt 4.10.4–4.10.6.

¹¹⁶ Se t.ex. prop. 1994/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*, s. 19–24; prop. 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*, s. 9; prop. 2002/03:89, s. 18.

¹¹⁷ Lindqvist, R. 2000, s. 148.

¹¹⁸ Prop. 2007/08:136, s. 67; SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete*, s. 53; ISF, Rapport 2023:10, s. 38–40.

Samordningsuppdraget kräver fortfarande att Försäkringskassan väger in sociala faktorer och det kan göra det svårt att veta vad målet med rehabiliteringen ska vara

Samtidigt som sjukförsäkringen har stramats åt och sociala faktorer inte ska vägas in i bedömningen av rätten till ersättning har inte reglerna om rehabilitering och Försäkringskassans samordningsuppdrag ändrats. I samordningen av rehabilitering ska Försäkringskassan fortfarande utgå från individens sociala förhållanden. Det kan göra det svårt att veta vad målet med rehabiliteringen ska vara.

I samband med att rehabiliteringskedjan infördes angav regeringen att tidigare kriterier och uttalade riktlinjer för rehabiliteringsersättning fortfarande ska gälla.¹¹⁹ Försäkringskassan ska fortfarande planera rehabiliteringsåtgärder i samråd med personen utifrån hens individuella förutsättningar och behov.¹²⁰ Enligt förarbetena innebär det även att ta hänsyn till sociala faktorer som ålder, utbildning och boställningsförhållanden.¹²¹

Det kan vara naturligt att väga in sociala faktorer i planeringen av rehabilitering. I våra intervjuer betonar exempelvis personer som arbetar inom hälso- och sjukvården att hänsynen till sociala faktorer kan vara en förutsättning för att en patient ska ha praktisk nytta av den funktion som hen ska återfå med hjälp av rehabiliteringen. Det framgår också att patienten behöver hålla med om målen med rehabiliteringen och litar på vårdpersonalen (se avsnitt 4.2.2).

Möjligheten att väga in sociala faktorer i planeringen av rehabilitering kan också vara ett verktyg för att kompensera för att kvinnor och män har olika förutsättningar.¹²² Bland annat finns det faktorer som kan bidra till att kvinnor blir mer bundna till bostadsorten. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) är det bland annat vanligare att kvinnor är ensamma vårdnadshavare än män.¹²³ Kvinnor ägnar också generellt mer tid än män åt att laga mat, städa, tvätta och att ha omsorg om de egna barnen.¹²⁴ Kvinnor arbetar dessutom i högre grad än män i delar av arbetsmarknaden som är koncentrerade till få arbetsgivare (se

¹¹⁹ Prop. 2007/08:136, s. 69.

¹²⁰ 30 kap. 3 § SFB.

¹²¹ Prop. 1990/91:141, s. 47.

¹²² Lindqvist, R. 2000, s. 148–149.

¹²³ SCB, *Vårdnadshavare för hemmaboende barn 0–17 år, antal efter vårdnadshavare, familjetyp*, 2023.

¹²⁴ SCB, *En fråga om tid (TID2021) – En studie av tidsanvändning bland kvinnor och män 2021*. April 2022.

avsnitt 2.3.3).¹²⁵ Dessa olika levnadsförhållanden kan påverka de rehabiliteringsåtgärder som är möjliga och lämpliga för den enskilda personen.

Inom sjukförsäkringen är frågan mer komplex. Om rehabiliteringen ska ha som mål att den sjukskrivna snarast återfår tillräcklig arbetsförmåga för att inte längre ha rätt till sjukpenning skulle det kunna bli aktuellt med rehabiliteringsinsatser som leder till en arbetsförmåga i yrken som hen inte har övriga förutsättningar att få. Ett exempel på en sådan åtgärd skulle vara rehabilitering till arbeten som inte finns inom pendlingsavstånd till bostadsorten för någon som har ensam vårdnad av sina barn. Det skulle vara förenligt med viljan att renodla sjukförsäkringen. Men en sådan rehabilitering kan vara svår att samordna med bland annat hälso- och sjukvårdens mål att patienter ska ha praktisk nytta av den funktion som hen ska återfå med hjälp av rehabiliteringen. Det skulle också vara svårt för Försäkringskassan att planera rehabilitering i samråd med individen.

Samtidigt innebär den nuvarande rehabiliteringskedjan att bedömningsgrunderna ändras vid fasta tidpunkter utan hänsyn till vilken rehabilitering som den som får sjukpenning har fått. Om inte Försäkringskassan tidigt fokuserar på åtgärder som kan öka den sjukskrivnas chanser till att ställa om till annat arbete, kan hen bli av med sin sjukpenning utan att Försäkringskassan har bidragit med åtgärder som skulle kunna stötta hen i omställningen. En tanke med rehabiliteringskedjan är just att ge tidigt stöd till omställning. Exempelvis ska en sjukskriven anställd få möjlighet att ha kontakt med Arbetsförmedlingen för att kunna söka nytt arbete hos en annan arbetsgivare redan innan rehabiliteringskedjan ställer krav på att arbetsförmågan är nedsatt i ett normalt förekommande arbete.¹²⁶

2.3.6 Förändringar av sjukförsäkringen har gjort det svårare för Försäkringskassan att identifiera de som behöver rehabilitering

Rätten till ersättning från sjukförsäkringen har stramats åt i omgångar från 1995. Den största förändringen var när rehabiliteringskedjan infördes 2008. Åtstramningarna har gjort det svårare för

¹²⁵ OECD, *OECD Employment Outlook 2022: Building Back More Inclusive Labour Markets*. 2022, kapitel 3.

¹²⁶ Prop. 2007/08:136, s. 58.

Försäkringskassan att identifiera de som behöver rehabilitering. Kraven för att få rätt till sjukpenning lättades 2021, men det är oklart om det har inneburit att Försäkringskassan identifierar och samordnar rehabilitering för fler personer än tidigare.

Åtstramningarna har gjort det svårare för Försäkringskassan att identifiera de som behöver rehabilitering

Försäkringskassan ska samordna rehabilitering som har som syfte att en person får tillbaka sin arbetsförmåga. Det finns ingen gräns för hur liten arbetsförmågan ska vara. Rehabiliteringskedjan har gjort det tydligare än vad det var före 2008 att rätten till ersättning och nedsatt arbetsförmåga inte är synonyma begrepp.

De ersättningar som personer kan få från Försäkringskassan för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom har krav på hur stor nedsättningen ska vara. Exempelvis behöver en persons sjukdom sätta ned förmågan att arbeta med minst en fjärdedel för att hen ska kunna få sjukpenning.¹²⁷ Det innebär att en person som inte har någon rätt till ersättning från Försäkringskassan fortfarande kan ha rätt att få sin rehabilitering samordnad. Men dessa personer har ingen naturlig kontakt med Försäkringskassan.

När Försäkringskassan fick samordningsuppdraget hade personer som behöver samordnad rehabilitering oftare ersättning från Försäkringskassan än i dag. För det första kunde myndigheten då väga in sociala faktorer i bedömningen av arbetsförmågan. För det andra fanns inte de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Det var därför lättare att få ersättning från sjukförsäkringen. I princip innebar kraven för att ha rätt till sjukpenning att en person hade fått tillbaka sin arbetsförmåga om hen blev av med sjukpenningen. Enligt förarbetena till samordningsuppdraget ansåg regeringen också att återgång i arbete ofta krävde att individen först blev frisk i medicinsk mening.¹²⁸

Trots de begränsningar av möjligheten att väga in sociala faktorer som gjordes 1995 och 1997 innebar Försäkringskassans tillämpning av sjukförsäkringen att de som behövde stöd enligt samordningsuppdraget oftast också hade sjukpenning. Den så kallade steg-för-steg-modellen som infördes 1997 innebar att bedömningarna av

¹²⁷ 27 kap. 2 § SFB.

¹²⁸ Prop. 1990/91:141, s. 40.

arbetsförmågan successivt vidgades för att i de sista stegen göras mot ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Men det fanns inga angivna tider för när bedömningen skulle vidgas. Regeringen förtydligade också att personers arbetsförmåga skulle bedömas mot det ordinarie arbetet till dess att möjligheterna att återgå till det arbetet var uttömda eller att det inte skulle krävas alltför långvariga rehabiliteringsinsatser för att personen skulle kunna återgå.¹²⁹ Samma princip beskrivs också i förarbetena till Försäkringskassans samordningsuppdrag.¹³⁰ I praktiken gick Försäkringskassan i de flesta fall inte heller vidare med att utreda om sjukskrivna klarade andra arbetsuppgifter.¹³¹

Till skillnad från steg-för-steg-modellen innebär rehabiliteringskedjan att kraven för rätt till sjukpenning skärps vid fasta tidsgränser. För anställda vidgas bedömningen av arbetsförmågan vid tidsgränserna till en allt större del av arbetsmarknaden oberoende av vilken rehabilitering som hen har hunnit få. Efter 180 dagar med nedsatt arbetsförmåga bedömer Försäkringskassan i normalfallet arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten även om personen inte klarar av ett arbete hos arbetsgivaren (se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning av rehabiliteringskedjan).

Innan rehabiliteringskedjan infördes stämde samordningsuppdragets mål alltså i princip överens med sjukförsäkringen och sannolikheten var större att en person som behövde rehabilitering av sin nedsatta arbetsförmåga hade sjukpenning från Försäkringskassan. Det gäller fortfarande, men försök har gjorts för att öka möjligheten att personer får ha kvar sin sjukpenning även efter dag 180.

Från den 15 mars 2021 blev det lättare för Försäkringskassan att göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete vid dag 180 i rehabiliteringskedjan.¹³² Syftet var att ge den anställda och arbetsgivaren mer tid att via rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter öka chanserna för att varaktigt återgå i arbete hos arbetsgivaren. Men möjligheten att göra undantag skulle inte ändra den grundläggande strukturen i rehabiliteringskedjan. Omställningskravet

¹²⁹ Prop. 1996/97:28, s. 14–15.

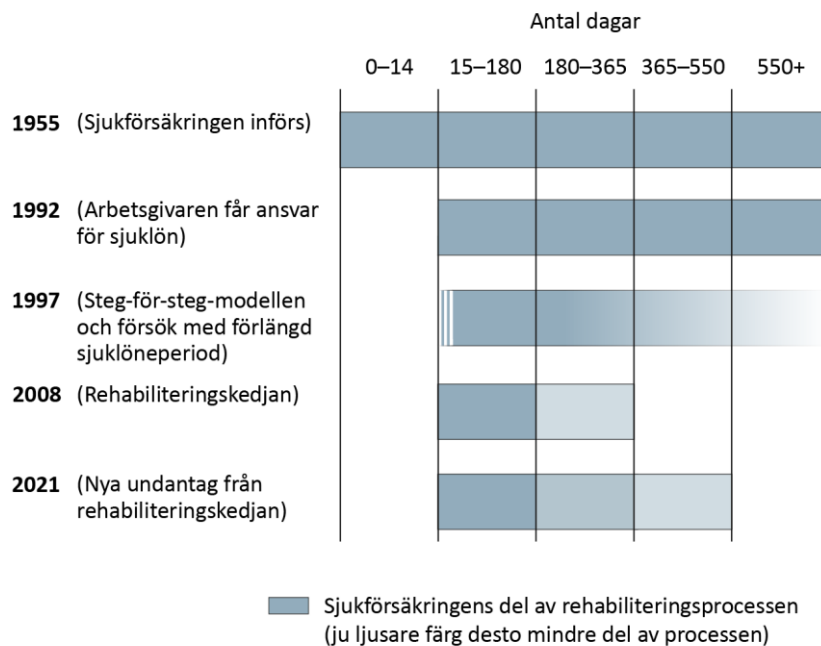
¹³⁰ Prop. 1990/91:141, s. 3.

¹³¹ Riksrevisionen, *Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara?* RiR 2007:19.

¹³² 27 kap. 48 § 2 stycket 1 SFB.

ska fortfarande vara huvudregeln.¹³³ Vi kan konstatera att möjligheterna att få sjukpenning fortfarande är mer begränsade än när Försäkringskassan fick samordningsuppdraget.

Figur 1 Sjukförsäkringens del av rehabiliteringsprocessen



Anm.: Figuren visar sjukförsäkringens del av rehabiliteringsprocessen i dagar när en anställd har helt nedsatt förmåga att arbeta i sitt ordinarie arbete, men klarar av minst 75 procent i ett annat normalt förekommande arbete. År 1997–1998 var sjuklöneperioden förlängd till 28 dagar och mellan 2003–2004 till 21 dagar. I övrigt var den 14 dagar.

Det är oklart om det generösare regelverket sedan 2021 innebär att Försäkringskassan samordnar rehabiliteringen för fler individer

Vår granskning visar att det både finns argument för och emot att förändringarna har gjort det enklare för Försäkringskassan att identifiera de personer som behöver samordnad rehabilitering. Enligt våra intervjuer innebär de nuvarande undantagen att det är lättare för

¹³³ Prop. 2020/21:78 Extra ändringsbudget för 2021 – Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen, bilaga 1, s. 26.

Försäkringskassans utredare att arbeta med samordningsuppdraget. Så här uttrycker en av intervjupersonerna från Försäkringskassan det:

Uppdraget i sig kan vara svårt men behöver inte vara det. Det här är en högst personlig åsikt, men lagstiftningen som vi har nu som den ser ut, med ganska många undantag ifrån huvudregeln som kom här 2021 och -22, på ett sätt så tycker jag att det har aktiverat samordningen på ett annat sätt.

Utredare och specialister på Försäkringskassan är enligt en annan utredning positiva till den nya lagstiftningen och de generösare undantagen. Det gäller särskilt möjligheterna att samordna rehabilitering. Förändringen bidrar enligt dem till att anställda få reella möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Utredare och specialister anser att varken hälso- och sjukvården eller arbetsgivare hinner komma i gång ordentligt med åtgärder för att stödja personerna att återgå i arbete före dag 180. Lagändringen innebär att Försäkringskassans bedömningar harmoniserar bättre med de andra aktörernas förutsättningar. Dessutom innebär lagändringen enligt utredarna och specialisterna att den sjukskrivna blir mer involverad och att utredarna tar kontakt med arbetsgivaren i högre utsträckning än tidigare. Försäkringskassan kontaktade arbetsgivaren före dag 180 i något mindre än hälften av sjukpenningärendena.¹³⁴ I vår intervju tar även intervjupersonen från LO upp sådana fördelar:

Och syftet med dem var också att när Försäkringskassan i sin handläggning ska bedöma om någon har rätt till sjukpenning, då kommer undantagen först. Och det tvingar handläggarna att kontakta arbetsgivarna, att se om det går att göra en plan för återgång. Det tvingar dem att ta kontakt med läkaren för att veta prognosen.

Samtidigt uppger enhetschefer på Försäkringskassan i en annan undersökning att utredare också använder undantagen för att det sparar tid jämfört med att avslå en ansökan om sjukpenning.¹³⁵ Efter dag 180 hade Försäkringskassan bara kontaktat arbetsgivaren i 12 procent av ärendena.¹³⁶ En av intervjupersonerna från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) uppfattar att lagändringen har inneburit att Försäkringskassan har blivit generösare i sin tillämpning, men inte mer aktiv i handläggningen.

¹³⁴ SOU 2024:26, s. s. 80–85.

¹³⁵ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel*. RiR 2024:14, s. 35–40.

¹³⁶ SOU 2024:26, s. 82.

Lagändringen har följts upp i olika utredningar och granskningar, men de visar på olika effekter av reformen och om den har lett till att fler återgår i ordinarie arbete eller inte.¹³⁷ Det är svårt att bedöma vilka effekter som lagändringarna har gett, bland annat för att andra förändringar samtidigt kan ha påverkat Försäkringskassans tillämpning.¹³⁸ En av intervjupersonerna från Försäkringskassan anser att myndighetens förändrade syn på utredningsskyldigheten är en sådan förändring som innebär att Försäkringskassan identifierar fler sjukskrivna som behöver insatser:

Om vi skulle återgå till samma lagstiftning som 2008 så tror jag ändå att tillämpningen av det och utfallet skulle kunna se annorlunda ut givet att vi ser på vår utredningsskyldighet lite annorlunda. Den skulle ju också kunna leda till att vi identifierar fler personer.

2.4 Samordningsuppdraget har kritiserats av flera olika statliga utredningar

Samordningsuppdraget infördes efter kritik från flera utredningar och regeringens bedömning om att personer inte fick tillräcklig rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga. Men flera statliga utredningar har sedan riktat kritik mot samordningsuppdraget.

Utifrån kritiken har det sammanfattningsvis funnits förslag om att

- förändra ansvarsfördelningen mellan aktörerna
- begränsa eller utöka Försäkringskassans ansvar
- införa en ny sjukförsäkring för att skapa förutsättningar för rehabilitering.

2.4.1 Kritik av ansvarsfördelningen mellan aktörerna

Ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och Försäkringskassan kritiserades redan under 1990-talet för att vara oklar. Oklarheter i gränsdragningar hindrade arbetet med tidig och aktiv rehabilitering. Men utredningarna i slutet av 1990-talet föreslog olika saker. En

¹³⁷ SOU 2024:26, s. 14–15; RiR 2024:14, kap. 3; Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag – Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen*. 2023, dnr FK 2023/003089.

¹³⁸ SOU 2024:26, s. 36; RiR 2024:14, s. 14.

utredning ville minska och en ville öka arbetsgivarnas ansvar.¹³⁹ År 2024 kom en utredning åter fram till att arbetsgivarnas ansvar borde öka. Enligt den utredningen förutsätter Försäkringskassans samordningsuppdrag att arbetsgivarna vill ha den sjukskrivna åter i arbete. Utredningen skriver att arbetsgivarna behöver ökade drivkrafter för att erbjuda arbetsplatsinriktad respektive arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁴⁰

Även hälso- och sjukvårdens roll i rehabiliteringen har utretts. Försäkringskassans samordningsuppdrag försvårades enligt dessa utredningar av att hälso- och sjukvården inte prioriterar återgång i arbete tillräckligt högt. En utredning föreslog att Försäkringskassan ska kunna lämna över sitt samordningsuppdrag i enskilda ärenden till en annan aktör genom att betala för det.¹⁴¹ En annan utredning ansåg att hälso- och sjukvården borde få det samlade ansvaret för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete.¹⁴²

En annan lösning från ytterligare en utredning på den oklara roll- och ansvarsfördelningen är att ge aktörerna i uppgift att reda ut det tillsammans.¹⁴³

2.4.2 Problematisering av Försäkringskassans ansvar

Utredningar har också problematiserat Försäkringskassans uppdrag och föreslagit att begränsa det. Försäkringskassan har enligt dessa utredningar begränsade möjligheter att utöva tillsyn och se till att enskilda personer får ta del av åtgärder. Utredningarna har därför föreslagit att begränsa Försäkringskassans ansvar till att hålla uppsikt alternativt följa upp åtgärder under sjukskrivningsprocessen och att vid behov ta de kontakter som krävs för att personen snarast ska kunna återgå i arbete.¹⁴⁴

Samtidigt har andra utredningar i stället velat utöka samordningsuppdraget. Enligt ett förslag borde Försäkringskassan få större ansvar för att bistå personer som behöver stöd i kontakter med andra aktörer

¹³⁹ SOU 1996:113, *En allmän och vid aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*.

¹⁴⁰ SOU 2024:26, avsnitt 9.10.

¹⁴¹ SOU 2009:49, *Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring*.

¹⁴² SOU 2015:21.

¹⁴³ SOU 2020:24, s. 183, 186–188 och 323.

¹⁴⁴ SOU 1998:104, s. 236; SOU 2015:21, s. 639.

i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.¹⁴⁵ Ett annat förslag är att Försäkringskassan ska vara skyldig att klarlägga behovet av rehabilitering inom en tidsgräns. Enligt förslaget ska Försäkringskassan ha gjort det senast dag 60 i sjukfallet.¹⁴⁶

2.4.3 Kritik av sjukförsäkringens roll i rehabiliteringen

Flera utredningar har föreslagit en ny fristående sjukförsäkring. Syftet skulle bland annat vara att öka möjligheterna att rehabilitera personers nedsatta arbetsförmåga. En utredning ansåg att samordningsuppdraget är ett mer eller mindre omöjligt uppdrag för Försäkringskassan. En lösning skulle enligt förslagen därför vara att göra om sjukförsäkringen till en mer självständig försäkring som inkluderar rehabilitering och omställning. Försäkringstagarnas premier skulle täcka försäkringens utgifter och premierna skulle inte heller inte användas till något annat än försäkringen. Det skulle ge förutsättningar för en optimal avvägning mellan rehabiliteringsinsatserna och totalkostnaderna för försäkringen, enligt utredningarna. Tanken är också att ge varje person större inflytande över sin rehabiliteringsprocess.¹⁴⁷

2.5 Samordningsuppdraget är i stort sett oförändrat trots kritik och förändrade förutsättningar

Flera mindre förändringar har gjorts av samordningsuppdraget genom åren. Med trots kritiken från alla utredningar och de förändrade förutsättningarna är Försäkringskassans samordningsuppdrag ändå i stort sett detsamma i dag som det var 1992. Den stora skillnaden är att Försäkringskassan inte längre kan köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.

Vi anser att de justeringar som har genomförts är marginella om vi jämför dem med den kritik som samordningsuppdraget har fått och de

¹⁴⁵ SOU 2020:24, s. 319–320.

¹⁴⁶ SOU 2021:69, avsnitt 22.1.5.

¹⁴⁷ Se t.ex. SOU 2000:72 *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter*; SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*; SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning*; SOU 2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*; SOU 2006:86.

stora förändringarna i förutsättningar att genomföra uppdraget. Om något har det blivit svårare för Försäkringskassan att med hjälp av samordningen av rehabilitering bidra till att personer som har drabbats av sjukdom återfår sin arbetsförmåga.

Den 1 juli 2003 skärptes bestämmelserna om arbetsgivarens skyldighet att svara för en rehabiliteringsutredning som infördes samtidigt som samordningsuppdraget 1992. År 2003 togs möjligheten att avstå från att göra en rehabiliteringsutredning bort, om en sådan är obehövlig. Bakgrunden till förslaget var att rehabiliteringsutredningar endast i liten omfattning hade lämnats till Försäkringskassan. Enligt en rapport från Försäkringskassan saknades rehabiliteringsutredningar i 75 procent av sjukfallen som pågått i 90 dagar.¹⁴⁸

Samtidigt reglerades avstämningsmöten i lag.¹⁴⁹ Det är en mötesform som Försäkringskassan använder för att stämma av bland annat behovet av rehabilitering med den sjukskrivna och andra aktörer som är inblandade i personens sjukskrivningsprocess.¹⁵⁰

Den 1 januari 2005 infördes tidsgränser för när Försäkringskassan senast skulle upprätta en rehabiliteringsplan och för när Försäkringskassan skulle kalla till avstämningsmöte. Då infördes också ett ansvar för arbetsgivare att medfinansiera kostnaderna för långa sjukskrivningar.¹⁵¹ Men efter ett regeringsskifte avskaffades medfinansieringsansvaret i praktiken den 1 november 2006, knappt två år efter att det infördes. Regeringen ansåg att medfinansieringen särskilt hämmade mindre företags vilja att växa och att anställa personal och gjorde det svårare för kroniskt sjuka och människor med funktionsnedsättning att få arbete.¹⁵²

I förarbetena till rehabiliteringskedjan angav regeringen att ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan, socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt Arbetsförmedlingen skulle förtydligas. Enligt regeringen skulle Försäkringskassan inte vara en rehabiliteringsaktör

¹⁴⁸ Prop. 2002/03:89.

¹⁴⁹ Dåvarande 3 kap. 8a § AFL, nuvarande 110 kap. 14 § 4 SFB.

¹⁵⁰ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 216.

¹⁵¹ Prop. 2004/05:21, *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*.

¹⁵² Lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift upphävdes vid utgången av år 2006. Särskild sjukförsäkringsavgift togs inte ut för sjukpenning som har utgetts till arbetstagare hos arbetsgivaren efter den 31 oktober 2006. Prop. 2006/07:1, *Budgetpropositionen för 2007*, utgiftsområde 10, s. 55–56.

i sjukskrivningsprocessen.¹⁵³ Regeringen minskade därför möjligheten för Försäkringskassan att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster.¹⁵⁴

Den 1 juli 2007 avskaffades också kravet på att arbetsgivaren skulle genomföra en rehabiliteringsutredning. Arbetsgivaren skulle därefter fortfarande lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den anställdas behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Dessutom avskaffades tidsfristerna för när Försäkringskassan skulle upprätta en rehabiliteringsplan och kalla till avstämningsmöten med den sjukskrivna och andra inblandade aktörer.¹⁵⁵ Men Försäkringskassans möjlighet att kalla till avstämningsmöte är fortfarande lagreglerad.¹⁵⁶

Den 1 juli 2018 återinfördes en variant av rehabiliteringsutredningen, som kallas för plan för återgång i arbete. Enligt regeringen behövde den enskilda personens möjligheter till rehabilitering förbättras, så att sjukskrivna kan återgå i arbete tidigare. Förändringarna är tänkta att bidra till att sjukskrivna arbetstagare får bättre tillgång till rehabiliteringsinsatser och på så sätt kan börja arbeta igen. En förändring är att arbetsgivare, under vissa förutsättningar, är skyldiga att ta fram en plan för återgång i arbete om de har en sjukskriven arbetstagare.¹⁵⁷

Enligt regeringen var ett syfte att Försäkringskassan ska kunna begära in och använda arbetsgivarens plan för återgång i arbete. Planen kan enligt regeringen ge Försäkringskassan information som kan förbättra myndighetens beslutsunderlag, både när de bedömer om en sjukskriven person har rätt till ersättning och när de samordnar och utövar tillsyn över de insatser som arbetstagaren behöver för rehabiliteringen.¹⁵⁸

¹⁵³ Prop. 2007/08:136, s. 34.

¹⁵⁴ Prop. 2007/08:136, s. 39; prop. 2007/08:1, utgiftsområde 10, s. 24–25.

¹⁵⁵ Prop. 2006/07:59, *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*

¹⁵⁶ 110 kap. 14 § 4 SFB.

¹⁵⁷ Prop. 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018*, utgiftsområde 10, s. 70.

¹⁵⁸ Prop. 2017/18:1, s. 70.

3 Försäkringskassan har begränsade förutsättningar att klara uppdraget

Försäkringskassans samordningsuppdrag är i princip detsamma som 1992 trots förändrade förutsättningar och återkommande kritik (se kapitel 2). I det här kapitlet utgår vi från samordningsuppdraget som det är utformat i dag, och lyfter fram ett antal faktorer som vi bedömer tillsammans gör det svårt för Försäkringskassan att hantera och ta ansvar för samordningsuppdraget:

- Försäkringskassan har begränsade möjligheter att ta ansvar för att samordningsuppdragets mål att återge arbetsförmågan till individer som fått den nedsatt på grund av sjukdom nås (avsnitt 3.1).
- Försäkringskassan har begränsade möjligheter att utföra den del av samordningsuppdraget som innebär att de ska se till att hälso- och sjukvården och arbetsgivare utför åtgärder (avsnitt 3.2).
- Samordningsuppdraget innebär utmaningar för Försäkringskassans handläggning, eftersom det är svårt för myndigheten att välja ut vilka ärenden som behöver samordning och att se till att utredarna har tillräcklig kompetens (avsnitt 3.3).
- Försäkringskassan har begränsade möjligheter att hantera alla de utmaningar som samordningsuppdraget innebär med en förändrad styrning (avsnitt 3.4).

3.1 Försäkringskassan har begränsade möjligheter att ta ansvar för att målet med samordningsuppdraget nås

Målet med samordningsuppdraget är inte begränsat till att minska individens behov av ersättning från sjukförsäkringen, utan i målet ingår att rehabilitera en persons nedsatta arbetsförmåga även om hen inte har ersättning från Försäkringskassan (se kapitel 2). Allt eftersom kraven för rätt till ersättning från sjukförsäkringen har stramats åt har det blivit mer oklart hur målet med samordningsuppdraget förhåller sig till sjukförsäkringen. Målet att individen ska återfå sin arbetsförmåga är också svårt att följa upp. Det begränsar Försäkringskassans möjligheter att ta ansvar för att målet med samordningsuppdraget nås. I det här avsnittet visar vi att

- oklarheter i hur målet med samordningsuppdraget relaterar till rätten till sjukpenning gör uppdraget svårare för Försäkringskassan (avsnitt 3.1.1)
- Försäkringskassan kan ha svårt att prioritera att samordna rehabilitering före bedömningarna av personers rätt till ersättning (avsnitt 3.1.2)
- det är svårt att avgöra hur Försäkringskassan bidrar till att nå målet med samordningsuppdraget (avsnitt 3.1.3).

3.1.1 Oklarheter i hur målet med samordningsuppdraget förhåller sig till rätten till sjukpenning gör uppdraget svårare

De personer som täcks in av målet med samordningsuppdraget är en bredare grupp än de som har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Det kan vi se inte minst genom att Försäkringskassan förtydligat att samordningsuppdraget även kan gälla personer som inte har ersättning från sjukförsäkringen, samt att det omfattar även de personer vars arbetsförmåga är nedsatt med mindre andel än den som krävs för att de ska ha rätt till sjukpenning. Men för myndigheten kan det vara svårt att samordna rehabiliteringen för personer som inte har ersättning, eftersom det är svårt för Försäkringskassan att identifiera dem.

För personer som har rätt till ersättning, och därmed är enklare för myndigheten att identifiera, kan det i stället vara svårt att veta vad

målet ska vara med den rehabilitering som Försäkringskassan ska samordna. Det beror på att det går att tolka målen med rehabiliteringen olika utifrån rehabiliteringskedjan och samordningsuppdraget.

Försäkringskassan har förtydligat att deras ansvar inte begränsas av om en person har ersättning eller att hens arbetsförmåga är nedsatt en viss andel

Det har funnits olika tolkningar av vems rehabilitering Försäkringskassan har ansvar för att samordna. Från början angav lagen att försäkrade personer hade möjlighet till rehabilitering.¹⁵⁹ I och med införandet av socialförsäkringsbalken ändrades det till att dessa personer har rätt till rehabiliteringsåtgärder.¹⁶⁰ Regeringen ville tydliggöra att det inte finns någon garanti att personen kommer bli rehabiliterad, men att personen har rätt till olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Vilka åtgärder det kan vara får enligt regeringen bedömas i varje enskilt fall.¹⁶¹ Men av socialförsäkringsbalken framgår det att åtgärderna ska ha som syfte att personen ska återfå sin arbetsförmåga.¹⁶²

Däremot framgår det inte hur Försäkringskassans samordning ska förhålla sig till de andra förmåner och ersättningar som Försäkringskassan har ansvar för. En tolkning har varit att Försäkringskassans samordningsuppdrag är begränsat till personer som får sjukpenning från Försäkringskassan.¹⁶³ En annan tolkning är att samordningsuppdraget även gäller personer som inte har ersättning, så länge de har en nedsatt arbetsförmåga som skulle ge dem rätt till ersättning från sjukförsäkringen om de uppfyllde övriga villkor.¹⁶⁴ Ett sådant villkor är att personen behöver ha en sjukpenninggrundande inkomst. Har personen inte en sådan inkomst har personen inte rätt till sjukpenning även om hen har tillräckligt nedsatt arbetsförmåga.

Men målet med de åtgärder som Försäkringskassan ska samordna ska som sagt vara att individen så långt det är möjligt ska få tillbaka sin

¹⁵⁹ Dåvarande 22 kap. 1 § lagen (1963:381) om allmän försäkring (AFL).

¹⁶⁰ 30 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (SFB).

¹⁶¹ Prop. 2008/09:200, *Socialförsäkringsbalk*, s. 453.

¹⁶² 29 kap. 2 § SFB.

¹⁶³ Se t.ex. SOU 2003:106, *Försäkringskassan – Den nya myndigheten*, s. 87.

¹⁶⁴ Försäkringskassan, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, Version 21, s. 377; se även Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*, PM2022:2, s. 8.

arbetsförmåga (se avsnitt 1.1). Det skiljer sig från rätten till sjukpenning, som bland annat kräver att individens sjukdom sätter ned förmågan att arbeta med minst en fjärdedel.¹⁶⁵ Under 2024 har Försäkringskassan förtydligat att myndigheten kan vara skyldig att samordna rehabiliteringen oavsett om personen har ersättning från Försäkringskassan eller inte, och oavsett hur liten personens nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller skada är.¹⁶⁶

Försäkringskassan kan ha svårt att identifiera alla de personer som behöver få sin rehabilitering samordnad

Målgruppen för samordningsuppdraget är alltså bredare än rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Men om den som inte får sjukpenning vill att Försäkringskassan ska samordna personens rehabilitering så kräver Försäkringskassan att hen ansöker om det.¹⁶⁷ Personer som inte har ersättning från Försäkringskassan har generellt sett också svårt att känna till vilka möjligheter de har att få sin rehabilitering samordnad.¹⁶⁸ Därmed har myndigheten svårt att identifiera alla de personer som kan behöva få sin rehabilitering samordnad.

Viss hjälp kan Försäkringskassan få av andra aktörer. Bland annat har hälso- och sjukvården ansvar att underrätta Försäkringskassan om personer som har behov av samordning.¹⁶⁹ Men det kan vara svårt att lösa problemet denna väg. Exempelvis kan även socialtjänsten behöva kommunicera med Försäkringskassan om de identifierar personer som behöver samordning, men det verkar vara en liten andel av de personer som har kontakt med socialtjänsten och samtidigt har behov av att Försäkringskassan samordnar rehabiliteringen som fångas upp.¹⁷⁰ De personer som hälso- och sjukvården och socialtjänsten ger Försäkringskassan impulser om behöver dessutom fortfarande ansöka om att få sin rehabilitering samordnad om de inte har sjukpenning. Personer som har svårt att ta in information och att

¹⁶⁵ 27 kap. 2 § första stycket SFB.

¹⁶⁶ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1 version 19, s. 177; Försäkringskassan, mejlsvår till ISF 2024-06-26 och 2024-07-02.

¹⁶⁷ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1 version 19, s. 177; Försäkringskassan, mejlsvår till ISF 2024-06-26 och 2024-07-02.

¹⁶⁸ Se t.ex. SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 289–290.

¹⁶⁹ 4 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

¹⁷⁰ SOU 2020:24, s. 77–78 och 286–291; SOU 2025:15, *Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare*, s. 1 096–1 098 och 1 124–1 125.

avgöra konsekvenser av olika val kan vara de som är i störst behov av samordnad rehabilitering för att få tillbaka sin arbetsförmåga. Samtidigt kan dessa personer vara de som har svårast att själva ansöka om det.

Det blir också svårare för Försäkringskassan att identifiera alla de personer med nedsatt arbetsförmåga som har behov av samordnad rehabilitering på grund av att rätten till sjukpenning är begränsad till en del av rehabiliteringsprocessen.¹⁷¹ De första 14 dagarna är det arbetsgivaren som betalar sjuklön.¹⁷² Först efter det kan den anställda ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan. Rehabiliteringskedjan innebär sedan att efter 180 dagars sjukskrivning kan en person sakna rätt till sjukpenning trots att hen har helt nedsatt arbetsförmåga i sitt ordinarie arbete. Så kan det exempelvis bli om hen klarar av att arbeta mer än 75 procent i ett annat normalt förekommande arbete.¹⁷³ De nya undantag från rehabiliteringskedjan som infördes 2021 och 2022 har inneburit att fler fortsätter få sjukpenning även efter 180 dagar (se avsnitt 2.3.6). Men de undantagen går bara att göra fram till dag 550.¹⁷⁴

Ofta har personer som blir av med sin sjukpenning kvar sin anställning. Men många har kvar besvär som kan innebära att de inte arbetar i samma omfattning som innan sjukdomen.¹⁷⁵ Även många av de vars anställning avslutas har kvar besvär.¹⁷⁶ Det kan innebära att de kan ha behov av åtgärder från både hälso- och sjukvården och arbetsgivare för att hantera sin nedsatta arbetsförmåga, även om de inte har rätt till sjukpenning.

Det finns med andra ord tillfällen då en person både före och efter det att hen får sjukpenning kan behöva samordnade rehabiliteringsinsatser. I båda dessa fallen kan det vara svårt för Försäkringskassan att tillgodose det behovet, eftersom myndigheten inte har någon naturlig kontakt med individen.

¹⁷¹ Se bland annat SOU 2020:24, s. 189–190.

¹⁷² 7 § lagen (1991:1047) om sjuklön.

¹⁷³ 27 kap. 48 § SFB.

¹⁷⁴ 27 kap. 48 § SFB.

¹⁷⁵ Se t.ex. Hedlund, Å., *Return to work after long-term sick leave for common mental disorders*. 2024, Gävle University Press; Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel*. RiR 2024:14, s. 24–26.

¹⁷⁶ Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 2. 2013-02-14*, dnr 030061-2012, s. 43.

Samordningsuppdraget kan bli svårt eftersom målet med rehabiliteringen kan skilja sig från rehabiliteringskedjans mål

När Försäkringskassan fick samordningsuppdraget 1992 var målet med uppdraget tydligare kopplat till rätten till sjukpenning. Enligt förarbetena borde målet med rehabiliteringen som Försäkringskassan skulle samordna vara att den anställda skulle få behålla sitt arbete, och om det inte gick, åtminstone få vara kvar på sin arbetsplats.¹⁷⁷ I praktiken hade en person då rätt till sjukpenning så länge som hen hade en sjukdom som minskade arbetsförmågan i hens ordinarie arbete (se avsnitt 2.2.1 och 2.3.6).

Men sedan dess har sjukförsäkringens syfte och flera andra förutsättningar som påverkar samordningsuppdraget förändrats. Rehabiliteringskedjan, som rätten till sjukpenning utgår från, infördes 2008. Den har som mål att de sjukskrivna som behöver ställa om till ett annat arbete ska göra det så snart som möjligt, men några förändringar gjordes inte av Försäkringskassans samordningsuppdrag. Det är därför inte självklart vilket arbete Försäkringskassan ska ha som mål att den sjukskrivna ska rehabiliteras till att kunna utföra.

Utifrån syftet att den sjukskrivna ska återfå sin arbetsförmåga och utifrån förarbetena så skulle samordningsuppdraget kunna tolkas som att målet så långt det är möjligt ska vara att personens arbetsförmåga ska rehabiliteras i förhållande till det ordinarie arbetet. Kan inte personen återgå i det arbetet så kan målet i stället tolkas som att individen ska återfå en arbetsförmåga i andra arbeten som är lämpliga utifrån bland annat hur sociala faktorer påverkar den sjukskrivnas möjligheter att arbeta. Men utifrån rehabiliteringskedjan kan målet med rehabiliteringen i stället vara att individen uppnår en arbetsförmåga i ett annat normalt förekommande arbete, oberoende av hur sociala faktorer påverkar den sjukskrivnas möjligheter att klara av ett sådant arbete (se avsnitt 2.3.5).

Givet dessa tolkningar kan en viss typ av rehabilitering vara bäst utifrån målet i rehabiliteringskedjan, samtidigt som en annan typ av rehabilitering är bättre utifrån målet i samordningsuppdraget. Dessutom stämmer varken hälso- och sjukvårdens eller arbetsgivares ansvar och prioriteringar alltid överens med rehabiliteringskedjan

¹⁷⁷ Prop. 1990/91:141, om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m., s. 36–37.

(se kapitel 4 och 5). Det kan göra det svårt för Försäkringskassan att arbeta med samordningen.

3.1.2 Försäkringskassan kan ha svårt att prioritera rehabilitering av nedsatt arbetsförmåga före bedömning av rätten till ersättning

Försäkringskassans uppdrag att både utreda en persons rätt till ersättning och att samordna rehabiliteringen innebär i praktiken att myndigheten ofta behöver prioritera mellan de två. Om Försäkringskassans utredare behöver prioritera mellan olika aktiviteter är det ofta naturligt att de prioriterar individens försörjning, och därför utreder om hen har rätt till ersättning innan de tar ställning till behovet av att samordna rehabiliteringen av arbetsförmågan. Det konstaterade redan förarbetena till samordningsuppdraget.¹⁷⁸ En tanke med samordningsuppdraget var att de dåvarande försäkringskassorna skulle prioritera samordningen av rehabiliteringen högre än tidigare.¹⁷⁹ Regeringen har också lyft fram det i sitt regleringsbrev för Försäkringskassan 2025.¹⁸⁰

Men Försäkringskassan har fortfarande svårt att prioritera samordningen av rehabilitering lika högt som personens försörjning. Så här säger en utredare som Försäkringskassan har intervjuat i en studie av samordningsuppdraget från 2022:

Folk vill ha pengarna i tid. Det är aldrig någon som har ringt mig och sagt: 'Nu har jag inte fått samordning i tid!' Utan 'Nu har jag inte fått pengar!' Så pressen utifrån gör att pengar är det viktiga.¹⁸¹

Samordningsuppdraget är fortfarande ett av flera uppdrag som Försäkringskassans utredare har ansvar för. Flera tidigare studier från ISF och Försäkringskassan beskriver hur Försäkringskassan har prioriterat ned samordningsuppdraget när antalet personer som

¹⁷⁸ SOU 1988:41, *Tidig och samordnad rehabilitering*, s. 78–79.

¹⁷⁹ Prop. 1990/91:141, s. 37.

¹⁸⁰ Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Försäkringskassan, S2023/03241, s. 1.

¹⁸¹ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 37.

vill ha ersättning ökar.¹⁸² Oavsett om det har varit en korrekt prioritering eller inte så verkar samordningsuppdraget åtminstone inte ha lett till att Försäkringskassan har prioriterat samordningen av rehabilitering lika högt som utredningarna av rätten till ersättning. En bidragande orsak är att uppdraget inte är lika tydligt som uppdraget att bedöma om en person har rätt till ersättning.¹⁸³ Det finns också en generell risk för att myndigheter prioriterar mål inom sin egen sektor framför tvärsektoriella mål.¹⁸⁴

3.1.3 Svårt att avgöra hur Försäkringskassan bidrar till att målet med samordningsuppdraget nås

En anledning till att det svårt att styra tvärsektoriella frågor är att det generellt är svårt att följa upp resultat, eftersom de ofta beror på vad många aktörer gör och att målen ofta är otydliga.¹⁸⁵ Även om Försäkringskassan har möjlighet att identifiera en person som har nedsatt arbetsförmåga och som behöver samordnad rehabilitering, och prioriterar samordningen, så är det svårt att avgöra om myndigheten lyckas. Det gör det svårt för Försäkringskassan att veta vilken rehabilitering de ska prioritera att samordna, och hur. Dessutom kan det bli svårt för regeringen att ställa krav på Försäkringskassan eftersom det inte är tydligt om myndigheten lyckas eller inte. När det gäller Försäkringskassans hantering av rätten till sjukpenning är det på flera sätt enklare. Skillnaden i vilka möjligheter som finns att följa upp de två uppdragen kan bidra till att samordningsuppdraget inte har blivit lika högt prioriterat som bedömningarna av rätten till ersättning.

Det är svårt att avgöra om en person återfått sin arbetsförmåga eftersom det inte är ett entydigt begrepp.¹⁸⁶ Detsamma gäller en persons förutsättningar att försörja sig. Därför sammanfattas ofta att

¹⁸² ISF, *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan*, Rapport 2018:16; Försäkringskassan, *Hur åstadkomma en över tid korrekt, effektiv och enhetlig förvaltning av sjukförsäkringen*. PMi 2023:1; Försäkringskassan, PM2022:2; Försäkringskassan, *Samordningsuppdragets praktik*. Socialförsäkringsrapport 2020:2; Försäkringskassan, *Sjukförsäkringens styrkedja*. Internrevisionsrapport 2020:7; Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, rehabiliteringsinsatser i samarbete*. Återrapportering 2014-08-01, dnr Af-2013/508922, FK 003013-2013.

¹⁸³ ISF, Rapport 2018:16.

¹⁸⁴ Statskontoret, *På tvären – styrning av tvärsektoriella frågor*. 2006:13.

¹⁸⁵ Statskontoret, *Regeringens styrning i tvärsektoriella frågor*. Om offentlig sektor 2022, s. 10–11.

¹⁸⁶ Se t.ex. SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*, kap. 3.

målet för rehabiliteringen är att personen återgår i arbete.¹⁸⁷ Det är ett konkret mått på förmågan att arbeta, men för det första är frågan om samordningsuppdragets mål är ordinarie arbete eller vilket arbete som helst (se avsnitt 3.1.1). Dessutom kan det vara svårt att mäta om en person återgår i arbete och avgöra om det beror på Försäkringskassans samordning, eftersom många andra faktorer påverkar om en person faktiskt återgår till sitt arbete.¹⁸⁸ Dessutom behöver inte det faktum att en person återfår sin arbetsförmåga innebära att hen också väljer att återgå i arbetet eller att en person som försöker återgå i arbete faktiskt har återfått tillräcklig arbetsförmåga för att klara av det på sikt.

Försäkringskassan anser också att det är viktigt att komma ihåg att samordningsuppdraget inte behöver leda till effekter som är direkt mätbara i form av exempelvis kortare sjukskrivningsperioder, utan till effekter som är svårare att mäta som trygghet och bättre stöd i en svår livssituation.¹⁸⁹ Men Försäkringskassan förklarar inte hur den typen av resultat hänger samman med samordningsuppdragets mål.

Svårigheterna att avgöra hur väl Försäkringskassan lyckas med samordningsuppdraget har inneburit att fokus för myndigheten i stället har varit åtgärder i sig. Det kan till exempel handla om att individen ska få tillgång till tidiga rehabiliteringsåtgärder.¹⁹⁰ Det som Försäkringskassan oftast har fokuserat på har varit antalet avstämningsmöten.

För Försäkringskassan och även andra aktörer blir avstämningsmöten ofta synonymt med samordningsuppdraget. Det är ett av de få konkreta verktyg som myndigheten har, och det har ofta varit fokus för både Försäkringskassans och regeringens styrning och uppföljning av myndighetens hantering av samordningsuppdraget.

På avstämningsmöten deltar Försäkringskassans utredare, den sjukskrivna och ytterligare någon eller några aktörer. Enligt Försäkringskassan använder utredaren mötet för att utreda och bedöma den

¹⁸⁷ Regleringsbrev för budgetåren 2022–2024 avseende Försäkringskassan, S2021/08064, S2022/04810 och S2023/03257, s. 2.

¹⁸⁸ Försäkringskassan, *Nya möjligheter att mäta återgång i arbete*. Arbetsrapport 2024:4; Statskontoret, *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen*. Slutrapport 2023:6, s. 110–112; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 57.

¹⁸⁹ Försäkringskassan, *Budgetunderlag 2025–2027*. 2024-02-16, dnr FK 2023/026727, s. 8.

¹⁹⁰ Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Försäkringskassan, S2023/03257 m.fl., s. 1–2; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 57–58.

sjukskrivnas medicinska tillstånd, hens arbetsförmåga samt vilka behov hen har av rehabilitering och vilka möjligheter som finns till det.¹⁹¹

I våra intervjuer beskriver flera personer att Försäkringskassans samordningsuppdrag är detsamma som avstämningsmötena. Även statliga utredningar och Försäkringskassan själv har påpekat att avstämningsmötena är det viktigaste verktyget i samordningsuppdraget.¹⁹² Uppföljning och styrning av Försäkringskassans samordningsuppdrag har också länge fokuserat på avstämningsmöten. Bland annat har regeringen velat att Försäkringskassan utför fler avstämningsmöten, och därför reglerades avstämningsmöten i lag den 1 juli 2003.¹⁹³ Detta innebar att Försäkringskassan lyfte fram avstämningsmöten som ett verktyg för att få i gång rehabiliteringsinsatser, och myndigheten hade stort fokus på antal avstämningsmöten i sin interna styrning.¹⁹⁴

Men avstämningsmöten och de åtgärder som Försäkringskassan kan genomföra säger i sig inget om individen också får delta i rehabiliteringsåtgärder som innebär att hen återfår sin arbetsförmåga.¹⁹⁵ Avstämningsmöten kan ses som indikatorer för i vilken utsträckning Försäkringskassan försöker samordna rehabilitering. Men de är inte tillräckliga mått för att avgöra om Försäkringskassan faktiskt bidrar till att nå samordningsuppdragets mål.

3.2 Försäkringskassan har begränsade möjligheter att se till att andra utför åtgärder

Enligt socialförsäkringsbalken ska Försäkringskassan både samordna de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten och utöva tillsyn över dem.¹⁹⁶ Försäkringskassan ska enligt

¹⁹¹ Försäkringskassan, 2015:1, version 19, s. 338.

¹⁹² Se t.ex. SOU 2009:49, *Bättre samverkan*, s. 94–95; Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan - Rotorsaksanalys enligt PGSA*, 2017-01-24; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 48–49.

¹⁹³ Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*, s. 28–29 och 50; dåvarande 3 kap. 8a § AFL, nuvarande 110 kap. 14 § 4 SFB.

¹⁹⁴ Försäkringskassans årsberättelse för år 2005, s. 13; Försäkringskassans årsredovisning 2006.

¹⁹⁵ Se t.ex. Försäkringskassans årsredovisning 2007, s. 39–41; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 39 och 57–58; Statskontoret, Slutrapport, 2023:6, s. 111.

¹⁹⁶ 30 kap. 8 § SFB.

socialförsäkringsbalken också se till att personer får ta del av de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering.¹⁹⁷ Eftersom myndigheten inte kan utföra rehabiliteringsåtgärder innebär det att Försäkringskassan behöver se till att andra aktörer genomför åtgärderna, så som hälso- och sjukvården och arbetsgivare. I det här avsnittet går vi igenom Försäkringskassans begränsade möjligheter att leva upp till dessa krav och de konsekvenser som det kan få för den enskilda personen:

- Försäkringskassan saknar formella möjligheter att se till att andra aktörer agerar (avsnitt 3.2.1).
- Försäkringskassan är otydlig i sin beskrivning av vad myndighetens ansvar för tillsyn och för att andra utför åtgärder innebär (avsnitt 3.2.2).
- De så kallade samordningsförbunden kan vara ett verktyg som kan hjälpa Försäkringskassan att se till att individer får åtgärder. Men samordningsförbunden ger begränsade möjligheter för Försäkringskassan att se till att anställda rehabiliteras (avsnitt 3.2.3).
- Risken är att individen får ta konsekvenserna för brister i rehabiliteringen (avsnitt 3.2.4).

3.2.1 Försäkringskassan har inga formella möjligheter att se till att andra aktörer agerar

Sedan 2008 har inte längre Försäkringskassan möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Myndigheten har därför inte längre några egna möjligheter att se till att individer får ta del av åtgärder som innebär en effektiv rehabilitering av deras nedsatta arbetsförmåga (se avsnitt 2.3.1).

Både Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Arbetsmiljöverket har tillsynsansvar som anknyter till Försäkringskassans samordningsuppdrag. Men till skillnad från Försäkringskassan har både IVO och Arbetsmiljöverket både möjligheter och mandat att påverka vad aktörer gör. Exempelvis kan IVO besluta om vite och Arbetsmiljöverket om sanktionsavgifter om en aktör inte gör det den ska.¹⁹⁸

¹⁹⁷ 30 kap. 9–10 § SFB.

¹⁹⁸ 7 kap. 24 § patientsäkerhetslagen (2010:659); 8 kap. 5–9 §§ arbetsmiljölagen (1977:1160).

Någon sådan möjlighet har inte Försäkringskassan. Myndigheten har inte heller några andra formella medel att ta till för att se till att aktörer agerar.

I förarbetena framgår inte mer än att tillsynsansvaret innebär att Försäkringskassan ska kontakta arbetsgivare och att hälso- och sjukvården har en viktig roll.¹⁹⁹ Enligt personer som vi har intervjuat saknar Försäkringskassan möjligheter att ställa krav på andra aktörer och att se till att arbetsgivare och hälso- och sjukvården genomför några åtgärder. Det konstaterar bland annat en av intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket:

Jag tänker spontant på att Försäkringskassan saknar verktyg när det gäller arbetsgivare då som inte sköter det här. Det är min första tanke.

Det har inte heller varit aktuellt att ge Försäkringskassan formella möjligheter att se till att aktörer erbjuder individen åtgärder. Ett skäl har varit att det skulle göra det svårare för Försäkringskassan att samarbeta med aktörerna, och att det skulle vara svårt för Försäkringskassan som utpräglat serviceorgan att uppträda som en repressiv instans.²⁰⁰ Statliga utredningar har även kommit fram till att sanktionsmöjligheter skulle kunna vara svåra att förena med arbetsgivares skyldigheter enligt bland annat arbetsmiljölagen, och skulle riskera komma i konflikt med hälso- och sjukvårdens prioriteringar att den som har det största behovet får företräde.²⁰¹ I stället föreslog utredningarna att Försäkringskassans uppdrag skulle förtydligas, så att det framgick att myndigheten inte kunde utöva tillsyn eller se till att aktörer utförde åtgärder.²⁰² Förslagen genomfördes inte.

3.2.2 Försäkringskassan är otydlig i beskrivningen av vad ansvaret för tillsyn och att andra utför åtgärder innebär

I sina beskrivningar av samordningsuppdraget är Försäkringskassan inte tydlig med vad ansvaret att utöva tillsyn och se till att individen får ta del av effektiva rehabiliteringsinsatser innebär. I det metodstöd som ska stötta utredarna beskriver myndigheten i stället att den

¹⁹⁹ Prop. 1990/91:141, s. 51.

²⁰⁰ SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*, s. 242–243.

²⁰¹ SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 627.

²⁰² SOU 1998:104, s. 236; SOU 2015:21, s. 626 och 639.

samordnande rollen innebär att utredarna ska verka för att de aktörer som ansvarar för rehabiliteringsinsatserna tar sitt ansvar, utöver att klarlägga behov och samordna insatser.²⁰³

Enligt myndigheten är det respektive aktör som inom sitt expertområde bäst avgör vilka enskilda insatser som är effektiva inom sin sfär. Försäkringskassan ska inte överta andra aktörers roll eller uppdrag. Men myndigheten ska även se till att aktörerna inte samtidigt genomför insatser som påverkar varandra negativt, eller att det uppstår onödiga väntetider mellan rehabiliteringsinsatser.²⁰⁴ Försäkringskassan beskriver inte hur aktörernas autonomi inom sina sfärer ska kunna kombineras med att Försäkringskassan samtidigt ska kunna se till att aktörerna genomför åtgärder vid en viss tidpunkt.

Försäkringskassan konstaterar också att den saknar sanktionsmöjligheter och inte är en tillsynsmyndighet. I stället anser Försäkringskassan att tillsynsansvaret är begränsat till att uppmärksamma avvikelser och anmäla systematiska brister till den behöriga tillsynsmyndigheten i de fall det finns en sådan.²⁰⁵

3.2.3 Samordningsförbunden ger begränsade möjligheter att se till att anställda rehabiliteras

Utöver att Försäkringskassan ska se till att personer rehabiliteras anger samordningsuppdraget att Försäkringskassan även ska verka för att aktörer genomför åtgärder.²⁰⁶ Det är också den möjlighet att se till att individer får ta del av åtgärder som Försäkringskassan har, eftersom myndigheten inte längre har möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Försäkringskassan kan påverka aktörerna genom exempelvis avstämningsmöten och information. Det verktyg som återstår där Försäkringskassan mer konkret kan påverka möjligheten att individen får ta del av åtgärder är samordningsförbunden. I det här avsnittet visar vi att

- samordningsförbunden har begränsad betydelse för anställda

²⁰³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 291–292.

²⁰⁴ Försäkringskassan, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*. 2023-02-14, s. 5; Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 167 och 172.

²⁰⁵ Försäkringskassan, 2023-02-14, s. 5; Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 173.

²⁰⁶ 30 kap. 10 § andra stycket SFB.

- Försäkringskassan har begränsat utredarnas möjlighet att arbeta i samordningsförbunden.

Samordningsförbunden har begränsad betydelse för anställda

Samordningsförbunden är ett sätt att finansiellt samordna rehabiliteringsinsatser.²⁰⁷ De har bedrivits i olika former sedan 1990-talet, till en början som försöksverksamheter. Sedan år 2004 finns det en permanent möjlighet för kommuner, regioner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att samordna resurser för att stödja individer, genom att tillsammans bilda samordningsförbund. Det överordnade syftet med den finansiella samordningen har alltid varit att samla resurser från flera olika offentliga huvudmän och aktörer för att stödja individer som behöver samordnad rehabilitering och som riskerar att hamna i ett gränsland mellan myndigheternas ordinarie uppdrag.²⁰⁸

Enligt ISF:s utvärdering gör samordningsförbunden skillnad. Det samordnade stödet leder till att de som står långt ifrån arbetsmarknaden i större utsträckning kan försörja sig själva. Samordningsförbunden används också framför allt för personer som inte har någon anställning.²⁰⁹ Men det finns inget hinder för att även personer med en anställning får stöd genom samordningsförbunden.

I förarbetena till den lag som reglerar samordningsförbunden påpekade regeringen särskilt att även om en person får stöd genom ett samordningsförbund så har arbetsgivarna fortfarande ansvar för de anställdas arbetsmiljö och rehabilitering. Arbetsgivaren är den aktör som i första hand har ett ansvar för att se till att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd och för att finansiera dem. Samtidigt konstaterade regeringen att arbetsgivarnas ansvar är begränsat till åtgärder som arbetsgivaren kan genomföra inom den egna verksamheten eller i anslutningen till den.²¹⁰

En annan begränsning för samordningsförbunden är att antalet personer som får samordnat stöd via samordningsförbunden sedan 2019 har minskat från 39 000 till 20 533, trots att det antal som bedöms ha behov av samordnat stöd via samordningsförbunden är

²⁰⁷ Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

²⁰⁸ ISF, *Samordningsförbundens organisering och verksamhet*. Rapport 2019:1, s. 37.

²⁰⁹ ISF, *Samordnat stöd leder till bättre försörjning*. Rapport 2024:12, s. 27–29 och 69–73.

²¹⁰ Prop. 2002/03:132, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*, s. 46–51.

mycket större.²¹¹ Dessutom riskerar betydelsen av samordningsförbunden att minska av att Försäkringskassan under hösten 2018 reviderade sina riktlinjer för hur myndigheten ska bedriva samverkan genom samordningsförbund. Enligt Försäkringskassans nya riktlinjer ska myndighetens medarbetare utföra uppdraget inom ramen för sin anställning, och det ska innebära att hen ska ha liknande arbetsuppgifter i samordningsförbundet som hen har i sin anställning på Försäkringskassan. De medarbetare som vill arbeta med arbetsuppgifter i förbundsfinansierade insatser utöver vad som rymms inom medarbetarens arbetsskyldighet på Försäkringskassan måste ansöka om tjänstledigt. Det medförde att Försäkringskassans medarbetare fick en snävare roll än tidigare.²¹²

3.2.4 Risken är att individen får ta konsekvenserna för brister i rehabiliteringen

Rehabiliteringskedjan innebär också att det framför allt är individen som får ta konsekvenserna av brister i rehabiliteringen. De fasta tidsgränserna innebär att den sjukskrivna kan förlora sin rätt till ersättning oavsett om hen har fått den rehabilitering som hen behöver eller inte. Det gör att den som är sjukskriven har ett intresse av att rehabiliteringen kommer i gång så snart det går. Annars hinner hen kanske inte få rehabilitering som gör det möjligt för hen att återgå i sitt arbete innan hen blir av med sjukpenningen. Det anser exempelvis en av intervjupersonerna från Försäkringskassan kan påverka drivkrafterna i rehabiliteringsprocessen:

Nej, det finns inte jättemycket muskler kopplat till det [tillsynsuppdraget], utan då konstaterar vi så småningom en arbetsförmåga ändå, eller att det inte finns, och så blir det en drivkraft i sammanhanget också.

En av de som vi intervjuade från Arbetsmiljöverket har tidigare arbetat med sjukförsäkringen inom Försäkringskassan. Även hen menar att Försäkringskassan i slutändan i praktiken bara kan bestämma över om den sjukskrivna har rätt till ersättning eller inte.

Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser i sin tur att bedömningarna av om en person har rätt till ersättning, och möjligheten att

²¹¹ ISF, Rapport 2024:12, s. 74–75.

²¹² ISF, rapport 2019:1, s. 126–129.

bevilja arbetsträning ger Försäkringskassan kraftfulla verktyg för att driva på rehabiliteringen:

Kassan brukar själva säga att de inte har några verktyg i rehabprocessen, men (...) att besluta om sjukpenning eller annan förmån, att bevilja rehabpenning, jag tycker att det verkligen är reella verktyg. Det är otroligt kraftfulla verktyg. Jag tycker det är sorgligt att man inte ser att man har de verktygen.

Som exempel tar intervjupersonen från Svenskt Näringsliv upp den borte tidsgränsen i rätten till sjukpenning som togs bort 2016. Gränsen innebar att en person i princip hade rätt till sjukpenning i högst 914 dagar. Hen erbjöds sedan att delta i arbetslivsintroduktion med aktivitetsstöd, och efter tre månader hade hen åter möjlighet att få sjukpenning. Enligt intervjupersonen från Svenskt Näringsliv gjorde tidsgränsen att den sjukskrivna aktiverade sig och innebar även ökad aktivitet hos alla aktörer runt individen.²¹³

Men intervjupersonen från Svenskt Näringsliv lyfter även fram en målkonflikt mellan rätten till ersättning och att få rehabilitering. Enligt hen kan det vara svårt att engagera den anställde i rehabiliteringsmöjligheter när den sjukskrivna samtidigt fokuserar på att hen inte kan arbeta för att få behålla sin sjukpenning. Det perspektivet lyfter också intervjupersoner från hälso- och sjukvården fram. En psykiater verksam inom öppenvård psykiatri utvecklar det så här:

(...) de har ofta varit sjukskrivna länge och deras sjukdomstillstånd kopplas ihop med deras försörjning och de är jätteberoende av att man som doktor då ska skriva ett nytt sjukintyg, så de behöver komma och berätta för doktorn hur sjuka de är, hur stora problem de har. Vilket interfererar på ett negativt sätt med behandling och möjligheterna att bota dem från deras tillstånd.

Omvänt kan det också finnas risker med den press som kan skapas av ensidigt fokus på att personen ska återgå i arbete. Den som är sjukskriven kan befinna sig i en utsatt situation om hen inte känner att någon ser till hens behov, och i stället pressar på för att hen ska återgå i arbete. Exempelvis anser ett av skyddsombuden som vi har intervjuat att det kan innebära att sjukskrivna personer börjar arbeta innan de är redo. Det kan leda till att de blir sjuka igen och att de medicinska tillstånden blir värre.

²¹³ Jfr SOU 2024:26, s. 227–228.

Pressen att återgå var ett tema som återkom i en enkätundersökning som Försäkringskassan gjorde med personer som har varit sjuk-skrivna i cirka ett halvår. Enligt fritextsvar hade flera känt sig pressade att återgå i arbete tidigare än vad de själva kände sig redo för. Vissa hade känt sig tvungna att gå tillbaka i arbete trots att de inte var friska. De sjukskrivna upplevde pressen från antingen läkare eller utredare på Försäkringskassan.²¹⁴

Orealistiska rehabiliteringsmål kan leda till att individens självbild kommer att baseras på misslyckanden, och det kan försämra hälsan.²¹⁵ En kunskapssammanställning från Försäkringskassan visar att det finns risker med att vara samvetsgrann, särskilt vid stressrelaterad ohälsa. Samvetsgranna individer har en hög ansvarskänsla, vilket kan medföra en risk att de återgår i arbete alltför tidigt i ett alltför högt tempo.²¹⁶

3.3 Samordningsuppdraget innebär utmaningar för Försäkringskassans handläggning

Utöver att samordningsuppdraget innehåller delar som Försäkringskassan har svårt att ta ansvar för så ställer det också till problem för Försäkringskassans handläggning. I det här avsnittet visar vi att Försäkringskassan

- behöver kunna välja ut rätt ärenden, men att det är svårt eftersom det saknas tillräcklig kunskap för att avgöra när rehabilitering av en person med nedsatt arbetsförmåga fungerar (avsnitt 3.3.1)
- har svårt att hantera de höga krav som samordningsuppdraget ställer på utredarna (avsnitt 3.3.2).

²¹⁴ Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete*, Arbetsrapport 2024:02, s. 35 och 43.

²¹⁵ Försäkringskassan, *I skuggan av arbetsnormen*. Socialförsäkringsrapport 2020:1, s. 5.

²¹⁶ Försäkringskassan, *Faktorer som kan påverka återgång i arbete*, Arbetsrapport 2024:1.

3.3.1 Det är svårt för Försäkringskassan att välja rätt ärenden och rätt åtgärder

Det är viktigt att Försäkringskassan väljer att samordna åtgärder i rätt ärenden. Det beror på att samordningsuppdraget kräver mycket resurser och att myndigheten samordnar insatser för sjukskrivna personer i relativt få ärenden. Men eftersom det är osäkert vilka åtgärder som har effekt och för vem de har effekt så blir det svårt för Försäkringskassan att välja ut de ärenden där myndigheten behöver samordna rehabilitering. Både regeringen och Försäkringskassans styrning har fokuserat på att utredarna ska vara aktiva tidigt i ärendena för att sjukfrånvaron ska minska. Men det är svårt att avgöra när i ett ärende det är lämpligt att samordna rehabiliteringen.

Det är viktigt att Försäkringskassan väljer rätt eftersom samordning kräver mycket resurser

Samordningsinsatser kan innebära en stor arbetsinsats. Ett exempel på det är avstämningsmötena, som är Försäkringskassans viktigaste verktyg.²¹⁷ Med förberedelserna kan en utredare behöva avsätta mer än halv arbetsdag för ett enda sådant möte.²¹⁸

Antalet åtgärder som avstämningsmöten och att planera för hur en sjukskriven person ska kunna återgå i arbete sjönk drastiskt från perioden 2011–2013 fram till 2020. Sedan dess har antalet åtgärder ökat svagt, men alltså från relativt låga nivåer. Utvecklingen är densamma oavsett längden på sjukfallen. Trots att andelen har ökat något sedan 2020 så registrerar utredarna möten i mindre än 5 procent av sjukfallen.²¹⁹ Mellan 2021 och 2023 har den genomsnittliga tiden för när i sjukfallet avstämningsmötet äger rum ökat från 413 dagar in i sjukfallet till 471 dagar.²²⁰

Enligt våra intervjuer med personer från andra aktörer är det inte alltid lätt att förstå varför vissa får stöd av Försäkringskassan och andra inte. Enligt en rehabiliteringskoordinator som är verksam på ett sjukhus är det inte heller vanligt att de får återkoppling på de

²¹⁷ Se t.ex. SOU 2009:49, s. 94–95; Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*, 2017-01-24; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 48–49.

²¹⁸ Se t.ex. ISF, *Effektiviteten i Försäkringskassans ärendehandläggning*, Rapport 2017:10, s. 78.

²¹⁹ SOU 2024:26, s. 50–51.

²²⁰ Försäkringskassans årsredovisning 2023, s. 79.

impulser som de ger Försäkringskassan om att en person kan ha behov av samordnad rehabilitering.

Brist på kunskap om effekten av rehabilitering gör det svårt för Försäkringskassan att välja ut ärenden

En förutsättning för att välja rätt ärenden att samordna är att Försäkringskassan vet vilka åtgärder som kan leda till det mål som myndigheten ska uppnå. Det är inte alltid tydligt vad målet ska vara (se avsnitt 3.1.1). Men kunskapen om rehabiliteringsåtgärder är ofta inte tillräcklig oavsett om målet är att öka en persons arbetsförmåga eller om insatsen ska bidra till att hen snabbt kan ställa om till ett annat arbete. Det gör det svårt för Försäkringskassan att välja ut de ärenden där en viss åtgärd kan bidra till en effektiv och snabb rehabilitering.

Olika utredningar och kunskapssammanställningar har kommit till delvis olika slutsatser om rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga har någon effekt. Gemensamt för utredningarna och kunskapssammanställningarna är slutsatsen att det vetenskapliga kunskapsunderlaget inte är tillräckligt tydligt för att någon slutsats ska vara säker. Det gäller särskilt vilka specifika åtgärder som kan ge en viss effekt och under vilka förutsättningar. Men utredningarna och kunskapssammanställningarna verkar överens om att åtgärder som genomförs på arbetsplatser eller i vården, men som koordineras med arbetsplatsen, generellt verkar ha bättre förutsättningar att öka möjligheten för att personen ska återgå i arbete.²²¹

Bristen på vetenskaplig kunskap om effekten av rehabilitering innebär att erfarenhetsbaserad kunskap blir viktigare. Men även sådan kunskap ger begränsat stöd för Försäkringskassan att välja ut vilka ärenden som är lämpliga att samordna rehabiliteringen i.²²²

²²¹ ISF, *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), 2011, s. 98; SOU 2024:26, s. 195; SBU, *Insatser i vården vid långtidssjukskrivning*. 2022, rapport nr 349; Remissvar från Karolinska Institutet; utredningen "En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022" (SOU 2024:26), s. 5–6; Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:1, kap. 4; Riksdagens socialförsäkringsutskott, *Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering*. Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1, s. 32–33.

²²² SOU 2015:21, s. 588–589; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 20–21.

Det är svårt att veta när i tiden det är aktuellt att börja samordna rehabiliteringen

Både regeringens och Försäkringskassans styrning har länge varit inriktad på att utredarna ska vara aktiva tidigt i ärendena för att den totala sjukfrånvaron ska minska.²²³ Men stödet i forskningen är osäkert för att aktivitet tidigt i ärendena faktiskt leder till minskad sjukfrånvaro. Enligt våra intervjuer är det viktigt för Försäkringskassan att nyansera hur de hanterar samordningsuppdraget och att anpassa sina bedömningar efter de enskilda ärendena. Det gäller också fokuset på aktiviteter tidigt i ärendena, enligt en av de vi intervjuat från Försäkringskassan:

Tidigt och aktivt har vi pratat om så länge jag kan minnas. Och man har trott på den tanken att tidigt och aktivt är bra. Och ibland kan det bli så att det är en sak som vi tror på ska gälla i 100 procent av alla ärenden, och då blir det att man använder samma verktyg till allting.

Denna styrning har ifrågasatts av utredare som anser att det finns fall där det inte är bra med aktiviteter tidigt. I stället kan individen behöva återhämtning innan det blir aktuellt att genomföra aktiviteter.²²⁴ Det finns också läkare som hävdar att den vanliga sjukskrivningsdiagnosen utmattningssyndrom i början av sjukskrivningen snarare kräver återhämtning än aktiva åtgärder.²²⁵ I en kunskapssammanställning skriver också Försäkringskassan att olika forskningsöversikter kommer till olika slutsatser om när i sjukfallet det ger bäst resultat att börja med interventioner.²²⁶

Det finns också studier som visar att om exempelvis avstämningsmöten genomförs tidigare kan det leda till att personer blir sjukskrivna längre tid och att sannolikheten ökar för att personerna beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning.²²⁷ Försäkringskassan har ifrågasatt den slutsatsen, eftersom resultaten kan ha påverkats av att tidigareläggningen av Försäkringskassans åtgärder begränsade utredarnas möjlighet att själva välja när åtgärderna behövdes.²²⁸

²²³ ISF, *Införandet av särskild utredning i långa sjukfall*. Rapport 2021:5.

²²⁴ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 52; ISF, Rapport 2021:5, s. 62.

²²⁵ SOU 2020:26, *En sjukförsäkring anpassad efter individen*, bilaga 3 och 4.

²²⁶ Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:1, s. 24–25.

²²⁷ Försäkringskassan. *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Socialförsäkringsrapport 2010:9; IFAU, *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Rapport 2010:11; ISF, *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. Rapport 2011:17.

²²⁸ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 50–51. Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:1, s. 28–29.

Men resultaten har också bekräftats av ISF med en annan metod.²²⁹ Fokus på aktiviteter tidigt i ärendena kan också innebära att Försäkringskassan prioriterar ned arbetet med de långa sjukfallen.²³⁰

3.3.2 Samordningsuppdraget ställer höga krav på utredarnas kompetens

Samordningsuppdraget ställer höga krav på Försäkringskassans utredare. De kraven kan vara svåra för myndigheten att hantera på olika sätt:

- Utredarens olika roller som både ombud och kontrollant är svåra att förena.
- Det breda uppdraget att samordna aktörer med vitt skilda ansvarsområden ställer höga krav på utredarnas kompetens.
- Utbildning räcker inte för att Försäkringskassan ska kunna ge utredarna rätt kompetens. I stället krävs det att utredarna får erfarenhet och det har varit svårt för Försäkringskassan att ge dem det.

Utredarens olika roller som både ombud och kontrollant är svåra att förena

Det är svårt för utredarna att kombinera rollen som kontrollant av rätten till ersättning med det förtroende från den enskilda personen som kan krävas i arbetet med samordningsuppdraget.²³¹ Enligt samordningsuppdraget ska Försäkringskassans utredare vara den enskilda personens ombud.²³² Det innebär bland annat att utredarna ska klarlägga vilka åtgärder personen behöver och se till att de aktuella aktörerna utför åtgärderna.²³³

Men utredare inom Försäkringskassan som har arbetat med rehabiliteringsfrågor har upplevt en motsägelsefull arbetssituation. Rehabilitering kräver nämligen situationsanpassning och förtroende.

²²⁹ ISF, *Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete?* Rapport 2014:21.

²³⁰ ISF, Rapport 2021:5, s. 135–136; Riksförsäkringsverket, *Försöksverksamhet inom rehabiliteringsområdet i Malmöhus, Norrbottens och Blekinge län – en utvärdering*. RFV Anser 1992:12, s. 31–32.

²³¹ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 46–47.

²³² Prop. 1990/91:141, s. 37.

²³³ 30 kap. 9–10 §§ SFB.

Det har varit svårt att kombinera med den regelstyrning som har präglat Försäkringskassan på grund av att regeringens och myndighetens styrning har fokuserat på rätten till ersättning.²³⁴ Så här beskrev en statlig utredning det 1998:

En annan del i handläggarnas roll och kompetensutveckling avser hur de ska kunna hantera de ofta motstridiga krav som ställs på dem. Försäkringskassans personal har fått utvidgade arbetsuppgifter samtidigt som deras resurser skurits ned. Samtidigt som man ska upprätthålla arbetslinjen, vilket avser att ta fasta på det som är friskt hos människan (avmedikalisering) ska man arbeta med rehabilitering grundad på medicinska bedömningar (medikalisering) (...) Man samarbetar med arbetsgivaren samtidigt som man ska företräda individen och ta tillvara individens intressen av skydd och rättvisa.²³⁵

Den bilden är fortfarande aktuell. Särskilt anställda och arbetsgivare kan ha motstridiga förväntningar på utredarna. Men även relationerna till andra aktörer som läkarna, socialtjänsten och arbetsförmedlingen kan vara besvärliga för utredarna.²³⁶ Läkarens professionella position och möjlighet att definiera problem samt lösningar kan skapa problematiska relationer med Försäkringskassans utredare.²³⁷ Samordningsuppdraget kan därför innebära att de utredare på Försäkringskassan som ansvarar för uppdraget behöver en egen profession.²³⁸ Det säger även en av våra intervjupersoner från Försäkringskassan. Försäkringskassan har också velat höja utredarnas professionalism för att myndigheten ska kunna hantera sjukförsäkringen bättre.²³⁹

Utredarna behöver bred kunskap

Samordningsuppdraget är brett eftersom Försäkringskassan ska samordna aktörer som har vitt skilda ansvarsområden. Utredarna behöver exempelvis vara insatta i arbetsmiljöfrågor, personalfrågor, sociala frågor, arbetsrelaterad ohälsa och medicinsk rehabilitering. Till det kommer den mer grundläggande kunskapen som utredarna

²³⁴ Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000, s. 97.

²³⁵ SOU 1998:104, s. 205.

²³⁶ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 44; Upmark, M. m.fl., *Den komplexa sjukfrånvaron*. Studentlitteratur, 2006, s. 40.

²³⁷ Lindqvist, R., 2000, s. s. 63–64, 98 och 123–124; Upmark, M. m.fl., Studentlitteratur, 2006, s. 43.

²³⁸ Lindqvist, R., 2000, s. 98.

²³⁹ ISF, *Att främja ett professionellt handläggarskap*. Rapport 2017:4; Försäkringskassan, *En differentierad handläggning av sjukpenning*. PM2018:8, s. 7.

behöver ha om Försäkringskassans förmåner och bedömningarna av rätten till ersättning.

Andra utmaningar för utredarna är den allt större andel som är sjuk-skrivna för psykiatriska diagnoser samt de olika rehabiliterings-aktörernas olika mål och ibland negativa inställning till Försäkringskassan. Men utredarnas kompetens varierar. Vissa utredare känner sig så osäkra på vissa uppgifter som ingår i arbetet med samordning att de hellre undviker att exempelvis ta kontakt med arbetsgivare eller att kalla till ett avstämningsmöte.²⁴⁰

Försäkringskassan är beroende av utredarnas erfarenhet

Våra intervjuer visar att Försäkringskassan inte kan lära utredarna hur de ska hantera sina olika och ibland motstridiga roller enbart med utbildning. Den individuella hänsyn i form av sociala faktorer som samordningsuppdraget kräver och bristen på systematisk kunskap om när samordning behövs bidrar också till att det inte finns universal-lösningar som går att använda i alla ärenden. Intervjupersonerna från Försäkringskassan liknar arbetet med samordning vid ett hantverk. En av dem beskriver hur svårigheterna att välja ut rätt ärende innebär att Försäkringskassan är beroende av utredarnas erfarenhet:

Det är svårt att hitta en specifik [signal] som gör att ”det här gör att vi drar i gång någonting”, utan jag tror att mycket är grundat på erfarenheter man får, och som man lär sig som utredare att få i ärendet, att man ser att ”här finns det ett behov av någonting”.

Enligt Försäkringskassan upplever inte erfarna utredare att samordningsuppdraget är särskilt otydligt. Men det är ändå svårt för dem att förklara vad de gör, särskilt så att personer som står längre ifrån den operativa verksamheten förstår.²⁴¹ Det innebär att det inte räcker att Försäkringskassan ger utredare utbildning för att dessa utredare ska få tillräcklig kompetens.²⁴² Så här uttrycker en av intervjupersonerna det:

(...) man lär sig genom ett praktiskt hantverk, genom att handlägga ärenden, genom att samordna och prata med folk. Så att där har vi också fört mycket diskussioner, att hur mycket riktlinjer och dokument ska vi

²⁴⁰ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 6, 36 och 44.

²⁴¹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:2, s. 37.

²⁴² Försäkringskassan, PM2022:2, s. 42.

producera? (...) Vi skulle kunna utbilda ihjäl oss, det kommer inte hjälpa, utan nu måste vi börja prova.

3.4 Begränsade möjligheter att lösa utmaningarna med förändrad styrning

Samordningsuppdraget innebär alltså utmaningar som Försäkringskassan har begränsade förutsättningar att hantera. De begränsade förutsättningarna innebär att utmaningarna är svåra att komma åt genom att Försäkringskassan förändrar sin styrning och organisation. Men myndigheten har försökt i olika omgångar. I det här avsnittet redogör vi för Försäkringskassans senaste försök under 2024 att förändra organisationen och styrningen av sjukpenninghandläggningen samt hur tidigare försök pekar på svårigheterna att komma till rätta med samordningsuppdragets utmaningar.

- De utmaningar som vi har beskrivit att samordningsuppdraget innebär för Försäkringskassan har bidragit till att myndighetens styrning av framför allt sjukförsäkringen har fått kritik (avsnitt 3.4.1).
- Kritiken har bidragit till att Försäkringskassan förändrade sin organisation och styrning av handläggningen av sjukpenning 2024 (avsnitt 3.4.2).
- Den nya organisationen är inte likadan, men påminner om Försäkringskassans tidigare försök att förbättra hanteringen av samordningsuppdraget. Dessa tidigare försök pekar på problem som kan vara svåra att hantera även med den nya organisationen (avsnitt 3.4.3.)
- Försäkringskassans olika försök att definiera samordningsuppdraget har inte gjort det lättare för myndigheten att prioritera uppdraget (avsnitt 3.4.4).
- Det är oklart om Försäkringskassan har prioriterat samordningsuppdraget högre under de senaste åren än tidigare trots förändringarna i styrningen och definitionen av uppdraget (avsnitt 3.4.5).

3.4.1 Försäkringskassans omorganisering har sin bakgrund i kritik mot styrningen

Försäkringskassans nya organisation av handläggningen av sjukpenning har sin grund i bland annat kritik mot myndighetens styrning av samordningsuppdraget. Kritikerna anser att Försäkringskassans prioriteringar har gjort det svårt för myndigheten att hantera samordningsuppdraget. Styrningen har bland annat fokuserat på mätbara mål samt strukturell samverkan med bland annat hälso- och sjukvården och arbetsgivare för att tillmötesgå krav från bland annat regeringen.

Försäkringskassans prioriteringar har gjort det svårt att hantera samordningsuppdraget

Försäkringskassans nya organisation samt styrning och uttolkning av samordningsuppdraget kommer ur en översyn av hanteringen av sjukförsäkringen som myndigheten inledde 2021.²⁴³ Översynen utgick från den kritik som hade riktats mot myndigheten, bland annat när det gäller hur myndigheten har hanterat samordningsuppdraget.²⁴⁴ Här sammanfattar vi den kritik som lyfts fram i granskningar av både ISF och Försäkringskassan själva.²⁴⁵

Försäkringskassans styrning har enligt granskningarna varit ryckig och försämrat förutsättningarna för att hantera samordningsuppdraget. Det är svårare för Försäkringskassan att prioritera samordningsuppdraget än bedömningarna av rätten till sjukpenning (se avsnitt 3.1.2). Under perioder har Försäkringskassans styrning också varit tydlig med att bedömningarna av rätten till ersättning ska prioriteras högre än samordningen av rehabilitering. Myndigheten har då dessutom försökt avgränsa sitt ansvar för samordningsuppdraget och i stället försökt tydliggöra vilket ansvar som exempelvis arbetsgivare har. Styrningens prioritering av bedömningarna av rätten till sjukpenning har dessutom påverkat personalsammansättningen inom Avdelningen för sjukförsäkring. Över tid har andelen utredare som kan samordningsuppdraget minskat. Försäkringskassan har också styrt samordningsuppdraget på samma sätt som de har styrt arbetet

²⁴³ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 40.

²⁴⁴ Försäkringskassan, PMi 2023:1, s. 29–30.

²⁴⁵ Se t.ex. ISF, *Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen*. Rapport 2023:10; ISF, Rapport 2018:16; Försäkringskassan, PMi 2023:1; Försäkringskassan, PM2022:2; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:2; Försäkringskassan, Internrevisionsrapport 2020:7.

med att hantera rätten till ersättning, trots att dessa uppgifter har olika förutsättningar.

Men även när Försäkringskassans styrning har prioriterat bedömningarna av rätten till ersättning och samordningsuppdraget lika högt har styrningen varit svår att hantera för utredarna. Höga krav på både bedömningar av rätten till ersättning och antalet möten har inneburit att utredarna själva har fått prioritera.

När myndigheten har försökt att prioritera samordningsuppdraget har den samtidigt tillämpat rätten till ersättning generösare. En anledning till den generösa tillämpningen var att flera utredare ansåg att det var bättre att personer hade sjukpenning en lite längre tid om det kunde leda till en hållbar lösning för den sjukskrivna på sikt.

Prioriteringen av samordningsuppdraget har också inneburit att både Försäkringskassan och regeringen har fokuserat mer på antalet möten och då särskilt på antalet avstämningsmöten. Det hänger ihop med att det är svårt att avgöra om Försäkringskassan bidrar till att uppnå målet med samordningsuppdraget (se avsnitt 3.1.3). Avstämningsmöten är visserligen en central del av Försäkringskassans samordning av rehabilitering, men styrningens fokus på kvantitativa mått har försvårat utredarnas arbete och inneburit att utredarna inte har fått möjlighet att välja när mötena behövs. Eftersom mötena då inte heller haft en tydlig koppling till behov av att samordna rehabilitering och Försäkringskassans samordningsuppdrag har det också blivit svårare för de övriga aktörerna att förstå Försäkringskassans uppdrag.²⁴⁶

Försäkringskassans styrning har fokuserat på strukturell samverkan för att tillmötesgå krav från bland annat regeringen

Behovet av att svara på yttre krav har enligt en av intervjupersonerna från Försäkringskassan inneburit att myndigheten har fokuserat mer på strukturell samverkan än på samordning i enskilda ärenden.

Enligt Statskontoret anser de övriga aktörerna i sjukskrivningsprocessen att deras samverkan med Försäkringskassan fungerar bra på en strukturell nivå, som olika typer av forum för informations- och kunskapsutbyte. Men i det praktiska arbetet har såväl hälso- och

²⁴⁶ Se t.ex. ISF, Rapport 2023:10; ISF, Rapport 2018:16; Försäkringskassan, PMi 2023:1; Försäkringskassan, PM2022:2; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:2; Försäkringskassan, Internrevisionsrapport 2020:7.

sjukvården som arbetsgivarna ofta svårt att få kontakt med handläggare i ärenden som kräver samordning.²⁴⁷ Det bekräftas i våra intervjuer.

Försäkringskassans fokus på strukturell samverkan framgår av myndighetens svar på regeringsuppdrag, exempelvis uppdraget 2015 om att stärka sjukförsäkringshandläggningen.²⁴⁸ ISF visar också i en tidigare granskning att Försäkringskassans hantering av bland annat detta regeringsuppdrag präglades av att tillmötesgå regeringen och Försäkringskassans ledning för Avdelningen för sjukförsäkring, snarare än att tillmötesgå den handläggande verksamheten.²⁴⁹

Både regeringen och Försäkringskassan har dessutom fokuserat på strukturell samverkan i försök att förebygga att personer drabbas av nedsatt arbetsförmåga.²⁵⁰ Behovet av att förebygga det var en del av bakgrunden till reformen som Försäkringskassans samordningsuppdrag var en del av.²⁵¹ Men flera personer återkommer i våra intervjuer till att det behövs förebyggande åtgärder i Försäkringskassans hantering av enskilda ärenden. Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat vill att Försäkringskassan skulle kunna ställa hårdare krav på arbetsgivaren att anpassa arbetsmiljön så att den anställda inte insjuknar igen. Sjukskrivna upplever att brister i arbetsmiljön som har gjort dem sjuka finns kvar efter en sjukskrivning.²⁵² Försäkringskassan har också generellt haft svårt att förmå de utredare som ansvarar för sjukförsäkringen att fånga upp potentiella arbetsskador. Det har lett till kritik och flera regeringsuppdrag.²⁵³

3.4.2 En ny organisation och styrning ska förbättra möjligheterna att klara samordningsuppdraget

Som svar på kritiken har Försäkringskassan bland annat omorganiserat hur de handlägger sjukpenning. Tanken är att en ny nationell indelning ska minska risken för att Försäkringskassan prioriterar ned

²⁴⁷ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 92–93.

²⁴⁸ Försäkringskassan, *Försäkringskassans uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess – Svar på regeringsuppdrag*. Dnr 056546-2015, 2016-04-29; dnr 072523-2016, 2017-02-21; dnr 053493-2017, 2018-02-21; dnr 000973-2020, 2020-02-21.

²⁴⁹ ISF, Rapport 2021:5.

²⁵⁰ Prop. 2007/08:1, utgiftsområde 10, s. 15–16.

²⁵¹ Prop. 1990/91:141, s. 36–37 och 88.

²⁵² Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 35 och 43.

²⁵³ Se t.ex. SOU 2023:53, *En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring*, s. 185–192.

samordningsuppdraget. Genom att anpassa styrningen till de olika krav som olika typer av ärenden ställer ska Försäkringskassan ge utredarna bättre förutsättningar att hantera samordningsuppdraget.

Nationell indelning ska framför allt minska risken för att Försäkringskassan prioriterar ned samordningsuppdraget

I Försäkringskassans översyn av bland annat hanteringen av samordningsuppdraget tar myndigheten upp flera av de utmaningar med samordningsuppdraget som vår granskning visar på. Men myndigheten bedömer att det är ledningens prioriteringar som har varit avgörande för att samordningsuppdraget har prioriterats ned.²⁵⁴ Därför förändrade Försäkringskassan sin styrning och organisation i februari 2024. Tidigare var handläggningen av sjukförsäkringen organiserad utifrån var personen som hade sjukpenning bor.²⁵⁵ Myndigheten delar nu in handläggningen i tre områden utifrån vilken typ av ärende som myndigheten bedömer att en ansökan är.

1. Verksamhetsområdet *Första anspråk* arbetar med de minst komplexa sjukfallen, fokuserar på bedömningen av den sjukskrivnas rätt till ersättning och ska inte anpassa handläggningen till typ av ärende.
2. Verksamhetsområdet *Fördjupad utredning* arbetar med mindre komplexa sjukfall som inte kräver mycket samordning och rehabilitering. Utredarna ska fokusera på utredning och bedömning av rätten till ersättning och i någon mån anpassa handläggningen till typ av ärende.
3. Verksamhetsområdet *Stöd för återgång* arbetar med mer komplexa sjukfall som kräver omfattande rehabilitering och samordning. Handläggningen ska i hög grad vara differentierad utifrån typ av ärende och knuten till den sjukskrivnas bostadsort.

²⁵⁴ Försäkringskassan, PMi 2023:1; Försäkringskassan, PM2022:2; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:2; Försäkringskassan, Internrevisionsrapport 2020:7.

²⁵⁵ Försäkringskassan, *Inrätta och avveckla verksamhetsområden på Avdelningen för sjukförsäkring*. Beslutsprotokoll 2023-03-20, dnr FK 2023/003574.

Myndigheten har tagit fram en metod för initial kartläggning (IKR) för att kunna sortera ärendena.²⁵⁶ Syftet är att klarlägga den sjuk-skrivnas behov av rehabilitering.

Så sent som 2024 beskriver Riksrevisionen i en granskning att Försäkringskassan fortfarande prioriterar utredning av rätten till sjukpenning framför samordningsuppdraget. Det bekräftade en representant för ledningen på avdelningsnivå inom Försäkringskassan för Riksrevisionen. Men hen ansåg att detta inte skedde under 2023 och att Försäkringskassan inte heller skulle nedprioritera samordningsuppdraget framöver.²⁵⁷

En av personerna från Försäkringskassan som vi har intervjuat anser att den nya organisationen kommer att minska risken för att Försäkringskassan prioriterar ned samordningsuppdraget. När handläggningen var geografiskt indelad var det i hög grad de lokala ledningarna och till viss del även utredarna själva som prioriterade arbetet. De geografiska verksamhetsområdena hade ansvar för alla typerna av ärenden. Personen som vi har intervjuat bedömer att det kommer att uppstå prioriteringsdiskussioner även i fortsättningen, men att de kommer att bli mer synliga med den nya organisationen. Chefen för verksamhetsområdet som behöver mer resurser för att hantera fler bedömningar av rätten till sjukpenning behöver numer förklara varför dessa bedömningar ska prioriteras framför samordningsuppdraget för sin chef som ansvarar för hela Avdelningen för sjukförsäkring. Då kommer chefen för verksamhetsområdet *Stöd för återgång* att kunna argumentera för de behov som samordningsuppdraget innebär. Denna tanke med den nya organisationen beskriver även Statskontoret.²⁵⁸

Anpassad styrning ska ge utredarna bättre förutsättningar att hantera samordningsuppdraget

Försäkringskassan hoppas att den nya organisationen tillsammans med mer precisa metoder och eventuellt databaserat stöd ska förbättra hur myndigheten hanterar samordningsuppdraget. Försäkringskassans tanke är att allt från utredarnas kompetens och arbetsmetoder till styrning och uppföljning ska vara anpassat till varje

²⁵⁶ Försäkringskassan, *IKR – Inledande kartläggning av rehabiliteringsbehov*. 2023-10-23.

²⁵⁷ Riksrevisionen, RiR 2024:14, s. 29–30.

²⁵⁸ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 31 och 81–83.

verksamhetsområde. Inom området *Första anspråk* är handläggningen processtyrd med uppföljning på enkelt mätbara kvantitativa mål. Styrning och uppföljning inom *Stöd för återgång* är i stället till stor del kvalitativ, och inslaget av processtyrning litet. Mellan dessa två finns *Fördjupad utredning* som har processtyrning, men med både kvantitativ och kvalitativ uppföljning.²⁵⁹

Den nya organisationen är ett svar på att utredarna har upplevt att de inte har fått tillräckliga förutsättningar att hantera samordningsuppdraget. Tanken är nu att utredarna i verksamhetsområdet *Stöd för återgång* ska få möjlighet att koncentrera sig på samordningsuppdraget och därmed drabbas mindre av fluktuationer i inflödet av ansökningar om sjukpenning. Det ska ge mer utrymme för det utredningsarbete som samordningsuppdraget innebär. Det ska göra att utredarna får utveckla den erfarenhet som krävs.²⁶⁰ Detta berättar även intervjupersonerna från Försäkringskassan.

En av intervjupersonerna från Försäkringskassan anser att mer automatisering kan freda samordningsuppdraget. Enligt hen är målet att handläggningen inom verksamhetsområdet *Första anspråk* i hög grad ska vara automatiserad, vilket ska minska påverkan av variationer i antalet nya ansökningar om sjukpenning. Försäkringskassan har också haft som mål att öka automatiseringen för att kunna fokusera mer på bland annat samordningsuppdraget.²⁶¹

De ökade möjligheterna att ta hand om samordningsuppdraget i de enskilda ärendena innebär enligt en av intervjupersonerna också att de inte kommer att behöva försöka lösa utmaningarna genom den strukturella samverkan lika ofta. Enligt hen har samordningen i enskilda ärenden också bättre förutsättningar att hantera utmaningar exempelvis när det gäller att ge arbetsgivare tillräcklig information:

Vad gäller just samordningsuppdraget så kan man väl säga att vi under många år har haft strukturell samverkan som ett sätt att kompensera för tillkortakommanden i vårt samordningsuppdrag, medan vi nu konstaterar att strukturellt så kommer vi aldrig att komma åt de här frågorna fullt ut. Den stora träffytan är ändå försäkringsutredaren som möter arbetsgivare och då är det där det måste hända saker.

²⁵⁹ Försäkringskassan, Beslutsprotokoll 2023-03-20, dnr FK 2023/003574, s. 2.

²⁶⁰ Försäkringskassan, PM2022:2, s.6–7.

²⁶¹ Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2021–2023 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2023-03-06, dnr FK2020/00636, s. 3.

3.4.3 Den nya organisationen innebär risker för hanteringen av samordningsuppdraget

Statskontoret har analyserat Försäkringskassans nya organisation och styrning, men innan organisationen lanserades. Statskontoret konstaterar att Försäkringskassan tidigare har försökt komma till rätta med problemen inom sjukförsäkringen, men att myndigheten var mer öppen med sina brister i samband med den här förändringen. Enligt Statskontoret har det gett bättre förutsättningar än tidigare att ta itu med problemen på allvar.²⁶²

Det finns skillnader mot tidigare försök som kan bidra till att Försäkringskassan förbättrar hanteringen av samordningsuppdraget. Exempelvis kan den nya nationella organisationen ge bättre förutsättningar för mer enhetliga prioriteringar. Dessutom arbetar myndigheten med att förbättra stödet till utredarna på olika sätt, exempelvis nya och bättre metodstöd.²⁶³ Men erfarenheterna från Försäkringskassans tidigare försök att förändra sin styrning visar också på vissa risker.

I det här avsnittet går vi igenom en tidigare organisation som utgick från kundflöden och som i flera avseenden liknade den nuvarande organisationen. Kundflödena visar på risker med en specialisering som kan återupprepas i den nya organisationen. En specialisering av en grupp utredare kan bland annat begränsa övriga utredares kompetens och göra det svårt för Försäkringskassan att identifiera behov av samordnad rehabilitering. Erfarenheterna från kundflödena visar också att det kan vara svårt att skapa utrymme för att prioritera samordningsuppdraget genom effektivisering och differentiering.

Försäkringskassan har haft en liknande organisation tidigare som utgick från så kallade kundflöden

Försäkringskassan har även tidigare haft differentierad och behovsstyrd handläggning av sjukförsäkringen, av i princip samma anledningar som nu. Sjukpenningärenden delades då in i de tre olika kundflödena K1–K3. De påminner om de tre verksamhetsområden handläggningen nu delas in i. K1 var till för korta eller mindre

²⁶² Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 27 och 89.

²⁶³ Se t.ex. Försäkringskassan, *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare sjukfall*, 2023, dnr FK 2023/035625; Försäkringskassan, *Metodstöd för hantering av ärenden där den försäkrade ska delta i en insats som kan bedömas vara arbetslivsinriktad rehabilitering*, IM 2024:085.

komplexa ärenden, K2 för längre ärenden utan behov av stöd, och K3 för längre ärenden i behov av stöd och samordningsinsatser.²⁶⁴ Ärendena sorterades också på samma sätt som nu och med en liknande metod. Men den metoden kallades initial behovsbedömning (IBB).²⁶⁵

Skillnaden mot den nuvarande organisationen är att kundflödena inte hade någon gemensam nationell styrning, utan var indelade i geografiska områden.²⁶⁶ Nu ska avdelningen för sjukförsäkring i stället styra de olika delarna av handläggningen i nationellt separerade verksamhetsområden. Det gör att styrning, uppföljning, arbetssätt och handläggarroll på ett tydligare sätt ska vara anpassade till den typ av ärenden som utredarna ska handlägga inom de olika områdena.²⁶⁷

Kundflödena visar på risker med en specialisering som även finns i den nya organisationen

Enligt Försäkringskassan krävs det erfarenhet för att utredarna ska få tillräcklig kompetens för att kunna hantera samordningsuppdraget (se avsnitt 3.3.2). Vi bedömer att en specialisering av handläggningen kan ge vissa av utredarna dessa förutsättningar genom att styra de mer komplexa ärenden som kräver samordning till dem. Men det innebär i sin tur att övriga utredare som inte längre ska handlägga dessa ärenden får sämre förutsättningar att få den erfarenhet som krävs. Det ledde också den tidigare indelningen i kundflöden till.²⁶⁸

Den differentierade kompetensen innebär en risk för att utredare som arbetade med mindre komplexa ärenden inte såg sin roll i Försäkringskassans samordningsuppdrag. Det gjorde det bland annat svårt för Försäkringskassan att identifiera de ärenden där det behövdes samordning. Enligt Försäkringskassans analyser behöver utredare bedöma om det behövs rehabilitering eller samordning i de allra flesta sjukfall. Det behöver utredarna göra tidigt i sjukfallet, men

²⁶⁴ Försäkringskassan, PM2018:8, s. 7.

²⁶⁵ Försäkringskassan, *Processen för sjukpenning och rehabilitering*. Process 2009:7, version 7.0, s. 17–18.

²⁶⁶ Försäkringskassan, *Effektutvärdering av den nya sjukförsäkringsprocessen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1, s. 11–12; Försäkringskassan, 2023-03-07, dnr FK2023/003574, s. 2–3.

²⁶⁷ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 77.

²⁶⁸ Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2020:2, s. 37; Försäkringskassan, PM2022:2, s. 42.

det kan även bli aktuellt senare. Även sjukfall som utredare initialt har bedömt är mindre komplexa kan visa sig kräva rehabilitering senare.²⁶⁹ Renodlingen genom kundflödena innebar enligt Försäkringskassan att det kunde vara svårt för utredarna att se när ett ärende skulle byta kundflöde. Försäkringskassan ville åstadkomma en differentierad handläggning utifrån kundernas behov och ärendenas karaktär, men enligt myndigheten hade de snarare differentierat utredarna och deras kompetens.²⁷⁰

Statskontoret konstaterar i sin analys att även den nuvarande organisationen riskerar att minska utredarnas helhetsförståelse av Försäkringskassans uppdrag och att överlämningar riskerar att leda till merarbete. Dessutom visar Statskontorets enkätundersökning att det inte var tydligt för många specialister och enhetschefer hur den nya organisationen skiljer sig från kundflödesindelningen.²⁷¹

I en rättslig kvalitetsundersökning 2024 konstaterar nu Försäkringskassan att det finns brister i hanteringen av samordningsuppdraget i de ärenden som handläggs av utredare i verksamhetsområdet *Fördjupad utredning*. Dessa brister liknar de brister som Försäkringskassan tidigare uppmärksammade i det dåvarande kundflödet K2. Bland annat fångar utredarna i *Fördjupad utredning* inte upp impulser som visar på att ärendet behöver byta verksamhetsområde.²⁷²

En av intervjupersonerna berättar att de försöker undvika dessa brister genom just uppföljningar som undersökningen av rättslig kvalitet och genom att ha ett gemensamt rättsligt stöd för alla tre verksamhetsområdena, i form av exempelvis specialister. Men det är enligt hen svårt på grund av att de tre områdena i övrigt är separerade.

En annan problematik som nu riskerar att upprepa sig är att myndighetens fokus på samordningsuppdraget riskerar att leda till mindre fokus på bedömningarna av rätten till ersättning. Det var en del av den tidigare kritiken mot hur Försäkringskassan har hanterat samordningsuppdraget (se avsnitt 3.4.1). En generösare tillämpning och ökade sjuktal riskerar i sin tur att öka fokuset på rätten till ersättning och minska fokuset på samordningsuppdraget både inom

²⁶⁹ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 65.

²⁷⁰ Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24.

²⁷¹ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 77, 81–83 och 87.

²⁷² Försäkringskassan, *Rättslig kvalitetsundersökning SFD – våren 2024*. 2024-09-20, dnr FK 2024/020223, s. 5 och 7–8.

Försäkringskassan och i regeringens styrning.²⁷³ Enligt Försäkringskassans kvalitetsundersökning brister utredarna i verksamhetsområdet *Stöd för återgång* i bedömningen av om den sjukskrivnas arbetsförmåga var tillräckligt nedsatt i en tredjedel av ärendena. Utredarna är också passiva i förhållande till de andra aktörerna i planeringen och det pågår ofta rehabilitering som inte bidrar till att den sjukskrivna återfår sin arbetsförmåga. Undersökningen beskriver också att ledningen för verksamhetsområdet *Stöd för återgång* har en mer generös syn på gällande rätt än det rättsliga stödet.²⁷⁴

Det kan vara svårt att prioritera samordningsuppdraget genom effektivisering och differentiering

Liksom i den nuvarande organisationen (se avsnitt 3.4.2) var effektivitet och differentiering viktiga i kundflödesorganisationen. Syftet var att skapa utrymme för det resurskrävande samordningsuppdraget. Handläggningen skulle förenklas i de mindre komplexa ärendena för att myndigheten skulle kunna lägga mer resurser på mer komplexa ärenden.²⁷⁵ Men det var svårt att uppnå, särskilt när ansökningarna om sjukpenning ökade.²⁷⁶

Försäkringskassan har i den nuvarande organisationen även hoppats på att det ska bli lättare att skapa utrymme för samordningsuppdraget genom att en del av handläggningen automatiseras. Men redan i verksamhetsplanen för Avdelningen för sjukförsäkring 2021–2023 framgick att det inte var möjligt att öka effektiviteten i någon större utsträckning genom automatiseringar under de närmaste åren.²⁷⁷ Den nya verksamhetsplanen för 2024–2026 säger också att avdelningen inte längre tänker återinvestera de resurser som frigörs av effektiviseringar för att utveckla stödet till individen för återgång i arbete. Avdelningen kommer visserligen att börja att vidareutveckla

²⁷³ Se t.ex. ISF, Rapport 2023:10, s. 109–112.

²⁷⁴ Försäkringskassan, *Rättslig kvalitetsundersökning SFT – våren 2024*, 2024-09-27, dnr FK 2024/020689.

²⁷⁵ Se bl.a. Försäkringskassan, PM2018:8.

²⁷⁶ Se avsnitt 3.4.1 och t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, rehabiliteringsinsatser i samarbete*. Återrapportering 2014-08-01, dnr Af-2013/508922, FK 003013-2013.

²⁷⁷ Försäkringskassan, 2023-03-06, dnr FK2020/00636.

arbetssätten inom samordningsuppdraget, men denna utveckling kommer inte att slutföras under 2024–2026.²⁷⁸

Enligt Statskontoret hade Försäkringskassan inte heller någon plan för att hantera en situation där antalet nya ansökningar om sjukpenning ökar så kraftigt att utredarna inte hinner med de initiala bedömningarna.²⁷⁹ De initiala bedömningarna har inte heller hållit tillräcklig kvalitet för att det ska vara möjligt att effektivisera handläggningen som tänkt.²⁸⁰

3.4.4 Ny definition av uppdraget gör det inte svårare att prioritera bort

Utöver en ny organisation har Försäkringskassan tagit fram en ny definition av samordningsuppdraget. Enligt myndigheten ska den nya definitionen också göra det lättare för myndigheten att hantera uppdraget. Men den nya definitionen liknar tidigare försök att definiera uppdraget, liksom den nya organisationen liknar en äldre organisation. Försäkringskassan har försökt definiera samordningsuppdraget ungefär vart femte år sedan den nuvarande myndigheten bildades 2005. Då liksom nu har myndigheten kommit fram till att svårigheterna med samordningsuppdraget delvis har berott på att det har funnits olika tolkningar av uppdraget, både internt och externt.

Det kan vara så att samordningsuppdraget behöver definieras med jämna mellanrum för att påminna Försäkringskassan och de andra berörda aktörerna om vad det innebär i praktiken. Men det faktum att Försäkringskassan återkommande identifierar samma problem och kommer fram till en liknande lösning tyder på att definitionen har begränsade möjligheter att lösa Försäkringskassans svårigheter att hantera samordningsuppdraget.

Den nya definitionen ska öka samsynen och minska risken för nedprioritering

Svårigheterna med samordningsuppdraget beror enligt Försäkringskassan delvis på att olika aktörer tolkar vad uppdraget innebär på

²⁷⁸ Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2024–2026 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2024-01-15, dnr FK 2022/022021, s. 3.

²⁷⁹ Statskontoret, *Slutrapport 2023:6*, s. 31 och 83.

²⁸⁰ Statskontoret, *Slutrapport 2023:6*, s. 83–84; SOU 2024:26, 76–77.

olika sätt. Enligt Försäkringskassan har myndighetens styrdokument inte definierat vad samordning är.²⁸¹ Verksamhetsplanen för Avdelningen för sjukförsäkring 2021–2023 beskriver att avdelningen har som mål att aktörerna i sjukskrivningsprocessen inom tre år ska ha en gemensam bild av samordningsuppdraget.²⁸²

Försäkringskassan har därför tagit fram en promemoria, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*, som publicerades i februari 2023. I promemorian utgår Försäkringskassan från i stort sett samma definition som vi har utgått från i den här rapporten. En skillnad är att Försäkringskassan inte definierar målet med samordningsuppdraget och vem som har rätt att få sin rehabilitering samordnad. Vem som har denna rätt framgår däremot av Försäkringskassans vägledning (se avsnitt 3.1.1). Den version av vägledningen som myndigheten beslutade i maj 2024 hänvisar till promemorian och delar av innehållet i den har skrivits in i vägledningen.²⁸³

Intervjupersonerna från Försäkringskassan beskriver att de tidigare har saknat en sådan definition. En av dem bedömer att förtydligandena i promemorian kommer att ge mer tyngd åt Försäkringskassans samordningsuppdrag. Båda anser att promemorian har breddat synen på uppdraget genom att tydligt visa att uppdraget inte bara rör arbetslivsinriktad rehabilitering. De anser också att Försäkringskassan genom att tydliggöra uppdraget och genom att införa den nya organisationen även har synliggjort en historisk tendens på Försäkringskassan att se samordningsuppdraget som något som myndigheten bara gör om det finns ekonomiskt utrymme. Nu ska det inte längre vara möjligt att blanda ihop förutsättningar med Försäkringskassans juridiska ansvar. Så här förklarar en av intervjupersonerna det:

Och det är också så här, har vi identifierat att ett behov finns, då finns det behovet hos individen oavsett vilka resurser vi har. Och det måste vi också lära oss att ta hand om. Man kan inte säga så här: ”Stopp, stopp, nu är det fullt.”

Den andra intervjupersonen anser att samordningsuppdraget tidigare kan ha missgynnats av diskussioner kring om rehabiliteringsåtgärder

²⁸¹ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 58–59.

²⁸² Försäkringskassan, 2023-03-06, Dnr FK2020/00636.

²⁸³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, kap. 15.

är effektiva. Hen anser att det tydliggjorda juridiska ansvaret kan avhjälpa det:

Ibland när vi pratar om samordningsuppdraget, förutom att vi pratar om det utifrån vad vi har för ekonomiska förutsättningar att jobba med det, så känns det ibland också som att den här frågan om att ”gör det någon skillnad då?” spökar. Där kan jag tycka det känns ganska skönt att ha någon sorts grund där vi har sagt att ”så här ser vi att den rättsliga grunden är för vårt samordningsuppdrag”.

Intervjupersonerna anser alltså att myndigheten kommer tvingas att ta hand om alla behov av samordnad rehabilitering som utredarna identifierar, på samma sätt som att Försäkringskassan är tvingad att hantera ett ökat inflöde av ansökningar om ersättning.

Enligt Statskontoret kan den nationella organiseringen av sjukförsäkringen också bidra till att aktörerna får en gemensam syn på arbetet med samordning. Statskontoret bedömer att de samverkansansvariga lättare kommer att kunna signalera uppåt i organisationen om eventuella lokala avvikelser eftersom de organisatoriskt är underställda en nationell chef.²⁸⁴

Försäkringskassan har gjort liknande försök att förtydliga samordningsuppdraget tidigare

Försäkringskassan har flera gånger före 2023 tagit fram liknande problembeskrivningar och försökt lösa problemet med definitionen på liknande sätt. Redan 2006, året efter att Försäkringskassan bildades, ansåg myndigheten att de behövde förtydliga samordningsuppdraget. Tanken var att det förnyelsearbete och de nya metoder som togs fram skulle öka förståelsen för komplexiteten i utredningsarbetet inom ohälsoområdet.²⁸⁵

Under 2011 startade ett utvecklingsarbete på Försäkringskassan för att förbättra arbetet inom samordningsuppdraget på både individuell och strukturell nivå. Det påminner till stor del om den senaste översynen 2023. Resultatet blev bland annat att Försäkringskassan skulle tydliggöra samordningsuppdraget och ta fram uppföljningsmått. Bakgrunden var att myndigheten hade nedprioriterat

²⁸⁴ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 95.

²⁸⁵ Försäkringskassan, *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken*. Analyserar 2006:6, s. 107–108.

samordningsuppdraget för att klara av att göra bedömningarna av rätten till ersättning.²⁸⁶

Utvecklingsarbetet ledde till en sammanfattning av samordningsuppdraget 2012 som liknar den beskrivning som Försäkringskassan tog fram 2023.²⁸⁷ Men en skillnad är att den från 2012 inte förklarar kopplingen till lagparagrafer och förarbeten. Men vi kan konstatera att definitionen redan framgick av Försäkringskassans vägledning och att den hänvisade till i stort sett samma lagparagrafer som definitionen från 2023 samt vissa förarbeten. Vi kan därför inte se att definitionen från 2023 på något avgörande sätt skulle ha gjort den juridiska grunden för uppdraget tydligare. Beskrivningen i vägledningen från 2012 skiljer sig främst åt från definitionen från 2023 i det att den inte är lika tydlig med att all rehabilitering ingår i samordningsuppdraget. Men det står inte heller i beskrivningen från 2012 att bara arbetslivsinriktad rehabilitering ingår i uppdraget.²⁸⁸

Under 2016 och 2017 gjorde Försäkringskassan ytterligare ett försök att tydliggöra tolkningen av samordningsuppdraget. Myndigheten ansåg sig behöva vara tydlig med vilka förväntningar andra aktörer kunde ha på myndighetens samordningsansvar. Det krävde i sin tur att Försäkringskassan hade en gemensam syn på samordningsuppdraget och vad det innebär. Därför tog myndigheten fram och beslutade om en definition av uppdraget 2017.²⁸⁹ Definitionen från 2017 verkar inte ha löst problemet, för behovet att förtydliga vilka förväntningar andra aktörer kan ha på Försäkringskassan var återigen ett motiv för myndigheten att definiera om samordningsuppdraget 2023.²⁹⁰

Det är även här oklart hur mycket tydligare den juridiska grunden är i definitionen från 2023. Promemorian från 2017 innehåller samma lagparagrafer och i stort sett samma beskrivning av uppdraget. Men

²⁸⁶ Försäkringskassan, *Utveckla arbetet inom Samordningsuppdraget, LFC-projekt 2011 i samverkan med Avdelningen för försäkringsprocesser*. Slutrapport 2012-01-02, s. 4.

²⁸⁷ Försäkringskassan, Slutrapport 2012-01-02, s. 6; Försäkringskassan, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*. PM 2023-02-14.

²⁸⁸ Försäkringskassan, Vägledning 2004:2, version 17 (beslutad 2011-06-20), kap. 19.

²⁸⁹ Försäkringskassan, Beslutsprotokoll Avdelningen för sjukförsäkring, 2016-12-13, dnr 071102-2016 med bilaga PM – Rehabilitering och Försäkringskassans samordningsuppdrag, 2016-11-28.

²⁹⁰ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 58–59; Försäkringskassan, 2023-03-06, Dnr FK2020/00636.

det är inte heller lika tydligt i definitionen från 2017 att all rehabilitering ingår som det är i definitionen från 2023.²⁹¹

3.4.5 Oklart om Försäkringskassan har prioriterat samordningsuppdraget bättre de senaste åren

De lösningar som Försäkringskassan nu har lyft fram för att förbättra arbetet med samordningsuppdraget, och som vi beskriver tidigare i detta avsnitt, har myndigheten alltså i stor utsträckning prövat tidigare. Det verkar inte som om dessa tidigare försök har förbättrat Försäkringskassans arbete med samordningsuppdraget. Vi anser att det visar på svårigheterna för Försäkringskassan att hantera samordningsuppdragets utmaningar.

Vissa av de som vi har intervjuat anser att Försäkringskassans arbete har blivit bättre. Enligt Försäkringskassan uppger utredare och specialister att samordning har kommit upp på agendan på deras kontor, att samordningsfrågor diskuteras mer än tidigare och att antalet avstämningsmöten följs upp.²⁹² Vissa av de som vi har intervjuat ser också en förbättring genom att det blivit lättare att få till avstämningsmöten, exempelvis en intervjuperson från Socialstyrelsen:

Så att nu tycker jag väl att mina signaler är att det börjar bli bättre, och att det har varit uppgående ett tag. (...) Och då tänker jag framför allt på avstämningsmöten.

Andra intervjupersoner anser att de får positiva signaler i diskussioner med Försäkringskassan centralt, men att det återstår att se vad signalerna innebär i praktiken. De som vi har haft kontakt med på SKR uppger att de arbetsgivare som de har kontakt med upplever att Försäkringskassan än så länge inte har tillräckligt med avstämningsmöten. En av intervjupersonerna från SKR är också orolig för vad besparingar inom Försäkringskassan kan få för konsekvenser för samordningsuppdraget framöver.

I budgetunderlaget för 2025–2027 konstaterar Försäkringskassan att myndighetens svåra ekonomiska situation innebär att myndigheten har fått sänka sina ambitioner. Myndigheten behöver prioritera de

²⁹¹ Försäkringskassan, Beslutsprotokoll Avdelningen för sjukförsäkring, 2016-12-13, dnr 071102-2016 med bilaga 2016-11-28.

²⁹² Försäkringskassan, PM2022:2, s. 54.

förmåner och ersättningar som står för en stor andel av många personers försörjning.²⁹³

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser i sin tur att de också har hoppats att Försäkringskassan skulle bli bättre på att ta ansvar för samordningsuppdraget. Men än så länge kan de inte riktigt se det. Intervjupersonen anser i stället att det ofta var bättre längre tillbaka i tiden då Försäkringskassan hade särskilda utredare som ansvarade för kontakten med olika arbetsgivare.

Även om Försäkringskassan nya styrning lyckas förbättra hanteringen av samordningsuppdrag i vissa delar, återstår dessutom de utmaningar som vi redogör för tidigare i kapitlet. Förändrad styrning kommer framför allt ha svårt att åtgärda Försäkringskassans begränsade möjligheter att ta ansvar för att samordningsuppdragets mål och se till att hälso- och sjukvården och arbetsgivare utför åtgärder. Dessutom tillkommer svårigheter som uppstår av att samordningsuppdraget inte är anpassat till hälso- och sjukvårdens och arbetsgivarnas förutsättningar. Dessa svårigheter går vi igenom i de nästföljande två kapitlen.

²⁹³ Försäkringskassan, 2024-02-16, dnr FK 2023/026727, s. 6.

4 Uppdraget är inte anpassat till hälso- och sjukvårdens förutsättningar

I det här kapitlet går vi igenom hur Försäkringskassans samordningsuppdrag förhåller sig till hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården involveras mycket ofta när en person har fått sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. I de flesta fall är det tillräckligt med hälso- och sjukvård för att den som blivit sjuk ska återfå sin arbetsförmåga så snabbt som möjligt. Men Försäkringskassans samordningsuppdrag gäller framför allt de fall som är besvärligare och som kräver samordnade åtgärder. Sådana fall kan innebära flera svårigheter.

Våra viktigaste iakttagelser i detta kapitel är att

- hälso- och sjukvården har en central roll för att personer ska få rehabilitering för sin nedsatta arbetsförmåga, och är i praktiken inblandad i en större del av processen som ska samordnas än vad Försäkringskassan är (avsnitt 4.1)
- hälso- och sjukvårdens prioriteringar stämmer inte alltid överens med samordningsuppdragets och sjukförsäkringens mål (avsnitt 4.2)
- svårigheter i relationen mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer kan påverka samordningsuppdraget (avsnitt 4.3)
- Försäkringskassan inte kan se till att hälso- och sjukvården utför rehabiliteringsåtgärder för att personer ska återfå sin arbetsförmåga, trots att det är en del av samordningsuppdraget (avsnitt 4.4)
- rehabiliteringskoordinatorerna skulle kunna bidra till att personer faktiskt får samordnad rehabilitering, men den

möjligheten begränsas av att det finns oklarheter om rehabiliteringskoordinatorernas roll och om avgränsningen mellan hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans ansvar (avsnitt 4.5).

4.1 Hälso- och sjukvården har en central roll i rehabiliteringsprocessen

Försäkringskassan ska samordna rehabilitering som bidrar till att den som har tappat arbetsförmåga på grund av att hen blivit sjuk återfår arbetsförmågan. I den rehabiliteringsprocess som myndigheten kan behöva samordna har hälso- och sjukvården en central betydelse. Oftast behöver personen förbättrad hälsa för att återfå sin arbetsförmåga. I en enkätundersökning svarade nästan alla som hade varit sjukskrivna i cirka ett halvår att de hade fått vård eller behandling från hälso- och sjukvården.²⁹⁴ Hälso- och sjukvården är också inblandad i en större del av den rehabiliteringsprocess som ska samordnas än vad Försäkringskassan är.

Arbetsgivaren kan många gånger vara den första aktör som en anställd har kontakt med om sin nedsatta arbetsförmåga i och med att hen sjukanmäler sig för att få sjuklön. Men kontakten med hälso- och sjukvården innebär i de flesta fall oftast den första reella möjligheten att fånga upp rehabiliteringsbehov.²⁹⁵ De allra flesta som får sjukpenning får det kortare perioder, men mängden korta sjukpenningärenden innebär att det kan vara svårare för Försäkringskassan än för hälso- och sjukvården att tidigt identifiera rehabiliteringsbehov. Personen kan också ha haft kontakt med hälso- och sjukvården redan innan sjukdomen eller skadan begränsar hens förmåga att arbeta.²⁹⁶

Hälso- och sjukvården har också lättare än Försäkringskassan att identifiera rehabiliteringsbehov i de fall där personer försöker arbeta som innan trots att sjukdomen begränsar deras arbetsförmåga, så kallad sjuknärvaro. Sjuknärvaro kan bli vanligare om kraven för att

²⁹⁴ Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete*. Arbetsrapport 2024:02, s. 37.

²⁹⁵ Se t.ex. Rudling, J., *Brahemodellen – Slutrapport från FoU-projekt*, 2023, s. 8.

²⁹⁶ T.ex. Regeringskansliet och SKL, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*. Dnr S2012/6876/SF, s. 8.

ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen skärps.²⁹⁷ Men Försäkringskassan har begränsade möjligheter att identifiera dessa personers behov av rehabilitering, eftersom de i allmänhet inte kontaktar Försäkringskassan om de inte ansöker om sjukpenning. Det innebär att dessa personer kan ha ett behov av att få samordnad rehabilitering redan innan de tar kontakt med Försäkringskassan.

Även när anställda inte längre har rätt till sjukpenning kan de behöva få insatser från hälso- och sjukvården. Rehabiliteringskedjan innebär att en anställd enligt huvudregeln inte har rätt till sjukpenning om hen efter dag 180 bedöms klara ett normalt förekommande arbete.²⁹⁸ Hen kan då fortfarande ha besvär som sätter ned arbetsförmågan i sitt ordinarie arbete, och personen kan fortfarande behöva vård. Det kan exempelvis gälla den andel av de som efter en sjukskrivning återgår i sitt ordinarie arbete, men som arbetar mindre än innan sjukskrivningen.²⁹⁹ Många av de som inte har rätt till sjukpenning och vars anställning avslutas i samband med att de inte har rätt till sjukpenning har också kvar besvär.³⁰⁰ Det gäller oavsett om de får en ny anställning efteråt eller inte. I dessa fall kan individerna alltså ha ett behov av att deras rehabilitering samordnas även när de inte längre har en naturlig anledning att ha kontakt med Försäkringskassan, eftersom de inte längre har rätt till ersättning.

4.2 Hälso- och sjukvårdens prioriteringar stämmer inte alltid överens med samordningsuppdraget

I de flesta fall är hälso- och sjukvård tillräckligt för att den som blivit sjuk så snabbt som möjligt ska återfå sin arbetsförmåga. Men Försäkringskassans samordningsuppdrag gäller framför allt de fall som är svårare och som kräver samordnade åtgärder. En viktig förutsättning för att myndigheten ska kunna samordna åtgärder är att de som ska utföra insatserna delar målet med samordningsuppdraget.

²⁹⁷ SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*, bilaga 5, s. 452.

²⁹⁸ 27 kap. 46–49 §§ socialförsäkringsbalken (SFB).

²⁹⁹ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel*. RiR 2024:14, s. 24–26. Jfr också med Riksrevisionen, *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*. RiR 2020:12; Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av personer som nekats sjukpenning*. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2020/000190.

³⁰⁰ Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 2*. 2013-02-14, dnr 030061-2012, s. 43.

I det här avsnittet beskriver vi hur samordningen kan bli svårare att genomföra för Försäkringskassan på grund av att hälso- och sjukvården delvis har andra mål än vad Försäkringskassan har utifrån samordningsuppdraget och sjukförsäkringen och på grund av att det kan vara svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar.

- För hälso- och sjukvården är det inte ett prioriterat mål att personen kan återgå i arbete (avsnitt 4.2.1).
- Rehabiliteringskedjan är inte anpassad till hälso- och sjukvårdens mål och prioriteringar (avsnitt 4.2.2).
- Det är generellt svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar (avsnitt 4.2.3).
- Regeringen har försökt påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar genom överenskommelser med SKR (avsnitt 4.2.4).

4.2.1 För hälso- och sjukvården är det inte ett prioriterat mål att personen ska återgå i arbete

Målet med Försäkringskassans samordningsuppdrag är att individen ska återfå sin arbetsförmåga. Det konkretiseras ofta med att hen ska återgå i arbete och då kan det vara oklart om målet är att hen ska återgå i det ordinarie arbetet eller i vilket arbete som helst (se avsnitt 3.1.1 och 3.1.3). Men hälso- och sjukvården har andra mål som för dem är högre prioriterade än att patienterna ska återgå i arbete, oavsett vilket arbete som är målet.

Även om hälso- och sjukvården har andra mål som är högre prioriterade verkar personer som vi har intervjuat vara positiva till att hälso- och sjukvårdens styrdokument ändå tar upp återgång i arbete. Att personen ska kunna återgå i sitt ordinarie arbete kan vara ett indirekt fokus för hälso- och sjukvården, utifrån att det kan påverka patientens hälsa. Men brist på tid, kunskap och ledning kan göra det svårare för hälso- och sjukvården att hantera sjukskrivningar och att rehabilitera personens arbetsförmåga. Personer som vi har intervjuat från Försäkringskassan och från arbetsgivarorganisationerna anser heller inte att hälso- och sjukvården fokuserar tillräckligt mycket på att personen ska kunna återgå i arbete.

Hälso- och sjukvården har andra mål som är högre prioriterade än att patienterna ska återgå i arbete

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska också ge företräde till den som har det största behovet.³⁰¹ I de flesta fall är dessa åtgärder tillräckliga för att den som har blivit sjuk ska återfå sin arbetsförmåga så snabbt som möjligt. En läkare, som är specialist i allmänmedicin, tycker till exempel inte att det är så stor skillnad på målet att förbättra hälsan och att ge patienten förutsättningar att arbeta:

Ja, men det hänger väl ihop, alltså för mig är det inte så stor skillnad. Alltså, mår du bra så vill du kanske också jobba, mår jag inte bra så kan jag inte jobba. Alltså, jag tror inte att de här målen är så ... Men det är helt enkelt att man siktar på en normal livskvalitet som ger förutsättningar för att kunna jobba.

Men Försäkringskassans samordningsuppdrag gäller framför allt de fall som är besvärligare och som kräver samordnade åtgärder. Och i de fallen behöver inte hälso- och sjukvårdens åtgärder och prioriteringar för att säkerställa att patienter så långt det är möjligt får tillbaka sin hälsa och funktion innebära att patienten så effektivt som möjligt återfår sin arbetsförmåga eller återgår i arbete.

Flera utredningar har konstaterat att det inte är hälso- och sjukvårdens högsta prioritet att rehabilitera personers nedsatta arbetsförmåga och att patienter ska kunna återgå i arbete. Hälso- och sjukvården ska prioritera livshotande sjukdomar, att vårda svåra kroniska sjukdomar, ge palliativ vård och vårda människor med reducerad autonomi högst.³⁰² Övergripande principer för hälso- och sjukvårdens prioriteringar är människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. En prioritering utifrån dessa principer behöver inte leda till samma beslut som en prioritering som har fokus på att patienten ska kunna återgå i arbete. Krav på medicinska rehabiliteringsinsatser som är legitima ur Försäkringskassans och individens perspektiv behöver inte vara legitima prioriteringar inom ramen för hälso- och sjukvårdens uppdrag.³⁰³

³⁰¹ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

³⁰² SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, s. 155.

³⁰³ SOU 2009:49, *Bättre samverkan*, s. 47–48.

En annan anledning till att hälso- och sjukvårdens inte prioriterar återgång i arbete kan enligt en statlig utredning vara att hälso- och sjukvårdens arbete normalt inte följs upp ur detta perspektiv. Men enligt utredningen kan det få negativa konsekvenser för både individen och för samhället om inte hälso- och sjukvården aktivt arbetar för att en person ska kunna återgå i arbetet.³⁰⁴ Ytterligare en anledning till att hälso- och sjukvården inte prioriterar återgång i arbete kan enligt andra statliga utredningar vara att hälso- och sjukvårdens ekonomi bara till liten del påverkas av många av de sjukdomar som ligger bakom kostnaderna inom sjukförsäkringen.³⁰⁵ Svårigheterna att förmå hälso- och sjukvården att prioritera rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga är inte heller unika för Sverige.³⁰⁶

Sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget har regeringen försökt påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar med riktade ekonomiska satsningar. I budgetpropositionen för 2025 har regeringen till exempel föreslagit en riktad satsning på primärvården för att bland annat öka möjligheten att personer som är sjukskrivna i psykiatriska diagnoser ska kunna återgå i arbete. Men i budgetpropositionen är det också tydligt att det bara är en liten del av allt som hälso- och sjukvården förväntas hantera och prioritera.³⁰⁷

Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården är tydliga med att de inte anser att det är en del av deras grunduppdrag att se till att patienter kan återgå i sitt arbete och än mindre att se till så att patienter kan ställa om till andra arbeten. Bland annat menar de att regeringen har haft förväntningar på att hälso- och sjukvården ska ha som mål att få ner sjukfrånvaro som inte har varit grundade i de lagar som reglerar hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringskoordinatorer som vi har intervjuat betonar hur viktigt det är att hälso- och sjukvården också fokuserar på att patienter ska kunna återgå till sitt arbete, men inte heller de anser att det är ett primärt mål. Så här förklarar en rehabiliteringskoordinator som vi har intervjuat och som är verksam på sjukhus:

³⁰⁴ SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 602.

³⁰⁵ Underlagsrapport till SOU 2006:86, *Rehabilitering: ett långt lidandes historia*, Samtal om socialförsäkring nr 10, s. 18; SOU 1988:41, s. 200.

³⁰⁶ Ds 2003:63, *Den svenska sjukan II*, s. 106–107.

³⁰⁷ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, utgiftsområde 9, s. 95–96 samt utgiftsområde 10, s. 32.

Jo, vi vill att patienterna, våra patienter på sjukhuset här, eller i vården, ska bli friska, botade. Men ett ytterligare ett steg, är att vi faktiskt vill att de ska bli självförsörjande. Men det är inte vårdens mål i huvudsak, utan det är egentligen faktiskt att de ska bli friska. Men en sekundär bonus är ju att de också kan återgå i arbete och bli självförsörjande.

Enligt en person som vi har intervjuat från Socialstyrelsen innebär detta en balansgång som de har tänkt mycket på. Dels är målet om att patienter ska kunna återgå i arbete något som är viktigt, vilket innebär att Socialstyrelsen har velat lyfta fram det i sitt kunskapsstöd.³⁰⁸ Men samtidigt är målet inte primärt hälso- och sjukvårdens ansvar:

Vi har försökt lyfta att vi tycker att det är väldigt viktigt att hälso- och sjukvården har det fokuset när de sjukskriver någon, och just det här att det alltid ska göras en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete, för att det är ändå därifrån man blir sjukskriven. Så vi tycker att det är väldigt viktigt. Sen är det inte hälso- och sjukvårdens ansvar. Och det kan vi inte komma ifrån. Där är det andra aktörer som har det ansvaret. Och man kan väl se det lite som en gråzon, tänker jag.

Det kan vara bra att hälso- och sjukvårdens styrdokument betonar att det är viktigt att patienten kan återgå i arbete

Trots att det inte är ett primärt mål för hälso- och sjukvården att patienten ska kunna återgå i arbete så verkar de som vi har intervjuat vara positiva till att det ändå tas upp i exempelvis riktlinjer. Så här säger en intervjuperson från Arbetsmiljöverket:

Det [drivkrafter för återgång i arbete] har inte varit så bra förut. Jag vet inte om det har skett en förändring, men då har det mest handlat om att patienten ska bli frisk och må bättre, inte att man ska återgå i arbetet. Men det här har förts in nu en del ändå i hälso- och sjukvården, och det tror jag är väldigt viktigt att fortsätta med.

Enligt en rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården och som vi har intervjuat kan ett större fokus på att patienten ska kunna återgå till sitt arbete bidra till ett generellt fokusskifte som kan vara bra även utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag. I stället för att bara fokusera på det sjuka kan det hjälpa till att fokusera också på vad som är friskt och vad patienten faktiskt kan. Då blir det också möjligt att se om hen kan vara på arbetet trots sjukdomen. För att nå

³⁰⁸ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*. Nationellt kunskapsstöd, 2023, bl.a. s. 35 och 37–38.

dit är det viktigt att hälso- och sjukvården ser att det finns andra aktörer som också fokuserar på det och som kan hjälpa till med rehabiliteringen. Rehabiliteringskoordinatoren anser att förväntningar från patienter och arbetsgivare kan vara en anledning till att hälso- och sjukvården fokuserar på det sjuka:

Vi är också där på grund av att patienterna också ställer det kravet. De ska vara fullt friska när de kommer tillbaka. De kanske också har en arbetsgivare som säger, ja, men jag vill inte ha dig tillbaka förrän du är frisk.

Att patienten ska återgå i arbete kan vara ett indirekt fokus för hälso- och sjukvården

Enligt de personer vi intervjuat kan det bli lättare för hälso- och sjukvården att prioritera att patienterna ska kunna återgå i arbete om det ses som en del av åtgärderna för att förbättra patientens hälsa. En psykiater som vi har intervjuat och som är verksam inom öppenvårds-psykiatri anser att den mest lyckade vården och rehabiliteringen är den som leder till att patienten klarar av att återgå i sitt arbete. En intervjuperson från Försäkringskassan anser att det i myndighetens kommunikation med hälso- och sjukvården är mer effektivt att fokusera på hälsoaspekter än på att personen ska kunna återgå i arbete:

Det är ganska begränsat med drivkrafter just kopplat till återgång i arbete. Utan det är väl någonting vi har lärt oss, att det som är vettigast att vädja till det är patientens väl och ve.

De två intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket anser att det blir negativt för den enskilde om hälso- och sjukvården har ett för ensidigt fokus på hälsa, och inte också på att patienten ska kunna återgå i arbete. Det finns flera olika skäl till att det är viktigt för individen att behålla sitt arbete, bland annat för hälsan. Även en intervjuperson från Socialstyrelsen lyfter fram patienters eget intresse av att kunna försörja sig, och hälsorisker med att vara sjukskriven:

Ja, men där handlar det väl om att det är ett så viktigt mål för patienten, tänker jag, att kunna arbeta, och att det ger försörjning. Och just att om du går hemma så finns det risk för att du försämras, med medikalisering och så vidare. Så att där finns det väl stora incitament, tänker jag, för hälso- och sjukvården.

Medikalisering innebär en förväntan på att hälso- och sjukvården ska kunna lösa problem som inte har medicinska orsaker eller lösningar.³⁰⁹ Risken att patienten får sådana förväntningar och dessutom kan fastna i en sjukdomsroll lyfts fram av flera intervju-personer från hälso- och sjukvården som faktorer som bidrar till att det blir ett indirekt mål att patienten ska kunna återgå i sitt arbete. En läkare, specialist i allmänmedicin, som vi har intervjuat tycker därför att det är bra om patienten inte behöver bli heltidssjukskriven:

Jag vill inte säga varje patient, men väldigt många, hamnar i en sjukdomsroll. Från början är det mycket bättre att man kan jobba deltid, då tappar man inte bort hela den sociala delen och allt det där med sitt arbetsliv.

När det gäller psykisk ohälsa kan det finnas särskilda skäl till att det kan finnas risker med att vara sjukskriven som indirekt innebär att hälso- och sjukvården ändå har ett fokus på att patienten ska arbeta. En psykolog som är verksam inom primärvården som vi har intervjuat beskriver hur svårt det kan vara att bryta en sjukskrivning om patienten har vant sig vid att undvika arbetet, och särskilt om arbetet varit en av anledningarna till sjukskrivningen. Psykologen berättar att de därför skickar med en ”bipacksedel”, som bland annat förklarar riskerna med sjukskrivning, när de utfärdar läkarintyg för att sjukskriva personen. De försöker också undvika att personen blir sjukskriven på heltid.

Enligt våra intervjuer så fokuserar olika professioner inom hälso- och sjukvården olika mycket på att patienten ska kunna återgå i sitt arbete. Fysioterapeuter eller arbetsterapeuter lyfts av flera av dem vi har intervjuat fram som professioner som har ett naturligt fokus på att deras patienter ska kunna återgå i sitt arbete. Läkare kan dessutom uppleva att de är beroende av professioner som arbetsterapeuter, för att bedöma i vilken utsträckning deras patienter är begränsade i vilka aktiviteter de kan utföra.³¹⁰

En rehabiliteringskoordinator som är verksam i primärvården som vi har intervjuat anser att det inom hälso- och sjukvården pratas alltmer om risker med sjukskrivning och hur viktigt det är att patienten kan återgå till sitt arbete eller annan sysselsättning. Samtidigt betonar

³⁰⁹ Se t.ex. SOU 2021:6, *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*, s. 63.

³¹⁰ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*, 2023, s. 23–28.

rehabiliteringskoordinatör att målet i slutändan är att patienten ska bli frisk, och att det inte behöver vara samma sak som att patienten återgår i arbete. Detta finns det också visst stöd för. Bland annat har ISF visat att tidigarelagd pensionering kan ha positiva effekter på en persons hälsa i form av färre dagar i slutenvården och lägre dödlighet.³¹¹

Ytterligare ett skäl till att hälso- och sjukvården enligt våra intervjuer kan ha ett indirekt fokus på att patienter ska återgå i arbete är om det kan minska behovet av sjukskrivningar och därmed minska arbetsbelastningen för personalen inom hälso- och sjukvården. Minskad arbetsbelastning och stress för läkare, samt ökat utrymmet för mer prioriterade arbetsuppgifter är också något som lyfts fram som fördelar i försök att förändra hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningar.³¹²

Brist på tid, kunskap och ledning kan göra det svårare för hälso- och sjukvården att fokusera på att rehabilitera patientens arbetsförmåga

Socialstyrelsen säger att tydlig ledning och styrning är grunden för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar och den rehabilitering som sjukskrivna får.³¹³ Men enligt Socialstyrelsens lägesrapport tycker 85 procent av läkarna inom primärvården att de alltid eller ofta har tidsbrist i sitt arbete med rehabilitering och samverkan kopplat till sjukskrivningar.³¹⁴ Enligt Socialstyrelsen ska hälso- och sjukvården alltid göra en planering för sjukskrivning, behandlings- och rehabiliteringsinsatser samt eventuella koordineringsinsatser och dokumentera det i patientens journal.³¹⁵ Men det svarar bara cirka 35 procent av samtliga läkare att de alltid eller ofta gör. 60 procent av läkarna svarar antingen att verksamheten inte har dokumenterade rutiner för att upprätta planer för att sjukskrivna ska få rehabilitering för att kunna återgå i arbete, eller att de inte vet om verksamheten har sådana rutiner. Enligt lägesrapporten påtalar flera regioner att de inte prioriterar försäkringsmedicin och att både

³¹¹ ISF, *Hälsoeffekter av tidigarelagd pensionering*. Rapport 2014:16.

³¹² Rudling, J., 2023.

³¹³ Socialstyrelsen, *Nationellt kunskapsstöd*, 2023, s. 16.

³¹⁴ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 66.

³¹⁵ Socialstyrelsen, *Nationellt kunskapsstöd*, 2023, s. 34.

personalen och ledningen inom hälso- och sjukvården inte har tillräckliga kunskaper och inte är tillräckligt intresserade av frågorna.³¹⁶ Denna bild bekräftas också i våra intervjuer.

Vårdvalen kan också påverka hur hälso- och sjukvården förhåller sig till sjukskrivningar och till att rehabilitera patienter så att de återfår en arbetsförmåga. Regionerna ska enligt lag organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.³¹⁷ ISF har visat hur detta kan påverka hur hälso- och sjukvården hanterar sjukskrivningar, och att det kan öka antalet sjukskrivningar samt förlänga ersättningsperioderna. Enligt ISF var en förklaring till detta konkurrensen mellan vårdgivare om patienterna.³¹⁸ Den konkurrensen kan öka risken för slentrianmässiga sjukskrivningar utan att det skapas en aktiv planering för hur patienten ska återfå sin arbetsförmåga, enligt personer som vi har intervjuat. Vi har inte undersökt hur vanligt det är. Men om personer blir sjukskrivna utan aktiv planering av rehabiliteringen kan den bli svårare att samordna.

Personer som vi intervjuat anser att hälso- och sjukvården inte fokuserar tillräckligt på att patienterna ska kunna återgå i arbete

Tidigare utredningar har kommit fram till att i vilken utsträckning patienter kan återgå i arbete i första hand beror på hur mycket hälso- och sjukvården fokuserar just på att patienten ska återgå i arbete och att det finns en arbetsgivare som också tar ett ansvar för att detta ska ske. Dessa två nyckelaktörer är beroende av varandra och behöver koordinera sina insatser.³¹⁹ Det är därför en viktig del av Försäkringskassans samordningsuppdrag.

Men det är vanligt att läkare inte identifierar sjukskrivna personers behov av anpassningar i sina arbeten och andra arbetsrelaterade åtgärder.³²⁰ Hälso- och sjukvårdens intresse av att se till att patienter

³¹⁶ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning- och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 29, 42, 51, och 64.

³¹⁷ 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

³¹⁸ ISF, *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*. Rapport 2014:17.

³¹⁹ SOU 2015:21, s. 269 och 589.

³²⁰ Försäkringskassan, *Anpassningar av arbetet under sjukskrivning*. Arbetsrapport 2023:4; ISF, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, Rapport 2021:9, s. 34.

ska kunna återgå i arbete är också begränsat, enligt de personer från Försäkringskassan och arbetsgivarorganisationer som vi har intervjuat. Försäkringskassan har också lyft fram behovet av att hälso- och sjukvården får ett tydligare uppdrag om att bidra till att patienter kan återgå i arbete.³²¹ Enligt de som vi har intervjuat finns det också oklarheter kring hur hälso- och sjukvården ska förhålla sig till Försäkringskassan när det gäller försäkringsmedicin och villkoren i bland annat sjukförsäkringen. Även det påverkar hur hälso- och sjukvården fokuserar på att patienten ska återgå i arbete.

Personer som vi har intervjuat från arbetsgivarorganisationer anser inte att hälso- och sjukvården har fokus på att patienter ska kunna återgå i arbete, och att hälso- och sjukvården borde fokusera mer på arbete som något som bidrar till hälsan – det vill säga att se arbete som en friskfaktor snarare än en riskfaktor. Enligt intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna är det också viktigt utifrån behovet av ett långt och hållbart arbetsliv. Rehabiliteringen av personens nedsatta arbetsförmåga kan i stället försvåras om hälso- och sjukvården ser arbetsgivaren som någon som patienten behöver skyddas från.

Läkare har enligt intervjupersonen från Arbetsgivarverket inte heller alltid kunskap om arbetsgivares ansvar för rehabilitering, trots att hälso- och sjukvården borde se den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som en förutsättning för patientens hälsa:

De behöver se att det är viktigt att ta reda på vad personen har för arbetsuppgifter så att personen kan vara så lite sjukskriven som möjligt (...) Jag tänker att det är svårt att särskilja den medicinska hälsan hos en person, att helt särskilja det från arbetsuppgifter, eller arbetsplatsen, eftersom det blir som en medicin, hur man kan anpassa arbetsuppgifterna, plus att personen kan arbeta och må bättre i sin sjukdom. Som en ordinerings, kan man säga.

Den person från Svenskt Näringsliv som vi har intervjuat menar att det krävs aktiva ställningstaganden från arbetsgivaren som har kunskapen om möjligheterna till anpassningar för att den sjukskrivna ska kunna återgå i arbete och för att kunna ta tillvara den sjukskrivnas arbetsförmåga. Men det kan enligt hen vara svårt, särskilt för små företag, som tror att de måste följa läkarintyget:

³²¹ Försäkringskassan, *Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 056546-2015, s. 2.

Och där försöker vi förmedla att nej, det här är ett beslutsunderlag, det är en rekommendation. Kan man ta tillvara förmåga så behöver det inte vara en hundra procentig frånvaro, det kan vara någonting annat. (...) Vi ser ju läkarintyget som ett beslutsunderlag och en rekommendation, och jag tycker att det är ett bekymmer att inte läkarna själva ser det som det.

Hälso- och sjukvårdens väntetider och svårigheter att möta arbetsgivares behov kan enligt våra intervjuer leda till att arbetsgivare tecknar privata sjukvårds- eller rehabiliteringsförsäkringar för de anställda. Privata sjukvårds- eller rehabiliteringsförsäkringar kan bland annat innebära att det blir lättare för arbetsgivare att ta kontakt med hälso- och sjukvården för att få stöd och tillgång till vård. Enligt en enkätundersökning från Svenskt Näringsliv anser 8 procent av de små företagen, 15 procent av de mellanstora och 5 procent av de stora att privata sjukvårds- eller rehabiliteringsförsäkringar har störst betydelse för att en sjukskriven anställd ska kunna återgå till sitt arbete.³²²

4.2.2 Rehabiliteringskedjan är inte anpassad till hälso- och sjukvårdens mål och prioriteringar

Som vi visat i avsnitt 3.1.1 innebär Försäkringskassans samordningsuppdrag och rehabiliteringskedjan att det är oklart vilket arbete Försäkringskassan ska ha som mål att individen ska rehabiliteras tillbaka till. Medan syftet med rehabiliteringskedjan är tidig omställning kan samordningsuppdraget tolkas som att målet i större utsträckning ska vara att personen ska kunna gå tillbaka till sitt ordinarie arbete. Medan Försäkringskassans utredare inte ska ta hänsyn till sociala faktorer när de bedömer rätten till sjukpenning utifrån rehabiliteringskedjan så innebär samordningsuppdraget tvärtom att utredarna ska ta hänsyn till sociala faktorer när de planerar rehabiliteringen. I det här avsnittet redogör vi för hur liknande men ännu tydligare skillnader finns mellan rehabiliteringskedjans och hälso- och sjukvårdens mål och prioriteringar, som kan påverka Försäkringskassans möjligheter att genomföra samordningsuppdraget negativt:

³²² Svenskt Näringsliv, *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*. 2019, s. 23.

- Hälso- och sjukvården delar inte rehabiliteringskedjans mål om omställning till annat arbete.
- Hälso- och sjukvården kan försöka bidra till en omställning om arbetet påverkar patientens hälsa, men det är också beroende av patientens sociala situation, exempelvis hens bostadsort.
- Hälso- och sjukvårdens behov av att både få och behålla patientens förtroende påverkar deras möjligheter att verka för en omställning.
- Hälso- och sjukvårdens väntetider gör rehabiliteringskedjan svårare att hantera.
- Vårdgarantin, som ska ge patienter rätt till vård inom vissa tidsgränser, är inte anpassad till rehabiliteringskedjan.

Hälso- och sjukvården delar inte rehabiliteringskedjans mål om omställning till annat arbete

Medan det under vissa förutsättningar kan vara åtminstone ett indirekt mål för hälso- och sjukvården att patienten ska kunna återgå till sitt arbete, så är det än mer sällan ett mål att personen ska kunna ställa om till ett annat arbete. Det har tidigare lyfts att hälso- och sjukvårdens mål och personcentrerade arbetssätt här kan krocka med rehabiliteringskedjan.³²³ Även de som vi har intervjuat beskriver dessa svårigheter.

Ett syfte med rehabiliteringskedjan är att personer som behöver det tidigt ska ställa om till ett annat arbete.³²⁴ Efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska Försäkringskassan bedöma individens arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete även om personen inte kan arbeta i sitt ordinarie arbete (så länge inte vissa undantag går att tillämpa – se bilaga 1).

Det är tydligt att de som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården anser att hälso- och sjukvården inte ska fokusera på omställning. Så

³²³ Se t.ex. SOU 2023:48, *Rätt förutsättningar för sjukskrivning*, s. 84 och 90–91; Region Skåne, *Remiss En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022* (SOU 2024:26). 2024-06-10, ärendenummer 2024-POL000179.

³²⁴ Prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 57–58; prop. 2020/21:78 *Extra ändringsbudget för 2021 – Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen*, bilaga 1, s. 26.

länge patienten har kvar sin anställning är det ordinarie arbetet som är hälso- och sjukvårdens utgångspunkt. Det påminner i stora delar om sjukförsäkringen och Försäkringskassans tillämpning av den innan rehabiliteringskedjan infördes (se avsnitt 2.3.6).

Under vissa förutsättningar kan hälso- och sjukvården försöka bidra till en omställning om arbetet påverkar patientens hälsa

Om det är tydligt att patientens skador eller sjukdomar innebär att hens nuvarande arbete är olämpligt så kan även hälso- och sjukvården verka för att hen ska ställa om till ett annat arbete. Enligt de som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården kan de inte säga åt patienten att byta arbete, men de kan ställa frågor. En rehabiliteringskoordinator som är verksam i primärvården förklarar det så här:

Vi är väl kvar i det ordinarie arbetet så länge vi ser att det finns möjligheter. Sen så tror jag också att vi försöker vara noggranna med att fråga patienten, är det verkligen det här du vill?

Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården betonar också konsekvenserna av om deras patienter tvingas bort från sina arbeten. Den andra rehabiliteringskoordinatören som är verksam i primärvården och som vi har intervjuat förklarar vad det kan innebära för en patient att bli av med sin sjukpenning på grund av att hen klarar av andra arbeten, men inte sitt eget:

Och det är väldigt svårt för oss i vården att hamna i det faktiskt. (...) De här patienterna blir ju förtvivlade och mår jättedåligt. Kanske får sömnstörning och får stressreaktioner i stället.

Det här påverkas enligt våra intervjuer också av var patienten bor. I glesbygd är det svårare att hitta andra lämpliga arbeten. Patienterna kan vara rädda för de sociala konsekvenserna av att behöva flytta för att hitta en försörjning, eller oroliga för möjligheterna som äldre att hitta ett nytt arbete. Bosättningsförhållanden kunde Försäkringskassan under vissa förutsättningar ta hänsyn till innan rehabiliteringskedjan infördes, men inte sedan dess (se avsnitt 2.3.5).

Att hälso- och sjukvården behöver ha patientens förtroende påverkar deras möjligheter att verka för en omställning

En aspekt av svårigheten att hantera att den sjukskrivna kan behöva ställa om till ett annat arbete är att hälso- och sjukvårdens behöver ha patientens förtroende. Finns inte det minskar hälso- och sjukvårdens möjligheter att vårda patienten. En läkare som är specialist i allmänmedicin och som vi har intervjuat förklarar:

Man kastar inte in en patient från A till B och säger ”men nu har du jobbat som sångerska och nu ska du jobba inom charkuteri” eller vad vet jag. (...) Det behövs kontinuitet, för att man redan har förtroende från patientens sida.

Inom sjukförsäkringen finns det inte någon möjlighet för individen att välja vilket arbete som arbetsförmågan ska bedömas mot. Men hälso- och sjukvården ska utgå från patientens rätt till självbestämmande och delaktighet.³²⁵ Vill patienten arbeta kvar hos sin arbetsgivare behöver hälso- och sjukvården ta hänsyn till det. De flesta sjukskrivna vill varken byta arbetsuppgifter, arbetsplats eller yrke. Enligt en enkätundersökning som Försäkringskassan har gjort ville 30 procent byta arbetsuppgifter, 23 procent byta arbetsplats och 15 procent byta yrke.³²⁶

Men i de fall det är möjligt för vården att behålla patientens förtroende och föreslå en omställning så kan det enligt specialisten inom allmänmedicin som vi har intervjuat också vara något som patienten uppskattar:

Alltså, jag har aldrig haft problem med det, jag har ganska många patienter som byter jobb och säger ”vad bra att jag äntligen har något jobb som jag mår bra av...”

Hälso- och sjukvårdens väntetider gör rehabiliteringskedjan svårare att hantera

Väntetider i vården kan innebära att det tar längre tid för personen att återgå till sitt arbete. För den som är sjukskriven kan det vara viktigt att få tillgång till den behandling som krävs för att återgå i sitt arbete innan dag 180, eftersom rehabiliteringskedjan då kan innebära att

³²⁵ 4 och 5 kap. patientlagen (2014:821).

³²⁶ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 45–46.

Försäkringskassan bedömer personens arbetsförmåga mot andra arbeten. Det kan också vara viktigt för arbetsgivaren och samhällsekonomin att den anställda kan återgå till det arbete hen har kompetens för. Men rehabiliteringskedjans tidsgränser påverkar inte hälso- och sjukvårdens väntetider och prioriteringar enligt våra intervjuer. Svårigheterna som långa väntetider i vården skapar när Försäkringskassan ska tillämpa rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser togs bland annat upp i remissvaren på förslaget att införa rehabiliteringskedjan.³²⁷ Tidigare granskningar visar att väntetiderna inom vården för medicinska behandlingar, medicinsk bedömning och rehabiliteringsinsatser påverkar hur länge en person är sjukskriven.³²⁸

Även de som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården tar upp svårigheterna med väntetider och brist på resurser. Det påverkar själva den medicinska rehabiliteringen, men svårigheterna för sjukskrivna patienter att till följd av väntetiderna hantera rehabiliteringskedjan påverkar även vården genom den oro som dessa svårigheter kan medföra.

Hälso- och sjukvården har krav på sig att ge individen behandling och rehabilitering inom vårdgarantins tidsramar.³²⁹ Samtidigt kan vårdgarantin uppfattas som ett mål i stället för som ett lagkrav, vilket kan leda till att väntetiderna blir längre.³³⁰ Perioden mellan patientens första kontakt med hälso- och sjukvården och att hen får börja en behandling är dessutom i praktiken inte reglerad, vilket också kan påverka väntetiderna.³³¹

Det kan också vara svårare för de som bor i glesbygd att använda vårdgarantin genom att välja en annan vårdgivare. Men i rehabiliteringskedjan ska inte bosättningsförhållanden vägas in. En patient

³²⁷ Se t.ex. Arbetsförmedlingen, *Arbetsförmedlingens synpunkter på Promemoria: Införandet av en rehabiliteringskedja*. Dnr 07-5550-08, s. 2; Försäkringskassan, *Yttrande över promemoriorna "Införande av en rehabiliteringskedja" och "Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning"*. Dnr 60580–2007 och 60806–2007, s. 5; Linköpings universitet, *Remiss Promemoria: Införandet av rehabiliteringskedja*. Dnr LiU-2007/00557; Statens folkhälsoinstitut, *Remissyttrande – Promemorian Införandet av en rehabiliteringskedja (S2007/11032/SF)*. Dnr VERK 2007/465, s. 2.

³²⁸ Se t.ex. Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Sjukskrivningsmönster och praxis – Skillnader i vårdens arbete*. 2017-10-27; Försäkringskassan, *Arbetsrapport 2024:02*, s. 40–41; Karolinska Institutet, *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter*. Huvudrapport 2018, s. 75; Godøy, A. m.fl., *Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply*. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2024;16(2):150–81; Svenskt Näringsliv, 2019, s. 26.

³²⁹ 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen; 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

³³⁰ SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 24.

³³¹ SOU 2009:49, s. 80.

med färre valmöjligheter kan då ha mindre möjlighet att få den vård som hen behöver för att kunna återgå i arbete hos sin arbetsgivare innan hens rätt till sjukpenning ska bedömas mot andra normalt förekommande arbeten. En rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården och som vi har intervjuat pekar på de svårigheterna:

Om jag tar utifrån det området där jag sitter själv, där man kanske måste åka 13 mil till nästa [vårdgivare]. Det alternativet kanske inte finns för en som är utmattad.

4.2.3 Det är generellt svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar

Som vi beskrivit i avsnitt 2.2.5 var ett av syftena med reformen som samordningsuppdraget var en del av att få hälso- och sjukvården att fokusera mer på att rehabilitera personer så de återfår sin arbetsförmåga. Men som vi redogör för tidigare i detta kapitel är det fortfarande inte ett prioriterat mål och det gör samordningsuppdraget svårt för Försäkringskassan. För att förstå varför det har varit svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioritering av denna rehabilitering behöver vi förstå hur svårt det generellt sett är att styra hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens regelverk baseras huvudsakligen på målinriktade ramlagar. Det innebär att vårdgivare och huvudmän inom hälso- och sjukvården har stort utrymme att själva styra sin verksamhet, vilket påverkar sjukskrivningsprocessen.³³² Styrningen av hälso- och sjukvården är också komplex. Det är svårt att veta hur styrningen påverkar verksamheten och dess prioriteringar.³³³ Vad hälso- och sjukvårdens komplexa system ger för resultat bör enligt Socialstyrelsen ses som en konsekvens av systemets funktion och dynamik, mer än något som kan planeras och styras fram.³³⁴ Därmed blir det också svårt att med hjälp av styrning förmå hälso- och sjukvården att prioritera en viss typ av åtgärder.

³³² SOU 2023:48, s. 39–40 och s.122–123; jfr prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, avsnitt 6.1.

³³³ Berlin, J. och Kastberg Weichselberger, G., *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber, 2021, s. 17, 210–211 och 213.

³³⁴ Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. 2018, s. 53.

Det har till exempel varit svårt att förmå hälso- och sjukvården att prioritera rehabilitering även utan kravet att rehabiliteringen ska bidra till att patienter återfår sin arbetsförmåga. Staten har försökt genom att göra lagstiftningen tydligare. Rehabilitering fördes in i definitionen av primärvård i anslutning till att Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag 1992.³³⁵ Sedan den 1 januari 2024 ingår rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar i primärvårdens grunduppdrag.³³⁶

Som skäl till att förtydliga grunduppdraget 2024 påpekade regeringen bland annat att rehabilitering många gånger har visat sig nedprioriterat trots att dessa insatser ska vara högt prioriterade. Dessutom ansåg regeringen att det finns stora behov av rehabiliterande insatser i hälso- och sjukvården.³³⁷ Det var också anledningen till att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering förtydligades när Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag.³³⁸

Enligt våra intervjuer borde det inte ha varit möjligt att prioritera bort rehabilitering inom primärvården innan lagändringen 2024. Vissa som vi har intervjuat upplever också att rehabiliteringen fungerar som den ska. Andra ser positivt på lagändringen, och har en förhoppning om att det bland annat ska kunna motverka att rehabilitering blir kortsiktigt nedprioriterat på grund av resursbrist. Så här resonerar en rehabiliteringskoordinator som är verksam på sjukhus och som vi har intervjuat:

Jag tänker att det säkert handlar om resurser och ekonomi och att man fokuserar på andra saker och kanske mer vård då. Men rehabilitering skulle ju kunna förhindra en hel del vård om man skulle få det i ett tidigt skede.

Även organisationsformen påverkar hur prioriterad rehabiliteringen är och förutsättningarna för att den ska bli effektiv. En arbetsterapeut som vi har intervjuat anser att det blir lättare att prioritera bort rehabilitering om de ansvariga professionerna tillhör vårdcentralerna. Då är risken att läkare och sjuksköterskor prioriteras högre. Där hen

³³⁵ 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen; prop. 1992/93:159, om stöd och service till vissa funktionshindrade.

³³⁶ 13 a kap. 1 § 4 hälso- och sjukvårdslagen.

³³⁷ Prop. 2021/22:260, *Ökad kontroll i hälso- och sjukvården*, kap. 7.

³³⁸ Prop. 1992/93:159, s. 118–119.

har arbetat har rehabiliteringen haft en egen finansiering. Det gjorde den synligare och svårare att prioritera ned, anser hen.

Andra anser att det är svårt att arbeta med rehabilitering om rehabiliteringsprofessionerna tillhör en annan organisation. Så här förklarar en intervjuperson från Socialstyrelsen det perspektivet:

Och jag tänker bara, ett exempel på det är det här med primärvården och att ofta de här rehabprofessionerna sitter i en helt annan organisation. Det gör inte att det blir smidigt, om man behöver remiss till sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Men båda menar att rehabilitering generellt sett är lågt prioriterat inom hälso- och sjukvården, och tycker att det är bra att det ansvaret nu är lagstadgat.

4.2.4 Regeringen har försökt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar genom överenskommelser med SKR

Som vi konstaterar i vår granskning konkretiseras målet med Försäkringskassans samordningsuppdrag ofta med att individen ska återgå i arbete. Granskningen visar som sagt att hälso- och sjukvården har andra mål som för dem är högre prioriterade, oavsett vilket arbete som är målet, och att det är svårt att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar. Men regeringen har ändå försökt att få hälso- och sjukvården att prioritera bland annat åtgärder för att fler sjukskrivna ska kunna återgå i arbete med hjälp av överenskommelser med SKR. Det har däremot inte varit aktuellt att ge hälso- och sjukvården ekonomiskt ansvar för sjukförsäkringens utgifter. Även om det är oklart om överenskommelserna hade effekt har det funnits förslag om att regeringen borde fortsätta använda den typen av överenskommelser.

Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin skulle ge hälso- och sjukvården ekonomiska incitament att förbättra sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningsmiljarden var en överenskommelse mellan regeringen och SKR i form av ett riktat statsbidrag till hälso- och sjukvården. Bidraget infördes 2006. Syftet var att ge regionerna (dåvarande

landstingen) ekonomiska incitament att bidra till att göra sjuk-skrivningsprocessen blev effektiv och kvalitetssäker och till att sjukfrånvaron var stabil. Bland annat skulle hälso- och sjukvården vidta nödvändiga åtgärder för att stödja kvinnors och mäns återgång i arbete inom ramen för rehabiliteringskedjans tidsgränser.³³⁹

Rehabiliteringsgarantin infördes den 1 juli 2008 och innebar att hälso- och sjukvården skulle erbjuda patienter särskilda behandlingsinsatser för att förebygga sjukfrånvaro eller bidra till att sjukskrivna skulle kunna återgå i arbete.³⁴⁰ Såväl regeringen som många av remissinstanserna lyfte fram rehabiliteringsgarantin som en förutsättning för att rehabiliteringskedjan skulle fungera som den var avsedd att göra.³⁴¹

Det är oklart om överenskommelserna hade effekt

Sjukskrivningsmiljarden kan eventuellt ha minskat sjukfrånvaron på grund av att den ledde till att regionernas styrning förändrades. Konkreta rehabiliteringsåtgärder kan också ha minskat sjukfrånvaron, men i så fall på längre sikt. Kortsiktigt kan åtgärderna som hälso- och sjukvården genomförde till en början ha inneburit längre väntetider och längre handläggningstider.³⁴² Samtidigt medförde överenskommelsen konkurrens mellan de dåvarande landstingen om att ha så låga sjuktal som möjligt, och det fanns en risk att belöningssystemet förstärkte beteenden som inte var önskvärda.³⁴³

Behandlingarna som gavs inom ramen för rehabiliteringsgarantin tycks inte ha förkortat sjukskrivningarna. Men under vissa förutsättningar kunde de förebygga sjukfrånvaro och personer upplevde att de fick bättre hälsa. Rehabiliteringsgarantin medförde också att hälso- och sjukvården fokuserade mer på rehabilitering och prioriterade utvecklingen av den.³⁴⁴

³³⁹ Se t.ex. Regeringskansliet och SKL, dnr S2012/6876/SF; ISF, *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*. Rapport 2011:13, s. 22.

³⁴⁰ IFAU, *Rehabiliteringsgarantin*. Rapport 2012:26.

³⁴¹ Prop. 2007/08:136, s. 54, 59 och 97 och t.ex. Arbetsförmedlingen, 2008, dnr 07-5550-08; TCO, *Införande av en rehabiliteringskedja*, Promemoria. 2008, dnr 07-0136.

³⁴² IFAU, *Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden*. Rapport 2009:2.

³⁴³ ISF, *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*. Rapport 2011:13, s. 21 och 43–44.

³⁴⁴ ISF, *Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. Rapport 2014:12; Karolinska Institutet, *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. Slutrapport del I, s. 108–109.

Statskontoret bedömer att överenskommelser mellan regeringen och SKR kan vara effektiva om regeringen vill sätta ett område i fokus, till exempel i frågor som normalt sett styrs och utvecklas av kommuner och regioner. Men det innebär samtidigt att regeringen bör vara förhållandevis restriktiv med att använda dem. Om regeringen gör många sådana överenskommelser riskerar det att späda ut effekten av att sätta ett visst område i fokus.³⁴⁵

Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin slogs ihop 2016 till *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. År 2020 var det sista året för den överenskommelsen.³⁴⁶

Det har funnits förslag om att regeringen borde fortsätta använda överenskommelser

Även om effekterna av dessa överenskommelser var blandade har utredningar lagt förslag om att regeringen ska fortsätta med denna typ av överenskommelser med hälso- och sjukvården för att processen för att få sjukskrivna att kunna återgå i arbete ska fungera bättre. Utredningarna har bedömt att effekterna över lag har varit positiva, bland annat genom att överenskommelserna har bidragit med ökad kompetens, kunskap och medvetenhet kring de utmaningar som sjukskrivningsrelaterad ohälsa innebär. Genom att göra överenskommelserna mer långsiktiga skulle de kunna förbättras.³⁴⁷

Ett av dessa förslag var en del av ett mer omfattande förslag om att hälso- och sjukvården borde få det samlade ansvaret för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete. Enligt det förslaget borde det rutinmässigt ingå i hälso- och sjukvårdspolitiken, kliniska riktlinjer, beslutsstödsystem, forskning och tillsyn att hälso- och sjukvården ska arbeta för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete. Hälso- och sjukvården borde också enligt detta förslag ha ansvar för att ta initiativ till att samverka med olika huvudmän för att förbättra möjligheterna för sjukskrivna att återgå i arbete.³⁴⁸

³⁴⁵ Statskontoret, *Överenskommelser som styrmedel*. 2014.

³⁴⁶ Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, utgiftsområde 10, s. 46.

³⁴⁷ SOU 2015:21, s. 473–475; SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, s. 111 och 117–120.

³⁴⁸ SOU 2015:21, s. 269–270 och 629–632.

Dessa förslag har inte genomförts. Men regeringen planerar att genomföra en riktad satsning på primärvårdens och första linjens arbete med psykisk hälsa. Satsningen ska säkerställa förebyggande insatser, att personer får vård i tid, att köerna till den specialiserade vården kortas och att möjligheterna att återgå i arbete ökar för personer som är sjukskrivna för psykiatriska diagnoser.³⁴⁹

Samtidigt har exempelvis ISF pekat på att det finns en risk för att ett för stort fokus på hälso- och sjukvårdens ansvar för att personer ska kunna återgå i arbete innebär att andra perspektiv får för lite fokus.³⁵⁰ *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring* kom i sin tur fram till att det bara finns begränsad vetenskaplig kunskap om i vilken utsträckning ekonomiska stimulanser tränger undan annan vård.³⁵¹

Ett skyddsombud som vi har intervjuat ser risker med att hälso- och sjukvården fokuserar för mycket på att patienter ska kunna återgå i arbete även utan att förslagen har genomförts:

Vad jag hör från sjuka personer, jag upplever att de i sjukvården också har press på sig, att pressa folk tillbaka till jobbet. Så ibland säger de att ”vi kan inte förlänga sjukskrivningen” (...) de har inte fria händer att bedöma den här situationen.

Det har inte varit aktuellt att ge hälso- och sjukvården ekonomiskt ansvar för sjukförsäkringens utgifter

Ett alternativ till överenskommelser och ekonomiska stimulanser som har diskuterats av statliga utredningar är att ge hälso- och sjukvården ett ökat ekonomiskt ansvar för sjukförsäkringens utgifter. Men både *Parlamentariska socialförsäkringsutredningen 2015* och *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring 2018* kom fram till det inte var aktuellt. Bland annat skulle det kunna innebära en risk för att regionerna försöker minska kostnaderna på ett sätt som är samhällsekonomiskt ineffektivt, och för att förvärvsarbetande skulle kunna gynnas på bekostnad av personer som inte förvärvsarbetar. Det senare skulle innebära att vården kanske inte skulle följa principen vård efter behov. Dessutom har inte hälso- och

³⁴⁹ Prop. 2024/25:1, utgiftsområde 9, s. 95–96 samt utgiftsområde 10, s. 32.

³⁵⁰ ISF, remissvar SOU 2015:21, dnr 2015–53, ISF, *Sjukskrivningsmiljarden*. Rapport 2013:11, s. 21 och 43–44.

³⁵¹ SOU 2018:80, s. 86–88.

sjukvården ansvar för att bedöma om någon har rätt till ersättning från sjukförsäkringen och då är det svårt att ge dem ansvaret för utgifterna.³⁵²

4.3 Svårigheter i relationen mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer kan påverka samordningsuppdraget

Enligt tidigare utredningar och våra intervjuer fungerar inte alltid samarbetet mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer så bra. Detta påverkar möjligheterna för Försäkringskassan att utföra samordningsuppdraget. I det här avsnittet beskriver vi de problem som kan finnas i relationerna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt arbetsgivare (avsnitt 4.3.1), och hur svårigheter att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll och ansvar kan bidra till de problemen (4.3.2).

4.3.1 Hälso- och sjukvårdens samarbete med Försäkringskassan och arbetsgivare fungerar inte alltid så bra

Redan innan samordningsuppdraget fanns det problem i samarbetet mellan de dåvarande försäkringskassorna och hälso- och sjukvården.³⁵³ Samordningsuppdraget verkar inte ha gjort det lättare. Samordningsuppdraget har inneburit att försäkringskassornas utredare ska försöka se till att bland annat hälso- och sjukvården ger de sjuk-skrivna relevant rehabilitering för att deras arbetsförmåga skulle öka. Detta tillsammans med åtstramade regler för rätten till ersättning från sjukförsäkringen har inneburit att utredarna i allt högre utsträckning har förväntats göra bedömningar som tidigare gjordes av läkare.³⁵⁴ I det här avsnittet beskriver vi hur svårigheterna i relationerna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt arbetsgivare präglas av att

³⁵² SOU 2015:21, s. 473–475; SOU 2018:80, s. 97–103.

³⁵³ Riksförsäkringsverket, *Försöksverksamhet inom rehabiliteringsområdet i Malmöhus, Norrbottens och Blekinge län – en utvärdering*. RFV Anser 1992:12.

³⁵⁴ Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000, s. 95–96.

- hälso- och sjukvården upplever att Försäkringskassan begär onödig information i sina bedömningar av om personer har rätt till ersättning och att myndigheten brister i sin samordning av rehabiliteringen
- Försäkringskassan och arbetsgivare är beroende av hälso- och sjukvården, vilket får konsekvenser när de inte upplever sig få tillräckligt stöd från hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården upplever att Försäkringskassan begär onödig information i sina bedömningar av rätten till ersättning och brister i sin samordning av rehabiliteringen

De svårigheter i samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården som oftast har tagits upp på senare tid rör myndighetens bedömningar av om personer har rätt till ersättning.³⁵⁵ Personer på Försäkringskassan och Socialstyrelsen som vi har intervjuat anser att hälso- och sjukvårdens missnöje med Försäkringskassan ofta bottnar i att utredare frågar efter onödig information. Omkring hälften av läkarna tycker att samverkan med Försäkringskassan fungerar ganska eller mycket dåligt.³⁵⁶ Hälften av läkarna upplever att det fanns problem runt intygen och att Försäkringskassan frågade efter objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning. Men 20 procent av läkarna anser också att Försäkringskassan inte samordnade rehabiliteringen. Ungefär lika stor andel tycker det var svårt att komma i kontakt med Försäkringskassan.³⁵⁷ Är företrädare för hälso- och sjukvården negativt inställda till Försäkringskassan blir det också svårare för utredarna att samordna rehabiliteringen.³⁵⁸

Försäkringskassan och arbetsgivare är beroende av hälso- och sjukvården

ISF visar i en tidigare rapport att läkaren har en central roll i sjukskrivningsprocessen, eftersom en sjukskriven person i hög grad följer

³⁵⁵ Se t.ex. Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag: Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Socialförsäkringsrapport 2019:3.

³⁵⁶ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 40; Karolinska institutet, *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter*. Huvudrapport 2018, s. 100.

³⁵⁷ Karolinska institutet, Huvudrapport 2018, s. 100–101.

³⁵⁸ Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*. PM2022:2, s. 44.

läkarens rekommendationer, både när det gäller sjukskrivningens längd och tidpunkten för att återgå i arbetet.³⁵⁹ Personer som vi har intervjuat från både Försäkringskassan och arbetsgivarorganisationer beskriver att deras uppdrag skulle bli lättare om de fick mer hjälp från hälso- och sjukvården. För Försäkringskassans utredare blir det lättare att motivera en sjukskriven person att pröva på ett arbete om hälso- och sjukvården kan göra hen trygg i att det inte finns några medicinska risker med exempelvis en arbetsträning. De flesta av Försäkringskassans utredare saknar medicinsk utbildning. Då kan det vara svårt för dem att bemöta en person som inte vågar börja återgå i arbetet för att hen är rädd för att bli sämre. Omvänt blir det enligt en intervju-person från Försäkringskassan svårt att motivera individen om hälso- och sjukvården motverkar övriga aktörer:

Ja, men att när vi kommer fram till exempelvis de här situationerna när vi faktiskt är vid vägs ände och vi behöver titta på omställning. Då behöver vi ha diskussioner med individen om att ”du klarar nog inte att vara kvar i det här yrket, jättetråkigt, du är utbildad till det här och det är det du vill göra, men din kropp håller inte för det här, vi måste börja kika på någonting annat”. Att då mötas av, nu säger jag inte att vården alltid säger så, men att mötas av ”ja, om den här personen tvingas byta arbete, då kommer den att bli 100 procent sjukskriven och den kommer bli det för alltid”.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket tar upp samma behov av stöd, men ur arbetsgivarnas perspektiv. Utöver att läkaren behöver information om patientens arbetsuppgifter för att kunna bedöma arbetsförmågan, så behöver även arbetsgivaren information från hälso- och sjukvården:

Det underlättar enormt om man kan ha en kontakt mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren, gärna så tidigt som möjligt i sjukfallen. (...) Arbetsgivaren behöver ha information om begränsningar och möjligheter för att kunna tänka ut möjligheter och anpassa. Så den kontakten är jätte viktig.

Även intervjupersoner från andra arbetsgivarorganisationer beskriver att det kan få negativa konsekvenser om arbetsgivare inte får det stöd och den information från hälso- och sjukvården som de kan behöva. Intervjupersonerna kan exempelvis uppleva att hälso- och sjukvården kan ta den enskildes parti och göra arbetsgivaren till en motståndare.

³⁵⁹ ISF, *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron*, Rapport 2014:5, s. 68–69.

Det försvårar möjligheterna att få till en rehabiliteringsprocess på arbetsplatsen.

4.3.2 Svårigheter att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll och ansvar bidrar till svårigheterna

Det finns som vi beskriver ovan svårigheter i samarbetet mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivare som kan försvåra Försäkringskassans samordningsuppdrag. I det här avsnittet redogör vi för hur svårigheter i avgränsningen av ansvaret för rehabiliteringen av personer som har fått sin arbetsförmåga nedsatt kan bidra till svårigheterna att samarbeta:

- När en person med nedsatt arbetsförmåga ska rehabiliteras kan hälso- och sjukvårdens roll behöva avgränsas, och det kan särskilt gälla läkarnas roller.
- Det kan samtidigt vara svårt att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll, och att bestämma vad som är medicinska behov och inte.
- Svårigheterna att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll kan innebära att den tar det ansvar som ombud för individen som det var tanken att Försäkringskassan skulle ha.
- Hälso- och sjukvårdens roll som ombud för patienten kan innebära förväntningar på Försäkringskassan som myndigheten kan ha svårt att infria.

Rehabilitering av en person med nedsatt arbetsförmåga kan innebära att hälso- och sjukvårdens roll behöver avgränsas och kanske särskilt läkarnas

Hälso- och sjukvården har som vi beskrivit ovan en central roll i rehabiliteringsprocessen. För de allra flesta som blir sjuka eller skadar sig är hälso- och sjukvård tillräckligt för att de ska återfå arbetsförmågan och här har läkarna en central roll. Men hälso- och sjukvårdens och då särskilt läkarnas roll kan i vissa fall innebära svårigheter. Därför kan det finnas skäl att avgränsa dessa roller i rehabiliteringsprocessen. Från hälso- och sjukvården sida kan prioriteringar också bidra till behov av att avgränsa rollerna.

Försäkringskassans samordningsuppdrag kan ses som ett försök att öka fokus på vad personen kan göra trots sin sjukdom i stället för att först se till att hen blir frisk.³⁶⁰ Exempelvis har ISF påpekat att det kan finnas en risk för att det blir för mycket fokus på medicinska hinder för att en person ska kunna återgå i arbete eller behålla sin arbetsförmåga om hälso- och sjukvården skulle få ett utökat ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering och samordning.³⁶¹

En anledning till att försöka avgränsa hälso- och sjukvårdens roll när det gäller personers nedsatta arbetsförmåga och sjukskrivningar är enligt vår granskning risken för att personens tillstånd medikaliseras. Medikalisering innebär en förväntan på att hälso- och sjukvården ska kunna lösa problem som inte har medicinska orsaker eller lösningar.³⁶² En psykolog som är verksam som processledare inom hälso- och sjukvården och som vi har intervjuat beskriver problematiken:

För att många gånger så blir man sjukskriven för att det är den åtgärden som finns att ta till, men det kanske är livet självt som är komplicerat och inte handlar om hälsan primärt. Men på något sätt har vi inga andra verktyg att ta hand om det. (...) ändå så hamnar det i sjukvården och så ska vi på något sätt behandla.

Det finns och har funnits försök att minska läkarens roll vid sjukskrivningar och vid rehabilitering av personers nedsatta arbetsförmåga. Dessa kan bidra till att arbetsgivare och individen blir mer involverade, vilket stämmer överens med samordningsuppdragets syfte (se avsnitt 2.2).

Ett exempel är ett försök där patienter som kontaktade primärvården för att de behövde sjukskrivas, eller för att de var sjukskrivna, direkt fick tillgång till den profession som bäst kunde tillgodose deras bakomliggande behov, i stället för att alltid börja med att träffa en läkare. Det kunde exempelvis vara en sjuksköterska, kurator, psykolog eller fysioterapeut. Enligt utvärderingen av detta försök minskade risken för medikalisering i och med att de andra professionerna hade mer fokus på annat än medicinska förhållanden, så som arbetsgivarens ansvar. Fler patienter erbjöds också kvalificerade koordinerade, psykosociala, psykologiska och fysioterapeutiska

³⁶⁰ Se t.ex. SOU 1990:49, *Arbete och hälsa*, s. 58–59.

³⁶¹ ISF, remissvar, dnr 2015-53, s. 15.

³⁶² Se t.ex. SOU 2021:6, s. 63.

åtgärder som första åtgärd. Samverkan med andra aktörer ökade också.³⁶³

Även ett norskt försök att förändra läkarens roll i sjukskrivningar som involverade arbetsgivare och individen har lett till minskad sjukfrånvaro. I stället för krav på läkarintyg testades ett system där individen själv fick intyga behovet av sjukskrivning och där arbetsgivaren fick en skyldighet att administrera en standardiserad uppföljningsplan.³⁶⁴ Däremot kan minskade krav på läkarintyg för sjukpenning utan andra åtgärder leda till ökad sjukfrånvaro.³⁶⁵

Hälso- och sjukvården kan också behöva avgränsa sin roll när den behöver prioritera vad den ska använda sina resurser till. Minskade resurser har inneburit att hälso- och sjukvården tydligare har behövt definiera när en person är medicinskt färdigbehandlad och i stället behöver hjälp av andra aktörer.³⁶⁶ Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården beskriver ett pressat ekonomiskt läge och behov av prioriteringar. Behovet av prioriteringar och att särskilja uppdraget från Försäkringskassans innebär enligt en läkare som är specialist i rehabiliteringsmedicin och allmänmedicin samt medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin som vi har intervjuat att det blir viktigt att tydliggöra att hälso- och sjukvården bara kan och ska ta hand om renodlat medicinska tillstånd:

Men vårt uppdrag är ju just det medicinska och vår kontakt med patienterna börjar och slutar utifrån det medicinska behovet. Sen kan det finnas ett försäkringsmedicinskt behov under den tiden, men vår kontakt med patienten är utifrån patientens medicinska behov.

Det kan vara svårt att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll och vad som är medicinska behov

Även om det av olika skäl kan finnas behov att avgränsa hälso- och sjukvårdens roll kan det vara svårt. Målet för hälso- och sjukvården är att hela befolkningen ska ha en god hälsa och tillgång till vård på lika

³⁶³ Rudling, J., 2023.

³⁶⁴ Ferman, B., Torsvik, G., och Vaage, K., Skipping the doctor: evidence from a case with extended self-certification of paid sick leave. *Journal of Population Economics* 2023:1–37; Torsvik, G. och Vaage, K., *Gatekeeping versus Monitoring: Evidence from a Case with Extended Self-Reporting of Sickness Absence*. CESifo Working Paper, no. 5113, 2014.

³⁶⁵ Se t.ex. ISF, *Förenklad läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen*. Rapport 2019:5.

³⁶⁶ Lindqvist, R., 2000, s. 93.

villkor.³⁶⁷ Regeringens överväganden när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården har utgått från att hälsobegreppet inte bara rör medicinska faktorer utan också bland annat sociala och psykologiska faktorer. Med begreppet hälsa menar regeringen de samlade förutsättningarna för att personen ska få en god livskvalitet.³⁶⁸ Det gör det svårt att tydligt avgränsa hälso- och sjukvårdens roll gentemot övriga aktörer i rehabiliteringsprocessen.

Regeringen har velat ställa om hälso- och sjukvården för att patienter ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.³⁶⁹ Ett för stort fokus på avgränsade medicinska problem kan innebära att hälso- och sjukvården förlorar möjligheten att ge stöd till individer som inte har en tydlig diagnos så att de kan nå bästa möjliga hälsa.³⁷⁰

En viktig avgränsning är den mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.³⁷¹ Där ska hälso- och sjukvården ansvara för den medicinska, medan andra aktörer ska ansvara för den arbetslivsinriktade, exempelvis arbetsgivaren. Men det är inte alltid tydligt vad som är skillnaden mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Det kan få konsekvenser för individers möjlighet att få stöd för att kunna återgå i arbete.³⁷² Den här otydligheten beskriver också de personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården och arbetsgivarorganisationer. Dels kan olika aktörer mena olika saker med samma begrepp, dels kan det vara svårt att dra gränsen i det enskilda fallet. Det kan göra det svårare för hälso- och sjukvården att avgränsa sitt ansvar.

Enligt våra interjuver är en snäv syn på hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag dessutom svår att tillämpa i praktiken. Det gäller kanske framför allt psykisk sjukdom. En psykolog som är verksam inom primärvården som vi har intervjuat förklarar det så här:

Jag håller med, att ibland behöver man sluta göra det man gör om man inte ser att det fungerar. Men problemet är oftast att då eskalerar patientens problematik och vi har en överhängande suicidrisk ibland, panikångestattacker, man blir nedringd på vårdcentralen. Det är också

³⁶⁷ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

³⁶⁸ Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* s. 16.

³⁶⁹ Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

³⁷⁰ SOU 2021:6, s. 71–72 och 75.

³⁷¹ Se t.ex. SKR, *Metodbok för koordinering*. 2020, s. 16

³⁷² SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, avsnitt 5.4; Socialstyrelsen, *Samverkan med andra aktörer*, s. 24–25.

väldigt svårt att säga så här ”nej, tyvärr, vi kan inte göra något mer för dig”.

Personer från hälso- och sjukvården som vi har intervjuat beskriver hur viktigt det är att patienten har förtroende för dem. Utan det förtroendet blir hälso- och sjukvårdens uppdrag svårt, enligt dem. Men det innebär också att hälso- och sjukvården behöver lyssna på patienten och ta hänsyn till patientens behov och önskningar. Hälso- och sjukvården behöver också väga in patientens sociala förhållanden.³⁷³ Det bidrar till att hälso- och sjukvården kan behöva ta ett helhetsansvar på ett annat sätt än övriga aktörer.

Problemen att avgränsa deras roll kan göra att hälso- och sjukvården tar det ansvar som ombud för individen som Försäkringskassan skulle ha

Hälso- och sjukvårdens behov av att ta helhetsansvar kan innebära att hälso- och sjukvården tar den roll som ombud för sjukskrivna personer som samordningsuppdraget utformades för att Försäkringskassan skulle få, men som myndigheten haft begränsade möjligheter att fylla (se avsnitt 2.2.4 och 3.3.2).

Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården beskriver hur andra aktörers inaktivitet i rehabiliteringsprocessen gör det svårare för hälso- och sjukvården att göra sitt jobb. Exempelvis kanske sjukdomen som patienten är sjukskriven för inte är det största hindret för att hen ska kunna börja arbeta igen. Hindret kan till exempel finnas på arbetsplatsen, och det kan hälso- och sjukvården ha svårt att komma åt.

Om individens oförmåga att arbeta inte beror på någon sjukdom har egentligen varken hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan något ansvar för rehabiliteringen. Men hälso- och sjukvården kan enligt de som vi har intervjuat ändå behöva fortsätta ta ansvar för sin patient. En läkare som är specialist inom allmänmedicin och forskare som vi har intervjuat anser att problematiken grundar sig i svårigheterna för hälso- och sjukvården att lämna över ansvaret för sina patienter till någon annan:

³⁷³ Se t.ex. SOU 2023:45, *Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet*, s. 127–129.

Här känner jag att det är här som den här svåra, svåra delen finns, nämligen att det existerar egentligen inte som realitet att vi kan säga ”nu så är det medicinska problemet löst och nu behöver du inte sjukskrivningen längre”. Och om jag då hållit på i ett halvår tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren att försöka att få till det och om jag bedömer att det inte finns medicinsk orsak till sjukskrivning så... Vem tar över?

Problemen finns framför allt i primärvården, enligt en psykiater som är verksam inom öppenvårdspsykiatri som vi har intervjuat:

I specialistsykiatri kan vi alltid avsluta dem, och det gör vi jättemycket. Alltså att man inte ska fortsätta med saker som inte ger effekt och så vidare. Vi har till och med skrivit in det här nu i det här standardiserade vårdförloppet för depression, kriterier för avslut. Men då landar de i primärvården.

Ombudsrollen kan innebära förväntningar som Försäkringskassan kan ha svårt att infria

Utifrån helhetsansvaret och rollen som ombud för patienterna kan hälso- och sjukvården enligt de som vi har intervjuat anse att de behöver anpassa åtgärder efter vad som fungerar för just den individ de möter och den situation som hen befinner sig i. Men det skapar också förväntningar på att även andra aktörer kan anpassa sina bedömningar och åtgärder. En psykolog och regionutvecklare som vi har intervjuat beskriver hur rehabilitering kan kräva att aktörer vågar gå utanför sina roller:

Men kan det inte vara så att om man känner till andras roller, att man är medveten om det, och bryter och gör lite mer än vad man egentligen har som uppgift att göra, men man gör det med vetskap om att ”det här kanske Försäkringskassan hade kunnat göra men nu gör jag faktiskt bedömningen att det är till ogagn för patienten att stå kvar där”. Det är något som jag fick lära mig när jag utbildade mig till terapeut, att man bryter ramarna i terapin är okej, om man bara gör det medvetet och väl genomtänkt.

Intervjupersoner från hälso- och sjukvården beskriver hur viktigt det är att personcentrera vården och att rehabiliteringen måste anpassas till patientens förutsättningar för att bli framgångsrik. Även Försäkringskassans samordningsuppdrag bygger på denna tanke. Men Försäkringskassans möjligheter till att anpassa sina åtgärder efter individer och situationer har begränsats sedan myndigheten fick

samordningsuppdraget. Bland annat har möjligheterna att ta hänsyn till sociala faktorer när myndigheten bedömer om en person har rätt till ersättning begränsats och myndighetens lokala förankring har begränsats (se avsnitt 2.3.5). Det innebär att det kan finnas förväntningar på Försäkringskassan som myndigheten har svårt att leva upp till inom ramen för sitt uppdrag.

Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården beskriver att det uppstår problem när vissa utredare på Försäkringskassan är för rigida utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv och fokuserar på regelverket i stället för på bemötandet och på individens behov.

4.4 Försäkringskassan kan inte se till att hälso- och sjukvården utför åtgärder

I avsnitt 3.2 går vi igenom Försäkringskassans generella svårigheter att leva upp till samordningsuppdragets krav på att myndigheten ska utöva tillsyn och se till att personer får ta del av åtgärder som kan hjälpa dem att återfå sin arbetsförmåga.³⁷⁴ Dessa delar av samordningsuppdraget är särskilt svåra för Försäkringskassan att hantera när det gäller hälso- och sjukvården, och kraven kan påverka relationen mellan dem negativt.

Enligt vår granskning kan Försäkringskassans uppdrag när det gäller tillsyn och att se till att personer får ta del av relevanta åtgärder leda till negativa reaktioner inom hälso- och sjukvården och göra Försäkringskassan otydliga (avsnitt 4.4.1). Myndigheten har inte heller tagit fram något metodstöd för utredarnas kontakter med hälso- och sjukvården (avsnitt 4.4.2) eller tagit initiativ till något samarbete med Inspektionen för vård och omsorg (avsnitt 4.4.3). Det kan dessutom finnas både nackdelar och fördelar om Försäkringskassan kunde påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar (avsnitt 4.4.5).

³⁷⁴ 30 kap. 8–10 § SFB.

4.4.1 Försäkringskassans uppdrag kan leda till negativa reaktioner inom vården och göra Försäkringskassan otydliga

Personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården har reagerat negativt på de delar av samordningsuppdraget som anger att Försäkringskassan ska utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten och se till att personer får ta del av åtgärder som kan hjälpa dem att återfå sin arbetsförmåga.³⁷⁵ Enligt dem har Försäkringskassan varken mandat eller möjlighet att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. Det är IVO som har det uppdraget. Försäkringskassans utredare har enligt personer som vi har intervjuat inte heller den kompetens som krävs att värdera hälso- och sjukvårdens insatser och att se till att de blir utförda, eller när. Den värderingen kräver den professionella kompetens som finns inom hälso- och sjukvården, menar dessa personer.

En läkare som är specialist i allmänmedicin och som vi har intervjuat säger att hen inte kan se att hälso- och sjukvården egentligen kan prioritera ned rehabilitering, men att lösningen inte är att Försäkringskassan ställer krav:

I våra, precis som jag sa, personcentrerade vårdförlopp står det om det. (...) Då kan jag inte från primärvårdens sida säga "nej, vi har inga resurser för det", alltså det går inte. Då får man lyfta det högre upp. Men att det verkligen ska komma från Försäkringskassan att diktera "här måste ni göra en insats", jag vet inte vad ska det lösa. Jag tror inte att det är rätt väg.

Försäkringskassans samordningsuppdrag kan leda till att hälso- och sjukvårdens personal tycker att Försäkringskassan ifrågasätter deras bedömningar och åtgärder. Personer som vi har intervjuat från SKR anser till exempel att samordningsuppdraget inte innebär att Försäkringskassan ska ställa krav och ifrågasätta, utan snarare ställa frågor.

En person som vi har intervjuat från Socialstyrelsen anser att Försäkringskassan generellt sett ska undvika att ge sig in i medicinska bedömningar. Det gäller också frågan om insatser för att göra det möjligt för personer att återgå i arbete. Men frågan är svår, säger hen:

³⁷⁵ 30 kap. 8–10 § SFB.

Nej, men det som jag tycker är lite svårt är, någonstans, att hälso- och sjukvården ändå då på något sätt ska följa Försäkringskassan, men Försäkringskassan har inga mandat för att säga vad hälso- och sjukvården ska göra. Så att det där är problematiskt. (...) Så att det gäller att hålla sig i respektive område, fast ändå mötas. Jag vet inte hur jag ska förklara det. Men jag tycker att det är svårt. Och jag vet inte riktigt hur det ska gå till heller.

SKR har fått många frågor från hälso- och sjukvården om Försäkringskassans samordningsuppdrag. Frågorna har gällt dels den nya promemoria som Försäkringskassan har tagit fram för att göra sitt samordningsuppdrag tydligare, dels myndighetens nya metodstöd för läkarintyg.³⁷⁶ I dessa dokument finns skrivningar om Försäkringskassans ansvar att klarlägga personers behov av rehabiliteringsåtgärder och verka för att personer får ta del av sådana. Enligt SKR kan skrivningarna tolkas som att Försäkringskassan ska kontrollera vården. Både försäkringsmedicinskt sakkunniga inom hälso- och sjukvården och SKR ska ha reagerat på dessa skrivningar och ifrågasatt dem. I SKR:s remissvar på Försäkringskassans nya metodstöd för läkarintyg står att SKR inte anser att det är rimligt att Försäkringskassans utredare ska bedöma vilken medicinsk behandling som individer ska få och varför.³⁷⁷ En intervjuperson från SKR utvecklar det resonemanget och säger att reaktionerna även rörde Försäkringskassans ansvar att klarlägga de behov av rehabilitering som de sjukskrivna har.

Frågans känslighet kan göra Försäkringskassans beskrivning av uppdraget otydlig

Även de som vi har intervjuat från Försäkringskassan berättar att de fick frågor och reaktioner från hälso- och sjukvården. I deras beskrivningar är det tydligt att myndigheten blir vag, eftersom de får svårt att förklara hur de praktiskt arbetar utifrån vad som står i lagstiftningen. Frågorna och reaktionerna från hälso- och sjukvården har förmedlat att Försäkringskassan inte ska ha synpunkter på vilken medicinsk rehabilitering en person ska erbjudas.

³⁷⁶ Försäkringskassan, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*. 2023-02-14; Försäkringskassan, *Nytt metodstöd: uppgifter som kan behövas i ett läkarintyg och hur de ska värderas*, IM 2024:028.

³⁷⁷ SKR, *Synpunkter på Försäkringskassans förslag på Metodstöd om läkarintyg*, dnr SKR2023/01678, 2023-10-10, s. 3.

Även intervjupersonerna från Försäkringskassan delar i huvudsak denna uppfattning. Syftet med underlaget som myndigheten har tagit fram är i stället att förmedla att Försäkringskassan ska fråga om det finns åtgärder som hälso- och sjukvården kan genomföra för att de sjukskrivna ska kunna återgå i arbete. Intervjupersonerna anser att det är en stor skillnad mot att Försäkringskassan skulle säga åt hälso- och sjukvården vad den ska göra innanför ramen för det medicinska uppdraget. Men intervjupersonerna från Försäkringskassan medger även att detta inte är en avgränsning som är tydlig i lagstiftningen eller i förarbetena. I stället anser de att det är en rimlig tolkning utifrån den helhet som Försäkringskassan har att förhålla sig till.

Enligt de som vi har intervjuat från Försäkringskassan är det hälso- och sjukvården och arbetsgivare (och Arbetsförmedlingen för de som är arbetslösa) som har kunskapen om vilka avvägningar som behöver göras i det individuella fallet. Att poängtera det har enligt de som vi har intervjuat varit en viktig del av underlagen som Försäkringskassan har tagit fram om samordningsuppdraget för internt och externt bruk. Men intervjupersonerna beskriver också att det är en väldigt känslig fråga. Det skulle av den anledningen inte vara möjligt för Försäkringskassan att försöka se till att personer faktiskt får ta del av specifika medicinska rehabiliteringsåtgärder vid en viss tidpunkt. En av intervjupersonerna beskriver frågans känslighet:

Att tala om vad vården ska göra, det tror jag inte att vi gör. Och jag tror, i de fallen vi har gjort det, så har vi fått tillbaka att "det ska inte ni tala om". Men då blir det snarare att om individen säger till oss, "jag behöver sjukgymnastik", då säger vi "har du pratat med din läkare om det?" Bollar tillbaka. Det är jättekänsligt att gå in där, jättejättekänsligt.

4.4.2 Stödet till utredarna för deras kontakter med hälso- och sjukvården kan behöva utvecklas

Det finns en uppfattning bland de som vi har intervjuat från Försäkringskassan att myndighetens arbete med att ta fram stöd till utredarna om hur de ska hantera samordningsuppdraget gentemot hälso- och sjukvården inte har kommit lika långt som stödet till handläggare när det gäller kontakter med arbetsgivarna. En anledning till det är att det inte ska ha kommit några signaler från den handläggande verksamheten om att den behöver ett sådant stöd. Utredarna kan enligt intervjupersonerna behöva mer stöd i kontakten med

arbetsgivare eftersom arbetsgivarna är en mer blandad grupp än vad vårdgivare är. Samtidigt kan det enligt en person som vi har intervjuat finnas situationer då en mer erfaren utredare kan ställa riktade frågor till hälso- och sjukvården som kan bidra till att samordningen blir mer aktiv. Det tyder enligt hen på att utredarna även kan behöva stöd i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan har också konstaterat att utredarna inte har den medicinska kompetens som krävs för att de ska kunna ha åsikter om den medicinska planeringen. Däremot anser Försäkringskassan att utredarna har möjlighet att ställa följdfrågor och att föra en dialog även med läkare, till exempel om de ser att en sjukskriven person har väntat länge på vård eller behandling.³⁷⁸ Hälso- och sjukvården har också fått ett mer uttalat ansvar för rehabilitering sedan den 1 januari 2024.³⁷⁹ Sedan 2020 finns det också en lag som ställer krav på regionerna att erbjuda koordineringsinsatser för att sjukskrivna patienter ska kunna återgå till arbetslivet.³⁸⁰ Precis som det finns regelverk som utredarna behöver känna till för att kunna ställa frågor till arbetsgivarna finns det alltså även det inom hälso- och sjukvården.

Men hälso- och sjukvårdens professioner kan också vara en anledning till att det är känsligare för Försäkringskassan att ställa krav på hälso- och sjukvården än på arbetsgivare. Läkarens professionella position och möjlighet att definiera problem och lösningar kan skapa problematiska relationer med Försäkringskassans utredare.³⁸¹ Samordningsuppdraget kan därför innebära att de utredare på Försäkringskassan som ansvarar för uppdraget behöver en egen profession (se avsnitt 3.3.2).³⁸²

4.4.3 Försäkringskassan har inte utvecklat något samarbete med IVO

Försäkringskassan har inte något utvecklat samarbete med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) när det gäller rehabilitering eller om samordningsuppdraget i stort. Det är ytterligare ett tecken på att Försäkringskassan inte har haft samma fokus på frågan om vilka

³⁷⁸ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 53.

³⁷⁹ 13 a kap. 1 § 4 hälso- och sjukvårdslagen.

³⁸⁰ Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

³⁸¹ Lindqvist, R., 2000, s. s. 63–64, 98 och 123–124; Upmark, M. m.fl., *Den komplexa sjukfrånvaron*. Studentlitteratur, 2006, s. 43.

³⁸² Lindqvist, R., 2000, s. 98.

möjligheter som de har att se till att hälso- och sjukvården rehabiliterar patienter som de har haft när det gäller arbetsgivarna.

IVO har i uppdrag att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och annan verksamhet som går att jämföra med den.³⁸³ Här ingår den medicinska rehabilitering som hälso- och sjukvården ansvarar för. IVO har även ansvar för att utöva tillsyn över koordineringsinsatser som hälso- och sjukvården ger utifrån lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.³⁸⁴ Regeringen utgick från att denna tillsyn skulle röra direkta skador personer fått som en konsekvens av koordineringsinsatser, och risken för sådana skador bedömdes som minimal.³⁸⁵

Men enligt IVO ingår inte bara direkta skador till följd av rehabilitering och koordineringsinsatser i uppdraget. Även konsekvenser av att en patient får vänta för länge på de insatser som hen har rätt till ingår i uppdraget. IVO:s tillsyn är riskbaserad, och myndigheten måste hela tiden rikta sina resurser dit där de behövs som mest. Insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter har enligt IVO hittills inte varit ett prioriterat område.³⁸⁶ Den lagen gäller dessutom bara åtgärder som Försäkringskassan inte ansvarar för (se avsnitt 4.5.4).³⁸⁷

Försäkringskassan har trots IVO:s uppdrag inte tagit ställning till vilka möjligheter till samarbete mellan myndigheterna som finns. Men enligt personer som vi har intervjuat skulle ett sådant samarbete kunna vara önskvärt. En av intervjupersonerna från Försäkringskassan jämför deras fokus på hälso- och sjukvården med myndighetens samarbete med Arbetsmiljöverket, dit Försäkringskassan kan ge impulser om arbetsgivare inte tar sitt ansvar. Något liknande finns enligt hen inte med IVO:

(...) om det finns rehabiliterande åtgärder i vården som skulle kunna möjliggöra en persons återgång i arbete mycket snabbare och de inte vidtas, vem tillsynar det då och har någon sorts mandat att ställa till med någonting kring det? Ja, det är inte Försäkringskassan. Vi kan som sagt

³⁸³ 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

³⁸⁴ 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som hänvisar till lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

³⁸⁵ Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 77.

³⁸⁶ IVO, mejlsvar till ISF den 17 maj 2024.

³⁸⁷ 3 § lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter; prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 57.

efterfråga det, men kanalerna för och samsynen med IVO kring vad det finns för kliv att ta där, den har vi inte på plats än, utan det är ett område där vi gärna skulle ta kliv men vi har inte kommit dit.

Enligt intervjupersonen har Försäkringskassan också haft kontakter med IVO under tiden för vår granskning. Men vi har inga uppgifter om vad dessa kontakter har lett till.

4.4.4 Det kan finnas både nackdelar och fördelar om Försäkringskassan kunde påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar

Försäkringskassan saknar möjligheter att se till att hälso- och sjukvården utför åtgärder. Det har inte heller varit aktuellt att ge hälso- och sjukvården ekonomiskt ansvar för sjukförsäkringens utgifter, bland annat på grund av att hälso- och sjukvården inte skulle prioritera patienter med störst behov av vård. I stället har regeringen försökt påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar med hjälp av överenskommelser med SKR och ekonomiska incitament (se avsnitt 4.2.4). Bland de som vi har intervjuat finns det personer som ser möjliga fördelar om Försäkringskassan kunde påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar. De skyddsombud som vi har intervjuat tycker att det skulle vara bra om Försäkringskassan kunde bidra till att hälso- och sjukvården utförde de åtgärder och den rehabilitering som de sjukskrivna behöver för att de ska kunna återgå till sitt arbete.

En aspekt av det är rehabiliteringskedjan, där det enligt skyddsombuden är den sjukskrivna som hamnar i kläm om hälso- och sjukvården inte kan ge hen tillgång till åtgärder i tid. Ett syfte med överenskommelsen *Sjukskrivningsmiljarden* var också att hälso- och sjukvården skulle vidta nödvändiga åtgärder för att stödja kvinnors och mäns återgång i arbete inom ramen för rehabiliteringskedjans tidsgränser.³⁸⁸

De svårigheter som kan uppstå om stödet från hälso- och sjukvården brister beskrivs i en enkätundersökning som Försäkringskassan har gjort med personer som hade varit sjukskrivna i cirka ett halvår. Ett tema i fritextsvaren är att vissa av dem upplevde att de själva behövde se till att de fick den hälso- och sjukvård eller medicinska

³⁸⁸ Se t.ex. Regeringskansliet och SKL, dnr S2012/6876/SF; ISF, *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010*. Rapport 2011:13, s. 22.

rehabilitering som de tyckte sig behöva. Flera av dem upplevde att det hade varit svårt att hitta till rätt instans inom hälso- och sjukvården. Vissa skrev att de skickades runt mellan olika instanser, andra att de själva hade behövt ta reda på vilka behandlingar som fanns vid en viss sjukdom, eller hur de skulle göra för att återhämta sig efter en utmattning.³⁸⁹

4.5 Rehabiliteringskoordinatorerna kan bidra till att patienter får samordnad rehabilitering

Sedan sjukförsäkringen infördes 1955 har det diskuterats om det behövs en funktion inom hälso- och sjukvården som kan koordinera insatser för att rehabilitera personer med nedsatt arbetsförmåga. En sådan funktion blir extra viktig för Försäkringskassans samordningsuppdrag eftersom hälso- och sjukvårdens prioriteringar inte alltid stämmer överens med målet för samordningsuppdraget eller sjukförsäkringen (se avsnitt 4.2) och eftersom Försäkringskassan inte kan se till att hälso- och sjukvården utför åtgärder (avsnitt 4.4).

Sedan 2006 finns en sådan funktion som kallas rehabiliteringskoordinator. Den togs fram som en del av den så kallade sjukskrivningsmiljarden, som var överenskommelser mellan regeringen och SKR. Överenskommelserna gäller inte längre, och det finns inget krav på att hälso- och sjukvården ska ha rehabiliteringskoordinatorer. I stället finns det sedan 2020 en lag som ställer krav på regionerna att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.³⁹⁰

I det här avsnittet redogör vi för att sjukförsäkringen innebär att hälso- och sjukvården behöver ha en samordnande funktion som kontaktyta mot andra aktörer (avsnitt 4.5.1). Det finns inte några uttalade krav i lagen på att hälso- och sjukvården ska ha en särskild funktion som koordinerar åtgärder (avsnitt 4.5.2), men rehabiliteringskoordinatorerna kan öka möjligheten för hälso- och sjukvården att fokusera på personers arbetsförmåga (avsnitt 4.5.3). Trots det finns det signaler om att regionerna använder sig av rehabiliteringskoordinatorer i allt mindre utsträckning (avsnitt 4.5.4).

³⁸⁹ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 42.

³⁹⁰ Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

4.5.1 Sjukförsäkringen innebär att hälso- och sjukvården behöver ha en samordnande funktion som kontaktyta mot andra aktörer

Behovet av funktioner som samordnar hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt olika medicinska rehabiliteringsåtgärder är grundläggande för den svenska sjukförsäkringen. Flera utredningar lyfte fram det redan i samband med att den allmänna sjukförsäkringen infördes 1955.³⁹¹ Det finns också andra tidiga beskrivningar av hur kuratorer, psykologer och beteendevetare kan bidra med att avlasta läkare och ge mer nyanserade bedömningar av personers behov av sjukskrivning och rehabilitering.³⁹²

Rollen som rehabiliteringskoordinator har sitt ursprung som en del av sjukskrivningsmiljarden 2006. I överenskommelsen för 2013 mellan regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fanns det med villkor som rörde tidig samverkan mellan hälso- och sjukvården och till exempel Försäkringskassan samt arbetsgivare för att göra sjukskrivningsprocessen effektivare. I dessa villkor ingick krav på att landstingen skulle redovisa hur de kunde ta fram en plan för en koordineringsfunktion.³⁹³

Enligt regeringen och SKL fick hälso- och sjukvården kännedom om patientens behov redan innan en sjukskrivning blev aktuell. De ansåg också att hälso- och sjukvården kunde samverka med andra aktuella aktörer som Försäkringskassan och arbetsgivare tidigt i en sjukskrivning. Därför behövde hälso- och sjukvården en funktion som kunde vara en länk eller kontaktyta mellan sjukvården och olika berörda aktörer. Enligt regeringen och SKL hade flera landsting redan innan 2013 infört en sådan funktion.³⁹⁴

³⁹¹ SOU 1946:24, *Förslag till effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra m.m.*, s. 85–92; SOU 1958:17, *Socialförsäkring och rehabilitering*, s. 14.

³⁹² SKR, *Metodbok för koordinering*, 2020, s. 163; Lindqvist, R., 2000, s. 113–114.

³⁹³ Regeringskansliet och SKL, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetsssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*. Dnr S2012/6876/SF, s. 8.

³⁹⁴ Regeringskansliet och SKL, dnr S2012/6876/SF, s. 8.

4.5.2 Lagen ställer inte krav på att hälso- och sjukvården ska ha en särskild funktion som koordinerar åtgärder

Det har funnits förslag om att göra det riktade statsbidraget för koordineringsfunktioner permanent, eftersom rehabiliteringskoordinatorerna var viktiga för att hälso- och sjukvården skulle prioritera personers återgång i arbete.³⁹⁵ Men regeringen valde i stället att föreslå en ny lag om koordineringsinsatser, som trädde i kraft den 1 februari 2020.³⁹⁶

Lagen innebär att koordineringsinsatserna kan skötas av annan personal än de som har funktionen som rehabiliteringskoordinator. Det finns inte något krav på att regionerna behöver ha särskilda rehabiliteringskoordinatorer, eftersom regeringen inte ville reglera hur regionerna organiserar vården. Men enligt regeringen krävs det sannolikt att den som utför uppgifterna får förutsättningar att kunna koncentrera sig på uppdraget och erbjuda patienten kontinuitet i insatserna.³⁹⁷ Regeringen tycker också att det är lämpligt att patienten har kontakt med en och samma person inom vårdenheten.³⁹⁸ Enligt SKR behöver den som ska koordinera insatser en särskild och bred kompetens.³⁹⁹ Det är också vanligt att regionerna fortfarande har rehabiliteringskoordinatorer för att koordinera insatser.⁴⁰⁰

4.5.3 Rehabiliteringskoordinatorerna kan öka möjligheten för hälso- och sjukvården att fokusera på patientens arbetsförmåga

Genom sin position inom hälso- och sjukvården har rehabiliteringskoordinatorerna kunnat komplettera Försäkringskassan och vara en kontaktyta mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer. I det här avsnittet redogör vi för hur

³⁹⁵ SOU 2015:21, s. 269, 618 och 629.

³⁹⁶ Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

³⁹⁷ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 60.

³⁹⁸ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 82.

³⁹⁹ SKR, *Tolkningsstöd avseende Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter* (2019:1297). Dnr SKR2024/00203, s. 5 och 8; SKR, 2020, s. 93.

⁴⁰⁰ SOU 2023:48, s. 140.

- hälso- och sjukvårdens samordning kan komplettera Försäkringskassans uppdrag och bidra till att fler patienter kan återgå i arbete
- rehabiliteringskoordinatorer kan bidra till att patienter får rehabilitering för sin nedsatta arbetsförmåga genom att de kompletterar och avlastar bland annat läkarna
- rehabiliteringskoordinatorerna kan bidra med kunskap och information både internt och externt.

Hälso- och sjukvårdens samordning kan komplettera Försäkringskassans uppdrag och bidra till att personer kan återgå i arbete

Det finns studier som tyder på att en samordnande funktion inom hälso- och sjukvården kan ge både bättre hälsa för patienterna och göra att de snabbare kan återgå i arbete.⁴⁰¹ Specifika utvärderingar av hur rehabiliteringskoordinatorer påverkar om och när patienter kan återgå i arbete visar inte på lika tydliga effekter.⁴⁰² Det finns två studier som har fått olika resultat. Men båda dessa studier fann att patienterna upplevde att rehabiliteringskoordinatorerna var ett positivt stöd. Bland annat svarade patienterna i båda studierna att de kände sig delaktiga, att de fick stöd i sin rehabiliteringsprocess och hjälp med kontakter.⁴⁰³

Som vi visar i avsnitt 4.4 har Försäkringskassan inte möjlighet att se till att hälso- och sjukvården genomför olika åtgärder och aktiviteter. Enligt våra intervjuer verkar rehabiliteringskoordinatorerna ha bättre förutsättningar att öka hälso- och sjukvårdens fokus på rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga. Rehabiliteringskoordinatorerna är också de som oftast återkommer till hur viktigt detta perspektiv är. En rehabiliteringskoordinator som vi har intervjuat och som är verksam på ett sjukhus betonar att hälso- och sjukvårdens primära mål visserligen är att patienten ska bli frisk.

⁴⁰¹ SBU, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården*. 2012, rapport nr 211; Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D. m.fl. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2018;19:28.

⁴⁰² Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 52 och 76.

⁴⁰³ Stockholms läns landsting och Health Navigator, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator – Slutrapport*. 2018; Andersen, Å. m.fl., *Utvärdering av rehabiliteringskoordinator inom psykiatrisk specialistsjukvård*, Uppsala universitet Dnr. PUBCARE 2019/317.

Men rehabiliteringskoordinatören anser att hälso- och sjukvården i högre utsträckning också behöver ha som mål att patienten ska återgå i arbete och bli självförsörjande. Så här förklarar rehabiliteringskoordinatören det:

I alla fall vi som jobbar lite mer med den försäkringsmedicinska delen försöker aktivt vända på det här, att vi inte pratar sjukskrivning så mycket, utan vi pratar återgång i arbete. Vi ska inte utföra en bra sjukskrivning, utan vi ska göra en bra plan för att patienten ska kunna återgå i arbete, och i det så innebär det att man blir sjukskriven. Men där har vi en resa att göra fortfarande.

Läkare kan få ett större fokus på att patienter ska kunna återgå i arbete av att samarbeta med rehabiliteringsprofessioner.⁴⁰⁴ Det framgår även av våra intervjuer. Rehabilitering är ett område som är särskilt präglad av samarbete mellan olika professioner med olika kompetenser.⁴⁰⁵ Men de olika professionerna är inte alltid del av samma organisation, som vi beskriver i avsnitt 4.2.3. Rehabiliteringskoordinatörerna kan enligt en person som vi har intervjuat från Socialstyrelsen kompensera för det och hjälpa till att skapa ett fokus på att personen ska kunna återgå i arbete. Dessutom kan de enligt hen vara ett stöd för att fånga mer komplicerade fall där det kan vara svårt att se vad som egentligen är hindret för att personen ska kunna återgå till sitt arbete:

Sen finns det så mycket annat som är svårt, och det är väl därför rehabkoordinatörerna kanske behövs på vårdcentralerna, för att fånga upp de här svåra fallen och prata med dem och se, vad är det som ...? För det finns så mycket annat, det kan ju vara så att man inte vill tillbaka till arbetet.

Rehabiliteringskoordinatörer kan bidra till att patienter får rehabilitering genom att komplettera och avlasta

En anledning till att rehabiliteringskoordinatörer har större möjligheter att påverka hälso- och sjukvårdens prioriteringar än Försäkringskassan är att de kan avlasta läkarna och ingå i hälso- och sjukvårdens interna samarbete kring sjukskrivna patienter. Läkare är positiva till rehabiliteringskoordinatörerna. Koordineringsfunktionen underlättar ofta arbetet för läkaren och bidrar till högre kvalitet i

⁴⁰⁴ Se t.ex. även Rudling, J., 2023.

⁴⁰⁵ SOU 2023:48, s. 126.

arbetet med sjukskrivning.⁴⁰⁶ Dessutom anser läkare att patienter som har tillgång till en rehabiliteringskoordinator följer sin ordinerade vård och rehabilitering bättre än patienter som inte har tillgång till en rehabiliteringskoordinator.⁴⁰⁷ Den bilden får även vi i våra intervjuer. Så här säger en psykiater som är verksam inom öppenvårdspsykiatri:

Att börja arbeta med rehabkoordinatorer var ett väldigt, väldigt lyft i just det här arbetet, som gjorde det lättare att tydliggöra roller också. Och att det blev mer fokus på arbetsrehabilitering.

Enligt våra intervjuer kan läkares arbetsbelastning bidra till att de inte kan fokusera på rehabilitering och på att deras patienter ska kunna återgå i arbete i tillräcklig utsträckning. Det är en av anledningarna till att en av läkarna som vi har intervjuat och som är specialist inom allmänmedicin är positiv till rehabiliteringskoordinatorerna:

Vi tycker det är ett jättebra stöd och har dem med som spindel i nätet, det avlastar särskilt läkaren. De kan vara den första kontaktperson, inte minst när man kanske inte har den här fulla kontinuiteten från läkarsidan så är de kontinuerliga.

Rehabiliteringskoordinatorerna kan bidra med kunskap och information både internt och externt

En viktig uppgift för rehabiliteringskoordinatorer är den externa samordningen med bland annat arbetsgivare.⁴⁰⁸ Regeringen bedömde att koordineringsinsatserna skulle medföra att det blev enklare för arbetsgivare genom att koordineringsinsatserna ger en kontaktväg in till vården. Det skulle enligt regeringen bidra till att minska sjukfrånvaron.⁴⁰⁹ I våra intervjuer beskriver bland annat en av de som vi har intervjuat från Arbetsmiljöverket värdet för den enskilde:

Jag har haft en del kontakt med rehabkoordinatorer, och det har jag uppfattat har varit väldigt bra, den rollen, som ändå är en representant för sjukvården, och en länk mellan arbetsgivare och sjukvården. Och i de fall jag har stött på dem har det varit bra för den enskilde.

⁴⁰⁶ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 32 och 68.

⁴⁰⁷ Stockholms läns landsting och Health Navigator, 2018.

⁴⁰⁸ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 59; SOU 2023:48, s. 189.

⁴⁰⁹ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 77.

En rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården och som vi har intervjuat anser att rollen helt och hållet handlar om att överföra information. Ofta handlar det inte bara om hälso- och sjukvårdens ansvarsområden. En annan rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården berättar hur hen har behövt informera både patienter och läkare om förändringar inom sjukförsäkringen.

Informationen behöver inte vara passiv, utan rehabiliteringskoordinatorer kan i sin roll också vara pådrivande. Det beskriver till exempel ett skyddsombud i våra intervjuer. Enligt hens erfarenhet kan rehabiliteringskoordinatorn genom att ställa frågor vara mer pådrivande gentemot arbetsgivare än vad läkare kan. Därför kan det vara positivt om koordinatorn är med på avstämningsmöten.

Rehabiliteringskoordinatorerna berättar också hur de kan behöva förklara patientens oförmåga att arbeta för Försäkringskassan om myndigheten ifrågasätter att hen har rätt till ersättning. Denna kommunikation underlättas av att rehabiliteringskoordinatorerna har möjlighet att bygga upp kontakter med Försäkringskassan.

Psykologen förklarar också hur rehabiliteringskoordinatorer genom att de har ansvar för kontakterna med Försäkringskassan avlastar den övriga personalen inom hälso- och sjukvården. Rehabiliteringskoordinatorerna kan vara uppdaterade om nya regler och Försäkringskassans organisation. De kan också ta svåra diskussioner med arbetsgivare och annat som hänger ihop med sjukskrivningar och rehabiliteringen. Psykologen anser att det gör så att övriga personal-kategorier inom hälso- och sjukvården kan fokusera på det som de är bäst på.

Enligt de som vi har intervjuat har rehabiliteringskoordinatorer också ofta större kunskaper om försäkringsmedicin än andra som arbetar inom hälso- och sjukvården. De kan också bidra till kunskapen om försäkringsmedicin ökar inom hälso- och sjukvården.

4.5.4 Det finns signaler om att vården använder rehabiliteringskoordinatorer mindre än förr

Det har varit relativt ovanligt att sjukskrivna har haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator. Av de som varit sjukskrivna i cirka ett halvår 2023 hade 38 procent haft kontakt med en

rehabiliteringskoordinator någon gång under sjukskrivningen. Av de som inte hade haft någon sådan kontakt upplevde 23 procent att de hade behövt det.⁴¹⁰ I avsnittet redogör vi för att

- hälso- och sjukvården verkar begränsa användningen av rehabiliteringskoordinatorer
- en anledning till begränsningen kan vara att lagen om koordineringsinsatser ställer lägre krav än sjukskrivningsmiljarden
- finansieringen kan vara en annan anledning till att regionerna begränsar koordineringen
- det finns en risk att rehabiliteringskoordinatorerna inte fokuserar tillräckligt på extern samverkan
- det är oklart vad som blir kvar av regionernas ansvar för koordineringsinsatser om det inte ska överlappa Försäkringskassans samordningsuppdrag
- regeringen i andra fall har accepterat att hälso- och sjukvårdens ansvar överlappar andra aktörers ansvar
- regeringen har gett ISF och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att utvärdera lagen om koordineringsinsatser.

Hälso- och sjukvården verkar begränsa användningen av rehabiliteringskoordinatorer

Enligt de som vi har intervjuat verkar hälso- och sjukvården begränsa användningen av rehabiliteringskoordinatorerna. Det har även statliga utredningar beskrivit.⁴¹¹ De personer från hälso- och sjukvården som vi har intervjuat tycker att begränsningen är negativ. En psykolog verksam inom primärvården beskriver hur det ökar belastningen på övriga inom hälso- och sjukvården:

Nu hör jag att man börjar dra in rehabkoordinatorer runt omkring och jag tänker att det är en farlig väg att gå, för vi har ju varit där förut när vi inte har haft koll och läkare, ja det är ju främst läkare eftersom det är läkare som blir ansvariga för sjukskrivningen, blir nedringda av patienter som är

⁴¹⁰ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 39.

⁴¹¹ SOU 2023:48, s. 142.

jätteoroliga, man förstår inte. Då ska alla läkare veta vem man ska ringa till och vem som är handläggare. Det blir väldigt ineffektiv tid.

En rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården kopplar ihop begränsningen av användningen av rehabiliteringskoordinatorerna till besparingarna inom hälso- och sjukvården och att lagen om koordineringsinsatser inte ställer krav på att det ska finnas rehabiliteringskoordinatorer:

Det är ju en ekonomisk svängrem även inom vården. Så vi får väl se. Och alla ska ju kunna koordinera, men riktigt så är det ju inte.

En anledning till begränsningen kan vara att lagen om koordineringsinsatser ställer lägre krav än sjukskrivningsmiljarden

Lagen om koordineringsinsatser är enligt SKR inte lika detaljerad som överenskommelserna mellan regeringen och regionerna inom ramen för sjukskrivningsmiljarden. Lagen ställer också lägre krav.⁴¹² Flera delar som inte är krav enligt lagen var viktiga för rehabiliteringskoordinatorernas framgång, enligt en av de utvärderingar som regeringen lyfte fram som motiv till varför koordineringsinsatserna var viktiga. Exempel på vad som inte är krav enligt lagen men var viktigt är särskilt utbildade rehabiliteringskoordinatorer.⁴¹³

En läkare som vi intervjuat, och som är specialist i rehabiliteringsmedicin och allmänmedicin samt medicinsk sakkunnig i försäkringsmedicin, anser att hälso- och sjukvården nu fokuserar mer på att de som möter sjukskrivna patienter ska ge koordineringsinsatser i stället för att det ska finnas rehabiliteringskoordinatorer. Men lagen är otydlig när det gäller vad koordineringsinsatserna omfattar, i vilken utsträckning regionerna ska ge sådana insatser samt hur insatserna förhåller sig till andra hälso- och sjukvårdsåtgärder.⁴¹⁴ Eftersom lagen inte beskriver hur koordineringen ska gå till så riskerar vården bli mer ojämlik. Fördelen kan vara att regionerna kan anpassa koordineringsinsatserna efter sina och patienternas behov.⁴¹⁵ Enligt de som vi har intervjuat från SKR är det viktigt att förstå att enligt lagen om koordineringsinsatser ska tillgången till sådana insatser styras av

⁴¹² SKR, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018*. 2020, s. 8; SKR, Dnr SKR2024/00203, s. 3.

⁴¹³ Stockholms läns landsting och Health Navigator, 2018.

⁴¹⁴ SOU 2023:48, s. 142–143 och 188.

⁴¹⁵ SOU 2023:48, s. 142–143.

vilket behov som finns. Det är alltså inte en rättighetslagstiftning, så sjukskrivna patienter kan inte kräva att få koordineringsinsatser.⁴¹⁶

Visserligen svarar 84 procent av läkarna inom primärvården och psykiatrin att den egna verksamheten erbjuder koordineringsinsatser. Men tillgången på koordineringsinsatser skiljer sig mellan regionerna, och 59 procent av läkarna svarar att deras verksamhet inte har rutiner för hur de ska identifiera om en person behöver koordineringsinsatser, eller att de inte vet om verksamheten har det.⁴¹⁷

En rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården och som vi har intervjuat anser att fokus på att patienter får koordinerade insatser i stället för fokus på att det ska finnas rehabiliteringskoordinatorer riskerar att leda till mer ojämlig vård:

Ja, jag tänker att det är lättare att göra sig av med en rehabkoordinator än en läkare till exempel. Men att en läkare skulle koordinera på det sättet, det finns ju liksom inte tid till det. Så om det skulle vara så att rehabkoordinatorerna försvinner så kommer det inte bli jämlik vård.

Av läkarna inom primärvården upplever 85 procent alltid eller ofta att de har tidsbrist i arbetet med rehabilitering och samverkan i samband med sjukskrivningar. När det gäller läkarna inom primärvården och psykiatrin säger 36 procent att de sällan eller aldrig upprättar en plan för sjukskrivningen och för rehabilitering så att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. 56 procent av läkarna svarar att de ofta eller alltid följer upp planen.⁴¹⁸

Enligt Socialstyrelsen vill många regioner ha ett tydligare nationellt stöd för att fortsätta utveckla koordineringsinsatser och rollen som rehabiliteringskoordinator. Enligt regionerna behöver koordineringsfunktionen stödjas och stärkas för att ansvar, uppgifter och kompetenskrav ska bli jämlikt i landet.⁴¹⁹

⁴¹⁶ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 53–54.

⁴¹⁷ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 32, 52 och 63.

⁴¹⁸ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023, s. 29, 42 och 45.

⁴¹⁹ Socialstyrelsen, *Nationellt kunskapsstöd*, 2023, s. 64–65.

Finansieringen kan vara en annan anledning till att regionerna begränsar användandet av rehabiliteringskoordinatorer

Att hälso- och sjukvården verkar begränsa hur mycket de använder rehabiliteringskoordinatorerna kan bero på att den statliga finansieringen inte kompenserar regionerna fullt ut för kostnaderna för koordineringsinsatserna.⁴²⁰ Ett generellt problem vid samverkan är rädslan för att kostnader ska vältras över mellan de medverkande aktörerna. Risken för detta ökar om de gemensamma målen och visionerna är svagt utvecklade.⁴²¹

Som vi skriver i avsnitt 4.2 är inte samordningsuppdragets eller sjukförsäkringens mål hälso- och sjukvårdens högsta prioritet. Försäkringskassan har under perioder dessutom valt att prioritera bedömningar av personers rätt till ersättning framför sitt samordningsuppdrag, bland annat med förhoppningen att andra aktörer då i högre grad ska ta ansvar för rehabiliteringen (se avsnitt 3.4.1). Även inom hälso- och sjukvården verkar det enligt de som vi har intervjuat finnas ett behov av att avgränsa uppdraget (se avsnitt 4.3.2). En läkare som vi har intervjuat som är specialist i rehabiliteringsmedicin och allmänmedicin samt medicinsk sakkunnig i försäkringsmedicin hos en region anser att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan påverkas av en ansträngd ekonomi:

Försäkringskassan arbetar intensivt med att tydliggöra sina delar. Och allihop finns vi i en väldigt pressad ekonomisk situation. Så att jag tänker att det här är en otroligt viktig del, att vi är tydliga med vad är vår roll i det här, så att vi hela tiden har fokus på de medicinska delarna.

Rehabiliteringskoordinatorerna som vi har intervjuat beskriver hur tidskrävande koordineringen kan vara, vilket bidrar till att koordineringen begränsas i ett ekonomiskt ansträngt läge. Dels behöver en rehabiliteringskoordinator hålla sig uppdaterad om bland annat sjukförsäkringen och hälso- och sjukvårdens organisation. Dels behöver hen få tag i både interna och externa kontakter, vilket tar extra tid på grund av behovet av att patienten samtycker. Att just kontakter tar mycket tid bekräftar också en granskning av Försäkringskassans samordningsuppdrag.⁴²² En rehabiliteringskoordinator som är verksam inom primärvården och som vi har

⁴²⁰ SOU 2023:48, s. 142.

⁴²¹ Lindqvist, R., 2000, s. 193.

⁴²² Försäkringskassan, PM2022:2, s. 63.

intervjuat beskriver hur kraven och den begränsade tiden skapar behov av avgränsningar:

Vi kan väl säga, den rollen vi har nu, det är att avgränsa så att man inte kliver över där någon annan ska ta ansvar. För jag tror att man gärna vill följa patienten tills att man vet att allting är klart. Men här är det också att kunna lämna över, att veta att Försäkringskassan har samordningsansvaret för det här. Det kanske är det ibland som gör det lite svårt att lämna, för man vet inte vad som kommer att hända. (...) och det här är också lite, att våga lämna patienten till att fortsätta sin egen kamp eller sin egen rehabilitering.

Det finns en risk att rehabiliteringskoordinatorerna inte fokuserar tillräckligt mycket på samverkan med externa aktörer

Regeringen har delat in koordineringsinsatserna i intern samordning, personligt stöd till patienter och extern samverkan. Extern samverkan kan vara kontakt och samarbete med externa aktörer, som arbetsgivare och Försäkringskassan.⁴²³

De rehabiliteringskoordinatorer som vi har intervjuat är tydliga med att deras uppdrag bara till en liten del handlar om externa kontakter. SKR anser i sin tur att lagen har mycket fokus på intern samordning inom hälso- och sjukvården och på att ge stöd till individen så att hen själv kan ta ansvar för de dialoger som hen behöver föra.⁴²⁴ En utredning kom 2023 fram till att det direkta samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare behöver bli bättre.⁴²⁵

Enligt SKR innebär inte kraven på att koordinera insatser att hälso- och sjukvården har en skyldighet att informera om andra aktörers uppdrag, ansvar, insatser eller sakfrågor. Men samtidigt konstaterar SKR att koordinatorerna behöver känna till vad andra aktörer har för uppdrag och ansvar för att på ett bra sätt kunna utföra sina koordineringsinsatser.⁴²⁶

De som vi har intervjuat från arbetsgivarorganisationer uttrycker frustration över hälso- och sjukvårdens begränsade fokus på extern samverkan. Den person som vi intervjuade från Svenskt Näringsliv

⁴²³ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 50 och 58–59.

⁴²⁴ SKR, *Yttrande – Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)*. Dnr SKR2023/02100, 2024-03-15, s. 9.

⁴²⁵ SOU 2023:48, avsnitt 5.3.1.

⁴²⁶ SKR, Dnr SKR2024/00203, s. 5 och 8; SKR, *Metodbok för koordinering*. 2020, s. 93.

kopplar ihop det med att hen anser att hälso- och sjukvården generellt inte fokuserar på att patienterna ska kunna återgå i arbete:

Vår uppfattning är väl att man i vården har använt koordinatorena för den vårdinterna koordineringen mellan olika delar av vårdapparaten som patienten behöver. Man har inte riktigt haft det här fokuset, tycker jag, på återgång i arbete, som jag tycker var en av avsikterna bakom rehab-koordinatorena och ett av huvudsyftena med inrättandet av dem.

Företagens svårigheter i kontakterna med hälso- och sjukvården, tillsammans med att företagen inte känner till att det exempelvis finns rehabiliteringskoordinatorer, kan innebära att företagen tecknar försäkringar i onödan. Det säger den person som vi intervjuade från Småföretagarnas Riksförbund. Hen anser att det i förlängningen påverkar förtroendet för myndigheter.

Det är oklart vad som blir kvar av regionernas ansvar för koordineringsinsatser om det inte får överlappa Försäkringskassans samordningsuppdrag

En viktig del i hälso- och sjukvårdens försök att begränsa ansvaret för koordineringsinsatserna är avgränsningen mot Försäkringskassans uppdrag. De personer som vi har intervjuat från hälso- och sjukvården återkommer ofta till att hälso- och sjukvården inte ska göra det som Försäkringskassan ska göra. SKR anser att lagen om koordineringsinsatser innebär att regionernas ansvar inte överlappar Försäkringskassans samordningsuppdrag, och att lagen är tydlig.⁴²⁷ De två intervjupersonerna från SKR anser att de kanske har en annan, mer avgränsad syn på hälso- och sjukvårdens ansvar än vad Försäkringskassan har, och då särskilt hälso- och sjukvårdens ansvar för externa kontakter med till exempel arbetsgivare. En av intervjupersonerna från Försäkringskassan anser att fokus ska ligga på att hjälpa personer snarare än att avgränsa uppdragen från varandra.

Regeringen ville inte att lagen om koordineringsinsatser skulle innebära att uppgifter som Försäkringskassan har fördes över till regionerna.⁴²⁸ I förslaget till lag om koordineringsinsatser betonade regeringen att det var viktigt att ansvarsgränserna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är tydliga, och att deras ansvar inte

⁴²⁷ SKR, dnr SKR2023/02100, 2024-03-15, s. 8.

⁴²⁸ Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s. 55.

överlappar varandra.⁴²⁹ Regionerna ska enligt regeringen därför koordinera behov som ska tillgodoses inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Deras ansvar gäller inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.⁴³⁰

Men de utredningar som har haft fokus på ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har velat öka hälso- och sjukvårdens ansvar genom överenskommelser mellan staten och regionerna. De har inte identifierat något behov av att tydligare avgränsa vad som är hälso- och sjukvårdens ansvar och vad som är Försäkringskassans ansvar. Snarare pekar de på behovet av mer gemensamt ansvar.⁴³¹

Utifrån det omfattande samordningsuppdrag Försäkringskassan har, så blir frågan vilket ansvar som återstår för regionerna, om hälso- och sjukvården inte ska göra något av det som ingår i Försäkringskassans formella uppdrag. Mycket av regeringens resonemang om Försäkringskassans ansvar utgick från de praktiska svårigheter som myndigheten står inför. Exempelvis utgick regeringen från att Försäkringskassan inte har i uppdrag att samordna insatser mellan olika delar av hälso- och sjukvården.⁴³² Det kan Försäkringskassan också ha svårt att göra. Men det är inte samma sak som Försäkringskassans formella uppdrag enligt socialförsäkringsbalken. Enligt det har myndigheten formellt ansvar för att samordna alla insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.⁴³³

En annan del av regeringens avgränsning verkar ha utgått från att Försäkringskassan bara ansvarar för samordningen för personer som har ersättning från Försäkringskassan.⁴³⁴ Men Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringen för alla personer som har en arbetsförmåga som är nedsatt på grund av sjukdom, oavsett hur liten nedsättningen är och oavsett om de har ersättning från Försäkringskassan eller inte (se avsnitt 3.1.1).

Regeringen betonade också att den kontaktperson som hälso- och sjukvården ska erbjuda patienten inte ska ha en roll som ombud för

⁴²⁹ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 57.

⁴³⁰ 3 § lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter; prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 57.

⁴³¹ SOU 2009:49; SOU 2015:21.; Ds 2018:5.

⁴³² Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 50–51 och 58–59.

⁴³³ 30 kap. 8 § SFB.

⁴³⁴ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 53 och 81.

patienten, och att det inte är regionernas ansvar att se till att patienten faktiskt får ta del de andra aktörernas insatser. Enligt regeringen var det Försäkringskassans ansvar.⁴³⁵ Men Försäkringskassan har inte heller möjlighet att ta rollen som ombud för personer och se till att andra aktörer erbjuder personer de åtgärder som de behöver (se avsnitt 3.2 och 3.3). I stället är det ofta hälso- och sjukvården som i praktiken behöver ta ett helhetsansvar för patienter utifrån det breda uppdrag som förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen beskriver (se avsnitt 4.3.2).⁴³⁶

Det är generellt svårt att ur regeringens beskrivningar se vad som är regionernas respektive Försäkringskassans ansvar. Exempelvis är koordinering enligt regeringen detsamma som samordning, och inkluderar motiverande åtgärder.⁴³⁷ Det betonade även regeringen i förarbetena till Försäkringskassan samordningsuppdrag.⁴³⁸ Regeringen konstaterade också att regionernas koordinatörer arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering.⁴³⁹ Den beskrivningen passar även på Försäkringskassans samordningsuppdrag, där regeringen ansåg att myndigheten skulle samordna alla åtgärder som är lämpliga för att rehabilitera personen.⁴⁴⁰ Både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ska dessutom identifiera fall då personer har behov av rehabiliteringsåtgärder som beskrivs i socialförsäkringsbalken.⁴⁴¹

I andra fall har regeringen accepterat att uppdrag överlappar

Även regionernas generella ansvar för rehabilitering kan behöva avgränsas från andra aktörers ansvar.⁴⁴² Men här har lagstiftaren i stället hanterat det genom att ange att regionens ansvar inte begränsar de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt någon annan lag.⁴⁴³ Uppdragen kan därför överlappa varandra. Här finns alltså en skillnad mot lagen om koordineringsinsatser, som

⁴³⁵ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 58.

⁴³⁶ Prop. 1996/97:60, s. 16.

⁴³⁷ Ds 2018:5, s. 53; prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 60.

⁴³⁸ Prop. 1990/91:141, om *rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*, s. 48.

⁴³⁹ Ds 2018:5, s. 53; prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 60.

⁴⁴⁰ Prop. 1990/91:141, s. 91.

⁴⁴¹ 4 § lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁴⁴² 8 kap. 7 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen.

⁴⁴³ 8 kap. 7 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.

anger att regionens ansvar inte omfattar insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.⁴⁴⁴ Även inom Försäkringskassans samordningsuppdrag har regeringen accepterat överlappande ansvar i andra avseenden. Bland annat har både Försäkringskassan och arbetsgivare ansvar för att identifiera personers behov av rehabilitering och för att se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering genomförs (se avsnitt 5.1.3).

Regeringen har gett ISF och Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att utvärdera lagen om koordineringsinsatser

Både förarbetena till lagen om koordineringsinsatser och tidigare utredningar har föreslagit att lagen om koordineringsinsatser ska utvärderas.⁴⁴⁵ Den 10 oktober 2024 beslutade också regeringen att ge ISF och Vård- och omsorgsanalys uppdraget att göra det. Myndigheterna ska bland annat analysera om koordineringsinsatser bidrar till att personer kan återgå i arbete och om det skiljer sig hur regionerna tillämpar lagen. Dessutom ska ISF och Vård- och omsorgsanalys om det behövs lämna förslag på hur funktionen för koordinering kan stärkas ytterligare. Myndigheterna ska redovisa uppdraget senast den 15 juni 2026.⁴⁴⁶

⁴⁴⁴ 3 § lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁴⁴⁵ Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 75; SOU 2023:48, s. 187–189.

⁴⁴⁶ Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2022/03717, S2024/01782.

5 Uppdraget är inte anpassat till arbetsgivares förutsättningar

I det här kapitlet går vi igenom hur Försäkringskassans samordningsuppdrag är anpassat till arbetsgivare. Arbetsgivare har en central roll och ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Men vår slutsats är att samordningsuppdraget inte är anpassat till arbetsgivares förutsättningar. Det kan göra det svårt för Försäkringskassan att hantera uppdraget.

Våra viktigaste iakttagelser i detta kapitel är att

- arbetsgivarna har en viktig roll i att rehabilitera anställda med nedsatt arbetsförmåga (avsnitt 5.1)
- arbetsgivares ansvar inte harmonierar med sjukförsäkringen (avsnitt 5.2)
- arbetsgivares drivkrafter och ansvar för att rehabilitera anställda med nedsatt arbetsförmåga kan göra samordningsuppdraget svårare för Försäkringskassan (avsnitt 5.3)
- det är svårt för både Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket att se till att arbetsgivare utför åtgärder för att minska problemet med att anställda får nedsatt arbetsförmåga och blir sjukskrivna (avsnitt 5.4)
- arbetsgivarna har ett stort behov av information som av olika anledningar inte alltid kan uppfyllas (avsnitt 5.5)
- Försäkringskassan har haft svårt att stötta arbetsgivare (avsnitt 5.6)

- fackliga organisationer och företagshälsovården egentligen skulle kunna komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag, men de har av olika anledningar begränsade möjligheter att göra det i praktiken (avsnitt 5.7).

5.1 Arbetsgivarna viktiga i att rehabilitera anställda med nedsatt arbetsförmåga

Försäkringskassan ska samordna rehabilitering som bidrar till att den som har drabbats av sjukdom får tillbaka sin arbetsförmåga. I det här avsnittet redogör vi för arbetsgivares viktiga roll i den rehabiliteringen och för att Försäkringskassan ska lyckas med sitt samordningsuppdrag.

Arbetsgivare kan bidra både till att förebygga att anställda får sin arbetsförmåga nedsatt och till att rehabilitera anställda som redan har fått arbetsförmågan nedsatt (avsnitt 5.1.1). Det finns också krav på att arbetsgivare ska bidra till att rehabilitera anställda som får nedsatt arbetsförmåga (avsnitt 5.1.2). Dessa krav och ansvar överlappar delvis med Försäkringskassans (5.1.3), vilket både kan vara bra och dåligt för Försäkringskassans möjligheter att genomföra sitt samordningsuppdrag (5.1.4).

5.1.1 Arbetsgivare viktiga både när anställda får nedsatt arbetsförmåga och för att hantera den

Ett centralt syfte med reformen som samordningsuppdraget var en del av var att regeringen ville flytta tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen mot arbetsgivaren. Regeringen ansåg bland annat att när anställda får nedsatt arbetsförmåga beror det ofta på brister i arbetsmiljön, och att det på arbetsplatsen finns viktig kunskap om vilka behov som finns av anpassning. Framgångsrik rehabilitering borde enligt regeringen leda till att en anställd kan behålla sitt arbete, eller om inte det är möjligt så åtminstone bli kvar på sin arbetsplats.⁴⁴⁷

Enligt Svenskt Näringsliv menar företagen att medarbetaren själv och arbetsgivaren har störst betydelse för att den som är sjukskriven snabbt ska kunna återgå i arbete. Dessutom säger 8 av 10 arbetsgivare

⁴⁴⁷ Prop. 1990/91:141, om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m., s. 36.

att deras åtgärder för att underlätta att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete har betydelse.⁴⁴⁸ Av de som har varit sjukskrivna i cirka sex månader hade 91 procent kvar den arbetsgivare som de hade när de insjuknade, och 66 procent upplever att arbetet hade bidragit till deras sjukskrivning. Bland de som var sjukskrivna för psykiatriska diagnoser tror 86 procent att arbetet hade bidragit.⁴⁴⁹ Av de tillfrågade sjukskrivna personerna är 70 procent nöjda med arbetsgivarens insatser⁴⁵⁰, och 64 procent anser att de får det stöd de behöver av sin arbetsgivare för att kunna återgå i arbete.⁴⁵¹

I diskussioner om vilket ansvar, vilka möjligheter och drivkrafter arbetsgivare har så är utgångspunkten ofta sjukfrånvaro och att begränsa den. Det är inte alltid detsamma som att rehabilitera en person så hen får tillbaka sin arbetsförmåga. Exempelvis kan förebyggande arbetsmiljöarbete vara viktigt för att begränsa sjukfrånvaron, och då rör det sig ofta om att försöka hindra att anställda drabbas av sjukdom som minskar deras arbetsförmåga. Men samma arbetsmiljöarbete kan även påverka möjligheterna att ta tillvara en redan begränsad arbetsförmåga. Enligt förarbetena till samordningsuppdraget går rehabilitering och att förebygga dåliga arbetsmiljöer hand i hand.⁴⁵² För att visa hur arbetsgivares förutsättningar påverkar samordningsuppdraget beskriver vi därför även arbetsgivares ansvar, möjligheter och drivkrafter ur det bredare perspektivet sjukfrånvaro.

5.1.2 Det finns krav på att arbetsgivare bidrar till att rehabilitera den sjukskrivne

Det finns flera lagar som ställer krav på att arbetsgivare bidrar till att rehabilitera sjukskrivna, samtidigt som det finns praxis från Arbetsdomstolen som bidrar till att definiera ramarna för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Det finns ett starkt anställningsskydd för sjukskrivna medarbetare. Exempelvis blir det aktuellt och möjligt med omplacering först när

⁴⁴⁸ Svenskt Näringsliv, *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*. 2019, s. 22–23.

⁴⁴⁹ Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete*. Arbetsrapport 2024:02, s. 18–19.

⁴⁵⁰ SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 81; Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 2*. 2013-02-14, dnr 030061-2012, s. 24, 31–32 och 35.

⁴⁵¹ Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:02, s. 31

⁴⁵² Prop. 1990/91:141, s. 36.

den anställde inte kan utföra något arbete av någon betydelse på arbetsplatsen. Enligt intervjupersonen från Svenskt Näringsliv kan arbetsgivarna utifrån dessa krav uppfattas ha ett mycket långtgående rehabiliteringsansvar:

En annan sak man måste fundera över, tror jag, det är arbetsgivarens oändliga rehabiliteringsansvar. Är det verkligen rimligt att det inte finns en borte tidsgräns för rehabansvaret?

Enligt socialförsäkringsbalken ska arbetsgivare ha upprättat en plan för återgång i arbete senast den dag när arbetsförmågan har varit nedsatt under 30 dagar, om det kan antas att den anställdas arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar.⁴⁵³ Arbetsgivaren ska också samråda med arbetstagaren för att lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att det ska gå att utreda vilket behov av rehabilitering personen har. Även i övrigt ska arbetsgivaren medverka till att en effektiv rehabilitering kommer i gång och ansvara för att personen erbjuds de åtgärder som behövs för detta.⁴⁵⁴

Arbetsmiljölagen (AML) kräver att arbetsgivaren har den arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som krävs för att kunna ta det ansvar som arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen och socialförsäkringsbalken.⁴⁵⁵ Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.⁴⁵⁶ Dessutom ska arbetsgivaren genomföra alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall.⁴⁵⁷ Arbetsgivaren ska också ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet genom att anpassa arbetsförhållandena eller genomföra andra lämpliga åtgärder.⁴⁵⁸ Enligt arbetsmiljölagen är det även arbetsgivarens ansvar att det finns företagshälsovård eller någon annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och hälsa i den utsträckning som arbetsförhållandena kräver.⁴⁵⁹

⁴⁵³ 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFB).

⁴⁵⁴ 30 kap. 6 a § SFB.

⁴⁵⁵ 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen (1977:1160, AML).

⁴⁵⁶ 2 kap. 1 § AML.

⁴⁵⁷ 3 kap. 2 § AML.

⁴⁵⁸ 3 kap. 3 § AML.

⁴⁵⁹ 3 kap. 2 c § AML.

5.1.3 Arbetsgivarnas ansvar överlappar delvis Försäkringskassans

Försäkringskassan och arbetsgivare har ett överlappande ansvar för att identifiera personers behov av rehabilitering och för att se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering genomförs. Men det överlappande ansvaret har varit omdiskuterat, och under en period minskades arbetsgivarnas ansvar.

Både Försäkringskassan och arbetsgivare har ansvar för att identifiera och genomföra åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering

Både Försäkringskassan och arbetsgivare har enligt socialförsäkringsbalken ansvar för att åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering genomförs.⁴⁶⁰ Kraven på att arbetsgivare ska ta fram en plan för återgång i arbete innebär även att arbetsgivare liksom Försäkringskassan har ansvar för att kartlägga vilka behov av åtgärder som sjukskrivna anställda har. Ansvaret infördes 2018 som en del av reformen om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. Enligt förarbetena behövde individen få bättre möjligheter till rehabilitering, så att sjukskrivna personer kan återgå i arbete tidigare. Regeringen ansåg att det behövdes strukturer som ger den anställda en starkare ställning i rehabiliteringskedjan och att tidiga arbetsplatsinriktade åtgärder kan leda till ökad återgång i arbete.⁴⁶¹

Liknande ansvar för arbetsgivare togs bort 2007

När Försäkringskassans ansvar för att samordna rehabilitering förtydligades 1992 fick arbetsgivaren ett förstahandsansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret innebar bland annat att arbetsgivaren skulle klarlägga vilka behov av rehabilitering den enskilde arbetstagaren hade.⁴⁶² Den skyldigheten fick även Försäkringskassan.⁴⁶³

Regeringen ville förskjuta tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen mot arbetslivet. Skälet var dels att sjukfrånvaron ofta berodde på

⁴⁶⁰ 30 kap. 6 a, 9 och 11 §§ SFB.

⁴⁶¹ Prop. 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018*, utgiftsområde 10, s. 62–64.

⁴⁶² 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, numera upphävd.

⁴⁶³ 30 kap. 9 § SFB.

brister i arbetsmiljö eller arbetsorganisation, dels att det enligt regeringen var arbetsplatsen som först kunde uppmärksamma sjukfrånvaron och att personen behövde rehabilitering.⁴⁶⁴

År 2003 skärptes kraven, och arbetsgivare fick i ansvar att göra en rehabiliteringsutredning i samtliga fall.⁴⁶⁵ Men 2007 avskaffades skyldigheten i stället helt. Regeringen ansåg inte att reglerna var ändamålsenliga. Varje aktör i rehabiliteringsprocessen skulle göra det som den var bäst lämpad för. Arbetsgivare saknade enligt regeringen ofta den kompetens som behövdes för att ta ställning till vad som borde göras i långa sjukskrivningar. I stället ansåg regeringen att Försäkringskassans ansvar var tillräckligt.⁴⁶⁶ Men 2018 infördes alltså kravet på arbetsgivare att ta fram en plan för återgång i arbete i vissa situationer.

5.1.4 Det överlappande ansvaret kan vara både bra och dåligt för samordningsuppdraget

Det finns skilda uppfattningar om det överlappande ansvar som arbetsgivarnas planer för återgång i arbete innebär:

- Försäkringskassans utredare verkar kunna ha nytta av planerna, men reformen kan också ha gjort att myndigheten tolkade sitt eget uppdrag snävare än tidigare.
- Vissa anser att planerna för återgång i arbete också kan fylla en funktion för arbetsgivare.
- Det finns också kritik mot kraven på att arbetsgivare ska ta fram sådana planer.

Försäkringskassans utredare verkar kunna ha nytta av planerna men myndigheten kan ha tolkat uppdraget snävare efter reformen

Enligt en granskning av ISF från 2023 verkar det som att Försäkringskassans försäkringsutredare inte hade någon större nytta av de planer arbetsgivarna skickar in. Planerna verkade sällan tillföra ny information. Utredarna hämtade också ofta in den information de

⁴⁶⁴ Prop. 1990/91:141 s. 36.

⁴⁶⁵ Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet*, kap. 6.

⁴⁶⁶ Prop. 2006/07:59, *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*, s. 20–23.

behövde på andra sätt. Samtidigt hämtade Försäkringskassan in allt fler planer över tid.⁴⁶⁷

Enligt senare utredningar hade Försäkringskassan bara tagit in skriftliga planer i cirka 20 procent av ärendena.⁴⁶⁸ Men myndigheten hämtar in fler planer muntligt, och totalt hade Försäkringskassan hämtat in planer i 60 procent av de granskade ärendena i en studie från Riksrevisionen 2024. Dessutom gav de muntliga planerna mer än de skriftliga, enligt granskningen. Utredarna använde även de skriftliga planerna som underlag för dialogen med arbetsgivaren.⁴⁶⁹

Försäkringskassans analysavdelning konstaterar i en promemoria från 2022 att vissa utredare använder arbetsgivarens plan som ett påtryckningsmedel. Utredarna kan till exempel begära in planen om något är otydligt, om det finns en konflikt eller om arbetsgivaren inte genomför de insatser som behövs. Utredarna anser att när arbetsgivaren måste skicka in sin plan blir arbetsgivaren tvungen att börja fundera över vilka åtgärder som behövs för att den anställda ska kunna återgå i arbete. Utredarna säger också att de ställer följdfrågor om arbetsgivarens planering eller varför de inte har en plan.⁴⁷⁰

Men enligt Försäkringskassan kan kraven på att arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete också ha gjort att myndigheten tolkade sitt uppdrag snävare. Innan reformen ansåg Försäkringskassan att utredarnas plan för återgång i arbete var en central del i arbetet med samordning. Efter reformen skulle utredarna i normalfallet inte längre göra någon plan för återgång. Många utredare säger att de fortfarande gjorde en planering, men det verkade betyda olika saker för olika av de intervjuade utredarna.⁴⁷¹

Det finns de som anser att planen kan fylla en funktion för arbetsgivare

Vissa som vi har intervjuat anser att planen för återgång i arbete kan fylla en funktion för arbetsgivarna. En av de som vi intervjuade från Arbetsmiljöverket ser fördelar med att arbetsgivarna dokumenterar

⁴⁶⁷ ISF, *Ersättning för höga sjuklönkostnader*. Rapport 2023:9, s. 105–106.

⁴⁶⁸ SOU 2024:26, *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*, s. 99; Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. RiR 2024:14, s. 30–31.

⁴⁶⁹ Riksrevisionen, RiR 2024:14, s. 30–31.

⁴⁷⁰ Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*. PM2022:2, s. 33.

⁴⁷¹ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 5.

sina skyldigheter och mål med de anpassningar och den rehabilitering som kan vara aktuell. Enligt hen ger planen en struktur och en tidsplan att förhålla sig till. Det säger också den chef i hemtjänsten som vi har intervjuat. Hen anser också att Försäkringskassan ofta är snabba med att fråga efter den om de inte tar fram den. Även de som vi har intervjuat från Arbetsgivarverket, SKR och Småföretagarnas Riksförbund anser att planen kan ge arbetsgivare stöd i planeringen. En av intervjupersonerna från SKR beskriver kraven på en plan för återgång i arbete som en metod som kan öka motivationen hos arbetsgivare att lägga upp en plan och dokumentera sina ställningstaganden:

Det är metodiken som en Påa [plan för återgång] syftar till. Så att det här handlar mer att de ska få aha-upplevelsen att "det här är faktiskt ett regelkrav, eller ett lagkrav på att ni ska göra det, ni har ögonen på er".

Enligt intervjupersonen från Arbetsgivarverket kan kravet på plan exempelvis vara en väg för arbetsgivare att få kontakt med arbetstagaren och planera rehabiliteringsåtgärder när hen är motvillig:

Jag brukar försöka peppa våra arbetsgivare och säga att om det är knepigt att få kontakt med en arbetstagare, låt säga att de inte vill ha kontakt med arbetsgivaren eller så, så kan man informera om att "vi måste, vi har ansvar för att upprätta den här planen, så vi måste göra det, och det är så i alla ärenden och inte bara i ditt."

Personerna från arbetsgivarorganisationerna som vi har intervjuat skulle också vilja att arbetsgivarna fick mer stöd från Försäkringskassan när de ska ta fram planen. Intervjupersonen från Småföretagarnas Riksförbund anser att det särskilt gäller när en arbetsgivare ska göra det första gången. Hen menar också att Försäkringskassan behöver vara tydliga med hur myndigheten kan stötta. Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser att avstämningsmötet är ett bra forum för arbetsgivare att få stöd, bland annat eftersom både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården kan närvara då.

Det finns kritik mot kraven på att arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete

Även Svenskt Näringsliv anser att kravet på en plan för återgång i arbete ökar behoven av att Försäkringskassan och arbetsgivaren kommunicerar och utbyter information, och av att de har avstämningsmöten. Dessutom krävs det enligt Svenskt Näringsliv

att den anställda vill bli rehabiliterad och aktivt medverkar i sin rehabilitering, att läkarintygen innehåller information om arbetsförmågans nedsättning och en prognos om hur lång sjukskrivningen kan bli. Hälso- och sjukvården behöver också vara tillgänglig för att kunna samverka och kommunicera med arbetsgivaren om hur medarbetarens arbetsförmåga bäst ska kunna tas tillvara.⁴⁷²

Men Svenskt Näringsliv anser att dessa förutsättningar sällan är uppfyllda. Då blir kravet på en obligatorisk plan för återgång i arbete vid en viss tidpunkt för alla sjukskrivna enligt dem snarare ett hinder än en hjälp. Enligt Svenskt Näringsliv riskerar planer med litet informationsvärde och låg kvalitet leda till att fel insatser genomförs eller att det tar längre tid innan den anställda kan återgå i arbete. Den som vi intervjuade från Svenskt Näringsliv anser att arbetsgivare kan uppfatta kravet på att ha tagit fram en plan vid en viss tidpunkt för alla sjukskrivna som ett störande formaliakrav.

5.2 Sjukförsäkringens krav harmonierar inte alltid med arbetsgivarens ansvar

I det här avsnittet redogör vi för hur Försäkringskassans samordningsuppdrag och arbetsgivarnas ansvar kan försvåras av att rehabiliteringskedjans krav på omställning inte alltid stämmer överens med arbetsgivarens omplaceringsansvar (avsnitt 5.2.1), samt av Försäkringskassans hantering av deltidssjukskrivningar (avsnitt 5.2.2).

5.2.1 Rehabiliteringskedjans krav på omställning stämmer inte alltid med arbetsgivarens ansvar

I avsnitt 3.1.1 beskriver vi hur målen i samordningsuppdraget och rehabiliteringskedjan inte alltid stämmer överens. De krav och tidsgränser som rehabiliteringskedjan bygger på är inte heller anpassade till de krav som reglerar arbetsgivarnas ansvar för anställda. Det försvårar samordningsuppdraget ytterligare och gör det ännu viktigare för arbetsgivare att ha kontakt med Försäkringskassan.

⁴⁷² Svenskt Näringsliv, 2019, s. 9.

Ett exempel på skillnaden mellan rehabiliteringskedjan och arbetsgivarens ansvar är innebörden av en omplacering. Både Försäkringskassan och arbetsgivarorganisationer betonar att det är viktigt att skilja på vad omplacering innebär inom rehabiliteringskedjan respektive inom arbetsrätten. Skillnaden var också något som fördes fram som argument mot rehabiliteringskedjan.⁴⁷³ Omplacering inom arbetsrätten är en åtgärd som en arbetsgivare genomför inför att en anställd blir uppsagd. Ska en arbetsgivare kunna säga upp en anställd krävs det sakliga skäl och en uppsägning kan inte vara grundad på sakliga skäl utan en omplaceringsutredning där arbetsgivaren ser över samtliga lediga anställningar i dennes verksamhet.⁴⁷⁴

Omplacering har en annan innebörd i rehabiliteringskedjan. Efter dag 90 ska Försäkringskassan beakta om den sjukskrivna kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos sin arbetsgivare (se bilaga 1).⁴⁷⁵ Det innebär att Försäkringskassan ska utreda om arbetsgivaren kan erbjuda ett annat arbete än det ordinarie, som arbetstagaren klarar av trots nedsättning av arbetsförmågan. Denna bedömning ska göras oavsett om arbetstagaren kan eller inte kan antas återgå till sitt vanliga arbete.⁴⁷⁶

Rehabiliteringskedjan går i detta avseende sällan ihop med arbetsrätten. Arbetsrätten liknar i stället samordningsuppdragets mål att individen ska återfå den arbetsförmåga hen hade innan sjukdomen.⁴⁷⁷ Enligt arbetsrätten är arbetsgivaren skyldig att rehabilitera arbetstagaren till det ordinarie arbetet så länge som arbetstagaren bedöms kunna komma tillbaka i det arbetet.⁴⁷⁸ Både Arbetsgivarverket och Försäkringskassan anser också att det sällan går att utesluta att personen kan återgå i sitt ordinarie arbete när arbetstagaren bara har varit sjukskriven 91 dagar.⁴⁷⁹

Ett annat exempel på skillnaden mellan rehabiliteringskedjan och arbetsgivarens ansvar är rehabiliteringskedjans krav på omställning

⁴⁷³ Se t.ex. LO, *Införande av en rehabiliteringskedja*. 2008, dnr 20070799, s. 6–7.

⁴⁷⁴ Se t.ex. SOU 2020:24, avsnitt 5.2.2 och 7 § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS).

⁴⁷⁵ 27 kap. 47 § första stycket SFB.

⁴⁷⁶ Prop. 2007/08:136, s. 101.

⁴⁷⁷ 29 kap. 2 § SFB.

⁴⁷⁸ SOU 2021:69, *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*, s. 922; SOU 2020:24, s. 150–151.

⁴⁷⁹ Arbetsgivarverket, *Om sjukfrånvaro och rehabilitering – en vägledning för statliga arbetsgivare*. 2023, s. 141; Försäkringskassan, *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare sjukfall*. 2023, dnr FK 2023/035625, s. 12.

till andra arbeten. Från och med dag 180 i rehabiliteringskedjan bedöms den sjukskrivnas arbetsförmåga i normalfallet mot förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller något annat lämpligt arbete som är tillgängligt.⁴⁸⁰ Det kan innebära att Försäkringskassan planerar rehabiliteringen utifrån andra arbeten än den sjukskrivnas ordinarie, medan arbetsgivaren fortfarande har ett ansvar att rehabilitera den anställda tillbaka i ordinarie arbete. De som vi har intervjuat från Arbetsgivarverket och SKR berättar att rehabiliteringskedjan därför kan göra det svårt för arbetsgivare att ta sitt rehabiliteringsansvar.

Enligt den som vi intervjuat från Arbetsgivarverket händer det ofta att Försäkringskassan börjar bedöma arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden långt innan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar är uppfyllt. Försäkringskassan kan också titta på arbetsträningsplatser hos andra arbetsgivare tillsammans med Arbetsförmedlingen. Ibland upptäcker arbetsgivaren av en slump att arbetstagaren ska börja arbetsträna hos någon annan arbetsgivare. Detta kan göra rehabiliteringsplaneringen svårare för den ordinarie arbetsgivaren. Enligt intervjupersonen från Arbetsgivarverket kan rehabiliteringskedjan även innebära att Försäkringskassan nekar den anställda rehabiliteringsersättning för åtgärder hos arbetsgivaren om myndigheten har börjat planera för rehabilitering mot andra arbeten.

Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat berättar att arbetsgivaren ofta inte är redo för att ta ställning till Försäkringskassans fråga om det finns andra arbetsuppgifter som den sjukskrivna kan klara av. När arbetsgivarens omplaceringsutredning väl är klar så leder den ofta till att personen blir uppsagd. Enligt skyddsombudet faller därmed tanken med rehabiliteringskedjan där omplacering ska kunna vara en tidig och även tillfällig åtgärd som innebär att den anställda kan arbeta i stället för att vara sjukskriven.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket efterlyser en större förståelse för de olika perspektiven – det arbetsrättsliga och sjukförsäkringen – och anser att Försäkringskassan inte har tillräcklig kunskap om arbetsrätten:

Det är en annan fråga som dyker upp emellanåt, att Försäkringskassan inte har tillräckligt bra koll på det arbetsrättsliga perspektivet och kan ställa

⁴⁸⁰ 27 kap. 48 § andra stycket SFB.

krav på arbetsgivare som de inte kan eller får uppfylla utifrån det arbetsrättsliga perspektivet.

En av intervjupersonerna från Försäkringskassan bekräftar att utredarna behöver bättre kunskaper om arbetsgivarnas skyldigheter, särskilt eftersom kraven på arbetsgivare i form av bland annat anpassningar är diffusa. Det är enligt hen en anledning till att myndigheten har tagit fram ett handläggarstöd.

Även arbetsgivare kan brista i sina kunskaper om rehabiliteringskedjan enligt de vi intervjuat från SKR. Men förändringarna av lagstiftningen 2021 kan enligt dem ha gjort det lättare att kombinera arbetsgivarnas perspektiv med rehabiliteringskedjan. Från den 15 mars 2021 blev det lättare för Försäkringskassan att göra undantag från bedömningen mot normalt förekommande arbete vid dag 180 i rehabiliteringskedjan.⁴⁸¹ Det verkar ha gjort det lättare för Försäkringskassans utredare att arbeta med samordningsuppdraget (se avsnitt 2.3.6).

Den person som vi har intervjuat från LO är också positiv till lagändringarna 2021, eftersom det tidigare var den anställda som fick bära konsekvenserna av att arbetsgivaren inte hade tagit sitt ansvar. Men fortfarande är det enligt hen svårare för den anställda att uppfylla kraven för att få rätt till sjukpenning om arbetsgivaren inte har planerat för att den anställda ska kunna återgå till sitt arbete.

5.2.2 Försäkringskassans hantering av deltidssjukskrivningar kan försvåra för arbetsgivare

Försäkringskassan anser att arbetsgivare ofta vill att den anställda ska få arbetsträning med rehabiliteringspenning, för att undvika prestationskrav på den anställda, medan Försäkringskassan anser att myndigheten ska använda partiell sjukskrivning i de fall där det behövs successiv upptrappning för återgång i arbete.⁴⁸² Det tar också en av intervjupersonerna från Försäkringskassan upp:

Sen vill man ofta fortfarande från arbetsgivarens håll att vi ska gå in med rehabiliteringsersättning, ofta för att man ska arbetsträna för en återgång till exempel, som ofta är kopplat till den samordnade rehabiliteringen. Det

⁴⁸¹ 27 kap. 48 § andra stycket 1 SFB.

⁴⁸² Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24.

behöver inte vara det, men det skulle kunna vara det. Det är ofta det första man kanske vill få till då, medan vi kanske från vårt håll kan se att det kanske går att komma åt det i 25 procents lönearbete till exempel, och så vidare.

Enligt intervjupersoner från arbetsgivarorganisationer innebär det att arbetsgivare lätt behöver kunna få kontakt med Försäkringskassan när de planerar för en arbetsträning. Men det kan vara svårt. Den som vi intervjuade från Svenskt Näringsliv anser också att krav på deltidssjukskrivning i stället för arbetsträning utan prestationskrav kan göra det svårare att få tillbaka en anställd i arbete:

Och där känns det som att man inte har riktigt förståelse för rehabiliteringspenning med arbetsträning och vad det faktiskt innebär för företagen. För att ta emot en medarbetare som ska prestera i någon slags omfattning och den personen knappt ens vågar sätta sin fot på arbetsplatsen, än mindre prestera, det blir rätt knepigt då, det blir en väldigt svår återintroduktion i arbetet.

Regeringen har också för avsikt att se över möjligheterna till arbetsprövning med bibehållen sjukpenning.⁴⁸³

En annan svårighet som intervjupersonerna från SKR beskriver är hur anställda får förlägga sin arbetstid under en deltidssjukskrivning. Sedan 1 februari 2022 har det blivit lättare att göra undantag från kravet att individers arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till hens normala arbetstid en viss dag.⁴⁸⁴ Men enligt intervjupersonerna är det viktigt att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är tydliga med att det är arbetsgivaren som avgör vilka arbetstider som är möjliga. Annars anser de att den anställda riskerar få ogrundade förhoppningar om att hen själv ska kunna besluta om och när hen ska arbeta under sjukskrivningen. Det kan försämra relationen mellan arbetsgivaren och den anställda, och därmed påverka rehabiliteringen.

5.3 Arbetsgivares drivkrafter och ansvar kan försvåra samordningsuppdraget

Försäkringskassan har inte själv möjlighet att se till så att personer får ta del av rehabiliteringsåtgärder (se avsnitt 3.2). Därför är samord-

⁴⁸³ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, utgiftsområde 10, s. 32.

⁴⁸⁴ 27 kap. 46 § andra stycket och tredje stycket SFB.

ningsuppdraget beroende av att övriga aktörer tar det ansvaret. Men ISF har tidigare kommit fram till att svenska arbetsgivare endast har begränsat ansvar för att en arbetstagare ska återgå i arbete och jämförelsevis låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner (numer sjukersättning i Sverige) jämfört med Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland.⁴⁸⁵ Även senare utredningar visar att arbetsgivarna har begränsade ekonomiska incitament att rehabilitera och uppmuntra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete.⁴⁸⁶ Drivkrafterna och hur de påverkar arbetsgivarna kan också variera mellan olika arbetstagare och branscher.⁴⁸⁷

I det här avsnittet går vi igenom

- olika uppfattningar om arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter borde öka eller inte (avsnitt 5.3.1)
- olika drivkrafter för att begränsa anställdas sjukfrånvaro som arbetsgivare redan har (avsnitt 5.3.2)
- svårigheter för anställda att få anpassade arbetsuppgifter eller omplacering (avsnitt 5.3.3)
- olika uppfattningar om arbetsgivares drivkrafter skiljer sig åt mellan yrkessektorer (avsnitt 5.3.4)
- hur den anställdas inställning också kan påverka möjligheten att återgå i arbete (avsnitt 5.3.5).

5.3.1 Det finns olika uppfattningar om att arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter borde öka

I våra intervjuer har personer olika uppfattningar om arbetsgivare behöver starkare ekonomiska drivkrafter för att begränsa sjukfrånvaron och ta tillvara de anställdas arbetsförmåga. Även statliga utredningar har kommit fram till olika slutsatser.

⁴⁸⁵ ISF, *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), 2011.

⁴⁸⁶ SOU 2024:26, *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*, s. 222–223.

⁴⁸⁷ ISF, *Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen*, Rapport 2015:4.

- Det finns argument både för och mot att öka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter för att begränsa sjukfrånvaron och ta tillvara de anställdas arbetsförmåga.
- Det har också funnits både förslag och försök att öka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter, bland annat genom att ge arbetsgivarna ansvar för en del av kostnaderna för långtids-sjukskrivna.
- Kunskapsläget om effekterna av arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter är oklart.
- Sanktionsavgifter är ett alternativ till en generell medfinansiering.

Det finns argument för och mot att öka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter

En av intervjupersonerna från Försäkringskassan anser att det behövs starkare drivkrafter för arbetsgivare, men hen anser också att frågan är känslig. Det beror framför allt på att frågan gränsar till områden som arbetsmarknadens parter brukar få ansvar för att lösa själva.

Även intervjupersonerna från hälso- och sjukvården anser att arbetsgivare skulle behöva ta ett större ansvar. En psykolog inom primärvården säger så här:

Det är inte alltid det som de blir sjukskrivna för som är det största hindret att gå tillbaka till arbetet, att följa en rehabiliteringsplan. Och vi ser att arbetsgivaren har en enormt stor påverkan på det här och dem kommer vi inte alltid åt faktiskt.

Parlamentariska socialförsäkringsutredningen kom 2015 fram till att det finns en risk att arbetsgivaren avstår från att vidta åtgärder som kan minska sjukfrånvaron om arbetsgivaren inte bär en stor del av kostnaderna för sjukfrånvaron. Enligt utredningen riskerar då arbetsgivarens åtgärder att avvika från samhällets intressen och leda till samhällsekonomisk ineffektivitet. Men anställda kommer kunna bli sjuka även om företag vidtar förebyggande åtgärder och insatser för återgång i arbete. Därför är det enligt utredningen inte heller samhällsekonomiskt effektivt om arbetsgivaren bär hela kostnadsansvaret för sjukfrånvaron. Dessutom skulle kostnadsökningen på sikt

kunna övervältras på löntagarna genom att löneutrymmet minskar och på konsumenter genom att priser höjs.⁴⁸⁸

Ytterligare en anledning till att inte låta arbetsgivare bära för höga kostnader för sjukfrånvaron har varit att underlätta strukturomvandlingar av arbetsmarknaden och kompensera för svårigheter att säga upp anställda.⁴⁸⁹ Genom att det tidigare var möjligt att väga in faktorer så som arbetsmarknadsläge och ålder i bedömningar av om någon hade rätt till ersättning från sjukförsäkringen blev sjukförsäkringen ett verktyg för att hantera de strukturomvandlingar som Sverige gick igenom andra delen av 1900-talet.⁴⁹⁰ Men Försäkringskassans möjlighet att ta hänsyn till dessa faktorer fasades ut under 1990-talet och togs bort helt 2008.⁴⁹¹ Arbetsrätten har också förändrats och det har blivit lättare för arbetsgivare att säga upp anställda.⁴⁹²

Ett alternativ till kostnadsansvar kan vara att införa ekonomiska drivkrafter för att arbetsgivare ska vilja ha avtal med till exempel företagshälsovård eller försäkringsbolag. Syftet skulle vara att säkerställa att arbetsgivaren har tillgång till kompetens och resurser för tidiga och aktiva insatser vid sjukskrivning som riskerar att bli långvarig.⁴⁹³

Det har funnits förslag och försök att öka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter

Förarbetena till samordningsuppdraget innehåller förslag om att en mindre del av arbetsgivaravgifterna som går till arbetsskadeförsäkringen och sjukförsäkringen skulle differentieras utifrån arbetsgivarnas kostnader för försäkringarna. De flesta remissinstanser, inklusive arbetsmarknadens parter, var då positiva till

⁴⁸⁸ SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 486–489. Se även SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete*, s. 105; SOU 2011:11, *Långtidsutredningen 2011 – Att kombinera socialförsäkringar med incitament till arbete (bilaga 8)*, s. 17; SOU 2020:24, avsnitt 8.5.

⁴⁸⁹ Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000, s. 15 och 99.

⁴⁹⁰ Se t.ex. prop. 1972:55, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring*, m.m., s. 12; SOU 2021:69, s. 224.

⁴⁹¹ Se t.ex. SOU 2023:53, *En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet*, avsnitt 4.10.

⁴⁹² Se t.ex. prop. 2021/22:176, *Flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden*.

⁴⁹³ SOU 2015:21, s. 269.

förslaget.⁴⁹⁴ Men det var inte förrän 2005 som arbetsgivare fick ett större kostnadsansvar för sjukfrånvaron genom den så kallade medfinansieringen. Men denna reform avskaffades redan 2006.

Medfinansieringsreformen innebar att arbetsgivaren betalade en särskild sjukförsäkringsavgift för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid. Undantag gjordes för de anställda som var sjukskrivna på deltid och för vissa andra grupper. Medfinansieringen avskaffades 2006 eftersom regeringen ansåg att den särskilt hämmade mindre företags vilja att växa och att anställa personal. Dessutom ansåg regeringen att medfinansieringen gjorde det svårare för kroniskt sjuka och människor med funktionshinder att få arbete.⁴⁹⁵

Ett senare förslag var hälsoväxlingen som 2015 utgick från samma principer som medfinansieringen.⁴⁹⁶ På regeringens initiativ fick arbetsmarknadens parter möjlighet att i stället komma överens om åtgärder som kunde bidra till bättre arbetsmiljö och lägre sjukfrånvaro. Regeringen nöjde sig sedan med de avsiktsförklaringar som blev resultatet och avstod från att lämna förslaget om hälsoväxling till riksdagen.⁴⁹⁷

Avsiktsförklaringarna innehöll inga ekonomiska drivkrafter utan bestod huvudsakligen av utbildning och olika former av stöd och verktyg riktade till chefer, HR och skyddsombud. Utredningen *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess* kunde inte heller bedöma i vilken utsträckning avsiktsförklaringarna har bidragit till att förstärka parternas insatser för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete.⁴⁹⁸

År 2024 föreslog *Utredningen om sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering* att arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter för att erbjuda arbetsplatsinriktad respektive arbetslivsinriktad rehabilitering och för att motverka långvarig sjukfrånvaro borde ses över. Det var enligt utredningen viktigt att rehabiliteringsåtgärder inkluderar arbetsplatsen för att lyckas. Men utredningen bedömde att arbetsgivare inte tar sitt

⁴⁹⁴ SOU 1990:49, *Arbete och hälsa*, kap. 5; prop. 1990/91:141, kap. 7.

⁴⁹⁵ Prop. 2006/07:1, *Budgetpropositionen för 2007*, utgiftsområde 10, s. 55–56.

⁴⁹⁶ Socialdepartementet, *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. 2015, dnr: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF; Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

⁴⁹⁷ Prop. 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017*, utgiftsområde 10, s. 38.

⁴⁹⁸ SOU 2020:24, s. 227–228.

rehabiliteringsansvar och att högre kostnader för arbetsgivarna kan minska sjukfrånvaron.⁴⁹⁹

Kunskapsläget om effekterna av arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter är oklart

Enligt en tidigare granskning av ISF kan medfinansieringen ha ökat möjligheterna för den enskilda personen att få rehabilitering. Men ISF hittade inte något stöd för att medfinansieringen påverkade sjukfrånvaron. Det kan ha berott på att det var svårt att avgöra, eftersom det inte fanns någon jämförelsegrupp och att politiken förändrades på flera andra sätt samtidigt.⁵⁰⁰

Det finns internationella studier som visar att arbetsgivarnas kostnadsansvar minskar risken för långtidssjukskrivningar och övergångar till förtidspension.⁵⁰¹ Dessutom visar en norsk studie att arbetsgivares inledande sjuklöneansvar minskar sannolikheten för att anställda påbörjar en sjukskrivning.⁵⁰² Men det finns inga studier på svenska förhållanden, vilket gör det svårt att dra långtgående slutsatser om effekterna.⁵⁰³ Samma svårigheter finns inom angränsande områden. Det gäller till exempel betydelsen av arbetsgivares ekonomiska drivkrafter för att begränsa kostnaderna inom arbetsskadeförsäkringen.⁵⁰⁴

Sanktionsavgifter är ett alternativ till en generell medfinansiering

Fackförbund inom välfärdssektorn har föreslagit utökade sanktionsavgifter som metod för att komma till rätta med bland annat den stressrelaterade sjukfrånvaron.⁵⁰⁵ Intervjupersonen från LO anser att sanktionsavgifter är en bättre lösning än medfinansieringsreformen. Den reformen tog enligt hen inte tillräcklig hänsyn till att privata och offentliga arbetsgivare skiljer sig åt. Därför vill hen hellre öka

⁴⁹⁹ SOU 2024:26, avsnitt 9.10.

⁵⁰⁰ ISF, Rapport 2015:4.

⁵⁰¹ ISF, *Stabilitet i sjukfrånvaron*, Rapport 2012:15, s. 45.

⁵⁰² Evang, E., Markussen, S., & Røed, K., The sick pay trap. *Journal of Labor Economics* 2014;32(2):305–336.

⁵⁰³ ISF, Rapport 2012:15, s. 45; ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport 2016:2, avsnitt 4.3.

⁵⁰⁴ SOU 2023:53, bilaga 3.

⁵⁰⁵ Facken i välfärden, *Miljarder skäl att förbättra arbetsmiljön – Om kommunernas och regionernas kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro*. 2024.

sanktionsmöjligheterna mot de arbetsgivare som inte uppfyller kraven på rehabilitering och planen för återgång i arbete. Det kan vara svårt att utforma, men hen framhåller samtidigt att det redan finns för sjukskrivna personer:

Försäkringskassan har möjlighet att hålla inne någons sjukpenning om de inte deltar i sin rehabilitering. Så det finns ju i [socialförsäkrings]balken för den enskilde. Så om man skulle kunna utveckla någonting liknande.

Även intervjupersonen från Svenskt Näringsliv är negativ till medfinansieringsreformen och det var de privata arbetsgivarna enhälligt överens om enligt hen. De efterfrågar förutsägbara kostnader och förutsättningar. Dessutom ansåg de privata arbetsgivarna enligt intervjupersonen att staten borde ta tag i sjukfrånvaron där problemet är som störst och det är det enligt hen i den offentliga sektorn. Medfinansiering skulle också försvåra möjligheterna på arbetsmarknaden för personer med en historia med ohälsa eller som har en funktionsnedsättning. Intervjupersonen anser även att en generell medfinansiering riskerar slå särskilt hårt mot mindre och nystartade företag:

För ett litet företag som får en medarbetare som blir långtidssjukskriven, eller får flera medarbetare som blir långtidssjukskrivna av olika anledningar, till exempel cancer, det kan vara vad som helst och det kan ju sänka vem som helst.

5.3.2 Arbetsgivare har redan vissa drivkrafter för att begränsa anställdas sjukfrånvaro

Arbetsgivare har redan ekonomiska drivkrafter att begränsa sjukfrånvaron.⁵⁰⁶ Det betonar personer från de arbetsgivarorganisationer som vi har intervjuat. Det förde företrädare för dessa organisationer också fram som argument mot ett förslag om att åter överväga hälsoväxlingen.⁵⁰⁷

Arbetsgivarnas ansvar för att betala sjuklön de första 14 dagarna i en sjukskrivning kan både vara en ekonomisk drivkraft och ett hinder för att arbetsgivarna ska begränsa anställdas sjukfrånvaro. En annan drivkraft för en god arbetsmiljö och för att ta tillvara de anställdas

⁵⁰⁶ Se SOU 2015:21, s. 486–487.

⁵⁰⁷ SOU 2020:24, avsnitt 8.5.

arbetsförmåga är att arbetsgivarna behöver arbetskraft och kompetens.

Arbetsgivarnas ansvar för sjuklöneperioden kan vara en ekonomisk drivkraft och ett hinder

De första 14 dagarna i ett sjukfall ansvarar arbetsgivaren för att ge sjuklön till anställda som blir sjukskrivna.⁵⁰⁸ Sjuklöneperioden infördes i samband med att Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag. Ett argument var att sjukpenningen annars skulle avlasta arbetsgivare för kostnader för sjukfrånvaro som kunde bero på en dålig arbetsmiljö. Regeringen ansåg också att en sjuklöneperiod ligger väl i linje med arbetsgivarnas ökade ansvar för rehabiliteringen av anställda som drabbats av sjukdom eller skada. Dessutom innebär reformen att Försäkringskassans kunde fokusera sina resurser på de längre sjukfallen.⁵⁰⁹

Även om sjuklöneperioden kan fungera som en drivkraft för arbetsgivare att begränsa sjukfrånvaron, kan den också ge inlåsningseffekter. Tas sjuklöneperioden bort riskerar visserligen antalet påbörjade sjukfall öka. Men sjuklöneperioden innebär också initiala kostnader som kan minska arbetsgivarnas vilja att bidra till att få långtidssjukskrivna anställda att återgå i arbete, eftersom det då finns en risk att de insjuknar igen och åter belastar arbetsgivarna med de initiala kostnaderna för sjukskrivningen.⁵¹⁰

Det finns kompensation för sjuklöneperioden

Det finns ett särskilt högriskskydd för arbetstagare som har omfattande sjukfrånvaro på arbetsplatsen.⁵¹¹ Det infördes samtidigt som sjuklöneperioden den 1 januari 1992. Den anställda kan ansöka om högriskskyddet och få ersättningen redan från och med den första sjukdagen och den anställdas arbetsgivare kan också få ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för den anställda. Syftet var att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer som ofta är sjuka

⁵⁰⁸ Lagen (1991:1047) om sjuklön och 27 kap. 9 § SFB.

⁵⁰⁹ Prop. 1990/91:181, om sjuklön, m.m. s. 26–27.

⁵¹⁰ Evang, E., Markussen, S., & Røed, K., The sick pay trap. *Journal of Labor Economics* 2014;32(2):305–336.

⁵¹¹ Bestämmelserna finns i 27 kap. 39–44 §§ SFB samt i 6 och 13–16 §§ lagen om sjuklön.

eller har ett arbetshandikapp genom att arbetsgivaren kan få sjuklönekostnaden ersatt.⁵¹²

Tidigare fanns det också en ersättning för höga sjuklönekostnader, som var särskilt utformad för ett ge små och nystartade företag högkostnadsskydd. Ersättningen avskaffades den 1 juli 2024. Regeringen ansåg att den relativt höga ersättningen riskerade att minska drivkrafterna att förebygga sjukfrånvaro och att vidta åtgärder för att sjukskrivna anställda ska kunna återgå i arbete. Dessutom medförde den automatiska hanteringen stor risk för felaktiga utbetalningar.⁵¹³ Det bekräftar även en granskning av ISF.⁵¹⁴

Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv är positivt inställd till att arbetsgivare ska ha ansvaret för sjuklöneperioden. Det är kopplat till ett stöd till en allmän obligatorisk socialförsäkring med solidarisk finansiering. Men hen anser att den avskaffade ersättningen för höga sjuklönekostnader gör det svårt, särskilt för små arbetsgivare. Det kan göra Svenskt Näringsliv negativa både till sjuklöneperioden och i förlängningen till att ha en allmän obligatorisk socialförsäkring.

Behovet av arbetskraft och kompetens kan också vara en drivkraft för en god arbetsmiljö och att ta tillvara anställdas arbetsförmåga

En generell drivkraft som intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna tar upp är behovet av arbetskraft och den anställdas kompetens. Svenskt Näringsliv anser att god arbetsmiljö och friska medarbetare är viktiga förutsättningar för att behålla och attrahera medarbetare, möta kunders förväntningar och öka den långsiktig lönsamheten. Organisationen anser därför att en låg sjukfrånvaro är en överlevnadsfråga för företagen, och att incitamenten för att förebygga sjukfrånvaro och ta tillvara arbetsförmåga är starka.⁵¹⁵

En av intervjupersonerna från SKR lyfter fram utmaningar med bemanning, bland annat på grund av en åldrande befolkning:

Ja, jag tycker att det är så tydligt problem hos många av våra arbetsgivare, det här med bemanningen och den stigande ohälsan, (...) så att det ligger lite i deras DNA att tänka arbetsmiljö och friskfaktorer.

⁵¹² Prop. 1990/91:181.

⁵¹³ Prop. 2023/24:83, *Ersättning för höga sjuklönekostnader upphör*.

⁵¹⁴ ISF, Rapport 2023:9.

⁵¹⁵ Svenskt Näringsliv, 2019, s. 18.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket beskriver hur sjukfrånvaron även påverkar andra anställda och möjligheten att skapa en attraktiv arbetsplats. Sjukfrånvaron kan till exempel göra andra anställda oroliga. Den kan enligt hen också öka arbetsgivarens kostnader genom vikarier, men också arbetsbelastningen på den övriga personalen:

Många gånger försöker kanske arbetsgivare hålla verksamheten i gång ett tag utan att ta in vikarier, för man vet ju inte hur långt ett sjukfall kommer bli. Det kan då bli en högre belastning på de andra under en period, vilket arbetsgivaren så klart inte vill.

Även intervjupersonen från LO anser att arbetsgivare har mycket att vinna på att behålla kompetensen hos personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna. Men hen hävdar att det finns hinder som kan göra det svårt för anställda att vara kvar hos sin arbetsgivare. Bland annat kan inte anställda få lönebidrag utan det krävs då först att de blir arbetslösa.

5.3.3 Det kan vara svårt för anställda att få anpassade arbetsuppgifter eller omplacering

En person med nedsatt arbetsförmåga kan behöva anpassade arbetsuppgifter eller i vissa fall en tillfällig förflyttning eller omplacering för att kunna återfå arbetsförmågan. Behovet av anpassningar är också något flera rapporter om Försäkringskassans samordningsuppdrag och sjukskrivnas behov av rehabilitering för att återgå i arbete tar upp.⁵¹⁶ Men trots de drivkrafter som arbetsgivare har i form av kostnader för sjukfrånvaro och behov av arbetskraft samt kompetens är möjligheterna till anpassning, förflyttning och omplacering begränsade hos många arbetsgivare. Det är viktiga aspekter för att förstå möjligheterna att uppnå målet med samordningsuppdraget. Det går vi igenom i det här avsnittet:

- Arbetsgivarnas ekonomiska ramar kan begränsa möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna.

⁵¹⁶ Se t.ex. Riksdagens socialförsäkringsutskott, *Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering*. Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1; Försäkringskassan, *Anpassningar av arbetet under sjukskrivning*. Arbetsrapport 2023:4, s. 4.

- De ekonomiska begränsningarna riskerar att urholka kraven på anpassning.
- Ekonomiska begränsningar kan göra det svårt för chefer att ta sitt ansvar.
- Arbetsgivares vilja att erbjuda anpassningar varierar.
- Kvinnor och män får olika anpassningar.
- Svårigheter för en person med nedsatt arbetsförmåga att bli omplacerad riskerar att leda till uppsägning.

Arbetsgivarnas ekonomiska ramar kan begränsa möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna

Möjligheten att anpassa eller byta arbetsuppgifter påverkar möjligheten för sjukskrivna anställda att kunna återgå i sitt arbete.⁵¹⁷

Arbetsanpassningar är också viktiga för om sjukskrivna upplever att arbetsgivaren ger tillräckligt stöd för återgång i arbete.⁵¹⁸ I en granskning av ärendeakter fann Försäkringskassan att det var minst 20 procent av de sjukskrivna som inte fick någon anpassning i arbetet, trots att läkaren hade bedömt att det behövdes.⁵¹⁹ Granskningen visar att det kunde ta onödigt lång tid att få till en anpassning även om cirka två tredjedelar som hade varit sjukskrivna cirka ett halvår hade fått anpassningar. Av de som inte hade fått någon anpassning angav 24 procent att det berodde på att arbetsgivaren inte kunde anpassa arbetet och 21 procent att arbetsgivaren inte ville.⁵²⁰

Enligt Svenskt Näringsliv anser företagen att svårigheter att anpassa arbetsuppgifter är det största hindret för att ta tillvara sjukskrivna medarbetares arbetsförmåga. Det är särskilt tydligt på stora företag. Det kan bero på att stora företag har högre grad av specialisering, fler arbetsuppgifter som kräver särskild förkunskap och att det kan vara svårt att erbjuda arbetare tjänstemäns arbetsuppgifter och vice versa.⁵²¹ Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser att små arbetsgivare begränsas av att de har ett mindre utbud av olika sorters

⁵¹⁷ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 49.

⁵¹⁸ Riksdagens socialförsäkringsutskott, Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1, s. 44.

⁵¹⁹ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2023:4, s. 4.

⁵²⁰ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 24–27 och 35.

⁵²¹ Svenskt Näringsliv, 2019, s. 26.

arbetsuppgifter. Men enligt hen har även stora arbetsgivare numer små möjligheter att anpassa arbetsuppgifter:

Men även hos större arbetsgivare så är det ganska slimmat i dag. Ibland när man pratar med de större så säger de att de har inte egentligen så himla stora möjligheter. I industrin så jobbar man med rotation och då måste alla rotera, man kan inte öka belastningen på vissa anställda för att någon plötsligt inte kan delta.

Även intervjupersonen från SKR anser att det finns begränsningar i arbetsgivarnas möjligheter att anpassa arbetsuppgifter eller erbjuda omplacering. Det kan handla om situationer då anpassningar skulle drabba kollegor, tredje man eller budgeten.

Ekonomiska begränsningar riskerar att urholka kraven på anpassning

Det skyddsombud med inriktning mot bland annat äldreomsorg och skyddsombudet från ett bussbolag som vi har intervjuat delar bilden av att ekonomiska begränsningar gör det svårt för arbetsgivare att anpassa arbetsuppgifter. De anser att hemtjänsten och bussföretag som de arbetar med kan erbjuda anpassningar under kort tid. Men de kan inte erbjuda anpassning eller omplacering för personer med mer varaktiga begränsningar. Den enhetschef från hemtjänsten som vi har intervjuat bekräftar det. Deras komplexa scheman innebär att en anpassning till en person medför sämre scheman och förhållanden för andra anställda. Enligt skyddsombuden har detta blivit värre över tid och minskat acceptansen för anpassning hos kollegor. De ekonomiska ramarna innebär enligt skyddsombudet att arbetsmiljölagens krav på arbetsgivare att anpassa arbetsförhållandena blir åsidosatt inom deras kommun:

Så arbetsmiljölagens skrivning med att man ska anpassa utifrån den fysiska och psykiska förmågan, den är lite bortsuddad. ”Ja, men jag är gammal, jag kan inte springa lika fort, jag behöver lite längre tid på mig” eller ”jag har en dålig period i livet just nu, jag ligger i skilsmässa, jag kanske inte presterar på topp just nu”. Funkar på en del ställen med bra chefer och så, de är jättelyhörda och ser till att ”vi löser det här”. Men den gruppen är mindre än den gruppen där det är ekonomisk press och man har piskan över sig att hålla budget.

Ekonomiska begränsningar gör det svårt för chefer att ta sitt ansvar

Intervjupersonen från SKR bekräftar att dåliga ekonomiska förutsättningar kan göra det svårt för arbetsgivare att ta sitt ansvar för arbetsmiljö och anpassning. Stora arbetsgrupper gör det särskilt svårt att ta ansvar för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Det påverkar inte bara risken för att bli sjuk utan också möjligheten att ta en persons nedsatta arbetsförmåga tillvara. Antalet medarbetare per chef i kommuner och regioner är också mycket högre i kvinno-dominerade yrkesgrupper, trots att de emotionella kraven är högre och förutsägbarheten är lägre än i mansdominerade yrkesgrupper.⁵²²

En rehabiliteringskoordinator från ett sjukhus beskriver också att chefsbyten försvårar deras arbete med att patienter ska kunna återgå i arbete. Enligt hen kan rehabiliteringskoordinatorerna behöva få arbetsgivaren att förstå hur patienten fungerar, vilka behov hen har och vilka förutsättningar som krävs för att personen ska kunna komma tillbaka. Det blir svårare om patienten inte har kvar samma chef som hen hade när hen blev sjuk.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket beskriver också att ansvaret för att rehabilitera nedsatt arbetsförmåga kan försvåras av återkommande chefsbyten. Det ökar enligt hen risken för att anställda kan gå sjukskrivna länge:

(...) man byter chef och de fortsätter att vara sjuka och så upptäcker en ny tredje chef att ”men här ligger något sjukfall, någon som inte har visat sig på länge”.

Svårigheterna som de ekonomiska förutsättningarna innebär för att rehabilitera nedsatt arbetsförmåga bekräftas också i den intervju vi har gjort med en enhetschef i hemtjänsten i samma kommun som skyddsombudet finns i. Enhetschefen beskriver hur de behöver skjuta över en stor del av sitt arbetsgivaransvar till HR-avdelningen. Det beror på att omsättningen av chefer är så hög att det skulle bli för ryckigt om varje chef skulle göra sina egna bedömningar. Omsättningen innebär också att de flesta cheferna är oerfarna. Chefernas förutsättningar innebär att de och HR behöver prioritera vad cheferna ska göra. Enligt den enhetschef som vi har intervjuat innebär det att

⁵²² Länsstyrelserna, *Hur jämställda är arbetsvillkoren i kommuner och regioner? En jämförelse mellan kvinno- och mansdominerade yrken*. 2023.

de inte gör något om en anställd är sjukskriven mer än ett år (kanske till och med bara ett halvår) och att det beror på det begränsade kostnadsansvaret:

Ja, men exempelvis de här jag beskriver då, att personen inväntar en operation, vi kan inte göra någonting innan dess, personen är alltför dålig. Där arbetar vi inte aktivt för att vi vet att det inte heller är förenat med en stor kostnad, utan där har vi tryckt på passiva knappen helt enkelt.

Arbetsgivarnas vilja att erbjuda anpassningar varierar

Utöver att arbetsgivarna kan ha små möjligheter att anpassa arbetsmiljön och arbetsuppgifterna kan möjligheterna också försämrats av arbetsgivarens inställning. Enligt Försäkringskassan upplever 78 procent av de som har varit sjukskrivna i cirka ett halvår att arbetsgivaren vill att de ska komma tillbaka, medan 9 procent upplever att arbetsgivaren inte vill det. 14 procent svarade att de inte vet och av dem var det bara 38 procent som upplever att de har fått stöd av arbetsgivaren. Av de 31 procent som inte hade fått någon anpassning av arbetsuppgifter var det 21 procent som angav att det beror på att arbetsgivaren inte vill.⁵²³

Arbetsgivarens vilja beror på chefens inställning och hur arbetsgivaren värderar arbetstagaren. Enligt en kunskapssammanställning från Försäkringskassan finns det studier som visar att den sjukskrivnas chef påverkar möjligheten att återgå i arbete mycket. Chansen att återgå ökar om chefen är lösningsfokuserad och kommer med förslag på hur den sjukskrivna personen ska kunna komma tillbaka till arbetet och kunna upprätthålla en fungerande arbets-situation. Chefen ser i så fall till att medarbetarna får en långsam och försiktig upptrappning och att den som har varit sjukskriven får arbeta i sin egen takt till en början.⁵²⁴

En rehabiliteringskoordinator från ett sjukhus anser att de enskilda arbetsgivarnas inställning kan påverka mer än om det är en liten eller stor arbetsgivare:

Det behöver inte vara så att en liten arbetsgivare har svårare att ta tillbaka en person, utan de kan vara jättedrivande att vilja ha tillbaka och gör allt. Medan en stor arbetsgivare där man tänker att här finns det många tjänster

⁵²³ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 23, 27 och 32.

⁵²⁴ Försäkringskassan Arbetsrapport 2024:1, *Faktorer som kan påverka återgång i arbete*, s. 16.

och man kan omplacera, så kan det vara jättesvårt. Men det kan vara vice versa också. Så det ser olika ut.

Det skyddsombud från ett bussbolag som vi har intervjuat anser att arbetsgivarens ovilja att hitta lösningar är det största problemet:

Hos oss upplever jag att de har kontakt med Försäkringskassan, de har kontakt med vården, men vad är själva målet för kontakten? Är det att få den här person tillbaka till jobbet, eller för att ”jag har gjort mitt och då har jag fria händer”? Målet är inte att hjälpa den här individen. Målet är bara att göra ”rätt”.

En kvalitativ studie av nio avstämningsmöten under 2007–2008 visar att arbetsgivarna kan påverka en persons återgång i arbete genom att framhålla antingen möjligheter eller svårigheter som är förknippade med att personen ska börja arbeta igen. Arbetsgivaren är den som har störst påverkan om den anställda kan återgå i arbete eller inte.⁵²⁵

Andra kvalitativa studier visar att arbetsgivarens inställning till rehabilitering skiljer sig markant beroende på vilken roll den sjukskrivna har på arbetsplatsen och hur värdefull arbetsgivaren anser att arbetstagaren är. Om den sjukskrivna personen har nyckelkompetens är arbetsgivarens kompromissvilja kring rehabiliteringen stor. Om hen däremot arbetar i ett låglöneyrke eller är förhållandevis lätt att ersätta i produktionen tar arbetsgivarna oftare upp de svårigheter som finns med att anpassa arbetsplatsen för arbetstagarens behov inom ramarna för den rådande budgeten.⁵²⁶ För arbetsgivare kan socialförsäkringssystemen och dess avtalsbaserade motsvarigheter vara en väg att slussa ut anställda som de inte kan eller vill ha kvar.⁵²⁷

För hälso- och sjukvården kan arbetsgivarens inställning vara central. En psykiater inom öppenvård psykiatri förklarar i våra intervjuer att de kliniska svårigheter som hen upplever vid sjukskrivningar ofta beror på arbetsgivaren:

⁵²⁵ Seing, I. m.fl., Policy and Practice of Work Ability: A Negotiation of Responsibility in Organizing Return to Work. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012;(22)4:553-564.

⁵²⁶ Seing, I. m.fl., Return to Work or Job Transition? Employer Dilemmas in Taking Social Responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation*, 2015;(37):18-19:1 760–1 769; Seing, I. m.fl., Early-Return-to-Work in the Context of an Intensification of Working Life and Changing Employment Relationships. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2015:25:1–12.

⁵²⁷ Lindqvist, R., 2000.

Dels kan det vara arbetsgivare som kanske inte har jättebra kunskap om vad som förväntas av dem eller vad de ska göra. Men sen kan det också, tycker jag, ganska ofta vara uppenbart att arbetsgivaren faktiskt vill bli av med den här personen också.

Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat anser att det finns en personlig aspekt i relationen mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. Arbetsgivaren borde inte låta relationen påverka, men det är svårt att undvika:

Men är det någon medarbetare som chefen kanske tycker om och tycker är en bra medarbetare, då ökar förutsättningarna för att det ska bli en bättre återgång. Är det någon som inte har skött sina kort alltid, och inte står högt upp i kurs hos arbetsgivaren, då finns kanske inte samma vilja.

Kvinnor och män får olika anpassningar

Det kan finnas vissa skillnader mellan vilka anpassningar som kvinnor och män får. En undersökning från 2012 visar att en större andel kvinnor än män svarade att de hade fått förändrade arbetstider, medan en större andel män svarade att den fysiska arbetsmiljön hade förändrats eller att de hade fått möjlighet till distansarbete från hemmet. Men dessa skillnader berodde framför allt på företagets huvudnäring eller de sjukskrivnas yrke. Skillnaderna beror alltså till stor del på att kvinnor och män arbetar i olika typer av yrken.⁵²⁸

År 2023 svarade män som var sjukskrivna för stressrelaterad ohälsa i högre grad än kvinnor att de hade blivit omplacerade till en annan roll, att de fått anpassningar som gjorde det möjligt att arbeta ostört och att de hade fått handledning. Däremot svarade kvinnor i högre grad än män att de hade fått anpassning i form av att arbeta på tider eller dagar som passade dem bättre samt att de hade fått arbeta hemifrån mer än tidigare.⁵²⁹

Svårigheter för en person med nedsatt arbetsförmåga att bli omplacerad riskerar att leda till uppsägning

Går det inte anpassa arbetsuppgifterna för en anställd med mer varaktigt nedsatt arbetsförmåga återstår ofta att omplacera personen. Men en undersökning från Försäkringskassan under 2012–2013 visar

⁵²⁸ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 18.

⁵²⁹ Riksdagens socialförsäkringsutskott, Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1, s. 39.

att det var ovanligt. Svårigheterna att bli omplacerad riskerar att leda till uppsägning på grund av sjukdom om de personer som det gäller inte klarar av att återgå i det ordinarie arbetet. Det är då ovanligare än för andra att de hittar ett nytt arbete.⁵³⁰ Undersökningen visar att stora arbetsgivare inte verkar omplacera sjukskrivna anställda i högre utsträckning än mindre arbetsgivare. Undersökningen visar också att det var vanligast med uppsägning i samband med sjukskrivning inom kommunerna och minst vanligt inom statliga arbetsgivare.⁵³¹

Den enhetschef och de skyddsombud som vi har intervjuat arbetar inom en stor kommun. Trots att kommunen är en så stor arbetsgivare beskriver de att kommunens anställda har små möjligheter att omplaceras till andra arbeten. Därmed blir konsekvensen ofta att den anställda blir uppsagd om hen inte kan klara av det ordinarie arbetet utan anpassning. Enligt ett av skyddsombuden beror det på att den sjukskrivna behöver konkurrera med andra om en ledig tjänst, vilket de från den fackliga sidan tycker är fel.

Enhetschefen i hemtjänsten beskriver samma situation. Cheferna har inte så mycket hjälp med omplaceringar av stödfunktioner i sin förvaltning och omplaceringar är svåra att få till. Processen försvåras av att de anställda inte vill hamna i ett läge där det är aktuellt att omplacera dem eftersom det kräver att det är utrett att den anställda inte längre klarar av den nuvarande anställningen. Kan den anställda då inte omplaceras blir hen i stället uppsagd. Kommunens möjlighet att erbjuda omplacering är dessutom begränsad till den egna delen av förvaltningen. Det innebär enligt enhetschefen att de flesta inte kan omplaceras:

I vår äldrevård- och omsorgsförvaltning så är det ganska sällan som man inte kan arbeta med hemtjänst men att man kan arbeta på äldreboende exempelvis. Så då blir det oftare, eller vad man ska säga, att man inte kan arbeta kvar alls.

De problem som skyddsombuden och enhetschefen beskriver är inte några nya företeelser. Exempelvis har en tidigare studie beskrivit hur åtstramningar under 1990-talskrisen innebar att andra delar av organisationerna inte ville ta över personer med nedsatt arbetsförmåga. I samband med att arbetsledning och resultatansvar

⁵³⁰ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 30 och 43.

⁵³¹ Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 1*. 2012-05-11, dnr 030061–2012.

decentraliserades verkade varje enhet vilja rekrytera sina medarbetare tämligen fritt – helst någon kvalificerad kraft utifrån. Även om det fanns en rehabiliteringspolicy kunde det uppstå långa diskussioner om omplacering. Andra problem som studien identifierar är att många arbetsplatser inte hade tillräckligt varierande arbetsuppgifter för vare sig arbetsträning eller omplacering. Exempelvis beskriver studien hur ett bussbolag hade mycket få arbetsuppgifter som inte var chaufförsjobb. Bolaget hade därför små möjligheter att ordna arbetsträning i andra typer av sysselsättning.⁵³² Det skyddsombud som vi har intervjuat från ett bussbolag beskriver samma situation nu.

5.3.4 Det finns olika uppfattningar om arbetsgivares drivkrafter skiljer sig åt mellan yrkessektorer

Olika arbetsgivare har olika förutsättningar och drivkrafter att begränsa sjukfrånvaron genom exempelvis anpassningar.⁵³³ Därmed skiljer sig förutsättningarna för Försäkringskassans samordningsuppdrag åt beroende på vem den anställdes arbetsgivare är. I det här avsnittet visar vi att det finns olika uppfattningar om skillnaderna mellan offentliga och privata arbetsgivare samt mellan små och stora arbetsgivare.

Det finns olika uppfattningar om skillnaderna mellan offentliga och privata arbetsgivare

De svårigheter för anställda att få anpassningar av arbetsuppgifter eller omplaceras som skyddsombuden och enhetschefen lyfter fram i våra intervjuer rör som sagt en stor kommun. I våra intervjuer beskriver vissa att den offentliga sektorn och särskilt kommuner har både dålig möjlighet och vilja att begränsa sjukfrånvaron. En av intervjupersonerna från Försäkringskassan känner inte till någon forskning om det, men enligt personens erfarenhet har både kommuner och hälso- och sjukvården generellt för svaga drivkrafter och för lite fokus på att minska sjukfrånvaron. Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv delar denna bild:

Och dessutom tycker privat sektor att man kanske ska ta i problemen där de faktiskt är som störst, och det är inte i privat sektor som sjukfrånvaron

⁵³² SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*, s. 15; Lindqvist, R., 2000, s. 165.

⁵³³ Se t.ex. ISF, Rapport 2015:4.

är det största problemet, utan det är offentlig sektor som har en läxa att göra här.

Sjukfrånvaron är också betydligt högre inom kommuner och regioner än inom det privata näringslivet. Men en analys från Försäkringskassan visar att det främst är andra faktorer än privat eller offentlig driftsform som påverkar sjukfrånvaron på en arbetsplats. Framför allt är det högre andel kvinnor och större andel personal i kontaktyrken med kända arbetsmiljörisker som arbetar inom offentlig verksamhet än inom privat verksamhet.⁵³⁴ I våra kontakter med Svenskt Näringsliv lyfter intervjupersonen fram en studie som de har beställt från en kommunikationsbyrå. Enligt studien kan inte faktorer som skillnader i könssammansättning, ålder, utbildningsnivå och utländsk bakgrund förklara hela skillnaden i sjukfrånvaro mellan offentlig och privat välfärdsverksamhet.⁵³⁵

De flesta som vi har intervjuat anser att det saknas generella mönster mellan olika typer av arbetsgivare. Exempelvis anser en läkare som är specialist i allmänmedicin och verksam i primärvården att de privata aktörerna inom hemsjukvården har stora problem vid sjukskrivningar:

(...) vi har märkt att de verkligen har utnyttjat sin personal till det maximala med timer och två minuter per patient. Och då har man förstått att det här är inget sunt arbetsliv.

Den andra intervjupersonen från Försäkringskassan och en rehabiliteringskoordinator inom primärvården anser att skillnaderna kan vara beroende av enskilda arbetsgivare. De säger att många har bra arbetsgivare och att de inte märks. Andra kan ha arbetsgivare som inte har hört av sig under ett års sjukskrivning. Ibland har stora organisationer nytta av sina stora HR-avdelningar. I andra fall har små företag lättare att hitta individuella lösningar.

Det finns olika uppfattningar om skillnaderna mellan stora och små arbetsgivare

Små arbetsgivare kan vara mer beroende av en enskild person än stora och det kan vara svårare för dem att hitta ersättare till nyckelkompetenser vid sjukfrånvaro.⁵³⁶ Intervjupersonen från

⁵³⁴ Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro, sektor och företagsstorlek*. Korta analyser 2018:1.

⁵³⁵ Re-Think, *Sjukfrånvaro i offentlig och privat driven välfärd*. 2019-01-28.

⁵³⁶ SOU 2015:21, s. 486–487.

Småföretagarnas Riksförbund anser också att små arbetsgivare kan vara mer lyhörda än stora:

För det tror jag också ibland, att de mindre är också bättre på att lyssna in och fråga arbetstagaren, ”har du tänkt på vad du kan göra för övrigt?” För att man känner hela verksamheten, och man har hoppat in när andra har varit föräldralediga eller långlediga under en sommar eller jullov eller liknade. Så att man har ganska bra koll på vad de andra gör.

Små arbetsgivare kan ha svårare att få tillbaka sjukskrivna anställda i arbete, men har samtidigt lägre risk för att de anställda blir sjukskrivna än stora arbetsgivare.⁵³⁷ Det gäller inte bara Sverige.⁵³⁸

Skälet till detta mönster är inte känt. En möjlig förklaring är sjuklöneperioden och de inlåsnings effekter som den kan skapa (se avsnitt 5.3.2).⁵³⁹ Små arbetsgivare är mer sårbara för kostnaden för sjuklönen än större arbetsgivare, vilket kan förklara varför de kan ha större drivkraft att förhindra sjukskrivningar. Men om någon väl blir sjukskriven blir också små arbetsgivare mer sårbara för risken för ytterligare sjuklöneperioder om den anställda återgår i arbete och sedan blir sjuk igen.

Små arbetsgivare kan även ha sämre möjligheter att anpassa arbetet eller att erbjuda alternativa arbetsuppgifter. Risken för sjukfrånvaro kan också vara högre hos större arbetsgivare eftersom de inte märker av produktionsbortfall på samma sätt som mindre arbetsgivare. Risken kan också bli högre på grund av att arbetsrelationerna kan vara mer opersonliga på större företag.⁵⁴⁰

Även intervjupersonen från Småföretagarnas Riksförbund lyfter fram de personliga relationerna hos mindre arbetsgivare:

I en mindre organisation kanske man både saknar en person men också pratar om vad de kommer eller inte kunna göra. ”Ska vi fråga lite tydligare också sen?” Så att det är väl lite som den här frågan tidigare om att man avslutar [anställningen], ja, det kanske är därför för att man frågar till slut mycket tydligare.

⁵³⁷ Försäkringskassan, Korta analyser 2018:1.

⁵³⁸ IFAU, *Arbetsplatsstorlek och sjukfrånvaro*. Rapport 2012:28.

⁵³⁹ Fevang, E., Markussen, S., & Røed, K., The sick pay trap. *Journal of Labor Economics* 2014;32(2):305–336.

⁵⁴⁰ Se t.ex. Försäkringskassan, Korta analyser 2018:1; IFAU, Rapport 2012:28; SOU 2015:21, s. 487.

Försäkringskassan lyfter också särskilt fram behovet av informationskanaler och kontaktvägar till mindre arbetsgivare.⁵⁴¹ Det har också ISF gjort.⁵⁴² Anställda hos mindre arbetsgivare kan också ha fått mindre stöd av arbetsgivare och av Försäkringskassan.⁵⁴³

Men Försäkringskassan gör ingen skillnad på små och stora arbetsgivare i det handläggarstöd till utredarna för kontakterna med arbetsgivare som myndigheten har tagit fram.⁵⁴⁴ Enligt en av intervjupersonerna från Försäkringskassan hade de målet att göra skillnad utifrån medskick om att de små arbetsgivarna har begränsade HR-resurser, begränsad tillgång till företagshälsovård och är ovana att hantera problematiska sjukskrivningar. Men sedan visade det sig att utredarna även hade samma svårigheter med exempelvis kommuner och regioner på grund av den stora omsättningen på chefer samt att även de har begränsad tid och begränsade resurser för att hantera sjukskrivningar och rehabilitering.

En läkare som är specialist inom allmänmedicin och verksam inom primärvården som vi har intervjuat anser ändå att arbetsgivarens storlek kan påverka. Hen anser både att små företag har svårt att hitta alternativa arbetsuppgifter och att det är svårare för sjukvården att nå ut till dem och informera jämfört med stora arbetsgivare.

5.3.5 Den anställdas inställning kan också påverka möjligheten att återgå i arbete

En rehabiliteringskoordinator inom primärvården anser att den anställdas vilja också kan påverka möjligheten att ta tillvara arbetsförmågan. Den anställda kanske har en konflikt med sin chef eller så beror sjukskrivningen på något som har hänt på arbetsplatsen. Det kan innebära att den anställda inte vill återgå till det arbetet.

Intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna betonar också att arbetstagarens drivkrafter är viktiga. Det är en aspekt som enligt intervjupersonen från Arbetsgivarverket faller bort i diskussioner om läkares, Försäkringskassans och arbetsgivares ansvar. Men det är

⁵⁴¹ Statskontoret, *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen*. Slutrapport 2023:6, s. 92–93; Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 55.

⁵⁴² ISF, *Arbetsgivare i små företag*, Rapport 2012:9.

⁵⁴³ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 23, 30 och 38.

⁵⁴⁴ Försäkringskassan, *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare sjukfall*, 2023-12-15, dnr FK 2023-035625.

enligt hen mycket viktigt att arbetstagaren gör vad hen kan för att arbeta trots sin sjukdom och för att delta i rehabiliteringsåtgärder. Enligt intervjupersonen från Svenskt Näringsliv kan sjukförsäkringens regler påverka den anställdas och andra aktörers vilja att framhäva hindren mot att återgå, snarare än möjligheterna:

Man strider för att hävda en oförmåga snarare än att värna den förmåga man har, hos många av aktörerna i processen. Sen vill många inget hellre än att jobba, så det ser olika ut.

Enligt en tidigare granskning av ISF skiljer sig benägenheten att avsluta sjukfallet i förtid mellan olika grupper av individer. Exempelvis återgår höginkomsttagare och högutbildade, korttidsanställda samt egenföretagare oftare före den angivna tiden i läkarintyget. Skillnaderna verkar bland annat ha att göra med arbetsvillkor och arbetsuppgifter samt ersättningsnivån och taket i sjukförsäkringen.⁵⁴⁵

En studie av kvinnors återgång i arbetet vid sjukfrånvaro på grund av psykiska ohälsa visar bland annat att kvinnor med en mer positiv attityd, starkare social press och högre upplevd kontroll hade starkare intention till att återgå i arbete. Intentionen ökade också sannolikheten att återgå i arbetet, men innebar inte att de kvinnorna mådde bättre.⁵⁴⁶

Enligt rehabiliteringskoordinatören inom primärvården kan Försäkringskassans avstämningsmöten också påverka patienten:

En känsla jag har är att patienten också kan sträcka på sig i de här mötena. För den får också chansen att lyssna in. Nu säger alla samma sak på det här mötet, eller om man har tagit samma beslut på mötet. Och alla kan liksom jobba mot patienterna och säga: ”Men det tog vi upp på mötet, och det här går vi igenom.” Det är verkligen det jag tycker är fördelen med ett avstämningsmöte.

⁵⁴⁵ ISF, *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron*, Rapport 2014:5, s. 69.

⁵⁴⁶ Hedlund, Å., *Return to work after long-term sick leave for common mental disorders*. 2024, Gävle University Press.

5.4 Svårt att se till att arbetsgivare utför vissa åtgärder

Vi beskriver tidigare i rapporten att möjligheten att påverka arbetsgivares vilja att begränsa anställdas sjukfrånvaro är en central del av samordningsuppdraget (se avsnitt 2.2). Men det är svårt. I det här avsnittet visar vi

- att Försäkringskassan inte kan se till att arbetsgivarna utför åtgärder (avsnitt 5.4.1)
- att Arbetsmiljöverket har begränsad möjlighet att komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag (avsnitt 5.4.2)
- att det finns olika uppfattningar om Försäkringskassan borde ha möjligheter att påverka arbetsgivarna (5.4.3).

5.4.1 Försäkringskassan kan inte se till att arbetsgivarna utför åtgärder

Försäkringskassan har små möjligheter både att förmå arbetsgivare att utföra åtgärder så att anställda sjukskrivna får en effektiv rehabilitering och att få dem att göra det så snabbt som möjligt. Framför allt saknar myndigheten mandat att utöva tillsyn över de aktörer som berörs av samordningsuppdraget (se avsnitt 3.2).

Enligt Försäkringskassan upplever 15 procent av de personer som har varit sjukskrivna cirka ett halvår att Försäkringskassan har fått arbetsgivaren att hjälpa de sjukskrivna mer. 44 procent tror inte att Försäkringskassan har påverkat arbetsgivaren, 28 procent vet inte och 12 procent anser att det inte är aktuellt.⁵⁴⁷

En lösning på Försäkringskassans begränsade möjligheter som har prövats är att myndigheten i stället ska ge impulser till Arbetsmiljöverket om en arbetsgivare inte tar sitt ansvar. Bland annat var det en tanke med den reform som innebar att arbetsgivarna fick ansvar att upprätta en plan för återgång i arbete.⁵⁴⁸ Men Arbetsmiljöverket har dåliga förutsättningar att komplettera Försäkringskassans arbete med samordningsuppdraget. Arbetsmiljöverket ställer visserligen krav på att arbetsgivare ska förebygga ohälsa och anpassa arbetet till

⁵⁴⁷ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 47.

⁵⁴⁸ Se t.ex. prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 70.

arbetstagarens förutsättningar, men myndigheten har små möjligheter att förmå arbetsgivare att ta ansvar för att anpassa arbetet och rehabilitera nedsatt arbetsförmåga. Dessutom ger Försäkringskassan få impulser till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassans utredare har begränsad nytta av samarbetet i sin handläggning.

5.4.2 Arbetsmiljöverket har liten möjlighet att komplettera Försäkringskassans uppdrag

Till skillnad från Försäkringskassan har Arbetsmiljöverket mandat att se till att arbetsgivarna utför åtgärder. Men Arbetsmiljöverket har liten möjlighet att komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag.

I det här avsnittet redogör vi för hur samordningsuppdraget bygger på att Arbetsmiljöverket ska kunna komplettera Försäkringskassan. Arbetsmiljöverket ställer också krav på arbetsanpassning. Men Försäkringskassan ger Arbetsmiljöverket få impulser om att arbetsgivare brister i sitt ansvar. Försäkringskassan har också begränsad nytta av samarbetet med Arbetsmiljöverket när de hanterar enskilda ärenden. Arbetsmiljöverkets sanktionsmöjligheter mot arbetsgivare som brister i sitt ansvar är dessutom oklara. Arbetsgivarna önskar å sin sida att Arbetsmiljöverket ska stötta dem mer.

Samordningsuppdraget bygger på att Arbetsmiljöverket ska kunna komplettera Försäkringskassan

I förarbetena till Försäkringskassans samordningsuppdrag skriver regeringen att dåvarande Yrkesinspektionen borde kunna överväga lämpliga åtgärder enligt arbetsmiljölagen om arbetsgivaren i enskilda fall försummar sitt ansvar enligt sjukförsäkringen.⁵⁴⁹ Enligt instruktionerna för Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan ska myndigheterna samverka med varandra för att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.⁵⁵⁰ Myndigheterna har haft överenskommelser om samverkan sedan åtminstone 2005.⁵⁵¹ Enligt överenskommelserna ska myndigheterna tillsammans

⁵⁴⁹ Prop. 1990/91:141, s. 51.

⁵⁵⁰ 7 § Förordningen (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket; 5 § Förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

⁵⁵¹ Försäkringskassans årsredovisning 2008, s. 45.

förstärka respektive myndighets tillsynsuppdrag inom arbetsmiljö, arbetsanpassning och rehabilitering.⁵⁵²

I budgetpropositionen för 2025 aviserar regeringen att Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket kommer att få i uppdrag att utveckla sin samverkan och tillsyn av arbetsgivares arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar. Det är enligt regeringen särskilt viktigt att främja arbetsgivares arbete med rehabilitering och arbetsanpassning samt att vidta åtgärder mot de arbetsgivare som brister i sitt rehabiliterings- eller arbetsanpassningsansvar.⁵⁵³

Arbetsmiljöverket ställer krav på arbetsanpassning

Arbetsmiljöverket ställer krav på att arbetsgivare fortlöpande ska undersöka möjliga åtgärder för att anpassa arbetet för arbetstagare som har någon form av nedsatt arbetsförmåga. Dessa anpassningar ska syfta till att undvika ohälsa och sjukfrånvaro eller till att underlätta återgång i arbete efter sjukfrånvaro. Arbetsanpassningar kan vara tidsbegränsade eller varaktiga.⁵⁵⁴

Arbetsmiljöverkets inspektioner inom fem olika näringsgrenar visar på bristande rutiner kring informationshantering om enskildas behov av arbetsanpassning och ett bristande förebyggande arbete för att fånga upp behoven i tid. I det systematiska arbetsmiljöarbetet har det funnits brister kring ohälsa-, tillbuds- och olyckshantering. Men Arbetsmiljöverket anser att inspektionerna har ökat arbetsgivarnas kunskap om föreskrifterna.⁵⁵⁵

Försäkringskassan ger Arbetsmiljöverket få impulser om att arbetsgivare brister i sitt ansvar

I förarbetena till kravet på att arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete skriver regeringen att Försäkringskassans tillsynsansvar i samordningsuppdraget innebär att myndigheten ska följa upp planerna och anmäla brister till Arbetsmiljöverket. Det ska Försäkringskassan exempelvis göra om deras uppföljning visar att

⁵⁵² Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan, *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr AV 2021/002883 och Dnr FK 2020/004786, s.1.

⁵⁵³ Prop. 2024/25:1, utgiftsområde 10, s. 31–32.

⁵⁵⁴ Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:5) om Arbetsanpassning.

⁵⁵⁵ Arbetsmiljöverket, *Inspektioner om arbetsanpassning – Projektrapport – nationella tillsynsaktiviteten fokusområde arbetsanpassning*. Dnr 2022/010014.

arbetsgivaren vid upprepade tillfällen låter bli att upprätta planer, eller att planerna är av undermålig kvalitet. Enligt regeringens beskrivning kan Arbetsmiljöverket utifrån dessa anmälningar bedöma om de behöver göra någon inspektion och eventuellt utfärda sanktioner, med stöd av det arbetsmiljörättsliga regelverket.⁵⁵⁶

Men enligt en tidigare granskning av ISF var det svårt för Försäkringskassan att ta på sig den rollen, eftersom myndigheten inte har någon renodlad tillsynsuppgift. I stället begär Försäkringskassan bara in planerna om utredarna behöver dem i sin handläggning. ISF konstaterade att det varken kan ge ett tillräckligt heltäckande underlag eller möjlighet att följa upp de arbetsgivare som hade brustit för att se om bristen var tillräckligt systematisk för att behöva anmälas. Dessutom konstaterade ISF att Försäkringskassan inte själv har sanktionsmöjligheter för att driva igenom resultatet av tillsynen. Det kanske största hindret var svårigheten för Försäkringskassans utredare att både kontrollera arbetsgivare och samtidigt försöka samarbeta med dem för att underlätta för den sjukskrivna personen att återgå i arbete.⁵⁵⁷

Samtidigt ansåg ISF att Försäkringskassan gjorde orimligt få anmälningar. Detsamma har dessutom både Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket beskrivit.⁵⁵⁸ Våra intervjupersoner från Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket bekräftar att problemen kvarstår. Försäkringskassans lösning är nu att förenkla för utredarna att informera Arbetsmiljöverket om eventuella brister. Utredarna ska till exempel inte behöva ta ställning till om bristerna är systematiska. Det gäller inte bara planerna för återgång i arbete, utan generellt.

Försäkringskassan har begränsad nytta av samarbetet med Arbetsmiljöverket i arbetet med enskilda ärenden

Impulserna från Försäkringskassan ger Arbetsmiljöverket möjlighet att förbättra sin tillsyn av arbetsgivarnas arbetsmiljöarbete. Det kan påverka sjukfrånvaron på sikt. Men Arbetsmiljöverkets tillsyn kan inte direkt påverka hur arbetsgivarna hanterar individuella sjukfall.⁵⁵⁹

⁵⁵⁶ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 70.

⁵⁵⁷ ISF, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, Rapport 2021:9, s. 107–110.

⁵⁵⁸ ISF, Rapport 2021:9, s. 81.

⁵⁵⁹ Försäkringskassan, *Att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess – svar på regeringsuppdrag*. 2019-02-18, dnr 00228-2019, s. 12.

Enligt Arbetsmiljöverket inspekterar myndigheten arbetsanpassning och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen främst på organisatorisk nivå och inte med fokus på vad som är lämpligast för arbetstagaren i det enskilda fallet.⁵⁶⁰ En av intervjupersonerna från Försäkringskassan anser att det minskar deras utredares vilja att ge impulser till Arbetsmiljöverket:

Drivkraften för en försäkringsutredare att lämna tips till Arbetsmiljöverket som sen gör en inspektion, och så vidare, det räddar inte upp det ärendet. Det räddar snarare kanske upp möjligen på sikt i fler ärenden hos den arbetsgivaren, om det är så att det finns en systematisk brist hur arbetsgivaren jobbar.

En av intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket bekräftar att deras inspektioner gäller systematiska brister och inte vad som har hänt i den enskilda sjukskrivningen. När de systematiska bristerna i form av exempelvis riktlinjer är åtgärdade är ärendet avslutat hos Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverkets sanktionsmöjligheter om en arbetsgivare brister i sitt ansvar är oklara

Enligt personerna från Arbetsmiljöverket som vi har intervjuat kan myndigheten inte agera på det sätt som regeringen beskriver i förarbetena om arbetsgivaren i enskilda fall försummar sitt ansvar enligt sjukförsäkringen.⁵⁶¹ Enligt ISF innebär regleringen av plan för återgång i socialförsäkringsbalken att Arbetsmiljöverket bara kan utöva tillsyn över om arbetsgivaren har organiserat verksamheten på lämpligt sätt för att kunna leva upp till kraven på en plan. Arbetsmiljöverket kan alltså inte granska om arbetsgivare verkligen upprättar planer eller granska kvaliteten i arbetsgivarens arbete med planer.⁵⁶²

Även TCO har problematiserat kraven på arbetsgivarna. Enligt TCO kan arbetsgivare trots kraven låta bli att ta sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering utan påföljder. TCO anser att det

⁵⁶⁰ Arbetsmiljöverket, Remissvar – Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:4). 2020-08-11, dnr 2020/029961.

⁵⁶¹ Prop. 1990/91:141, s. 51.

⁵⁶² ISF, Rapport 2021:9, s. 75.

saknas sanktionsmöjligheter och att Arbetsmiljöverket inte har haft resurser för att hålla tillräckligt hög nivå på inspektionsarbetet.⁵⁶³

Fackförbund inom välfärdssektorn för fram krav på att utöka sanktionsavgifterna om arbetsgivare bryter mot föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete och föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö. Enligt dem har bristfällig arbetsmiljö inom välfärdssektorn lett till att de stressrelaterade sjukfallen har femdubblats mellan 2010 och 2023.⁵⁶⁴

Regeringen har också velat förbättra möjligheterna att komma åt arbetsmiljörisker inom kvinnodominerade sektorer. Regeringen kopplar ihop dessa risker med den ökade sjukfrånvaron bland kvinnor. Regeringen ansåg att arbetsmiljölagen skulle ge ett bättre skydd mot olyckor än mot sjukdomar som beror på andra skadliga faktorer i arbetet.⁵⁶⁵ Sanktionsavgifterna fokuserar också tydligt på mansdominerade sektorer och de typer av arbetsmiljörisker som förekommer inom dessa sektorer.⁵⁶⁶ En utredning föreslår därför att regeringen bör utvidga Arbetsmiljöverkets föreskriftsrätt inom sanktionsavgiftsområdet.⁵⁶⁷

En anledning till att det saknas sanktionsavgifter inom vissa områden är att regeringen tidigare har ansett att sanktionsavgifter bör användas där det är enkelt och entydigt att avgöra om regleringarna följs eller inte.⁵⁶⁸ Det innebär att det i de flesta fall inte är belagt med sanktionsavgifter att inte följa reglerna för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Däremot kan arbetsgivare få sanktionsavgifter för brister i dokumentationen, exempelvis dokumentationen av det systematiska arbetsmiljöarbetet eller dokumentationen av åtgärder kopplade till föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö.⁵⁶⁹

Fokuset på tydliga föreskrifter syns också i hur Arbetsmiljöverket använder sanktionsavgifter. De branscher som Arbetsmiljöverket gav

⁵⁶³ TCO, *Morgondagens sjukförsäkring – Standardtrygghet och omställning*. 2018-02-05.

⁵⁶⁴ Facken i välfärden, *Miljarder skäl att förbättra arbetsmiljön – Om kommunernas och regionernas kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro*. 2024.

⁵⁶⁵ Dir. 2021:44, *Utökade möjligheter att upprätthålla en god arbetsmiljö*, s. 3–5.

⁵⁶⁶ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Sanktionsavgifter för överträdelser av arbetsmiljölagen – en effektutvärdering*. Rapport 2024:3; SOU 2022:45, *Steg framåt med arbetsmiljön i fokus*, avsnitt 4.9.1.

⁵⁶⁷ SOU 2022:45, avsnitt 4.9.1.

⁵⁶⁸ Prop. 2012/13:143, *Effektivare sanktioner för arbetsmiljö och arbetstidsreglerna*, s. 61; Myndigheten för arbetsmiljökunskap Rapport 2024:3, s. 20.

⁵⁶⁹ SOU 2022:45, s. 258.

flest förelägganden om sanktionsavgifter 2023 var byggbranschen, handeln och tillverkningsbranschen. Sanktionsavgifterna rörde tydliga brister mot tydliga föreskrifter och de vanligaste orsakerna 2023 var

- att det saknas fallskydd vid byggnads- och anläggningsarbete
- obesiktade tryckkärl, rörledningar, cisterner med mera (trycksatta anordningar)
- obesiktade lyftanordningar.⁵⁷⁰

Dessutom är möjligheten att använda sanktionsavgifter som påtryckningsmedel beroende av Arbetsmiljöverkets inspektioner. Enligt Arbetsmiljöverket varierar antalet förelägganden om sanktionsavgifter från år till år beroende på vilka branscher som myndigheten har inspekterat.⁵⁷¹

Enligt Myndigheten för arbetsmiljökunskap verkar de arbetsgivare som får sanktionsavgifter genomföra åtgärder. De får också ökad kunskap om arbetsmiljörisker samt om arbetsgivarens ansvar. Men Arbetsmiljöverket har påtagliga problem med att nå ut med information och att vara tillräckligt tydliga och transparenta. Problemen är särskilt stora i kvinnodominerade sektorer och organisationer med färre än tio anställda, men de förekommer även gentemot arbetstagarrepresentanter. Dessutom har inspektörerna i viss utsträckning avstått från att använda sig av sanktionsavgifter på grund av en rad praktiska och mer principiella svårigheter i att ge arbetsgivare sanktionsavgifter.⁵⁷² Även det begränsar Arbetsmiljöverkets möjlighet att komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag. Den bilden bekräftar också våra intervjuer med personer från arbetsgivarorganisationerna.

Arbetsgivarna önskar att Arbetsmiljöverket stöttar mer

Intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna berättar att de inte hör så mycket från sina medlemmar om att Arbetsmiljöverket kontrollerar deras ansvar för att förebygga och rehabilitera nedsatt arbetsförmåga. Däremot efterfrågar arbetsgivarna mer stöd.

⁵⁷⁰ Arbetsmiljöverket, *Årsredovisning 2023*, s. 23.

⁵⁷¹ Arbetsmiljöverket, *Årsredovisning 2023*, s. 23.

⁵⁷² Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Rapport 2024:3.

Arbetsgivare behöver stöd och information inom området, vilket Försäkringskassan har haft svårt att ge. Här skulle Arbetsmiljöverket kunna komplettera Försäkringskassan. Men enligt intervjupersonen från Småföretagarnas Riksförbund har deras medlemmar knappast en positiv bild av Arbetsmiljöverket:

Men generellt ska sägas att när vi frågade om synen på olika myndigheter, så var väl inte Arbetsmiljöverket den som man hade positivaste bilden av. Och framför allt är det inte en myndighet som man anser stöttar på något sätt, utan man ser dem enbart som en kontrollmyndighet.

Även intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser att deras medlemmar efterfrågar mer stöd:

Jag vet av diskussioner jag haft med de hos oss som jobbar med arbetsmiljöfrågor att företagen önskar sig mer av samarbete med Arbetsmiljöverket, att de är en "speaking partner". Att man kan resonera kring, vad finns det för bra tillvägagångssätt, råd och tips och verktyg för att komma vidare. Och inte bara tillsyn och sanktion.

5.4.3 Olika syn på om Försäkringskassan borde ha möjligheter att påverka arbetsgivarna

Intervjupersoner från både Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket säger att Försäkringskassan borde ha någon form av sanktionsmöjligheter. Enligt en studie från Försäkringskassan gör många utredare sitt bästa för att informera och försöka påverka arbetsgivare att ta sitt ansvar. Men de är uppgivna när det gäller möjligheten att påverka arbetsgivarna och de kanske inte ens försöker.⁵⁷³ Just den uppgivenheten var något som Försäkringskassans samordningsuppdrag skulle komma åt.⁵⁷⁴

I sitt remissvar på förslaget att införa rehabiliteringskedjan föreslog Arbetsmiljöverket att Försäkringskassan inom sitt eget regelverk skulle få rätt att vidta åtgärder gentemot de arbetsgivare som inte genomför de arbetsanpassningsåtgärder som är nödvändiga.⁵⁷⁵ En av intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket beskriver att sanktionsmöjligheter kan utformas på olika sätt:

⁵⁷³ Försäkringskassan, PM2022:2, s. 18.

⁵⁷⁴ SOU 1988:41, *Tidig och samordnad rehabilitering*, s. 78–79.

⁵⁷⁵ Arbetsmiljöverket, *Införandet av en rehabiliteringskedja, promemoria S2007/11032/SF*. Dnr CTO 2007/52935, s. 1 och 2.

Ja, jag kan tycka det faktiskt. Jag tror att det skulle också underlätta för Försäkringskassans samordningsuppdrag. Och det kan man lägga upp på många sätt, både naturligtvis att de arbetsgivarna som inte sköter sig kanske skulle kunna betala mer sjuklön och liknande, eller att arbetsgivarna går in, som det var tidigare, och efter ett antal dagar betalar en del av ersättningen till den enskilde.

Denna typ av sanktionsmöjligheter liknar de möjligheter som finns i Nederländerna. Där kan den tidsperiod som arbetsgivaren betalar den anställdas sjukersättning förlängas om arbetsgivaren inte tar tillräckligt ansvar för att förebygga och rehabilitera nedsatt arbetsförmåga.⁵⁷⁶

I förarbetena till Försäkringskassans samordningsuppdrag skriver regeringen att dåvarande Yrkesinspektionen borde kunna överväga lämpliga åtgärder enligt arbetsmiljölagen om arbetsgivaren i enskilda fall försummar sitt ansvar enligt sjukförsäkringen.⁵⁷⁷ Men frågan är om Arbetsmiljöverket har den möjligheten. Det anser inte intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket. Enligt en av dem är det därför som Försäkringskassan behöver sanktionsmöjligheter:

Det enda vi kan göra när det gäller Försäkringskassans verksamhet när det gäller att ställa krav, det är att det ska finnas en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet hos arbetsgivare. Men vi kan aldrig gå in och tala om och ställa krav på att man inte har gjort det som man ska göra enligt socialförsäkringsbalken, utan det borde vara Försäkringskassan som gör det.

En anledning till att Försäkringskassan inte bör ha sanktionsmöjligheter är att det skulle kunna vara svårt att förena med arbetsgivares skyldigheter enligt bland annat arbetsmiljölagen.⁵⁷⁸ En av intervjupersonerna från Försäkringskassan betonar också att det inte är säkert att det behövs tillsyn:

Sen skulle jag vilja säga att vi har ganska lite på fötterna kring hur vanligt förekommande det faktiskt är. En signal som samverkansansvariga har skickat utifrån erfarenheterna och dialoger med försäkringsutredare är att det inte är ovanligt att man ser att brister i vår handläggning är en del av problematiken också.

⁵⁷⁶ SOU 2011:11, bilaga 8, s. 17; SOU 2024:26, s. 23.

⁵⁷⁷ Prop. 1990/91:141, s. 51.

⁵⁷⁸ SOU 2015:21, s. 627.

5.5 Arbetsgivarna får inte alltid den information och kunskap som de behöver

I tidigare avsnitt i detta kapitel beskriver vi hur både arbetsgivares drivkrafter och möjligheter att begränsa anställdas nedsatta arbetsförmåga kan brista. Möjligheten att begränsa anställdas nedsatta arbetsförmåga påverkas också av vilken information och kunskap som arbetsgivarna har. I det här avsnittet går vi igenom

- arbetsgivarnas behov av information och kunskap (avsnitt 5.5.1)
- arbetsgivarnas svårigheter att få tillräcklig information från läkarintygen (avsnitt 5.5.2)
- hur kontakter mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvården kan försvåras av att arbetstagaren inte vill lämna sitt samtycke (avsnitt 5.5.3)
- hur konflikter mellan arbetsgivare och anställda kan göra det svårt för arbetsgivare att få information från hälso- och sjukvården (avsnitt 5.5.4).

5.5.1 Arbetsgivarna kan ha stort behov av information och kunskap

Arbetsgivare behöver både kunskap och information för att kunna ta sitt ansvar i rehabiliteringsprocessen, men det råder ofta brist på båda.⁵⁷⁹ Detta tar de som vi har intervjuat också upp.

Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat skulle vilja ha uttalade kunskapskrav på chefer som ska ansvara för rehabilitering. En intervjuperson från Socialstyrelsen anser att okunskap kan vara en orsak till att arbetsgivare har svårt att ge arbetstagare bra stöd:

Nej, men så att jag uppfattar att arbetsgivarna vill men vet inte riktigt hur. Ja, men det är mycket kring sekretess, man tar inte kontakt med vården hur som helst.

Intervjupersonerna från Arbetsmiljöverket instämmer. Arbetsgivares okunskap ligger bakom myndighetens arbete med att ta fram en ny

⁵⁷⁹ SOU 2020:24, avsnitt 5.8.1, s. 189 och 194–195.

föreskrift, men det gör även vissa arbetsgivares ovilja att prioritera frågan. Arbetsmiljöverket har enligt intervjupersonerna därför försökt att vara tydliga:

Ja, vi har verkligen försökt vara tydliga i paragrafen att man måste ha en regelbunden kontroll av hur det ser ut på arbetsplatsen för de enskilda, om det är någon som har behov av någonting, och då ska man se till att ge den arbetsanpassningen.

Intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna beskriver att de på olika sätt försöker stötta arbetsgivare för att öka deras kunskap. De har skapat nätverk med sina arbetsgivare och bistår med utbildningar samt riktlinjer. De har också partsgemensamma samarbeten genom bland annat Afa Försäkring, Prevent, Suntarbetsliv och Partsrådet.

5.5.2 Läkarintygen ger inte alltid arbetsgivare tillräcklig information

En anställd kan välja att inte dela information om sin diagnos i läkarintyget med sin arbetsgivare.⁵⁸⁰ Syftet med denna reglering är att värna individens integritet, men det kan medföra problem för arbetsgivaren att försöka rehabilitera den anställda.⁵⁸¹ Tidigare utredningar lyfter att det är ett problem att läkarintyg inte ger arbetsgivare tillräckligt med information.⁵⁸² ISF har visat att läkarintygen sällan innehåller information om vad som kan vara en lämplig rehabiliteringsåtgärd. Det påverkar bland annat arbetsgivarens möjlighet att upprätta en plan för återgång i arbete.⁵⁸³

Intervjupersonerna med arbetsgivaranknytning anser alla att detta fortfarande är ett problem. Den enhetschef i hemtjänsten som vi har intervjuat beskriver att deras HR anser att hen ska godkänna sjuklöneperioden om det finns ett läkarintyg som är underskrivet. Men hen anser att det är vanligt att läkarintygen inte innehåller någon information, vilket gör det svårt att veta hur hen ska förhålla sig till bland annat rehabiliteringsmöjligheterna.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser också att läkarintyget och kontakten mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvården är

⁵⁸⁰ 9 § lagen om sjuklön.

⁵⁸¹ Prop. 1990/91:181, s. 47.

⁵⁸² Se t.ex. SOU 2020:24, avsnitt 5.3.3.

⁵⁸³ ISF, Rapport 2021:9, s. 34.

mycket viktig för arbetsgivaren. Hen berättar om ett studiebesök som de gjorde för några år sedan på en vårdcentral som arbetade aktivt med denna kontakt. Skulle de utfärda ett läkarintyg tog de redan tidigt i sjukfallet kontakt med arbetsgivaren för att se om det fanns några möjligheter att anpassa arbetet. Intervjupersonen anser att det ofta går att undvika en sjukskrivning på heltid om arbetsgivaren kan anpassa arbetet redan under sjuklöneperioden.

Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser att bristerna i läkarintygen innebär att arbetsgivarna egentligen behöver stöd av Försäkringskassan redan under sjuklöneperioden:

Så den kontakt som Försäkringskassan har med vården när det gäller att komplettera intygen för att få fullgott beslutsunderlag, det är också arbetsgivarna beroende av att få, för de har också samma beslut att ta ställning till. Ska ersättning betalas? Är frånvaron lovlig? Ska man vidta rehabiliterande insatser, alltså anpassningsåtgärder på arbetsplatsen för att ta tillvara förmåga trots sjukdom?

Intervjupersonerna från SKR berättar att svårigheterna har lett till att de och de stora arbetsgivarorganisationerna har tagit fram ett nytt läkarintyg. Syftet med detta läkarintyg är att arbetstagaren både ska styrka sin rätt till att vara frånvarande från arbetet och beskriva vilka arbetsuppgifter hen inte bör utföra. Ett sådant läkarintyg kan ha betydelse för arbetsgivaren i rehabiliteringsarbetet och ge arbetsgivaren vägledning om det går att anpassa arbetsuppgifter för att göra det möjligt för arbetstagaren att utföra visst arbete, enligt SKR.⁵⁸⁴

Det är vanligt att den anställda personen vill ta bort uppgifter ur läkarintyget när det gäller psykisk ohälsa, enligt ett av de skyddsombud som vi har intervjuat. Skyddsombudet anser också att arbetsgivaren och arbetstagaren kan vara oense om hur arbetet ska beskrivas:

En annan fråga som vi får är då att arbetsgivaren tycker att läkaren inte förstår vad individen gör. För individen beskriver vad den gör. Och så sjukskriver läkaren utifrån det. Medan arbetsgivaren tycker att ”ja, men du har inte riktigt beskrivit tydligt nog för läkaren vad du sysslar med”. Och då blir det en konflikt där.

⁵⁸⁴ SKR, *Läkarintyg om arbetsförmåga – sjuklöneperioden* (AG 1–14), s. 4.

5.5.3 Kontakter mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren kan bli svårare utan samtycke

Det är inte bara i läkarintyget som arbetstagarna kan styra över vad arbetsgivaren får veta. Enligt skyddsombudet händer det att arbetsgivaren vill ha ett möte med arbetstagaren och den behandlande läkaren, exempelvis på grund av ett otydligt läkarintyg. Men det kan också vara svårt att få till på grund av att arbetstagaren då måste lämna samtycke.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser att sekretessen behövs, men att den kan skapa problem. Exempelvis kan åtgärder bli kontraproduktiva om inte arbetsgivaren och hälso- och sjukvården vet vad den andra aktören gör.

Samtidigt betonar intervjupersoner från bland annat facken och intervjupersoner från hälso- och sjukvården att det är viktigt att den anställda personen kan välja vilken information som arbetsgivaren får ta del av. Intervjupersonen från LO anser att arbetsgivare kan vilja veta för mycket och att vikten av samtycke ofta faller bort:

De behöver inte veta om någon går hos någon psykolog på grund av att något trauma från barndomen har ploppat upp. Så de är väldigt tydliga med att de vill veta absolut allt, och jag säger alltid i de forumen, nej, det behöver arbetsgivaren inte.

5.5.4 Konflikter mellan arbetsgivare och anställda kan göra det svårt att få information från vården

Konflikter mellan arbetsgivaren och arbetstagaren ökar sannolikheten för att arbetsgivaren inte får tillräcklig information. Det gäller en förhållandevis stor grupp av sjukfallen. Enligt Försäkringskassan upplever 21 procent av de som hade varit sjukskrivna i cirka ett halvår för psykiatriska diagnoser att konflikter och kränkande särbehandling hade bidragit till sjukskrivningen.⁵⁸⁵

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser att läkare ibland har en tendens att ta arbetstagarens parti och inte ta in andra perspektiv. Enligt hen händer det att läkaren skriver att patienten inte bör prata med sin arbetsgivare på grund av arbetssituationen. Samtidigt kan arbetsgivaren ha en helt annan bild av situationen. Därför anser hen

⁵⁸⁵ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 18–19.

att läkare inte bara ska utgå från vad patienten säger utan att läkaren också bör ta en tidig kontakt med arbetsgivaren. Då kan Försäkringskassan enligt intervjupersonen vara ett stöd som oberoende part, genom att kalla till ett avstämningsmöte.

Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat efterlyser i sin tur att arbetsgivaren ska ta på sig ett extra ansvar när det gäller konflikter:

Från mitt uppdrag som facklig så förväntar jag mig att chefen i det här fallet måste vara den som är ledaren, och den vuxne i rummet som ser till att det blir konstruktivt.

Enligt intervjupersonen från SKR kan arbetsgivarens storlek påverka möjligheten att lösa en konfliktbaserad sjukskrivning genom omplacering. Konflikten kan innebära att arbetstagaren inte kan vara kvar på sin enhet, men att hen i stället kan arbeta någon annanstans. Intervjupersonen bedömer att det är svårare att lösa för små arbetsgivare.

5.6 Försäkringskassan har haft svårt att stötta arbetsgivare

De föregående två avsnitten beskriver att arbetsgivarna inte alltid får den information och kunskap som de behöver och att Försäkringskassan inte kan se till att arbetsgivare utför åtgärder. En möjlighet som återstår är att påverka arbetsgivarna med hjälp av information. I det här avsnittet redogör vi för

- hur Försäkringskassan kan behöva hjälpa arbetsgivare med information och kunskap (avsnitt 5.6.1)
- att det finns ett missnöje bland arbetsgivare med stödet från Försäkringskassan (avsnitt 5.6.2)
- att Försäkringskassan har tagit bort de uppskattade kontaktpersonerna (avsnitt 5.6.3)
- hur Försäkringskassan har fokuserat på strukturell samverkan och generell information snarare än samordning i enskilda ärenden (avsnitt 5.6.4).

5.6.1 Försäkringskassan kan behöva hjälpa arbetsgivare med information och kunskap

Olika intervjupersoner från arbetsgivarorganisationer och fack lyfter fram att Försäkringskassan är viktig för att hjälpa arbetsgivare med information och kunskap. Intervjupersonen från Arbetsgivarverket anser att det är en central del av Försäkringskassans samordningsuppdrag, eftersom myndigheten ofta vet saker som inte arbetsgivaren vet. Det gäller exempelvis försäkringsmedicinska utredningar och kontakt med hälso- och sjukvården som arbetsgivaren inte har tillgång till. Ibland har Försäkringskassan till och med kontakt med Arbetsförmedlingen utan att arbetsgivaren vet om det. Försäkringskassan har enligt intervjupersonen också viktig kunskap om regelverket som påverkar vilka åtgärder arbetsgivaren bör genomföra. Ett av skyddsombuden som vi har intervjuat anser att det skulle vara bra om Försäkringskassan vid exempelvis avstämningsmöten också kan ge arbetsgivaren allmän information för att öka arbetsgivarens kunskap om sina möjligheter när en anställd blir sjukskriven.

En av intervjupersonerna från Försäkringskassan berättar också att det tydligaste önskemålet från arbetsgivarna som de har fått är att arbetsgivare behöver information. Hen menar att myndigheten därför behöver bli tydligare med att utredarnas uppdrag i kontakten med arbetsgivare inte bara handlar om att utreda rätten till ersättning utan också om att informera. Men intervjupersonerna från Försäkringskassan berättar att det kan vara svårt för utredare att föra dialog med arbetsgivare.

Det handläggarstöd som Försäkringskassan har tagit fram till utredarna är tänkt att underlätta denna dialog. Enligt handläggarstödet kan arbetsgivarna behöva information från utredarna för att kunna fullgöra sitt ansvar för att anpassa arbetet och rehabilitera den sjukskrivna personen eftersom arbetsgivarnas kunskap om sjukförsäringen och rehabilitering varierar. Handläggarstödet ska ge utredarna tillräcklig kunskap om detta ansvar för att de ska vara trygga i att ta den dialogen. Försäkringskassan hoppas att myndigheten på detta sätt kan underlätta och stödja sjukskrivnas möjlighet att återgå i arbete så tidigt och på ett så hållbart sätt som möjligt.⁵⁸⁶

⁵⁸⁶ Försäkringskassan, 2023-12-15, dnr FK 2023/035625.

5.6.2 Det finns ett missnöje med stödet från Försäkringskassan

Enligt våra intervjuer finns det ett missnöje bland arbetsgivare med stödet från Försäkringskassan. Det handlar om att myndigheten inte alltid tolkar regler på samma sätt och att myndigheten inte ger stöd i vissa enskilda situationer. Missnöjet handlar inte om brister i Försäkringskassans generella information.

En av intervjupersonerna från SKR berättar att deras arbetsgivare kan få olika besked beroende på lokala skillnader inom Försäkringskassan. Deras medlemmar kan enligt dem få information om exempelvis regelverk som inte stämmer överens med den information som SKR får av Försäkringskassans huvudkontor. De bedömer att detta ligger bakom att Försäkringskassan har tagit fram sin nya definition av samordningsuppdraget.

Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser att Försäkringskassan brister i stödet till arbetsgivarna. Enligt hen är Försäkringskassan inte aktiv i vissa mycket långa sjukskrivningar. Arbetsgivarna undrar vad som händer men har svårt att få kontakt och dela information. Arbetsgivarna försöker enligt hen hitta lösningar, men det är svårt:

Avstämningsmöten, det kallar en del arbetsgivare till själv eftersom Försäkringskassan inte gör det, men då kommer inte vårdan. Man har svårt att komma vidare helt enkelt, man tycker inte att Försäkringskassan är en aktiv medspelare i processen för att få tillbaka den anställda i jobb och för att ta tillvara arbetsförmåga.

Enhetschefen i hemtjänsten som vi har intervjuat säger sig inte heller uppleva att Försäkringskassan har varit aktiv i de sjukfall som hen har varit inkopplad i. Men hen skulle gärna se att Försäkringskassan hade avstämningar, gärna digitalt, för att det ska vara möjligt att prioritera med enhetschefens begränsade resurser:

Ett önskemål från min sida i så fall, det skulle vara att en gång per år eller en gång vartannat år få en inbjudan till ett Teams- eller Skype-möte där man bara genomlyste, var är vi nu, vad händer nu. Även om det inte framgår någonting, så att man i alla fall har reflekterat kring att det här är en person som är hemma sjuk, som jag har arbetsgivaransvar för och som Försäkringskassan betalar för.

Liknande önskemål kommer även från intervjupersoner från arbetsgivarorganisationerna. Bland annat intervjupersonen från

Arbetsgivarverket anser att det ibland kan räcka med en kontakt eller ett digitalt möte:

Så att man vet vad det är som gäller i ett ärende, och att man är överens om en planering. Det är ännu viktigare där det finns en massa okända parametrar i ett ärende, så att man kan komma vidare på det sättet.

5.6.3 Försäkringskassan har tagit bort de uppskattade kontaktpersonerna

En metod för att ge arbetsgivare stöd i sjukskrivningsärenden var de kontaktpersoner som Försäkringskassan tidigare erbjöd arbetsgivare. Enligt våra intervjuer var dessa uppskattade av arbetsgivarna. Men Försäkringskassan har inte längre den funktionen.

Samordningsuppdraget ledde till att de dåvarande försäkringskassorna utvecklade olika samarbeten med arbetsgivare. Bland annat erbjöd Stockholms läns allmänna försäkringskassa kontaktpersoner till arbetsgivare som löpte särskild risk för att anställda blev sjukskrivna. År 1998 föreslog en utredning att arbetsgivare skulle få begära en särskild kontaktperson på sin försäkringskassa. Dit skulle de kunna vända sig till för att få stöd i att ta sitt rehabiliteringsansvar.⁵⁸⁷

Förslaget ledde inte till någon lagändring, men Försäkringskassan fortsatte ändå att arbeta med flera sådana lösningar. Bland annat erbjöd Försäkringskassan större arbetsgivare att vid behov teckna skriftliga samverkansöverenskommelser. De innebar bland annat att arbetsgivarna fick tillgång till ett kontaktteam som skulle ansvara för arbetsgivarens samtliga sjukfall.⁵⁸⁸ År 2005 bedömde Försäkringskassan att rehabiliteringsprocessen ofta fungerade väl hos arbetsgivare med en särskild kontaktperson vid Försäkringskassan. Däremot hade Försäkringskassan inte lyckats ordna kontaktpersoner för de mindre arbetsgivarna, bara för de stora och medelstora.⁵⁸⁹

Försäkringskassan har avvecklat det här arbetssättet, men intervjupersonen från Svenskt Näringsliv anser att arbetsgivarna, och då

⁵⁸⁷ SOU 1998:104, s. 240–241.

⁵⁸⁸ Se t.ex. Försäkringskassans årsredovisning 2012, s. 71–72; 2013, s. 83; 2014, s. 126; 2015, s. 135; 2017, s. 93.

⁵⁸⁹ Försäkringskassan, *Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete – Försäkringskassans metodundersökning 2004*. Analyserar 2005:17, s. 76.

särskilt koncernerna, uppskattade kontaktpersonerna. Hen anser att både sjukskrivningar och rehabiliteringen är lättare att hantera om Försäkringskassans utredare känner till organisationen och har en upparbetad relation till den. Det kan vara extra viktigt för koncerner som har anställda på flera olika orter och därför riskerar att ha sjukskrivna med olika ansvariga utredare på olika kontor inom myndigheten.

Även intervjupersonen från Arbetsgivarverket är positiv till kontaktpersonerna. Enligt hen är det svårt att få kontakt med Försäkringskassan och vissa arbetsgivare vågar inte planera åtgärder utan att först stämma av med Försäkringskassan. Därför skulle arbetsgivarna behöva en tydlig kontaktperson. Många arbetsgivare är enligt hen missnöjda med att myndigheten har tagit bort funktionen.

En av intervjupersonerna från SKR berättar att det finns regioner och kommuner som vid intervjutillfället fortfarande hade särskilda överenskommelser med Försäkringskassan. Hen säger att det är svårare för de som inte har det:

För att de stora medlemmarna, regionerna hos oss, de har ofta överenskommelser med Försäkringskassan som ändå kan fungera rätt bra, och då man får till det här kontinuerliga samarbetet och dialogerna i väldigt många olika skiftande frågor. Sen har vi de mindre kommunerna som blir lite lämnade ensamma, de är i händerna på om Försäkringskassan har möjligheter och resurser.

Enligt intervjupersonerna från Försäkringskassan planerar myndigheten att inte ha några särskilda lösningar för olika arbetsgivare. I stället hoppas myndigheten att de enskilda utredarna ska få tillräckligt med utrymme och kompetens att ge alla arbetsgivare det stöd som behövs.

Försäkringskassan ansåg 2013 inte att överenskommelserna gav de effekter som var förhoppningen. Det fanns ingen skillnad i hur anställda hos de prioriterade eller andra arbetsgivare upplevde samverkan eller om de sjukskrivna anställda fick ta del av fler åtgärder.⁵⁹⁰ Men det är svårt att värdera vad det resultatet egentligen betyder. De som myndigheten räknade som prioriterade arbetsgivare var sannolikt de som till exempel tidigare hade arbetat mindre aktivt för återgång i arbete än andra. Att satsningen ledde till att det inte fanns någon

⁵⁹⁰ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 22–23, 29 och 55.

skillnad mot andra arbetsgivare kan alltså ha varit en positiv effekt. Försäkringskassans utredning från 2013 visade också att personalansvariga inom Försäkringskassans prioriterade arbetsgivare upplevde ett bättre stöd från Försäkringskassan än övriga.⁵⁹¹

5.6.4 Försäkringskassan har fokuserat på strukturell samverkan och generell information

Som vi beskriver i avsnitt 3.4.1 kan det vara lättare för Försäkringskassan att utveckla den strukturella samverkan än samordningen i enskilda ärenden. Det är också främst den strukturella samverkan som Försäkringskassan har utvecklat de senaste tio åren. Men arbetsgivarnas inställning till Försäkringskassans kontaktpersoner pekar på att det är viktigt att stödet är konkret och kopplat till de svårigheter som arbetsgivarna har med de anställdas sjukskrivningar. Ett sådant stöd har utredarna haft svårt att ge.

Missnöjet som personerna som vi har intervjuat uttrycker med Försäkringskassans stöd till arbetsgivare är inte nytt.⁵⁹² År 2015 fick Försäkringskassan också i uppdrag av regeringen att förbättra det stöd som myndigheten ger till arbetsgivare i samband med anställdas sjukskrivning och lämna förslag på hur det arbetsplatsnära stödet kunde förbättras för att ytterligare förebygga sjukfrånvaro och främja återgång i arbete.⁵⁹³ Men efter regeringsuppdraget verkar missnöjet med Försäkringskassans stöd till arbetsgivarna ha ökat.⁵⁹⁴

Som svar på bland annat regeringsuppdraget 2015 utvecklade Försäkringskassan den strukturella samverkan och den generella informationen till arbetsgivare genom exempelvis webbplatsen och kundcenter.⁵⁹⁵ Men enligt en intern analysrapport verkar Försäkringskassans svårigheter att stötta arbetsgivare snarare ha berott på problem i handläggningen. Rapporten visar att utredarna hade svårt att ge stöd till arbetsgivarna. Många utredare kände inte sig trygga

⁵⁹¹ Försäkringskassan, 2012-05-11, dnr 030061–2012, s. 39.

⁵⁹² Försäkringskassan, 2012-05-11, dnr 030061–2012, s. 38.

⁵⁹³ Regeringen, *Uppdrag att utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Dnr S2015/07796/SF.

⁵⁹⁴ Svenskt Näringsliv, 2019, s. 23.

⁵⁹⁵ Försäkringskassan, *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare – Slutredovisning av regeringsuppdrag*. 2017-02-28, dnr 061638–2015; Försäkringskassan, *Att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess – Svar på regeringsuppdrag*. 2017-02-21, dnr 072523-2016, s.10; 2019-02-18, dnr 228-2019, s. 12.

i sin kunskap om arbetsgivarens roll och ansvar enligt exempelvis arbetsmiljölagen. Därför visste de inte heller hur de skulle uttrycka sig i telefonsamtal med arbetsgivaren. En följd blev att utredarna valde att inte ta denna kontakt.⁵⁹⁶

Enligt en av intervjupersonerna från Försäkringskassan försöker de fortfarande förbättra den generella informationen för att förbättra stödet till arbetsgivare. Men enligt hen har myndigheten också försökt att ge utredarna bättre förutsättningar att stötta arbetsgivarna i handläggningen genom det handläggarstöd som myndigheten har tagit fram. Dessutom hoppas myndigheten att de utredare som ska specialisera sig på samordningsuppdraget också ska bli bättre på att ge arbetsgivarna stöd i dessa ärenden (se avsnitt 3.4.2–3.4.3).

5.7 Andra aktörer kan stötta och komplettera arbetsgivarna i rehabiliteringen

Som vi visar i bland annat kapitel 3 finns det flera utmaningar som gör det svårt för Försäkringskassan att lyckas med samordningsuppdraget. I detta kapitel visar vi på flera utmaningar för arbetsgivare när det gäller rehabilitering av anställdas nedsatta arbetsförmåga. Men det är inte bara Försäkringskassan som kan bidra till den rehabiliteringen och inte heller bara Försäkringskassan som kan samordna rehabiliteringen med andra åtgärder. De fackliga organisationerna och ombuden samt företagshälsovården spelar också viktiga roller. Men enligt vår granskning verkar facken inte involveras i den utsträckning som var tanken med samordningsuppdraget (avsnitt 5.7.1) och företagshälsovården har en mer begränsad roll än det var tänkt (avsnitt 5.7.2).

5.7.1 Facken verkar inte involveras i den utsträckning som var tanken med samordningsuppdraget

När Försäkringskassan fick samordningsuppdraget pekade regeringen på vikten av att myndigheten involverar de fackliga organisationerna. Våra intervjuer bekräftar att facken kan spela en viktig roll i arbetsgivarnas arbete för att anställda ska återfå sin arbetsförmåga. Men det

⁵⁹⁶ Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24.

verkar inte som att facken involveras i särskilt stor utsträckning. I det här avsnittet redogör vi för att

- tanken med samordningsuppdraget var att de fackliga organisationerna skulle involveras för att komplettera Försäkringskassan
- Försäkringskassan inte har styrt mot att öka delaktigheten från fackliga ombud
- intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna anser att facken kan vara ett stöd i rehabilitering
- fackliga ombud kan spela en större roll i Försäkringskassans arbete med samordningsuppdraget men behöver mer kunskap.

Tanken var att de fackliga organisationerna skulle involveras för att komplettera Försäkringskassan

Inför den reform som gav Försäkringskassan samordningsuppdraget ansåg regeringen att lyckade resultat av ansträngningarna för att rehabilitera sjukskrivna kräver aktivt deltagande från de anställdas fackliga organisationer.⁵⁹⁷ Målet var att sätta in arbetsgivares resurser i arbetet för att minska sjukfrånvaron, arbetsskador och förtidspensionering. Enligt regeringen och sedan även Riksförsäkringsverket kunde försäkringskassorna bidra till det genom att ha nära kontakt med bland annat de fackliga organisationerna. I dessa kontakter skulle försäkringskassorna informera om möjligheter samt ge råd och stöd.⁵⁹⁸ Dessutom ville regeringen att arbetsgivarna skulle samråda med de anställdas fackliga organisationer när de skulle ta fram rehabiliteringsutredningarna.⁵⁹⁹

Bland annat LO har betonat att anställda behöver få och har rätt till stöd från facket.⁶⁰⁰ Även förarbetena till samordningsuppdraget betonar samma sak. Facket skulle både stötta den enskilde i rehabiliteringen och driva på arbetsgivaren. Facket skulle också följa upp arbetsgivarens planer för rehabiliteringsarbetet.⁶⁰¹ Men enligt en

⁵⁹⁷ Prop. 1990/91:141, s. 47.

⁵⁹⁸ Prop. 1990/91:141, s. 37; RFV, *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL)*. Allmänna Råd 1991:12, s. 17.

⁵⁹⁹ Prop. 1990/91:141, s. 89.

⁶⁰⁰ LO, *Åter till arbetet – nya regler vid rehabilitering*. 2007.

⁶⁰¹ SOU 1990:49, s. 59.

senare utredning verkar facken sällan ha blivit inkopplade. Det kan bero på att kravet på medgivande kan ha tolkats som att den sjukskrivna personen aktivt behövde begära att facket skulle vara med. Utredningen ansåg att medlemskap i facket visade att den anställda hade förtroende för facket och att det kunde företräda personen, inte minst i arbetsmiljöfrågor. Därför föreslog utredningen att regeln borde omformuleras så att de fackliga organisationerna skulle vara delaktiga så länge den enskilda personen inte motsatte sig det.⁶⁰² Men kravet på individens medgivande ändrades inte.⁶⁰³

Försäkringskassan har inte styrt mot att öka delaktigheten från fackliga ombud

I en intervjuundersökning av Försäkringskassan 2013 svarade bara 15 procent av de tillfrågade sjukskrivna att stödet från facket har varit bra eller mycket bra. Försäkringskassan bedömde att en möjlig anledning var att facket har en otydlig roll.⁶⁰⁴ I en enkätundersökning 2023 ställde Försäkringskassan inte några frågor om stödet från facket.⁶⁰⁵

Som en del av att fokusera mer på samordningsuppdraget bjöd Försäkringskassan in bland annat fackliga organisationer till diskussioner under hösten 2020. Detta arbete utmynnade i fyra fokusområden, varav ett var de fackliga organisationernas roll i rehabiliteringsprocessen.⁶⁰⁶ Men enligt en av intervjupersonerna från Försäkringskassan blev det sedan inte mer än så. Det berodde i sin tur på att de fackliga organisationerna konstaterade att det var en fråga för de enskilda förbunden. Försäkringskassan har inte gått vidare med de fackliga organisationernas roll i samordningsuppdraget. Enligt intervjupersonen har Försäkringskassan inte heller försökt lyfta fram de fackliga ombudens roll i styrningen av uppdraget.

I sin vägledning anger Försäkringskassan att facket företräder den anställdas intresse gentemot arbetsgivaren och att facket i den rollen också är en aktör som utredaren kan ha nytta av att samarbeta med. Utredaren kan enligt Försäkringskassan kontakta den fackliga

⁶⁰² SOU 1998:104, s. 277–278.

⁶⁰³ 30 kap. 10 § SFB.

⁶⁰⁴ Försäkringskassan, 2013-02-14, dnr 030061–2012, s. 35.

⁶⁰⁵ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02.

⁶⁰⁶ Statskontoret, Slutrapport 2023:6, s. 92–93.

företrädaren när utredaren har kommit fram till att andra möjligheter än det ordinarie arbetet bör utredas för att den sjukskrivna ska kunna börja arbeta igen. Företrädaren kan då ge utredaren mer detaljerad information om situationen på arbetsplatsen och möjligheterna till att förändra situationen.⁶⁰⁷ Dessutom anger Försäkringskassan att utredaren i kallelsen till avstämningsmöte ska informera om att den sjukskrivna kan ha med sig en facklig representant eller någon annan stödperson under mötet.⁶⁰⁸

Intervjupersonen från LO anser att många sjukskrivningar skulle kunna lösas om alla aktörer fick en chans att mötas:

Det som jag har fått till mig från förbunden när det kommer till de här frågorna är oftast att de anser att man ändå på väldigt många arbetsplatser, om man hade satt sig ner, alla aktörer, och pratat om den här individen, förmodligen hade hittat en lösning.

Intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna anser att facken kan vara ett stöd i rehabiliteringen

Intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna anser att facken under vissa förutsättningar kan vara ett stöd i rehabiliteringen. Generellt fungerar samarbetet mellan arbetsgivare och fack bra, men ibland kan det vara svårare. Intervjupersonen från Svenskt Näringsliv kan se svårigheter om det finns en konflikt mellan arbetsgivaren och arbetstagaren i grunden. Men i övrigt fungerar samarbetet bra om det finns riktlinjer kring sjukfrånvaro som är förankrade med de lokala facken. Då arbetar arbetsgivare och fack för att nå samma mål.

Intervjupersonen från Arbetsgivarverket och enhetschefen från hemtjänsten betonar att den fackliga representantens kunskap och inställning är viktiga. De anser att rätt person kan vara till hjälp för arbetsgivare i knepiga rehabiliteringsärenden.

Fackliga ombud kan spela en större roll i Försäkringskassans arbete med samordningsuppdraget men de behöver mer kunskap

Även de två skyddsombud som vi har intervjuat efterfrågar utbildning från både arbetsgivare och Försäkringskassan om

⁶⁰⁷ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 294.

⁶⁰⁸ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 338.

sjukskrivningsprocessen och rehabilitering. Det skyddsombud som arbetar på ett bussföretag berättar att skyddsombuden får en inledande utbildning, men inte mer. De skulle behöva förnya och vidareutveckla kunskapen, men det har de inte utrymme till. Enligt hen blir de fackliga ombuden därför utelämnade till den kunskap som de kan hitta själva.

Det andra skyddsombudet anser att arbetsgivaren borde få ett större ansvar även för att ge skyddsombud kunskap om sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsfrågor. Som det är nu krävs det att arbetsgivaren utbildar skyddsombud i grundläggande arbetsmiljöarbete. Skyddsombudet menar att utbildningen också skulle omfatta arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Hen anser även att Försäkringskassan borde kunna stötta med utbildningar.

Skyddsombuden har inte varit med om att Försäkringskassan aktivt vänder sig till dem för stöd, men de tycker att Försäkringskassan borde göra det. Ett av skyddsombuden beskriver att de kan stötta genom att se till att arbetsgivaren tar in extern hjälp när det behövs, vilket kan vara särskilt aktuellt vid konflikter. Men skyddsombuden kan också stötta genom att coacha både arbetsgivare och arbetstagare. Ibland kan medlemmen behöva stöd för att släppa prestige och inte bara tänka på att få rätt mot arbetsgivaren.

Enligt skyddsombuden blir de inte inkopplade i arbetet med att ta fram planen för återgång i arbete, men de är ibland med på avstämningssmöten. Men enhetschefen i hemtjänsten berättar att hens erfarenhet är att även det är ovanligt:

Det är lite speciellt, för vi informerar alltid om att man har rätt att ha med stödperson eller fackligt ombud. Men man väljer ofta att ta med fackligt ombud i disciplinära frågor, men inte i rehabfrågor.

För skyddsombuden är det också viktigt att den anställdas förtroende för facket inte påverkas. Arbetsgivaren tycker enligt ett av skyddsombuden att det är bra om de är med på Försäkringskassans avstämningssmöten. Men för skyddsombudet är det viktigt att förankra det med medlemmen. Ett av skyddsombuden säger att medlemmarna ofta kopplar in facket först om det börjar bli problem i sjukskrivningsprocessen:

När det börjar bli det här skarpa läget, då är det inget ovanligt att de kommer till oss och behöver hjälp. Och då kanske de har fått höra hur

processen är, och så kommer de ihåg sista meningen, att det kan sluta med uppsägning av personliga skäl.

5.7.2 Företagshälsovården skulle till viss del kunna komplettera Försäkringskassans uppdrag

Arbetsgivare kan ta stöd av företagshälsovården eller någon annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och hälsa för att ta sitt ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården kan därmed komplettera Försäkringskassans samordningsuppdrag. Företagshälsovården kan stötta arbetsgivare med ett medicinskt perspektiv på hur arbetsgivaren kan rehabilitera anställdas nedsatta arbetsförmåga. Dessutom skulle företagshälsovården kunna utgöra en kontaktyta mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården eftersom företagshälsovården känner båda aktörerna väl. Det skulle kunna underlätta samordningen av de olika aktörernas åtgärder.

I vår granskning lyfter flera av intervjupersonerna fram att företags-hälsovården behövs. Regeringen betonade också vikten av företags-hälsovård i uppdraget till Försäkringskassan om samordning. Trots det har tillgången minskat, men bland annat regeringen vill att företagshälsovården ska användas mer.

Att tillgången kan variera beror bland annat på ett stort bedömnings-utrymme som innebär att det inte finns något absolut krav på att arbetsgivare ska ha tillgång till företagshälsovård. Statens stöd till företagshälsovård är dessutom är begränsat.

Nu finns det förslag om att ge Försäkringskassan ansvar för utbildning av företagsläkare, men att det är oklart hur det påverkar företagshälsovårdens möjligheter att bidra till samordningsuppdraget.

Flera intervjupersoner lyfter fram behovet av företagshälsovård

Företagshälsovården ska vara en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Tanken är att företags-hälsovården ska bidra till att förebygga ohälsa, främja hälsa och skapa arbetsplatser med god och säker arbetsmiljö.⁶⁰⁹

⁶⁰⁹ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*. 2019-03-29, dnr 2019-35, s. 4 och 7.

Försäkringskassan anser att företagshälsovården ofta har god kunskap om förutsättningarna på arbetsplatsen och ibland även om personen som har drabbats av nedsatt arbetsförmåga. Företagshälsovården kan erbjuda medicinska, rehabiliterande och arbetsanpassade insatser tidigt i sjukfallen, enligt myndigheten. Uppgifter om insatser hos företagshälsovården kan vara viktiga för Försäkringskassans utredare när de fortsätter att handlägga ärendet. Dessa uppgifter kan också utgöra underlag när utredarna ska planera för hur den sjukskrivna ska återgå i arbete. Företagshälsovården kan också vara ett expertstöd åt arbetsgivare för att ta fram och genomföra en plan för återgång i arbete.⁶¹⁰

Både intervjupersoner från hälso- och sjukvården och från arbetsgivarorganisationer återkommer till vikten av företagshälsovård. Enligt en av intervjupersonerna från SKR gäller det särskilt arbetsförmågeutredningar och då särskilt när den anställda kan lida av missbruk som kan påverka arbetet. Intervjupersonerna anser också att företagshälsovården är ett viktigt stöd för att få en anställd åter i arbete när hen har en konflikt med arbetsgivaren:

Då är väl vår rekommendation att man i möjligaste mån då ska se till att lägga ut det på extern part: ”Använd er av företagshälsovården, just av den anledning att ni har krockat här”.

Enligt Svenskt Näringsliv anser hälften av företagen att insatser från företagshälsovården eller liknande aktörer är betydelsefulla för att en anställd som är sjukskriven snabbt ska kunna komma tillbaka i arbete. De större företagen och industriföretagen ser att företagshälsovården eller liknande aktörer är betydelsefulla i högre utsträckning än vad mindre företag gör.⁶¹¹

Även läkare anser att företagshälsovården är viktig för att underlätta återgång i arbete. 87 procent av primärvårdsläkarna och 57 procent av läkarna inom psykiatrik uppger att de åtminstone ibland föreslår kontakt med företagshälsovård som en åtgärd.⁶¹²

Enligt sjukskrivna personer kan företagshälsovården spela en viktig roll i att få chefen att lyssna, göra förändringar eller anpassningar. Men bara 28 procent av de som hade varit sjukskrivna i cirka ett

⁶¹⁰ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 293.

⁶¹¹ Svenskt Näringsliv, 2019, s. 23.

⁶¹² Socialstyrelsen, 2023, s. 36.

halvår uppger att de har fått åtgärder eller behandling via företagshälsovården, enligt Försäkringskassan.⁶¹³

När Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag betonade regeringen vikten av företagshälsovård

Flera utredningar har betonat vikten av företagshälsovården. Från början var det arbetsgivarna som tog initiativ till det som kom att bli företagshälsovård, men sedan har den utvecklats i samarbete mellan arbetsmarknadens parter. Samarbetet innebar att företagshälsovården byggdes ut när den allmänna sjukförsäkringen infördes och den allmänna sjukvården byggdes ut under andra halvan av 1900-talet. Ett skäl till samarbetet var att undvika statlig reglering.⁶¹⁴ Flera stora industrier och företag fick egna enheter för företagshälsovård och det startades så kallade bransch-hälsor, där den första var Bygghälsan.⁶¹⁵

Utbyggnaden av företagshälsovården innebar att mer än 80 procent av samtliga anställda hade tillgång till företagshälsovård i slutet av 1980-talet.⁶¹⁶ Men när förslagen för Försäkringskassans samordningsuppdrag togs fram hade bland annat en arbetsgrupp tillsatt av regeringen ifrågasatt företagshälsovården. Arbetsgruppen ansåg bland annat att ledningen för företagshälsovårdsenheterna ofta var svag.⁶¹⁷

Trots kritiken hoppades regeringen att företagshälsovården skulle kunna bistå arbetsgivarna inför reformen som Försäkringskassans samordningsuppdrag var del av. Regeringen hoppades att företagshälsovården skulle kunna hjälpa arbetsgivarna att lösa många fall utan att myndigheterna behövde involveras. Dessutom tänkte sig regeringen att arbetsgivaren skulle ta fram rehabiliteringsutredningen med hjälp av företagshälsovården. Företagshälsovård kunde också vara ett stöd när Försäkringskassan skulle upprätta en rehabiliteringsplan.⁶¹⁸

Kritiken medförde inte heller att regeringen ville reglera företagshälsovården med lagkrav. Det berodde bland annat på att regeringen

⁶¹³ Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02, s. 28–29.

⁶¹⁴ SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård* s. 41–55.

⁶¹⁵ SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård*, s. 27.

⁶¹⁶ SOU 2004:113, s. 55; SOU 2011:63, s. 28.

⁶¹⁷ Prop. 1990/91:140, *Arbetsmiljö och rehabilitering*, avsnitt 4.3.

⁶¹⁸ Prop. 1990/91:141, s. 33, 43, 52, 88 och 91.

inte ville minska engagemanget hos arbetsmarknadens parter genom att minska deras inflytande.⁶¹⁹

*Tillgången till företagshälsovård har minskat sedan
Försäkringskassan fick samordningsuppdraget*

Även i förslaget om rehabiliteringskedjan framhöll både regeringen och remissvaren vikten av en vidareutvecklad företagshälsovård.⁶²⁰ Men arbetsmarknadens parter och Sveriges Företagshälsor anser att det fortfarande finns problem med företagshälsovårdens kompetensförsörjning och kvalitet, geografiska tillgänglighet och finansiering samt att det är svårt för arbetsgivaren att avgöra när denne själv saknar kompetens och behöver anlita utomstående expertis.⁶²¹ Trots att flera regeringar har betonat vikten av företagshälsovård har tillgången minskat.

Från toppnoteringen i slutet av 1980-talet då 80 procent av samtliga anställda hade tillgång till företagshälsovård har tillgången minskat. I mitten av 1990-talet var det 72 procent som hade tillgång.⁶²² År 2021 hade cirka 60 procent av den arbetande befolkningen tillgång till företagshälsovård. Tillgången var också ojämnt fördelad. 59 procent av männen och 61 procent av kvinnorna hade tillgång till företags-hälsovård. 32 procent av personerna med förgymnasial utbildning hade tillgång, medan 63 procent av de med eftergymnasial utbildning hade det. Bland de personer med lägst inkomst hade 31 procent tillgång till företagshälsovård medan 75 procent bland de med högst inkomst hade tillgång.⁶²³ Det finns också skillnader mellan olika branscher och mellan företag av olika storlek. Exempelvis har de mindre företagen lägre tillgång än de stora.⁶²⁴

⁶¹⁹ Prop. 1990/91:140, avsnitt 4.6.

⁶²⁰ Prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 53; Arbetsmiljöverket, Dnr CTO 2007/52935.

⁶²¹ SOU 2022:45, *Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus*, s. 297.

⁶²² SOU 2011:63, s. 28.

⁶²³ Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljön 2021*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2022:2, s. 37.

⁶²⁴ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, 2019-03-29, dnr 2019-35, s. 8.

Bland annat regeringen vill att företagshälsovården används mer

Enligt regeringens arbetsmiljöstrategi för 2021–2025 är det angeläget att företagshälsovården används mer. Därför ansåg regeringen att företagshälsovården behövde utvecklas och stärkas.⁶²⁵

Arbetsmiljöverket bedömer i sin tur att det finns en stor potential i att använda företagshälsovård som inte finns via den vanliga hälso- och sjukvården när det gäller sjukskrivning och hållbar återgång i arbete. Men myndigheten anser att denna potential inte har uppmärksammat tillräckligt.⁶²⁶

Även intervjupersoner från hälso- och sjukvården anser att företags-hälsovård inte används i tillräcklig utsträckning och att tillgången till företagshälsovård brister. En läkare som är specialist inom allmän-medicin och forskare anser att arbetsgivarnas ansvar är viktigt, men att det brister:

Men det handlar ju inte bara om hälso- och sjukvården, primärvården och Försäkringskassan. Utan det handlar väldigt mycket om, som vi pratade om tidigare, arbetsgivaren. Det handlar också om den delen som egentligen är arbetsgivarens medicinska del. Det är ganska sällan som det finns en väldigt bra fungerande företagshälsovård för våra patienter faktiskt.

En psykolog inom primärvården anser att arbetsgivare som inte är intresserade av att bidra till anställdas rehabilitering inte heller är intresserade av att ha tillgång till företagshälsovård. Hen bedömer att det då ändå är hälso- och sjukvården som får ta det ansvar som det egentligen är tänkt att företagshälsovården ska ta.

När företagshälsovård väl används anser skyddsombuden som vi har intervjuat inte att den alltid agerar som en oberoende expertresurs. Ofta fokuserar företagshälsovården då på att visa vad den anställda inte klarar av i stället för att se vad hen kan göra, enligt skydds-ombuden. Underlaget använder sedan arbetsgivaren i omplacerings-utredningen för att visa att en sjukskriven person inte klarar av sitt arbete. Då blir konsekvensen enligt dem oftast att personen sägs upp (se avsnitt 5.3.3).

⁶²⁵ Skr. 2020/21:92, *En god arbetsmiljö för framtiden, 2021–2025*, s. 14.

⁶²⁶ Arbetsmiljöverket, *Remissvar över betänkandet Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)*. 2024-02-01, Dnr 2023/066491.

Ett stort bedömningsutrymme innebär att det inte finns något absolut krav på tillgång till företagshälsovård

En anledning till att tillgången till företagshälsovård kan vara begränsad är att kraven på företagshälsovård innehåller ett stort bedömningsutrymme. Enligt arbetsmiljölagen ansvarar arbetsgivare för att det finns tillgång till den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver.⁶²⁷ Arbetsmiljöverkets allmänna råd ställer inte heller något krav på företagshälsovård, men anger att det är viktigt att arbetsgivaren samverkar med företagshälsovården.⁶²⁸

Definitionerna av och kraven på tillgång till företagshälsovård är relativt breda för att ge utrymme åt arbetsmarknadens parter att genom avtal närmare reglera vad företagshälsovård innebär.⁶²⁹ Det ger utrymme för att utforma företagshälsovård och att utnyttja arbetsmiljö- och hälsotjänster utifrån skiftande behov och förutsättningar på olika arbetsplatser.⁶³⁰

Statens stöd till företagshälsovård är begränsat

Från 1986 fanns det ett statsbidrag för företagshälsovård, men det avskaffades 1993.⁶³¹ Det berodde bland annat på att företags-hälsovården hade kritiserats för att inte vara tillräckligt integrerad med arbetsgivarna. Den hade också svårt att nå ut till småföretagare och verksamheten var diffus. Även företagshälsovårdens inriktning, arbetssätt och kompetens kritiserades. Professionerna inom företagshälsovården ansågs även ha för starkt inflytande.⁶³²

Arbetsgivare har sedan 2014 kunnat få bidrag för att köpa tjänster av anordnare av företagshälsovård (eller andra anordnare med liknande kompetens). Tjänsterna ska användas för att stödja sjukskrivna arbetstagare att kunna återgå i arbete, men det får inte vara medicinsk eller annan behandling.⁶³³

⁶²⁷ 3 kap. 2 c § AML.

⁶²⁸ 15 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar.

⁶²⁹ Prop. 1990/91:140, s. 66–67.

⁶³⁰ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, 2019-03-29, dnr 2019-35, s. 15.

⁶³¹ Prop. 1991/92:100, med förslag till statsbudget för budgetåret 1992/93, bilaga 1, s. 15; SOU 2011:63, s. 27.

⁶³² SOU 2004:113, s. 58–60.

⁶³³ Förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

År 2018 höjdes beloppet för bidraget samtidigt som det infördes ett beloppstak. Syftet var att ytterligare stödja och underlätta förebyggande och rehabiliterande arbete hos små och medelstora arbetsgivare.⁶³⁴ Enligt en tidigare granskning från ISF ökade andelen bidrag som gick till de små och medelstora arbetsgivarna. Men ökningen var från en låg nivå och en överväldigande andel av bidraget går fortfarande till stora arbetsgivare. Dessutom minskade den totala användningen av bidraget efter reformen.⁶³⁵

Men intervjupersonen från Arbetsgivarverket upplever att kunskapen om det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet är god. Enligt hen kan det ha att göra med att de statliga arbetsgivarna har ett krav på att ha företagshälsovård. Men enligt intervjupersonerna från SKR, Svenskt Näringsliv och Småföretagarnas Riksförbund är det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet fortfarande okänt hos deras medlemmar. En annan anledning till att det inte används mer är enligt intervjupersonen från Svenskt Näringsliv att företagshälsovård inte prioriterar små arbetsgivare som kunder. Dessa arbetsgivare är dessutom osäkra på vad det är som de ska upphandla.

En utredning har kommit fram till att det arbetsplatsinriktade stödet för återgång i arbete borde förstärkas och att en arbetsgivare borde vara skyldig att konsultera en expertresurs när arbetsgivaren tar fram en plan för återgång i arbete.⁶³⁶ Vi kan konstatera att regeringen nu har aviserat att medlen ska utökas och beloppsgränserna ses över.⁶³⁷

Det finns förslag om att ge Försäkringskassan ansvar för utbildning av företagsläkare

Brist på utbildning av företagsläkare har diskuterats länge.⁶³⁸ Enligt bland annat Myndigheten för arbetsmiljökunskap finns det ett akut behov av nyrekryteringar av läkare med specialisering inom arbetsmedicin.⁶³⁹ Myndigheten har därför föreslagit att Försäkringskassan ska få i uppdrag att vara huvudman för utbildningsfrågor som berör

⁶³⁴ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 65–66; Förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete; Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, s. 69–71.

⁶³⁵ ISF, Rapport 2021:9, kap. 6.

⁶³⁶ SOU 2020:24, avsnitt 8.6.

⁶³⁷ Prop. 2024/25:1, utgiftsområde 10, s. 31.

⁶³⁸ Se t.ex. SOU 2004:113, s. 255–285.

⁶³⁹ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, 2019-03-29, dnr 2019–35, s. 29.

företagsläkare. Försäkringskassan är positiva till att få detta uppdrag.⁶⁴⁰

Myndigheten för arbetsmiljökunskap anser att Försäkringskassan och företagshälsovården är avgörande för att främja hälsa och välbefinnande på arbetsplatser. Därför är en investering i kompetensförsörjning avseende läkare som arbetar inom företagshälsovården också en investering i en hållbar arbetsmiljö och i att hantera sjukfrånvaro, rehabiliteringsärenden, arbetsförmågebedömningar och förebyggande insatser för att reducera sjukskrivningar till följd av arbetet på ett effektivt sätt.⁶⁴¹

Om Försäkringskassan får ansvar för att anordna utbildning av företagsläkare skulle företagsläkares kunskap om samordningsuppdraget och de olika aktörernas roller kunna öka. Men flera av de problem som vi beskriver handlar inte om frågor som kan hanteras genom att utbilda företagsläkare. I slutändan är det arbetsgivares vilja att använda företagshälsovård som är avgörande. Samtidigt spelar inte arbetsgivarnas vilja någon roll om det inte finns tillräckligt med företagsläkare för att möta efterfrågan. Vi vill också betona att frågan om utbildning av företagsläkare är större än företagsläkarnas roll i Försäkringskassans samordningsuppdrag, men de aspekterna berör vi inte i denna rapport.

⁶⁴⁰ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Samordna företagshälsovårdens kompetensförsörjning avseende läkare*. Svar på regeringsuppdrag 2024-02-22, dnr 24/00035, s. 9–10; se även SOU 2023:48, avsnitt 5.3.4.

⁶⁴¹ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Svar på regeringsuppdrag 2024-02-22, dnr 24/00035, s. 9–10.

6 Slutsatser och rekommendation

Syftet med rapporten är att ge en översikt av samordningsuppdraget och de utmaningar som det innebär för Försäkringskassan, och för de två centrala aktörer som Försäkringskassan ska samordna vid rehabilitering för anställda: hälso- och sjukvården samt arbetsgivarna.

Vår granskning visar på flera utmaningar med samordningsuppdraget. Det har exempelvis blivit svårare att kombinera samordningsuppdraget med sjukförsäkringen. Såväl Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt arbetsgivare har andra mål som de prioriterar högre. Försäkringskassan kan inte heller se till att hälso- och sjukvården eller arbetsgivare genomför åtgärder för att rehabilitera personer med nedsatt arbetsförmåga. Så som uppdraget är utformat anser vi att Försäkringskassan inte ensamt kan ta ansvar för målet att en person som har blivit sjuk ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig genom arbete.

Vi kan också konstatera att samordningsuppdraget har kritiserats sedan det skapades, i olika statliga utredningar och av olika anledningar. Men trots det har samordningsuppdraget i stort sett varit oförändrat sedan 1992. Vi anser att det är dags att problemen adresseras och lämnar därför följande rekommendation till regeringen:

Regeringen bör ta initiativ till en översyn av Försäkringskassans samordningsuppdrag.

I detta kapitel presenterar vi skälen till vår rekommendation och går igenom olika frågor som är viktiga att ta hänsyn till för den som eventuellt får ansvar för att se över samordningsuppdraget. Men det är viktigt att notera att den här rapporten fokuserar på hur samordningsuppdraget fungerar för personer som har en tillsvidareanställning, och att vår granskning är koncentrerad till

tre aktörer, nämligen arbetsgivare, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. En översyn av samordningsuppdraget kan behöva vidga perspektivet ytterligare och uppmärksamma både personer med annan eller ingen anställning och andra viktiga aktörer. Här har även andra aktörer som Arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänster centrala roller för att personer med nedsatt arbetsförmåga ska kunna få samordnad rehabilitering.

6.1 Samordningsuppdraget behöver ses över i relation till rehabiliteringskedjan

Det finns flera anledningar till att samordningsuppdraget har varit så svårt för Försäkringskassan att hantera. Samordningsuppdraget är svårt och kräver mycket resurser. Det har dessutom blivit svårare över tid på grund av att förutsättningar har förändrats både inom och utom Försäkringskassan (se avsnitt 2.3 och 3.3). För att samordningsuppdraget ska fungera som tänkt behöver det fungera med så väl Försäkringskassans, hälso- och sjukvårdens som arbetsgivarnas övriga verksamhet. Men varken Försäkringskassan, hälso- och sjukvården eller arbetsgivare prioriterar samordningsuppdragets mål tillräckligt högt för att samordningsuppdraget ska fungera som tänkt (se avsnitt 3.1, 4.3, 5.2 och 5.3). Försäkringskassan har också försökt organisera om sin handläggning av sjukpenning för att kunna hantera samordningsuppdraget bättre. Även om myndigheten kan förbättra delar av sin samordning anser vi att tidigare erfarenheter visar på hur denna typ av omorganisationer också kan försämra möjligheterna att samordna. Men framför allt anser vi att flera av de utmaningar som samordningsuppdraget innebär är svåra för Försäkringskassan att hantera genom att förändra sin styrning (se avsnitt 3.4). Det tydligaste exemplet är de svårigheter som har följt av åtstramningarna av sjukförsäkringen och framför allt rehabiliteringskedjan som styr rätten till sjukpenning.

Eftersom rehabiliteringskedjan är ett tydligt och aktuellt exempel på utmaningarna med Försäkringskassans samordningsuppdrag väljer vi att här diskutera behovet av att se över samordningsuppdraget utifrån relationen till rehabiliteringskedjan. Vi anser att det är viktigt att en översyn leder till att samordningsuppdraget fungerar i relation till de krav som finns för att en person ska kunna få ersättning från socialförsäkringen för sin nedsatta arbetsförmåga. Det gäller flera olika

ersättningar som sjuk- och aktivitetsersättning samt arbetsskadelivränta. Men sjukpenning är generellt sett den viktigaste ersättningen för de personer som behöver rehabilitering av sin nedsatta arbetsförmåga. Vi tar upp följande viktiga skäl för att se över samordningsuppdraget i relation till rehabiliteringskedjan i detta avsnitt.

Rehabiliteringskedjan har synliggjort

- svårigheter att kombinera samordningsuppdraget med sjukförsäkringen
- skillnaderna mellan Försäkringskassans och övriga aktörers uppdrag
- skillnaden mellan Försäkringskassans uppdrag att se till att personer får ta del av rehabiliteringsåtgärder och myndighetens praktiska möjligheter att göra det.

6.1.1 Rehabiliteringskedjan visar hur svårt det är att kombinera samordningsuppdraget med sjukförsäkringen

Samordningsuppdraget och sjukförsäkringen har delvis olika mål och olika hög prioritet inom Försäkringskassan. Det medför en möjlig målkonflikt för Försäkringskassan och en risk att personer inte får den samordnade rehabilitering som rehabiliteringskedjan utgår från att sjukskrivna ska kunna få.

Samordningsuppdraget och rehabiliteringskedjan medför en möjlig målkonflikt för Försäkringskassan

Målet med den rehabilitering som Försäkringskassan ska samordna är att en person som har blivit sjuk ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig genom arbete.⁶⁴² Enligt förarbetena till samordningsuppdraget innebär det att personen skulle återgå i sitt ordinarie arbete. Om det inte var möjligt var målet att hen skulle kunna vara kvar på arbetsplatsen, men annars att hen skulle kunna återgå i ett annat arbete som var lämpligt utifrån bland annat

⁶⁴² 29 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (SFB).

personens utbildning och bostadsort.⁶⁴³ Det var också målet inom sjukförsäkringen (se avsnitt 2.3.5).

Sedan dess har sjukförsäkringen stramats åt. Den skarpaste åtstramningen var när rehabiliteringskedjan som styr rätten till sjukpenning infördes. Samordningsuppdragets mål har inte förändrats, men eftersom uppdraget har en så stark koppling till sjukförsäkringen uppstår frågan vilket mål Försäkringskassan i praktiken ska ha med sin samordning. Utifrån rehabiliteringskedjan blir målet att den sjukskrivna tidigt ska ställa om till andra arbeten och i bedömningen av vilka arbeten hen kan komma att klara av ska Försäkringskassan inte ta hänsyn till om personen till exempel har utbildning för att klara ett sådant arbete. Utifrån det mål som samordningsuppdraget hade när försäkringskassorna fick det 1992 blir målet i stället återgång i ordinarie arbete, och om det inte är möjligt blir målet ett annat arbete som är lämpligt utifrån bland annat personens utbildning (se avsnitt 2.3.5 och 3.1.1).

Om Försäkringskassan samordnar rehabiliteringen utifrån målet med rehabiliteringskedjan kan det leda till att personen inte får tillbaka sin arbetsförmåga utan bara förmåga att klara ett mindre kvalificerat eller krävande arbete. Enligt intervjupersoner från arbetsgivarorganisationer kan rehabiliteringskedjan till exempel innebära att Försäkringskassan går vidare och planerar rehabilitering för att den sjukskrivna ska ställa om till annat arbete innan arbetsgivaren har hunnit utreda och komma i gång med rehabiliteringsåtgärder för att hen ska kunna gå tillbaka i ordinarie arbete (se avsnitt 5.2.1). Det kan vara svårt att förena med samordningsuppdragets mål att personer ska få tillbaka sin arbetsförmåga.

Men om inte Försäkringskassan utgår från målet med rehabiliteringskedjan och tidigt fokuserar på åtgärder som kan öka den sjukskrivnas chanser att ställa om till annat arbete, kan hen bli av med sin sjukpenning utan att Försäkringskassan har bidragit med åtgärder som skulle kunna stötta hen i den omställningen. Och en tanke med rehabiliteringskedjan är just att ge tidigt stöd till omställning.

⁶⁴³ Prop. 1990/91:141, *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*, s. 36–37 och 47.

Svårigheter att prioritera samordningsuppdraget kan innebära att personer inte får samordnad rehabilitering i tid

Även om Försäkringskassan skulle utgå från rehabiliteringskedjans mål i sin samordning kan myndigheten ha svårt att samordna rehabiliteringen på det sätt som är tanken med rehabiliteringskedjan. Det innebär att sjukskrivna riskerar att bli av med sin sjukpenning utan att ha hunnit få det stöd i form av samordnad rehabilitering de kan behöva och som rehabiliteringskedjan bygger på att de ska få.

Försäkringskassan har ofta behövt prioritera bedömningar av rätten till sjukpenning före samordningsuppdraget, eftersom sjukpenning kan ha så stor betydelse för sjukskrivnas försörjning (se avsnitt 3.1.4 och 3.4). Det beror inte på rehabiliteringskedjan, utan är något som Försäkringskassan har behövt göra sedan sjukförsäkringen infördes (se avsnitt 2.1 och 2.2). Men rehabiliteringskedjan har bidragit till att konsekvenserna av prioriteringen har blivit synligare, eftersom det framför allt är den enskilda personen som bär konsekvenserna av utebliven eller sen rehabilitering (se avsnitt 3.2.4).

Rehabiliteringskedjan innebär att kraven för rätt till sjukpenning normalt sett skärps vid fasta tidsgränser. För anställda vidgas då bedömningen av arbetsförmågan vid tidsgränserna till en allt större del av arbetsmarknaden oberoende av vilken rehabilitering som hen har hunnit få. Under vissa förutsättningar är det genom undantagsregler möjligt att skjuta upp utvidgningen under en viss angiven tidsperiod (se bilaga 1). Men tanken är att hen ska kunna få ta del av åtgärder som tar sikte på den typ av arbetsuppgifter eller arbeten som kedjans nästa bedömningsgrund utgår från redan innan tidsgränsen har passerats.⁶⁴⁴ Trots att Försäkringskassan ofta har prioriterat bedömningarna av rätten till ersättning högre än samordningsuppdraget har myndigheten haft svårt att hinna med att göra bedömningarna av rätten till ersättning inom rehabiliteringskedjans tidsgränser.⁶⁴⁵ Det är därför inte förvånande att de också har haft svårt att hinna planera och inleda samordning av rehabilitering som tar sikte på de förändrade bedömningarna av arbetsförmågan utifrån rehabiliteringskedjans tidsgränser.

⁶⁴⁴ Prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 58.

⁶⁴⁵ Se t.ex. ISF, *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Rapport 2017:9; Försäkringskassans årsredovisning 2023, s.97.

Det har blivit svårare för Försäkringskassan att identifiera och motivera alla som behöver samordnad rehabilitering

Rehabiliteringskedjans skärpta krav för att en person ska kunna få rätt till sjukpenning har även inneburit att fler personer som inte har sjukpenning kan ha nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Det har gjort det svårare för Försäkringskassan att identifiera alla personer som behöver samordnad rehabilitering (se avsnitt 3.1.1). De ekonomiska incitamenten för individen att delta i rehabilitering har också minskat sedan den högre ersättningen för rehabiliteringspenningen avskaffades 1996 (se avsnitt 2.3.2).

6.1.2 Rehabiliteringskedjan har synliggjort skillnaderna mellan Försäkringskassans och övriga aktörers uppdrag

Även om Försäkringskassan skulle lyckas att prioritera samordningsuppdraget och kombinera det med rehabiliteringskedjan är det inte säkert att den sjukskrivna får ta del av de åtgärder som hen behöver i tid. Det beror på att Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt arbetsgivare har delvis olika mål, uppdrag och ansvar i rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringskedjan synliggör dessa skillnader. Den kan också i sig göra det svårare för Försäkringskassan att utöva samordning. Aktörernas skilda mål kan till exempel medföra att de väljer att prioritera andra åtgärder än de som personen behöver för att så effektivt som möjligt få tillbaka sin arbetsförmåga. Aktörerna kan också välja åtgärder som inte passar ihop med de andra aktörernas åtgärder.

Väntetider inom hälso- och sjukvården kan göra det svårt för både sjukskrivna patienter och Försäkringskassan att hantera rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser. Hälso- och sjukvården delar dessutom bara i undantagsfall rehabiliteringskedjans mål om att personer ska ställa om till annat arbete. Hälso- och sjukvården fokuserar främst på att patienten så långt det är möjligt ska få tillbaka sin hälsa och funktion. Det är inte heller alltid detsamma som samordningsuppdragets bredare mål om att personer ska återfå sin arbetsförmåga eller återgå i arbete. Därmed är det inte säkert att hälso- och sjukvården prioriterar de åtgärder som krävs för att en patient ska kunna återgå till sitt arbete och än mindre för att en sjukskriven patient ska

hinna det innan tidsgränserna i rehabiliteringskedjan för med sig skarpare krav för att få rätt till sjukpenning (se avsnitt 4.2).

Rehabiliteringskedjans tidsgränser och mål om tidig omställning till annat arbete stämmer dessutom sällan överens med arbetsgivares arbetsrättsliga ansvar. Det kan som sagt innebära att Försäkringskassan planerar rehabiliteringen utifrån andra arbeten än den sjuk-skrivnas ordinarie, medan arbetsgivaren fortfarande har ansvar för att rehabilitera den anställda tillbaka i ordinarie arbete (se avsnitt 5.2.1).

En annan viktig del av både rehabiliteringskedjan och målet med samordningsuppdraget är möjligheten för anställda att återgå i arbete hos sin arbetsgivare med hjälp av anpassningar. Men möjligheterna till anpassning, förflyttning och omplacering är begränsade hos många arbetsgivare. Särskilt vid långvariga sjukskrivningar har arbetsgivare ofta även begränsade ekonomiska drivkrafter att bidra till att anställda återfår sin arbetsförmåga (se avsnitt 5.3).

6.1.3 Försäkringskassan kan inte se till att de andra aktörerna utför åtgärder

Enligt socialförsäkringsbalken (SFB) ska Försäkringskassan ”se till att (...) de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade”.⁶⁴⁶ Försäkringskassan ska också utöva ”tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten”.⁶⁴⁷ Hade det varit möjligt för Försäkringskassan att göra båda dessa saker hade det kunnat göra det lättare för Försäkringskassan att både samordna rehabiliteringen och att göra det utifrån rehabiliteringskedjans tidsgränser, trots att de som utför åtgärderna har andra mål och prioriteringar. Men Försäkringskassan har aldrig kunnat se till att hälso- och sjukvården eller arbetsgivare utför åtgärder. Myndigheten har inte heller haft något eget mandat att utöva tillsyn.

När samordningsuppdraget infördes kunde de dåvarande försäkringskassorna se till att enskilda personer fick rehabiliterande åtgärder, eftersom myndigheten kunde köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Men regeringen tog bort dessa möjligheter 2008, bland annat för att regeringen ansåg att ansvarsfördelningen var otydlig (se avsnitt

⁶⁴⁶ 30 kap. 9 § SFB.

⁶⁴⁷ 30 kap. 8 § SFB.

2.3.1). Det innebär att Försäkringskassan inte längre kan se till att enskilda personer får rehabiliterande åtgärder.

Flera statliga utredningar har också kommit fram till att det skulle innebära större negativa effekter än positiva om Försäkringskassan kunde utöva tillsyn och se till så att personer fick åtgärder från hälso- och sjukvården respektive arbetsgivare. Skulle Försäkringskassan exempelvis kunna påverka vilka åtgärder som hälso- och sjukvården utför skulle det kunna innebära att hälso- och sjukvård inte längre ges till den som har störst behov (se avsnitt 3.2, 4.4 och 5.4).

En lösning på tillsynsansvaret har i stället varit att Försäkringskassan ska uppmärksamma avvikelser och anmäla systematiska brister till de behöriga tillsynsmyndigheterna, det vill säga Arbetsmiljöverket och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (avsnitt 3.2.2). Den lösningen utgår med andra ord från att det är andra aktörer som ska utöva den faktiska tillsynen, men både Arbetsmiljöverket och IVO har enligt vår granskning begränsade möjligheter att komplettera Försäkringskassan i samordningsuppdraget (avsnitt 4.4.4 och 5.4.2).

Trots att Försäkringskassan inte kan utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten och se till att personer får ta del av åtgärder, och trots att det tidigare inte har bedömts lämpligt att myndigheten ska kunna det, har Försäkringskassan fortfarande detta formellt i uppdrag. Skillnaden mellan Försäkringskassans formella uppdrag och de begränsade praktiska möjligheterna är i sig ett argument för att se över samordningsuppdraget. Vår granskning visar exempelvis att hälso- och sjukvården har reagerat negativt på Försäkringskassans beskrivningar av dessa delar av uppdraget, trots att beskrivningarna utgår från lagtexten.

Frågans känslighet har enligt vår granskning också bidragit till att Försäkringskassan har anpassat hur de beskriver dessa delar av uppdraget till de praktiska möjligheterna myndigheten har att genomföra det. Vi bedömer att skillnaden mellan Försäkringskassans beskrivningar av uppdraget att utöva tillsyn och se till att personer får rehabiliteringsåtgärder och det formella uppdraget bidrar till att göra samordningsuppdraget otydligt, vilket motverkar syftet med beskrivningarna (se avsnitt 3.2.2, 4.4.1 och 4.4.2). Dessutom riskerar andra uppdrag och annan lagstiftning att bli felaktigt utformade, eftersom de riskerar att utgå från ett formellt uppdrag som inte genomförs i praktiken. Så har exempelvis varit fallet i utformningen av lagen om

koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och kravet på att arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete (se avsnitt 4.5.4 och 5.4).

6.2 Medskick till en översyn

Vår rapport och andra utredningar beskriver många aspekter av samordningsuppdraget som en översyn behöver belysa. I det här avsnittet resonerar vi kring några frågor som vi bedömer är särskilt viktiga och som tidigare inte har belysts i alla delar eller i samma utsträckning som andra aspekter.

För det första anser vi att det inte är tillräckligt att lösa de utmaningar som vi beskriver. En översyn behöver även utgå från hur aktörerna kan bidra till samordningen av rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga (se avsnitt 6.2.1).

För det andra är det viktigt att förstå hur komplex frågan om hur målet för samordningsuppdraget ska utformas är. Vi exemplifierar komplexiteten med hjälp av de för- och nackdelar som kan finnas med att avgränsa målet till att begränsa kostnaderna för socialförsäkringarna (se avsnitt 6.2.2).

För det tredje kan det vara avgörande att belysa ansvarsfördelningen i en kommande översyn. Med nuvarande breda mål för samordningsuppdraget bedömer vi att aktörerna behöver delvis överlappande ansvar för samordningen. Men utvecklingen har hittills snarare präglats av försök att avgränsa ansvarsområdena. För att det ska vara möjligt att avgränsa ansvarsområdena anser vi att målet med samordningsuppdraget kan behöva begränsas (se avsnitt 6.2.3).

6.2.1 En översyn av samordningsuppdraget behöver också utgå från vad aktörerna kan bidra med

Det finns alltså flera utmaningar som motiverar en översyn av samordningsuppdraget. Men vi bedömer att de tre aktörerna arbetsgivare, Försäkringskassan samt hälso- och sjukvården också kan bidra till att lösa uppdraget. Det är viktigt att översynen utgår från dessa möjligheter, för att skapa bättre förutsättningar för att samordna rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga.

Försäkringskassan kan bidra till att utbyta information och med kunskap

Vi bedömer inte att Försäkringskassan kan lösa och hantera alla de utmaningar som vi beskriver. Men även om myndigheten inte ensam kan lösa utmaningarna visar vår granskning också att den kan bidra till att samordna rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga. Det gäller inte minst i frågan om att underlätta kommunikationen mellan aktörerna. Alla aktörer som vi har intervjuat är överens om att rehabiliteringen kan kräva att Försäkringskassan ger och för över information mellan aktörerna (se avsnitt 4.3, 5.5 och 5.6). En sådan informationsöverföring kan hälso- och sjukvården samt arbetsgivare ha svårt att få till, bland annat på grund av den misstro som vår granskning visar kan finnas mellan dem. Enligt både intervjupersoner från arbetsgivarorganisationerna och från hälso- och sjukvården kan Försäkringskassan i dessa lägen vara en tredje part som får i gång dialogen och informationsöverföringen.

Försäkringskassan kan också bidra med kunskap och bidra till att aktörerna i vissa fall också agerar. En fördel med att Försäkringskassan som statlig myndighet har detta ansvar är att det ger en tyngd till budskapet. Försäkringskassan behöver dessutom ofta själv den information som arbetsgivare och hälso- och sjukvården behöver ge till varandra.

Det finns funktioner inom arbetsgivarfören och hälso- och sjukvården som kan bidra till att samordna rehabiliteringen

Både hälso- och sjukvården och arbetsgivare har central betydelse för att anställda som har blivit sjuka ska kunna återgå i arbete. Vi anser att utformningen av deras ansvar är en viktig fråga i en översyn av samordningsuppdraget. Det finns också redan förslag om att se över deras ansvar och drivkrafter i sjukskrivningsprocessen.⁶⁴⁸

Det finns också funktioner inom hälso- och sjukvården och hos arbetsgivare som kan bidra till att samordna rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga. Det var en viktig del av hur regeringen utformade Försäkringskassans samordningsuppdrag. Inom hälso- och sjukvården kan till exempel rehabiliteringskoordinatorerna bidra (se

⁶⁴⁸ Se t.ex. SOU 2024:26, *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*, s. 221–226.

avsnitt 4.5), medan fackliga företrädare och företagshälsovården kan bidra inom arbetsgivarfären (se avsnitt 5.7).

Enligt vår granskning kan dessa aktörer och funktioner i vissa fall ha bättre förutsättningar än Försäkringskassan att identifiera åtgärder samt behov av samordning. Bland annat kan de vara inblandade även i de fall en person inte har ersättning från Försäkringskassan. Men framför allt anser vi att rehabiliteringskoordinatorer, fackliga representanter och företagshälsovården kan fungera som en kanal och kontaktyta mellan hälso- och sjukvården, arbetsgivare och Försäkringskassan. Det skulle skapa förutsättningar för att samordna rehabiliteringen även i de fall som samordningsuppdragets mål med rehabiliteringen inte är högst prioriterat av någon av de tre huvudaktörerna.

6.2.2 Vad målet med samordningsuppdraget ska vara är en viktig men komplex fråga

Målet med den rehabilitering som Försäkringskassan ska samordna är att en person som har blivit sjuk ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig genom arbete.⁶⁴⁹ Ett viktigt skäl till att samordningsuppdraget behöver ses över är att det målet både är svårdefinierat och svårt att följa upp (se avsnitt 3.1.3). Men frågan om hur målet bör utformas är komplex. Utöver frågan om vad samordningen ska uppnå handlar det om vilka som ska omfattas av uppdraget och hur uppdraget ska relatera till andra aktörers mål. Olika definitioner av målet kommer att ha olika för- och nackdelar. Vi exemplifierar det med följande diskussion om möjligheterna att begränsa målet med samordningsuppdraget till att hålla nere kostnaderna för socialförsäkringarna.

Det kan finnas fördelar för Försäkringskassan och sjukskrivna att begränsa målet till att hålla nere kostnaderna för socialförsäkringen

Ett viktigt skäl till att Försäkringskassan har samordningsuppdraget är att myndigheten administrerar socialförsäkringen. Därmed har myndigheten ansvar för kostnaderna för socialförsäkringen. En

⁶⁴⁹ 29 kap. 2 § SFB.

möjlighet att hålla nere kostnaderna är genom att personers nedsatta arbetsförmåga rehabiliteras.

Därför skulle en lösning på problemen med det svårdefinierade målet för samordningsuppdraget kunna vara att avgränsa målet till att förbättra arbetsförmågan för att så långt som möjligt minska personens behov av de ersättningar och övriga förmåner som Försäkringskassan administrerar. Det nuvarande målet är bredare än så eftersom det är formulerat som att personen ska få tillbaka sin arbetsförmåga. Avgränsningen skulle ge målet en tydligare koppling till kostnaderna för socialförsäkringarna. Det skulle kunna göra det lättare att följa upp målet och därigenom att utkräva ansvar från Försäkringskassan. Dessutom skulle det bli lättare för Försäkringskassan att identifiera de som behöver samordning, eftersom uppdraget bara skulle gälla individer som myndigheten redan har kontakt med.

Vår granskning fokuserar på hur samordningsuppdraget relaterar till sjukförsäkringen, eftersom det är i förhållande till sjukförsäkringen som samordningsuppdraget i huvudsak är aktuellt. Det gäller då framför allt i förhållande till sjukpenningen (se avsnitt 1.3).

Avgränsas målet till att begränsa personers behov av sjukpenning skulle rehabiliteringskedjan innebära att målet för Försäkringskassan kan bli att rehabilitera den nedsatta arbetsförmågan tillräckligt mycket för att en person med sjukpenning ska klara av att arbeta i ett normalt förekommande arbete. Dessutom skulle det räcka att hen klarade av att arbeta mer än 75 procent. Ett sådant mål skulle kunna bidra till att Försäkringskassan tidigt fokuserar på åtgärder för att den sjukskrivna ska kunna ställa om till ett annat arbete. Det skulle minska risken för att den som är sjukskriven blir av med sin sjukpenning utan att Försäkringskassan har bidragit till åtgärder som skulle kunna hjälpa hen att ställa om (se avsnitt 2.3.5).

Det finns nackdelar med att begränsa målet till att sänka kostnaderna för socialförsäkringen

Men det finns flera nackdelar med att begränsa uppdragets mål till att hålla nere kostnaden för socialförsäkringen. Bland annat skulle det bli svårare att samordna åtgärder från hälso- och sjukvården och arbetsgivare. Som vi beskriver ovan kan det vara svårt att samordna åtgärder från aktörer som inte har samma mål. Det problemet finns i dag och det är oklart i vilken utsträckning Försäkringskassan ska

utgå från sjukförsäkringens mål (se avsnitt 6.1.1). Den oklarheten försvinner med ett avgränsat mål, men om samordningsuppdragets mål skulle vara tydligt avgränsat till att minska behovet av sjukpenning kan rehabiliteringskedjan innebära att skillnaden mellan aktörernas mål blir ännu större än i dag (se avsnitt 6.1.2).

Dessutom utgår samordningsuppdraget från att rehabiliteringen ska planeras med hänsyn till sociala faktorer, medan Försäkringskassan inte får väga in sådana faktorer i bedömningen av rätten till sjukpenning. Anpassas samordningsuppdraget till sjukförsäkringens skulle Försäkringskassans planering utgå från rehabiliteringsinsatser som leder till en arbetsförmåga i yrken som en person inte nödvändigtvis har övriga förutsättningar att få. Det skulle till exempel kunna vara yrken som personen inte har rätt utbildning för. Det skulle inte stämma överens med målen för hälso- och sjukvårdens och arbetsgivares åtgärder (se avsnitt 2.3.5 och 3.1.1). En utredning av om det är möjligt att avgränsa målet med samordningsuppdraget till att begränsa kostnaderna för socialförsäkringarna behöver därför inkludera en översyn av kraven på hälso- och sjukvården och arbetsgivare samt deras drivkrafter.

En annan nackdel med att begränsa målet med samordningsuppdraget till kostnaderna för socialförsäkringen är att nedsatt arbetsförmåga inte bara påverkar dessa kostnader, utan även den enskilda personen och samhällsekonomin i stort. Syftet med samordningsuppdraget var att föra in arbetslinjen i socialförsäkringarna, bland annat för att minska kostnaderna för sjukförsäkringen, men också för att minska det produktionsbortfall som nedsatt arbetsförmåga för med sig (se avsnitt 2.2). Nedsatt arbetsförmåga påverkar dessutom både den enskilda personen och samhällsekonomin även om personen inte har ersättning från Försäkringskassan. Exempelvis återgår personer som har fått avslag på sin sjukpenningansökan ofta till sina ordinarie arbeten, men inte alltid i samma omfattning som innan de blev sjuka.⁶⁵⁰ En stor andel av de personer som får hjälp genom samordningsförbunden har inte heller ersättning för sin nedsatta arbetsförmåga från Försäkringskassan.⁶⁵¹

⁶⁵⁰ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel*. RiR 2024:14, s. 24–26. Jfr också med Riksrevisionen, *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*. RiR 2020:12; Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av personer som nekats sjukpenning*. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2020/000190.

⁶⁵¹ ISF, *Samordnat stöd leder till bättre försörjning*. Rapport 2024:12, s. 28–29.

I våra intervjuer tar till exempel intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationer upp de utmaningar i bemanningen som deras medlemmar ser (se avsnitt 5.3.2). För att få tillräcklig bemanning räcker det kanske inte att en person med nedsatt arbetsförmåga rehabiliteras tillräckligt för att klara av att arbeta minst 75 procent i ett normalt förekommande arbete. För arbetsgivaren och samhälls-ekonomin i stort kan målet i stället behöva vara att personen återfår hela sin arbetsförmåga i det arbete där hen har sin kompetens.

Skulle målet med Försäkringskassans samordningsuppdrag avgränsas till att begränsa kostnaderna för socialförsäkringarna skulle också personer utan ersättning eller andra förmåner från Försäkringskassan antingen stå utan hjälp från samordningen, eller så skulle en annan aktör behöva få ett kompletterande samordningsuppdrag som gäller dem.

Avgränsas inte målet med samordningsuppdraget till att begränsa kostnaderna för socialförsäkringen kan det i stället bli viktigare att också se över kraven för rätt till ersättning för nedsättning av arbetsförmågan och då framför allt rehabiliteringskedjan (se avsnitt 6.1). Men frågan blir då också om det är tillräckligt att samordningsuppdraget bara ska vara Försäkringskassans ansvar. Den frågan tar vi upp i nästa avsnitt.

6.2.3 Aktörerna kan behöva delvis överlappande ansvar för samordningen för att hjälpas åt

Vi bedömer att olika aktörers ansvar för samordningen behöver överlappa om målet för samordningsuppdraget inte begränsas. Men avgränsas målet med samordningsuppdraget till att begränsa kostnaderna för socialförsäkringen kan det i stället finnas större möjligheter än i dag att få till välavgränsade ansvarsområden.

Försäkringskassans samordningsuppdrag innebär gränsdragningsproblem

Samordning behövs för att ansvaret för enskilda personers rehabilitering är uppdelat på flera aktörer (se avsnitt 2.1.2). Det innebär att det finns problem med att dra gränsen för olika aktörers ansvar. Gränsdragningsproblemet hade inte funnits om en aktör hade hela ansvaret och resurser för att ge personer den sammanhållna

rehabilitering som de behöver för att återfå sin arbetsförmåga. Men det skulle bland annat kräva att socialförsäkringen utformas annorlunda än i dag (se avsnitt 2.4.3). Utifrån det nuvarande systemet är frågan i stället vilket ansvar de olika aktörerna ska ha.

Argumenten för avgränsade ansvarsområden gäller främst när aktörerna kan bidra utan att anpassa sig till varandra

När Försäkringskassan fick sitt samordningsuppdrag ville regeringen utöka ansvaret för rehabiliteringen även för övriga aktörer. Ansvaren blev på olika sätt överlappande, men det har flera utredningar varit kritiska till.⁶⁵² Det har också gjorts flera försök att avgränsa ansvarsområdena. Viljan att försöka avgränsa ansvarsområdena var till exempel en anledning till att Försäkringskassans möjligheter att köpa rehabiliteringstjänster togs bort 2008 (se avsnitt 2.3.1). Det senaste exemplet är den lag om hälso- och sjukvårdens ansvar för koordineringsinsatser som infördes 2020. Regeringen ville att ansvarsgränserna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan skulle vara tydliga och inte överlappa varandra. Därför var det viktigt för regeringen att avgränsa ansvarsområdena.⁶⁵³ Lagen anger också att hälso- och sjukvården inte ansvarar för insatser som andra aktörer ansvarar för (se avsnitt 4.5).⁶⁵⁴

Utgångspunkten för kritiken och försöken att avgränsa ansvarsområdena har varit att delat ansvar är inget ansvar. Kritikerna anser att det överlappande ansvaret för med sig risk för dubbelarbete och för att ingen tar ansvar i tron att någon annan gör det. Tydlighet behövs enligt detta synsätt för att de olika aktörerna ska kunna avkrävas ansvar.⁶⁵⁵ Dessa principer har varit viktiga när mål- och resultatstyrningen inom den svenska statsförvaltningen infördes och när Försäkringskassan på olika sätt har centraliserats. Men både mål- och resultatstyrning och centraliseringen av Försäkringskassan har gjort det svårare att hantera samordningsuppdraget (se avsnitt 2.3.5).

⁶⁵² Se t.ex. SOU 1996:113, *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*; SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*; SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*; SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete*.

⁶⁵³ Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10, s. 57.

⁶⁵⁴ 3 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁶⁵⁵ Se bl.a. Underlagsrapport till SOU 2006:86, *Rehabilitering: ett långt lidandes historia*. Samtal om socialförsäkring nr 10, s. 16 och 56; SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 601.

Samordningsuppdraget har dessutom präglats av att det inte varit möjligt att konstruera något sätt att utkräva ansvar.

Det har inte heller varit möjligt att helt avgränsa ansvarsområdena. Enligt vår granskning är det till exempel oklart vad försöket att avgränsa hälso- och sjukvårdens ansvar för koordineringsinsatser från Försäkringskassans ansvar innebär i praktiken (se avsnitt 4.5.4). Det finns dessutom kvar överlappande ansvar i flera delar som berör samordningsuppdraget. Exempelvis ansvarar såväl Försäkringskassan, hälso- och sjukvården som arbetsgivare för att uppmärksamma om en person kan behöva rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken.⁶⁵⁶

Det skulle vara lättare att avgränsa ansvarsområdena om Försäkringskassans samordningsuppdrag fick ett begränsat mål om att minska kostnaderna för socialförsäkringarna och om det gick att anpassa kraven på övriga aktörer samt deras drivkrafter till det målet. Då skulle aktörerna få större möjligheter att bidra separat utan att behöva anpassa sig till varandra. Men det nuvarande breda målet med samordningsuppdraget ställer i stället högre krav på aktörerna att anpassa sig till varandra, snarare än att avgränsa sina verksamheter från varandra.

Avgränsning av ansvarsområden kan bidra till att aktörerna begränsar sina bidrag till samordningen

Det finns en generell risk inom offentlig verksamhet att aktörer prioriterar mål inom sin egen sektor framför tvärsektoriella mål.⁶⁵⁷ Det är en risk som vi anser är aktuell även för de aktörer som omfattas av samordningsuppdraget. Risken ökar enligt oss också till följd av försöken att avgränsa aktörernas uppdrag från varandra, eftersom det gör det enklare för aktörerna att fokusera på vad som *inte* ingår i deras uppdrag. ISF har tidigare belyst hur det övergripande syftet med samordningsuppdraget kan hamna i skymundan när alla aktörer fokuserar på just sitt avgränsade ansvarsområde.⁶⁵⁸

⁶⁵⁶ 30 kap. 6–6 a och 9 §§ SFB; 4 § lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁶⁵⁷ Statskontoret, *På tvären – styrning av tvärsektoriella frågor*. 2006:13; Statskontoret, *Regeringens styrning i tvärsektoriella frågor*. Om offentlig sektor 44, 2022.

⁶⁵⁸ ISF, *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan av sjukpenning*, Rapport 2018:16, s. 114–115.

Risken för att aktörerna ska begränsa sig till att enbart fokusera på det egna ansvarsområdet ökar dessutom med finansiell åtstramning. Bland annat försvårade 1990-talskrisen och nedskärningarna i de offentliga finanserna de dåvarande försäkringskassornas arbete med att ta hand om samordningsuppdraget. Det följde av både de egna minskade budgeterna och av att andra myndigheter och företag behövde sträma åt och koncentrera sig på sina kärnverksamheter.⁶⁵⁹

Denna bild är aktuell också i dag. Bland annat har Försäkringskassan fått en mindre budget än tidigare vilket har inneburit att myndigheten har ställt in flera av de satsningar på samordningsuppdraget som myndigheten hade planerat.⁶⁶⁰ Vår granskning visar dessutom att Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och arbetsgivarna på olika sätt har argumenterat för att de behöver tydliggöra och begränsa sina uppdrag. Vår granskning visar att rehabiliteringskoordinatorernas roll inom hälso- och sjukvården begränsas med stöd av lagen om koordineringsinsatser (se avsnitt 4.5). Inom arbetsgivarsfären visar granskningen att både fack och företagshälsovård har fått mindre roller än vad som var tanken med samordningsuppdraget (se avsnitt 5.7). Sammantaget minskar det möjligheten att en person som behöver det får samordnad rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga.

Delvis överlappande ansvar eller uppdrag kan öka möjligheten att samordna rehabilitering

Vi bedömer att det kan krävas delvis överlappande uppdrag om samordningsuppdraget ska ha ett så brett mål som det har i dag. Utöver det nuvarande överlappande ansvaret för att identifiera behov av samordnad rehabilitering kan det krävas att det även finns gemensamt ansvar för samordningen. Det skulle bland annat kunna kompensera för Försäkringskassans svårigheter att ensamt ta ansvar för målet och minska risken för att det uppstår glapp som följer av att aktörerna försöker begränsa hur mycket de bidrar till samordningen.

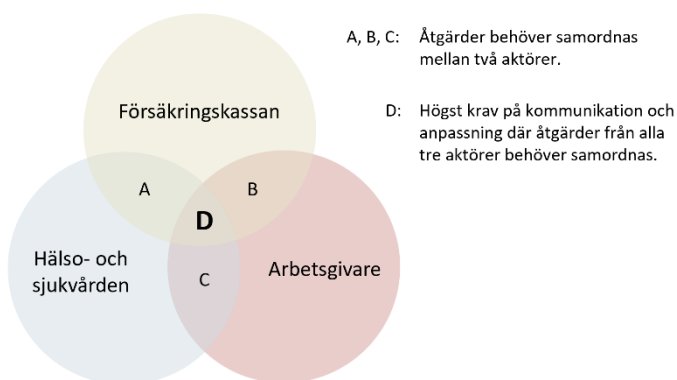
En fördel med överlappande ansvar är att det kan främja samordning, gemensamt ägarskap och flexibilitet. Genom att dela vissa

⁶⁵⁹ SOU 1998:104, s. 15.

⁶⁶⁰ Försäkringskassan, *Budgetunderlag 2025–2027*. 2024-02-16, dnr FK 2023/026727, s. 5; Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2021–2023 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2021-03-06, dnr FK2020/00636; Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2024–2026 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2024-01-15, dnr FK 2022/022021.

ansvarsområden tvingas parterna att kommunicera, koordinera och anpassa sina handlingar till varandra. Sådan överlappning kan fungera som en katalysator för att skapa en gemensam förståelse och främja problemlösning.⁶⁶¹ Om regeringen ger de inblandade aktörerna gemensamma uppdrag kan genomslaget öka, särskilt när de inblandade aktörerna inte kan styra varandra.⁶⁶²

Figur 2 Överlappning och behov av samordning



Graden av samordning som behövs beror på hur mycket aktörerna behöver anpassa sina åtgärder till varandra och till övriga förutsättningar. Det behövs ingen samordning alls om det är tillräckligt att en eller fler aktörer genomför åtgärder separat från varandra. Vi bedömer också som sagt att ett begränsat mål med samordningsuppdraget tillsammans med högre krav på de andra aktörerna än Försäkringskassan kan förbättra förutsättningarna för att aktörerna ska kunna bidra enskilt med mindre samordning. Men med ett brett uppdrag ökar behoven av att anpassa åtgärderna till övriga förutsättningar och särskilt till de övriga aktörernas åtgärder. Det ställer

⁶⁶¹ Se t.ex. Moss Kanter, R., Collaborative advantage: the art of alliances. *Harvard Business Review* 72.4 1994;96:108 och Milosevic, D. och Moss Kanter, R., Collaborative advantage: the art of alliances. *Harvard Business Review* 72.4 2019;97:101.

⁶⁶² Statskontoret, Om offentlig sektor 44, 2022; Jfr Statskontoret, *Myndighetsanalys av Jämställdhetsmyndigheten*. Rapport 2024:12, s. 16–17, 86 och 91–92.

höga krav på att aktörerna kommunicerar effektivt och att de anpassar både sina mål och värderingar till varandra.⁶⁶³

Graden av samordning som behövs kan också påverkas av tilliten mellan aktörerna. Både intervjupersonerna från arbetsgivarorganisationerna och från hälso- och sjukvården anser att brister i tilliten mellan dem är ett starkt argument för att Försäkringskassan behöver ha samordningsuppdraget. Både de och Försäkringskassan är dessutom rädda för att gå in på varandras områden. Det ökar behovet av samordning, men försvårar den samtidigt, eftersom aktörerna då kan undvika att ta initiativ som delvis överlappar eller ligger nära en annan aktörs ansvarsområde.

6.3 Samordningsuppdraget behöver vara välavvägt och förväntningarna rimliga

Det är många aktörer som betonar hur viktigt det är med samordning av rehabilitering av personer med nedsatt arbetsförmåga. Bland annat lyfte regeringen fram det som en av förutsättningarna för rehabiliteringskedjan som styr rätten till sjukpenning.⁶⁶⁴ Regeringen har också lyft fram rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga och samordningsuppdraget i regleringsbrevet till Försäkringskassan 2025.⁶⁶⁵

Dessutom riskerar förtroendet för sjukförsäkringen att minska om de som har behov av stöd inte uppfattas kunna få det.⁶⁶⁶ Rehabiliteringskedjan innebär att det är den enskilda personen som till största del bär konsekvenserna av att rehabiliteringen inte fungerar som tänkt. Därför anser vi att risken för att förtroendet minskar är särskilt stor i de situationer då en person förlorar rätten till sjukpenning utan att ha hunnit få det stöd i rehabiliteringen som är tanken med rehabiliteringskedjan.

Eftersom regeringen lyfter fram vikten av rehabiliteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga blir det också viktigt att staten

⁶⁶³ Se t.ex. Karlsson I. m.fl., Ethical challenges from a problem-solving intervention with workplace involvement: a qualitative study among employees with common mental disorders, first-line managers, and rehabilitation coordinators. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, vol. 19, 2024.

⁶⁶⁴ Prop. 2007/08:136, s. 58.

⁶⁶⁵ Regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende Försäkringskassan, S2023/03241, s. 8.

⁶⁶⁶ Försäkringskassan, *Förtroende som feedback*. Forskningsrapport 2024:1, s. 28–29.

tar ansvar för att denna rehabilitering fungerar så bra som möjligt utifrån de givna förutsättningarna. Ska denna rehabilitering fungera så bra som möjligt behöver den samordnas, eftersom ingen aktör ensamt ansvarar för rehabiliteringen och förutsättningar för rehabiliteringen, exempelvis personens försörjning. Det delade ansvaret innebär i sin tur också att det inte går att förvänta sig samma effektivitet som inom områden där en aktör har ensamt ansvar. Därför är det viktigt att staten tar ansvar för att det finns bästa möjliga förutsättningar för att personer med nedsatt arbetsförmåga kan få sin rehabilitering samordnad, men också för att staten och övriga inblandade aktörer har rimliga förväntningar på vad som är möjligt att uppnå.

7 Referenser

Andersen, Å. m.fl., *Utvärdering av rehabiliteringskoordinator inom psykiatrisk specialistsjukvård*, Uppsala universitet Dnr. PUBCARE 2019/317.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, *Tidiga och aktiva insatser för sjukskrivnas återgång i arbete, rehabiliteringsinsatser i samarbete. Återrapportering* 2014-08-01, dnr Af-2013/508922, FK 003013-2013.

Arbetsförmedlingen, *Arbetsförmedlingens synpunkter på Promemoria: Införandet av en rehabiliteringskedja*. Dnr 07-5550-08.

Arbetsgivarverket, *Om sjukfrånvaro och rehabilitering – en vägledning för statliga arbetsgivare*. 2023.

Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan, *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr AV 2021/002883 och Dnr FK 2020/004786.

Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljön 2021*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2022:2.

Arbetsmiljöverket, *Införandet av en rehabiliteringskedja, promemoria S2007/11032/SF*. Dnr CTO 2007/52935.

Arbetsmiljöverket, *Inspektioner om arbetsanpassning – Projektrapport – nationella tillsynsaktiviteten fokusområde arbetsanpassning*. Dnr 2022/010014.

Arbetsmiljöverket, *Nya sätt att organisera arbete – betydelsen för arbetsmiljö och hälsa*. Kunskapssammanställning 2018:2.

Arbetsmiljöverket, *Remissvar – Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:4)*. 2020-08-11, dnr 2020/029961.

Arbetsmiljöverket, *Remissvar över betänkandet Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)*. 2024-02-01, Dnr 2023/066491.

Arbetsmiljöverket, *Årsredovisning 2023*.

Becker S. m.fl., *Produktionen flyttar utomlands? Om offshoring och arbetsmarknaden*. SNS Förlag, 2010.

Berlin, J. och Kastberg Weichselberger, G., *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber, 2021.

Bet. 2009/10:SfU 13, *Ändringar i sjukförsäkringen*.

Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D. m.fl. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2018;19:28.

Dir. 2021:44, *Utökade möjligheter att upprätthålla en god arbetsmiljö*.

Ds 2003:63, *Den svenska sjukan II*.

Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*.

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*.

ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport 2016:2

Facken i välfärden, *Miljarder skäl att förbättra arbetsmiljön – Om kommunernas och regionernas kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro*. 2024.

Ferman, B., Torsvik, G., och Vaage, K., Skipping the doctor: evidence from a case with extended self-certification of paid sick leave. *Journal of Population Economics* 2023:1–37.

Fevang, E., Markussen, S., & Røed, K., The sick pay trap. *Journal of Labor Economics* 2014;32(2):305–336.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Sjukskrivningsmönster och praxis – Skillnader i vårdens arbete*. 2017-10-27.

Försäkringskassan, *Anpassningar av arbetet under sjukskrivning*. Arbetsrapport 2023:4.

Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 1*. 2012-05-11, dnr 030061–2012.

- Försäkringskassan, *Arbetsgivares insatser i rehabiliteringskedjan, del 2*. 2013-02-14, dnr 030061-2012.
- Försäkringskassan, *Arbetsgivarsamverkan – Rotorsaksanalys enligt PGSA*. 2017-01-24.
- Försäkringskassan, *Arbetslinjens återkomst? Socialförsäkringsrapport* 2009:3.
- Försäkringskassan, *Beslutsprotokoll Avdelningen för sjukförsäkring*, 2016-12-13, dnr 071102-2016 med bilaga PM – *Rehabilitering och Försäkringskassans samordningsuppdrag*, 2016-11-28.
- Försäkringskassan, *Budgetunderlag 2025–2027*. 2024-02-16, dnr FK 2023/026727.
- Försäkringskassan, *Effektutvärdering av den nya sjukförsäkringsprocessen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1.
- Försäkringskassan, *En differentierad handläggning av sjukpenning*. PM2018:8
- Försäkringskassan, *En gemensam bild av vårt samordningsuppdrag*. PM 2023-02-14.
- Försäkringskassan, *Faktorer som kan påverka återgång i arbete*. Arbetsrapport 2024:1.
- Försäkringskassan, *Forskning om socialförsäkring och Försäkringskassan*. Socialförsäkringsrapport 2020:9
- Försäkringskassan, *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken*. Analyserar 2006:6.
- Försäkringskassan, *Försäkringskassans uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess – Svar på regeringsuppdrag*. Dnr 056546-2015, 2016-04-29; dnr 072523-2016, 2017-02-21; dnr 053493-2017, 2018-02-21; 2019-02-18, dnr 00228-2019; dnr 000973-2020, 2020-02-21.
- Försäkringskassan, *Förtroende som feedback*. Forskningsrapport 2024:1.
- Försäkringskassan, *Handläggarstöd för dialog med arbetsgivare sjukfall*. 2023-12-15, dnr FK 2023-035625.
- Försäkringskassan, *Hur åstadkomma en över tid korrekt, effektiv och enhetlig förvaltning av sjukförsäkringen*. PMi 2023:1.

Försäkringskassan, *I skuggan av arbetsnormen*. Socialförsäkringsrapport 2020:1.

Försäkringskassan, *IKR – Inledande kartläggning av rehabiliteringsbehov*. 2023-10-23.

Försäkringskassan, *Inrätta och avveckla verksamhetsområden på Avdelningen för sjukförsäkring*. Beslutsprotokoll 2023-03-20, dnr FK 2023/003574.

Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag: Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Socialförsäkringsrapport 2019:3.

Försäkringskassan, *Metodstöd för hantering av ärenden där den försäkrade ska delta i en insats som kan bedömas vara arbetslivsinriktad rehabilitering*. IM 2024:085.

Försäkringskassan, *Nya möjligheter att mäta återgång i arbete*. Arbetsrapport 2024:4.

Försäkringskassan, *Nytt metodstöd: uppgifter som kan behövas i ett läkarintyg och hur de ska värderas*. IM 2024:028.

Försäkringskassan, *Powerpointpresentation – Stödmaterial till IM 2024:085*.

Försäkringskassan, *Processen för sjukpenning och rehabilitering*. Process 2009:7, version 7.0.

Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av personer som nekats sjukpenning*. Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2020/000190.

Försäkringskassan, *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 001382–2020.

Försäkringskassan, *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig uppföljning 2016:2.

Försäkringskassan, *Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete – Försäkringskassans metodundersökning 2004*. Analyserar 2005:17.

Försäkringskassan, *Riktlinjer för samarbete vid arbetsskada*. Riktlinje 2006:06.

Försäkringskassan, *Rättslig kvalitetsundersökning SFD – våren 2024*. 2024-09-20, dnr FK 2024/020223.

Försäkringskassan, *Rättslig kvalitetsundersökning SFT – våren 2024*. 2024-09-27, dnr FK 2024/020689.

Försäkringskassan, *Samordning av rehabiliteringsinsatser*. PM2022:2.

Försäkringskassan, *Samordningsuppdragets praktik*.
Socialförsäkringsrapport 2020:2.

Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro, sektor och företagsstorlek*. Korta analyser 2018:1.

Försäkringskassan, *Sjukförsäkringens styrkedja*. Internrevisionsrapport 2020:7.

Försäkringskassan, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, Version 17.

Försäkringskassan, *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, Version 21.

Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 19.

Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete*. Arbetsrapport 2024:02.

Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag – Analys av bestämmelsen om övervägande skäl i sjukpenningen*. 2023, dnr FK 2023/003089.

Försäkringskassan, *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Socialförsäkringsrapport 2010:9.

Försäkringskassan, *Utveckla arbetet inom Samordningsuppdraget, LFC-projekt 2011 i samverkan med Avdelningen för försäkringsprocesser*. Slutrapport 2012-01-02.

Försäkringskassan, *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare – Slutredovisning av regeringsuppdrag*. 2017-02-28, dnr 061638–2015.

Försäkringskassan, *Vad kostar olika sjukdomar?* Korta analyser 2023:7.

Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2021–2023 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2021-03-06, dnr FK2020/00636.

Försäkringskassan, *Verksamhetsplan 2024–2026 för Avdelningen för sjukförsäkring*. 2024-01-15, dnr FK 2022/022021.

Försäkringskassan, *Yttrande över promemoriorna "Införande av en rehabiliteringskedja" och "Ettårsgräns för sjukpenning och införande av förlängd sjukpenning"*. Dnr 60580–2007 och 60806–2007.

Försäkringskassans årsberättelse för år 2005.

Försäkringskassans årsredovisning 2006.

Försäkringskassans årsredovisning 2007.

Försäkringskassans årsredovisning 2008.

Försäkringskassans årsredovisning 2012.

Försäkringskassans årsredovisning 2014.

Försäkringskassans årsredovisning 2015.

Försäkringskassans årsredovisning 2017.

Försäkringskassans årsredovisning 2023.

Godøy, A. m.fl., Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2024;16(2):150–81.

Hedlund, Å., *Return to work after long-term sick leave for common mental disorders*. 2024, Gävle University Press.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Arbetsplatsstorlek och sjukfrånvaro*. Rapport 2012:28.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Den svenska arbetsmarknaden och dess utmaningar*. Rapport 2017:5.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Rehabiliteringsgarantin*. Rapport 2012:26.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden*. Rapport 2009:2.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden*. Rapport 2007:4.

IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Rapport 2010:11.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Arbetsgivare i små företag*. Rapport 2012:9.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen*. Rapport 2015:4.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), 2011.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Att främja ett professionellt handläggarskap*. Rapport 2017:4.

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

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. Rapport 2011:17.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Effektiviteten i Försäkringskassans ärendehandläggning*. Rapport 2017:10.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Ersättning för höga sjuklönekostnader*. Rapport 2023:9.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen*. Rapport 2019:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, Rapport 2021:9.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan*. Rapport 2018:16.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Hälsoeffekter av tidigarelagd pensionering*. Rapport 2014:16.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Införandet av särskild utredning i långa sjukfall*. Rapport 2021:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Konsekvenser av förändringar i sjukförsäkringen*. Rapport 2023:10.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Kravet på varaktighet vid arbetsskadelivränta*. Rapport 2015:14.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete?* Rapport 2014:21.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron.* Rapport 2014:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Möjligheter till tidig pensionering.* Rapport 2021:7.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro.* Rapport 2014:12.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Remissvar SOU 2015:21. Dnr 2015–53.*

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Samordnat stöd leder till bättre försörjning.* Rapport 2024:12.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Samordningsförbundens organisering och verksamhet.* Rapport 2019:1.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser.* Rapport 2014:22.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Sjukskrivningsmiljarden – Landstingens syn på ekonomiska incitament för att påverka sjukfrånvaron.* Rapport 2013:11.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Stabilitet i sjukfrånvaron.* Rapport 2012:15.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010.* Rapport 2011:13.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna.* Rapport 2014:17.

Karlsson I. m.fl., Ethical challenges from a problem-solving intervention with workplace involvement: a qualitative study among employees with common mental disorders, first-line managers, and rehabilitation coordinators. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, vol. 19, 2024.

Karolinska Institutet, *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I.*

Karolinska Institutet, *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter*. Huvudrapport 2018.

Karolinska Institutet, *Remissvar utredningen "En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022"* (SOU 2024:26).

Lindqvist, R., *Att sätta gränser*. Borea, 2000.

Linköpings universitet, *Remiss Promemoria: Införandet av rehabiliteringskedja*. Dnr LiU-2007/00557.

LO – Landsorganisationen i Sverige, *Införande av en rehabiliteringskedja*. 2008, dnr 20070799.

LO – Landsorganisationen i Sverige, *Åter till arbetet – nya regler vid rehabilitering*. 2007.

Länsstyrelserna, *Hur jämställda är arbetsvillkoren i kommuner och regioner? En jämförelse mellan kvinno- och mansdominerade yrken*. 2023.

Milosevic, D. och Moss Kanter, R., Collaborative advantage: the art of alliances. *Harvard Business Review* 72.4 2019;97:101.

Moss Kanter, R., Collaborative advantage: the art of alliances. *Harvard Business Review* 72.4 1994;96:108.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*. 2019-03-29, dnr 2019–35.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Samordna företagshälsovårdens kompetensförsörjning avseende läkare*. Svar på regeringsuppdrag 2024-02-22, dnr 24/00035.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Sanktionsavgifter för överträdelser av arbetsmiljölagen – en effektutvärdering*. Rapport 2024:3.

OECD, *OECD Employment Outlook 2022: Building Back More Inclusive Labour Markets*. 2022.

Prop. 1962:90, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om allmän försäkring, m.m.*

Prop. 1972:55, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, m.m.*

Prop. 1975/76:133, *om utbyggnad av föräldraförsäkringen m.m.*

- Prop. 1989/90:62, *om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet, m.m.*
- Prop. 1990/91:51, *om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*
- Prop. 1990/91:140, *Arbetsmiljö och rehabilitering.*
- Prop. 1990/91:141, *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*
- Prop. 1990/91:181, *om sjuklön, m.m.*
- Prop. 1991/92:100, *med förslag till statsbudget för budgetåret 1992/93.*
- Prop. 1992/93:159, *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1994/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.*
- Prop. 1995/96:69, *Vissa socialförsäkringsfrågor, m.m.*
- Prop. 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension.*
- Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*
- Prop. 2002/03:132, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*
- Prop. 2003/04:69, *En ny statlig myndighet för socialförsäkringens administration.*
- Prop. 2004/05:21, *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.*
- Prop. 2006/07:1, *Budgetpropositionen för 2007, utgiftsområde 10.*
- Prop. 2006/07:59, *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*
- Prop. 2007/08:1, *Budgetpropositionen för 2008, utgiftsområde 10.*
- Prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Prop. 2008/09:200, *Socialförsäkringsbalk.*
- Prop. 2011/12:113, *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete.*

- Prop. 2012/13:143, *Effektivare sanktioner för arbetsmiljö och arbetstidsreglerna*.
- Prop. 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017*, utgiftsområde 10.
- Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.
- Prop. 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018*, utgiftsområde 10.
- Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10.
- Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
- Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, utgiftsområde 10.
- Prop. 2020/21:171, *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring*.
- Prop. 2020/21:78, *Extra ändringsbudget för 2021 – Vissa ändrade regler inom sjukförsäkringen*.
- Prop. 2021/22:176, *Flexibilitet, omställningsförmåga och trygghet på arbetsmarknaden*.
- Prop. 2021/22:260, *Ökad kontroll i hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2023/24:83, *Ersättning för höga sjuklönekostnader upphör*.
- Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, utgiftsområde 9 och 10.
- Regeringen, *Uppdrag att utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Dnr S2015/07796/SF.
- Regeringens beslut den 10 oktober 2024, S2022/03717, S2024/01782.
- Regeringskansliet och SKL, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013*. Dnr S2012/6876/SF.
- Region Skåne, *Remiss En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022 (SOU 2024:26)*. 2024-06-10, ärendenummer 2024-POL000179.
- Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Försäkringskassan, S2021/08064.

Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Försäkringskassan, S2022/04810.

Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Försäkringskassan, S2023/03257.

Re-Think, *Sjukfrånvaro i offentlig och privat driven välfärd*. 2019-01-28.

Riksdagens protokoll 2015/16:42.

Riksdagens socialförsäkringsutskott, *Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering*. Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1.

Riksförsäkringsverket, *Försöksverksamhet inom rehabiliteringsområdet i Malmöhus, Norrbottens och Blekinge län – en utvärdering*. RFV Anser 1992:12.

Riksförsäkringsverket, *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL)*. RFV Allmänna Råd 1991:12.

Riksrevisionen, *Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering*. RiR 2004:21

Riksrevisionen, *Samhalls samhällsuppdrag – styrning och organisation i behov av förändring*. RiR 2023:14.

Riksrevisionen, *Skyddat arbete hos Samhall – Mer rehabilitering för pengarna*. RiR 2008:28.

Riksrevisionen, *Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara?* RiR 2007:19.

Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. RiR 2024:14.

Riksrevisionen, *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*. RiR 2020:12.

Riksrevisionsverket, *Samhall – en effektiv åtgärd?* RRV 1999:18.

Rothstein B., *Vad bör staten göra?* SNS Förlag, 3:e upplagan, 2010

Rudling, J., *Brahemodellen – Slutrapport från FoU-projekt*. 2023.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom*. 2014, rapport nr 223.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården*. 2012, Rapport nr 211.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Insatser i vården vid långtidssjukskrivning*. 2022, Rapport nr 349.

SCB – Statistiska centralbyrån, *En fråga om tid (TID2021) – En studie av tidsanvändning bland kvinnor och män 2021*. April 2022.

SCB – Statistiska centralbyrån, *Vårdnadshavare för hemmaboende barn 0–17 år, antal efter vårdnadshavare, familjetyp*. 2023.

Seing, I. m.fl., Return to Work or Job Transition? Employer Dilemmas in Taking Social Responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation*, 2015;(37):18-19:1 760–1 769.

Seing, I. m.fl., Early-Return-to-Work in the Context of an Intensification of Working Life and Changing Employment Relationships. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2015;25:1–12.

Seing, I. m.fl., Policy and Practice of Work Ability: A Negotiation of Responsibility in Organizing Return to Work. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012;(22)4:553-564.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018*. 2020.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Läkarintyg om arbetsförmåga – sjuklöneperioden (AG 1–14)*.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Metodbok för koordinering*. 2020.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Synpunkter på Försäkringskassans förslag på Metodstöd om läkarintyg, dnr SKR2023/01678*. 2023-10-10.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Tolkningsstöd avseende Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297)*. Dnr SKR2024/00203.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner, *Yttrande – Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)*. Dnr SKR2023/02100, 2024-03-15.

Skr. 2020/21:92, *En god arbetsmiljö för framtiden – regeringens arbetsmiljöstrategi 2021–2025*.

Socialdepartementet, *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. 2015, dnr S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022*. 2023.

Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*. Nationellt kunskapsstöd, 2023.

Socialstyrelsen, *Samverkan med andra aktörer – Bilaga till Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd*.

Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. 2018.

SOU 1946:24, *Förslag till effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra m.m.*

SOU 1958:17, *Socialförsäkring och rehabilitering*.

SOU 1988:41, *Tidig och samordnad rehabilitering*.

SOU 1990:49, *Arbete och hälsa*.

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*.

SOU 1996:64, *Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration*.

SOU 1996:113, *En allmän och vid aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*.

SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*.

SOU 2000:72, *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter*.

SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum*.

SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning*.

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

- SOU 2003:56, *Inte bara Samhall - del 1.*
- SOU 2003:106, *Försäkringskassan – Den nya myndigheten.*
- SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård.*
- SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete.*
- SOU 2006:86, *Underlagsrapport, Rehabilitering: ett långt lidandes historia. Samtal om socialförsäkring nr 10.*
- SOU 2009:49, *Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring.*
- SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete.*
- SOU 2011:11, *Långtidsutredningen 2011 – Att kombinera socialförsäkringar med incitament till arbete (bilaga 8).*
- SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård.*
- SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring.*
- SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.*
- SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.*
- SOU 2020:24, *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*
- SOU 2020:26, *En sjukförsäkring anpassad efter individen.*
- SOU 2021:6, *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*
- SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*
- SOU 2021:69, *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.*
- SOU 2022:45, *Steg framåt med arbetsmiljön i fokus.*
- SOU 2023:45, *Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet.*
- SOU 2023:48, *Rätt förutsättningar för sjukskrivning.*

SOU 2023:53, *En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet.*

SOU 2024:26, *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022.*

SOU 2025:15, *Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare.*

Statens folkhälsoinstitut, *Remissyttrande – Promemorian Införandet av en rehabiliteringskedja (S2007/11032/SF).* Dnr VERK 2007/465.

Statskontoret, *En analys av processen och förutsättningarna för anställningar hos Samhall AB.* Rapport 2017:7.

Statskontoret, *Försäkringskassans åtgärder för en bättre förvaltning av sjukförsäkringen.* Slutrapport 2023:6.

Statskontoret, *Myndighetsanalys av Jämställdhetsmyndigheten.* Rapport 2024:12.

Statskontoret, *På tvären – styrning av tvärspektoriella frågor.* 2006:13.

Statskontoret, *Regeringens styrning i tvärspektoriella frågor.* Om offentlig sektor 44, 2022.

Statskontoret, *Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet – En forskningsantologi.* 2020.

Statskontoret, *Överenskommelser som styrmedel.* 2014.

Stockholms läns landsting och Health Navigator, *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator – Slutrapport.* 2018.

Svenskt Näringsliv, *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen.* 2019.

TCO – Tjänstemännens centralorganisation, *Införande av en rehabiliteringskedja, Promemoria.* 2008, dnr 07–0136.

TCO – Tjänstemännens centralorganisation, *Morgondagens sjukförsäkring – Standardtrygghet och omställning.* 2018-02-05.

Torsvik, G. och Vaage, K., *Gatekeeping versus Monitoring: Evidence from a Case with Extended Self-Reporting of Sickness Absence.* CESifo Working Paper, no. 5113, 2014.

Upmark, M. m.fl., *Den komplexa sjukfrånvaron.* Studentlitteratur, 2006.

Bilaga 1: Krav för rätt till ersättning från sjukförsäkringen

Bedömningen av arbetsförmågan bestäms av rehabiliteringskedjans tidsgränser

Ett krav för att en person ska ha rätt till sjukpenning är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.⁶⁶⁷ Bedömningen av arbetsförmågan skärps stegvis genom den så kallade rehabiliteringskedjan.⁶⁶⁸

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning görs under de första 90 dagarna i sjukperioden i förhållande till ordinarie arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda.⁶⁶⁹

Från och med 90 dagar med nedsatt arbetsförmåga behöver personen även ha en nedsatt arbetsförmåga i förhållande till ett annat arbete eller andra arbetsuppgifter som hen kan omplaceras till hos arbetsgivaren.⁶⁷⁰

När en person har haft nedsatt arbetsförmåga i 180 dagar ska bedömningen av arbetsförmågan vidgas till att gälla ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, om inte något av undantagen ska tillämpas. Bedömningen ska göras i förhållande till varje typ av arbete som kan anses vara normalt förekommande, och det räcker att den försäkrade personen kan utföra något sådant arbete för att anses ha arbetsförmåga.⁶⁷¹

Från 1 juli 2008 till och med 14 mars 2021 gällde undantagen att om det fanns särskilda skäl skulle Försäkringskassan pröva

⁶⁶⁷ 27 kap. 2 § första stycket socialförsäkringsbalken (SFB).

⁶⁶⁸ 27 kap. 46–49 §§ SFB.

⁶⁶⁹ 27 kap. 46 § första stycket SFB.

⁶⁷⁰ 27 kap. 47 § första stycket SFB.

⁶⁷¹ 27 kap 48 § första stycket SFB samt prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 67.

arbetsförmågan även efter dag 180 och fram till dag 365 mot personens ordinarie arbete.⁶⁷² Det krävdes stor sannolikhet för att personen skulle kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren för att prövningen mot hela arbetsmarknaden skulle skjutas upp. Det kunde till exempel vara fallet när en person väntade på en operation eller nyligen genomgått en sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet skulle leda till att återställa arbetsförmågan. Särskilda skäl kunde därför endast beaktas vid tydliga diagnoser. Vid mer diffusa diagnoser var det svårt att ha en välgrundad uppfattning om att en viss terapi skulle ha önskad effekt eller vilket läkningsförlopp som kunde förväntas.⁶⁷³

Från och med den 15 mars 2021 har särskilda skäl ersatts med att arbetsförmågan även efter dag 180 prövas mot personens ordinarie arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren om övervägande skäl talar för att personen kan återgå i arbete hos arbetsgivaren innan hen har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar.⁶⁷⁴

Från och med den 1 februari 2022 infördes dessutom en bestämmelse som innebär att prövningen mot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden kan skjutas upp om det finns särskilda skäl som grundas på att personen kan förväntas återgå i arbete hos arbetsgivaren innan hen har haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar. För att göra ett undantag på grund av särskilda skäl ska det finnas stor sannolikhet att personen kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 550 i sjukperioden.⁶⁷⁵

Försäkringskassan kan dessutom göra undantag från kravet att arbetsförmågan ska prövas mot förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt om det i annat fall kan anses oskäligt att personens arbetsförmåga ska prövas mot hela arbetsmarknaden.⁶⁷⁶ Det kan exempelvis handla om fall där en person har en allvarlig sjukdom

⁶⁷² 27 kap. 48 § SFB i dess lydelse före den 15 mars 2021.

⁶⁷³ Prop. 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 68–69.

⁶⁷⁴ 27 kap. 48 § andra stycket 1 SFB.

⁶⁷⁵ 27 kap. 48 § andra stycket 2 SFB samt prop. 2021/22:1, *Budgetpropositionen för 2022*, utgiftsområde 10, s. 51.

⁶⁷⁶ 27 kap. 48 § andra stycket 3 SFB.

som successivt kommer att försämrats och personen på sikt skulle få svårigheter att även klara annat arbete än det ordinarie arbetet.⁶⁷⁷

För arbetslösa personer ska prövningen alltid ske mot hela arbetsmarknaden oavsett tidpunkt.⁶⁷⁸

Äldre personer som har uppnått den ålder då inkomstgrundad ålderspension tidigast kan lämnas undantas helt från bedömningen mot hela arbetsmarknaden (normalt förekommande arbeten).⁶⁷⁹

Arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

Under perioden den 1 juli 2008 till och med den 30 juni 2012 gällde att bedömningen av arbetsförmågan skulle göras i förhållande till ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade personen.⁶⁸⁰ Före den 1 juli 2008 skulle arbetsförmågan bedömas i förhållande till förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Begreppet normalt förekommande på arbetsmarknaden återinfördes den 1 juli 2012. Tidigare förarbeten och utvecklad praxis i förhållande till det återinförda begreppet vägleder fortfarande tolkningen av begreppet.⁶⁸¹

Den 1 september 2022 gjordes en lagändring för att öka begripligheten i Försäkringskassans beslut. Bestämmelsen om bedömning mot normalt förekommande arbete ändrades på så sätt att bedömningen ska göras mot arbete i en angiven yrkesgrupp som innehåller normalt förekommande arbeten.⁶⁸² Det innebär att en person som nekas sjukpenning för att hen bedöms klara ett normalt förekommande arbete ska få ett beslut med en motivering där det framgår en eller flera yrkesgrupper där hens arbetsförmåga inte bedöms vara nedsatt.⁶⁸³

⁶⁷⁷ Bet. 2009/10:SfU 13, Ändringar i sjukförsäkringen, s. 7.

⁶⁷⁸ Prop. 2007/08:136, s. 59.

⁶⁷⁹ 27 kap. 49 d § SFB.

⁶⁸⁰ 27 kap. 48 § i dess lydelse före den 1 juli 2012.

⁶⁸¹ Prop. 2011/12:113, *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete*, s. 13–14.

⁶⁸² Lagen (2021:990) om ändring i socialförsäkringsbalken.

⁶⁸³ Prop. 2020/21:171, *Angiven yrkesgrupp – åtgärder för en begriplig sjukförsäkring*, s. 5 f.

Det finns även tidsgränser för nivån på sjukpenningen

Förutom rehabiliteringskedjan innehåller regelverket för sjukpenning tidsgränser som bestämmer vilken ersättning som kan betalas ut till den sjukskrivna personen. Tidsgränserna innebär också krav på aktiviteter från både den sjukskrivna och Försäkringskassan.

De första 364 dagarna får den som är sjukskriven sjukpenning på normalnivå, vilket motsvarar cirka 80 procent av personens sjukpenninggrundande inkomst (SGI).⁶⁸⁴ Efter att dagarna med sjukpenning på normalnivå tar slut behöver personen ansöka antingen om fler dagar med sjukpenning på normalnivå eller sjukpenning på fortsättningsnivå för att kunna få ytterligare sjukpenning. För att ha rätt till fler dagar med sjukpenning på normalnivå behöver Försäkringskassan bedöma att personen har en allvarlig sjukdom.⁶⁸⁵ Sjukpenning på fortsättningsnivå har däremot samma krav som sjukpenning på normalnivå.⁶⁸⁶ Men ersättningsnivån för sjukpenning på fortsättningsnivå är cirka 75 procent av personens SGI.⁶⁸⁷

Tidigare fanns en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning

Den bortre tidsgränsen infördes 2008, samtidigt som rehabiliteringskedjan. Den avskaffades från och med den 1 februari 2016.⁶⁸⁸ Tidsgränsen innebar att de allra flesta hade rätt till som mest 914 dagar med sjukpenning, oavsett arbetsoförmåga (364 dagar med sjukpenning på normalnivå⁶⁸⁹ och 550 dagar på fortsättningsnivå⁶⁹⁰). Men bland annat personer med godkänd arbetsskada eller allvarliga sjukdomar kunde få sjukpenning längre tid än 914 dagar.⁶⁹¹ De vars sjukpenning upphörde efter 914 dagar blev anvisade till

⁶⁸⁴ 27 kap. 21 § SFB.

⁶⁸⁵ 27 kap. 23 § första stycket SFB.

⁶⁸⁶ 27 kap. 24 § SFB.

⁶⁸⁷ 28 kap. 7 § SFB.

⁶⁸⁸ Riksdagens protokoll 2015/16:42.

⁶⁸⁹ 27 kap. 22 § SFB.

⁶⁹⁰ 27 kap. 22 § SFB och 27 kap. 24 § SFB i dess lydelse före den 1 februari 2016.

⁶⁹¹ 27 kap. 24 a § SFB i dess lydelse före den 1 februari 2016.

arbetslivsintroduktionen (ALI) som Arbetsförmedlingen ansvarade för.

Innan rehabiliteringskedjan bedömdes rätten till sjukpenning utifrån steg-för-steg-modellen

Mellan 1997 och 2008 bedömde Försäkringskassan om en persons arbetsförmågan var tillräckligt nedsatt för att ha rätt till sjukpenning utifrån den så kallade steg-för-steg-modellen.⁶⁹² Den baserades på i stort sett samma principer som rehabiliteringskedjan, men saknade fasta tidsgränser. Steg-för-steg-modellen innehöll sju steg och innebar att bedömningarna av arbetsförmågan successivt vidgades för att i de sista stegen göras mot ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Arbetslösa bedömdes direkt utifrån fråga 5. Syftet med fråga 7 var att ta ställning till om personen hade rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare sjukbidrag och förtidspension) i stället för sjukpenning.

1. Kunde den anställda utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens?
2. Kunde den anställda utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?
3. Kunde den anställda utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?
4. Kunde den anställda erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?
5. Kunde den anställda eller arbetslösa personen klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?
6. Kunde den anställda eller arbetslösa personen klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser till exempel utbildning eller omskolning?

⁶⁹² Dåvarande 3 kap. 7 § lagen (1996:1542) om allmän försäkring (AFL).

7. Var den anställda eller arbetslösa personen varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?⁶⁹³

Sjukersättningen har renodlats

Sedan Försäkringskassan fick samordningsuppdraget har även regelverket för sjukersättning (tidigare sjukbidrag och förtidspension) skärpts. Då fanns möjlighet att bevilja tidsbegränsad sjukersättning och det innebar att Försäkringskassan även behövde samordna rehabilitering för personer som hade denna ersättning. Kraven för att få sjukersättning skärptes den 1 juli 2008 och ersättningen kan därefter endast betalas ut när arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i förvärvsarbeten på arbetsmarknaden.⁶⁹⁴ Det är med andra ord sällan aktuellt att samordna rehabilitering för att öka arbetsförmågan för personer med sjukersättning.

Att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt innebär att arbetsförmågan bedöms bestå för all överskådlig framtid. Det rör sig därmed om kroniska sjukdomar och irreversibla skador där ytterligare medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga eller att den arbetsförmåga som finns kan förbättras. Till skillnad från före ändringen 2008 ska inte andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom påverka rätten till ersättning. Vid bedömningen av arbetsförmågens nedsättning ska därför inte längre ålder, bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet, och andra liknande omständigheter beaktas. Vidare ska bedömningen beakta om den försäkrade personen har sådan förmåga att hen kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden.⁶⁹⁵

⁶⁹³ Prop. 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*, s. 13–20.

⁶⁹⁴ 33 kap. 6 § SFB.

⁶⁹⁵ Prop. 2007/08:136, s. 88.

