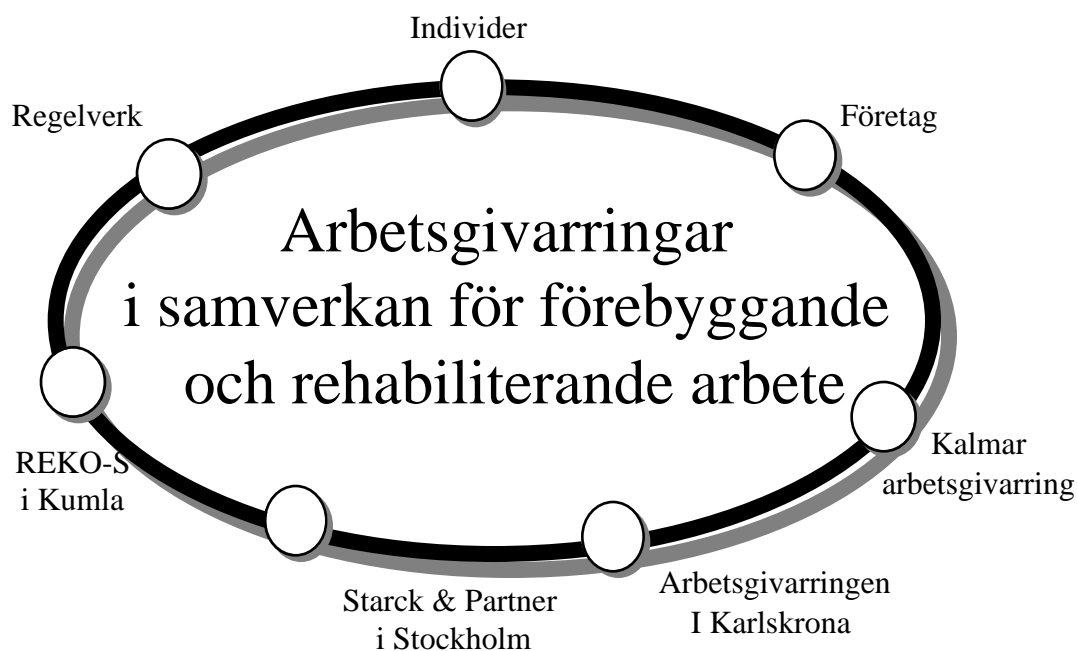


# SAGAN OM RINGARNA

## DEL 3 FÖRETAGEN, INDIVIDERNA, REGELVERKEN



Slutrapport  
2003-12-15

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>4. MEDLEMSKAPET I RINGARNA - FÖRETAGSSTUDIEN .....</b>	<b>3</b>
4.1. SAMMANFATTNING.....	3
4.2. INLEDNING.....	3
4.3. FÖRETAGENS SJUKFRÅNVARO OCH PERSONALOMSÄTTNING .....	5
4.4. INTERNT ARBETE MED REHABILITERING, PREVENTION OCH RÖRLIGHET .....	5
4.5. MOTIV FÖR MEDLEMSKAP .....	6
4.6. MEDLEMSSAMMANSÄTTNING.....	7
4.7. KONTAKTER INOM RINGEN .....	7
4.8. KONTAKTER MED OFFENTLIGA AKTÖRER.....	8
4.9. DE FACKLIGA ORGANISATIONERNAS OCH MELLANCHEFERNAS ENGAGEMANG .....	8
4.10. REHABILITERING, PREVENTION OCH RÖRLIGHET.....	9
4.11. ANVÄNDNING OCH VÄRDE.....	10
<b>5. ÅTERTÅG OCH ÖVERGÅNGAR - INDIVIDSTUDIEN.....</b>	<b>13</b>
5.1. SAMMANFATTNING.....	13
5.2. INDIVIDPERSPEKTIVET.....	14
5.3. DEN FÖRSTA HISTORIEN - 40-ÅRIG KVINNLIG MONTÖR MED FIBROMYALGI .....	16
5.4. DEN ANDRA HISTORIEN - 49-ÅRIG MANLIG SVARVARE MED REUMATISM .....	19
5.5. DEN TREDJE HISTORIEN - 47-ÅRIG KVINNLIG SJUKSKÖTERSKA MED UTMATTNINGSDEPRESSION .....	21
5.6. SJUKSKRIVNINGSPROCESSEN.....	23
5.7. EXTERN REHABILITERING- NY LÖSNING .....	27
5.8. AKTÖRERNA .....	32
5.9. SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	45
<b>6. GENOM SNÅRSKOGEN - REGELSTUDIEN .....</b>	<b>48</b>
6.1. SAMMANFATTNING.....	48
6.2. OLIKA SÄTT ATT BETRAKTA REGELSYSTEMEN .....	49
6.3. NÅGRA UTREDNINGAR AV BETYDELSE .....	50
6.4. REGELVERKET OCH INDVIDEN .....	53
6.5. REGELVERKEN OCH ARBETSGIVAREN .....	60
6.6. INDVIDEN, ARBETSGIVAREN OCH DE OFFENTLIGA AKTÖRERNA .....	68
6.7. AVSLUTANDE DISKUSSION .....	75

## 4. Medlemskapet i ringarna - företagsstudien

Vi redovisar i detta kapitel den företagsenkät - såväl till privata företag som offentliga organisationer - som vi skickat ut till sammanlagt ca 140 företag. 90 av dessa svarade på enkäten. Kapitlet inleds med en sammanfattning. Tonvikten ligger sedan på en beskrivning av resultatet med vissa kommentarer. Någon sambandsanalys utifrån t ex bakgrundsfaktorer har inte gjorts utan vi har nöjt oss med att gå igenom hela populationens svar på de olika frågorna.

### 4.1. Sammanfattning

*Företagsenkätens viktigaste resultat är följande:*

- Företagens främsta motiv för att delta i ringarna är att minska kostnaderna för rehabilitering och ohälsa (92% instämmer helt eller delvis i att det är ett av de viktigaste motiven) samt att vara en socialt ansvarstagande organisation (90%). Tillgång till kunskap inom personalområdet är också ett viktigt motiv (80%).
- 40% av företagen lämnar ca 1/4 av sina rehabiliteringsärenden till ringen. 14% använder ringen till en större andel medan 15% använder den till en mindre andel av ärendena. Hälften av företagen har tagit emot individer för arbetsträning under de senaste två åren.
- När det gäller förebyggande arbete är det ca 50% som inte använder ringen medan övriga använder ringen i preventivt syfte för ”tidig rehabilitering”/inläsning, utredningar/kartläggningar samt utbildning. 40% vill öka ringens arbetsinsatser när det gäller ”tidig rehabilitering”.
- Endast 30% av de företag och organisationer som respondenterna representerar använder idag ringen för att arbeta med rörlighet ur ett kompetensförsörjningsperspektiv och vid sidan om rehabilitering. Samtidigt anger flera att man skulle vilja utveckla ringen vad gäller stöd vid övertalighet (32%), karriärvägledning (30%), in- och utlåning av personal (25%), arbetsrotation (21%), delning av tjänster (16%).

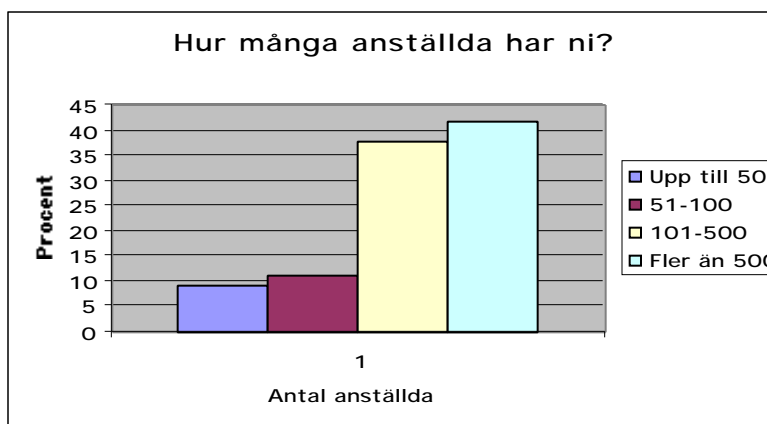
### 4.2. Inledning

Enkätundersökningen har omfattat såväl privata företag som offentliga organisationer. För enkelhetens skull kommer dessa sammantaget att benämnas medlemsföretagen. Viktigt att poängtera här är att det på de flesta frågor har varit möjligt att markera fler än ett svarsalternativ, varpå summan av antalet svar ofta blir mer än 100%. Vidare är det många av ringmedlem-

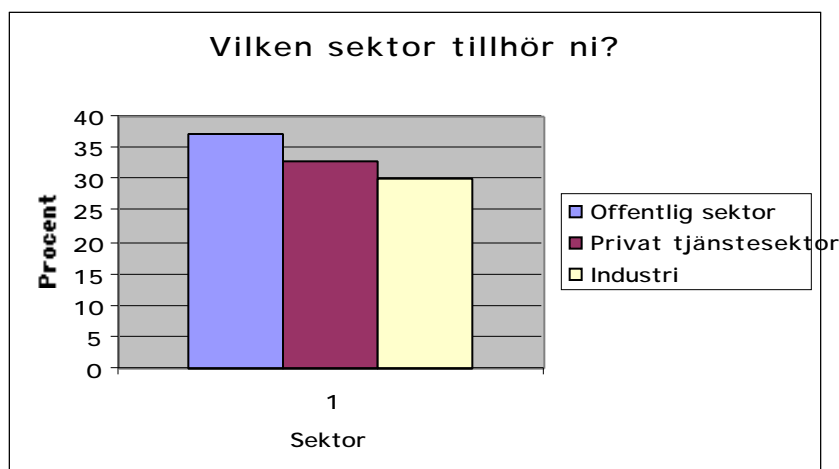
marna som är relativt nya medlemmar och därför haft svårt att besvara vissa frågor. De procenttal som redovisas nedan är baserade på andelen som svarat på respektive fråga. På nästan samtliga frågor finns "vet ej" som ett svarsalternativ. Då detta svar i de flesta fall inte presenterats nedan kan det hända att svaren på de svarsalternativ som redovisas inte summerar upp till 100%. Vi redovisar också en del citat från de öppna svaren.

De flesta av respondenterna arbetade på personalavdelningen på det medlemsföretag de representerade. Ett mindre antal - ca 10-15% var verksamhetschefer (VD, platschef, produktionschef etc)

Endast en femtedel (dvs 20%) av urvalet utgörs av mindre företag med upp till 100 anställda. Organisationer och företag med mellan 101 och 500 anställda utgör ca 40% av respondenterna och resterande 40% utgörs av företag och organisationer med fler än 500 anställda. Se diagram.



Uppdelningen mellan sektorer ser ut som följer: cirka 40% inom offentlig sektor, en tredjedel i vardera privat tjänstesektor och industri. Se diagram.



De största ringarna är Starck & Partner i Stockholm, vilka utgör hela 28% av det totala urvalet samt Kalmar arbetsgivarring som står för ca 25%. Resterande del av respondenterna fördelar sig således på de åtta mindre arbetsgivarringarna.

Hälften av de tillfrågade företagen och organisationerna har varit medlemmar i ringen i fyra år eller längre. 40% har varit medlemmar i mellan ett och tre år och endast 10% har varit med i mindre än ett år. En övervägande majoritet har således mer än ett års erfarenheter kring arbetet i ringen. Det bör dock noteras att även om man varit med en längre tid, behöver man inte ha varit särskilt aktiv. Aktivitetsgraden varierar en hel del.

Hur man blev medlem i ringen varierar. Ett antal (ca 15%) var med och bildade ringen. Det vanligaste är att man blev kontaktad av ringen och blev på så vis medlemmar (44%) 18% tog själva kontakt med ringen. Några uppger att man tog med sig erfarenheten av ringsamarbete från tidigare arbetsplatser. Ett mindre antal uppger att de inte vet hur de blev medlemmar.

### 4.3. Företagens sjukfrånvaro och personalomsättning

Företagen har själva fått värdera sin situation när det gäller frånvaro och personalomsättning i förhållande till likartade företag i samma bransch. Det visar sig att de har en ganska god bild över var det befinner sig. Få företag - mindre än 10% - uppger att dom inte vet .

När det gäller långtidssjukfrånvaro uppger hälften av de tillfrågade att de har ungefär samma nivå på denna typ av frånvaro som andra i samma bransch. En tredjedel uppger att de har något eller mycket lägre långtidssjukfrånvaro, medan 15% uppger att de har något eller mycket högre. Fördelning ser i stort likadan ut när det gäller korttidssjukfrånvaro. Vi kan således konstatera att det tycks vara ganska normalfriska företag med en dragning åt det något friskare. Skillnaderna är dock närmast försumbara

När det gäller rörligheten är det en större spridning mellan företagen. 60% rapporterar att deras personalomsättning är något eller mycket lägre jämfört med andra i samma bransch. 30% har ungefär samma, medan endast 7% uppger att de har något högre personalomsättning än övriga i branschen. Här kan vi således konstatera att vi har att göra med i hög grad ”lågrörliga” företag.

### 4.4. Internt arbete med rehabilitering, prevention och rörlighet

Företagen tycks arbeta seriöst och planmässigt med sitt arbetsmiljöarbete. Hela 80% har en särskild rehabiliteringspolicy eller arbetar med åtgärdsinriktade rehabiliteringsprogram. 90%

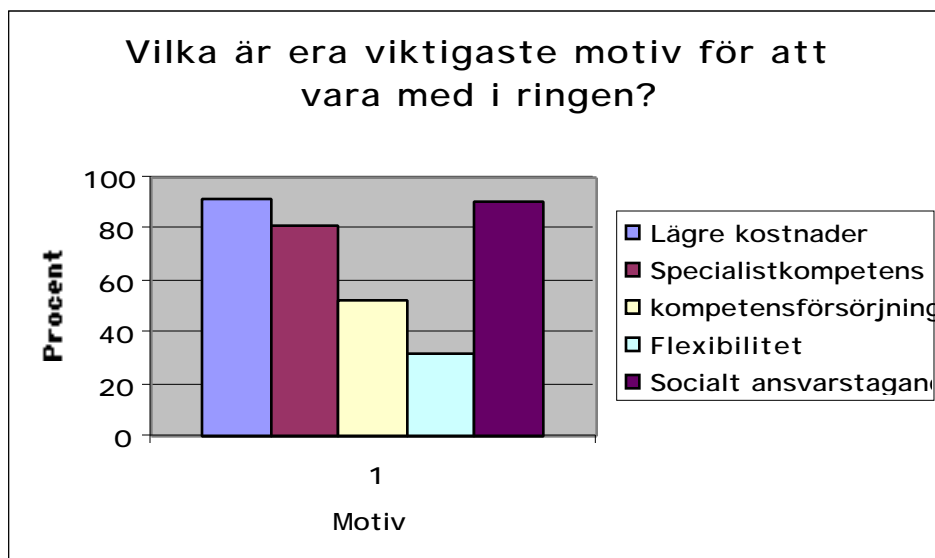
anger att man arbetar enligt föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete. Drygt 60% arbetar med någon form av särskilda åtgärder för att tidigt uppmärksamma indikationer hos anställda som t ex har haft upprepad korttidssjukskrivning. Endast fyra av medlemsföretagen anger att de inte har någon särskild styrning av arbetsmiljöarbetet.

När det gäller personalpolicies och styrning av rörlighet och kompetensförsörjning är detta, enligt respondenterna, inte lika systematiskt som för arbetsmiljöarbetet. Strax under hälften av företagen (44%) anger att de arbetar med en särskild personal och/eller kompetensstrategi. För 36% styrs detta arbete inom ramen för annat planeringsarbete t ex affärsplanering medan hela 30% uppger att de inte har någon särskild styrning för rörlighet och kompetensutveckling. Detta kan jämföras med den bild ovan vi fått av ganska friska men orörliga företag.

## 4.5. Motiv för medlemskap

De överlägset starkaste motiven som ringmedlemmarna anger till sitt medlemskap i arbetsgivarringen är att minska kostnaderna för rehabilitering och ohälsa samt att vara ett socialt ansvarstagande företag eller organisation. Strax över 90% instämmer helt eller delvis med att dessa är de viktigaste motiven för deltagande.

Det näst viktigast motivet är att få tillgång till kompetens inom personalområdet som de inte själva besitter. När det gäller motivet att säkra en god kompetensförsörjning och rörlighet är det endast 53% som instämmer helt eller delvis i att detta är ett av deras främsta motiv för att vara med i ringen. Vad beträffar flexibiliteten i produktionen är det 32% som instämmer helt eller delvis i att detta är ett av deras starkaste motiv för medlemskap. Se nedanstående diagram.



Resultaten bekräftar i stort den motivbild vi fick fram i förstudien.<sup>1</sup> För en fördjupad diskussion av motiven se kapitel 7.

## 4.6. Medlemssammansättning

De olika ringarna har olika stor medlemsnumerär, från mindre ringar med under 10 medlemmar till de stora ringarna som t e x Starck & Partner i Stockholm och Kalmar Arbetsgivarring med över 40 företag var.

En majoritet av respondenterna, cirka 60%, är nöjda med sammansättningen av medlemsföretag och organisationer i ringen så som denna ser ut idag. En fjärdedel önskar dock att det var en större blandning av företag och organisationer ifrån olika branscher, medan en femtedel av de tillfrågade önskar att det var fler mindre och medelstora företag i ringen.

En respondent skriver:

*”Jag är tveksam till nyttan av medverkan av en stor offentlig arbetsgivare i en ring som i huvudsak består av mindre privata företag. I det fall arbetsgivarringar nått bra resultat har det ofta handlat om att man gemensamt skaffat en resurs med rehabiliteringskompetens.”*

Beträffande det geografiska upptagningsområdet, dvs den geografiska närheten mellan ringmedlemmarna, anser de flesta (närmare 80%) att det är lagom stort som det är idag. 15% uppger att de tycker att det är för litet.

## 4.7. Kontakter inom ringen

*”Vi har mycket positiva erfarenheter hittills och utnyttjar ringen på olika sätt inte minst som ett ovärderligt nätverk som den blivit för näringslivet i Kalmar. Vi sparar mycket tid genom gemensamma utbildningar som genomförs lokalt. Inga resekostnader heller.”*

Nätverksbyggen som arbetsgivarringar bygger på att etablera effektiva kontakter såväl mellan deltagarna i nätverket inbördes som mellan navet i nätverket, i det här fallet ringsamordnaren och den enskilde medlemmen.

I enkäten uppger hälften av medlemmarna att de har kontakt med ringsamordnaren mer än en gång i månaden. Resterande har kontakt ett par gånger om året. Av svaren i övrigt framgår att engagemanget varierar mellan olika medlemmar vilket naturligtvis återspeglas i en varierande

---

<sup>1</sup> (ATK Arbetsliv/ VINNOVA 2003-05-20) sid 25

kontakt med ringsamordnaren. I detta perspektiv, med nästan 100% som har kontakter ett par gånger per år eller mer, är de undersökta arbetsgivarringarna trots allt mycket aktiva nätverk

När det gäller kontakter med andra medlemsföretag och organisationer kring individärenden uppger 10% att de har sådana kontakter mer än en gång i månaden och 60% att de har det ett par gånger om året eller mer sällan. Resterande har redovisat att de aldrig har det.

Genom utbildningar och nätverksträffar träffas 72% ett par gånger om året. 25% uppger att de aldrig har kontakt med andra ringmedlemmar vid sidan av ringsamordnaren. Hälften har det mellan ett par och en gång om året och endast 10% mer än en gång i månaden.

#### 4.8. Kontakter med offentliga aktörer

Arbetsgivarringarna befinner sig, som tidigare konstaterats, mellan de enskilda företagen och de offentliga institutionerna. Företagen har själva kontakter med försäkringskassan i rehabiliteringsarbetet, med arbetsmiljöinspektionen i arbetsmiljöarbetet och medarbetsförmedlingen när det gäller personalförsörjningen. När det gäller företagets direkta kontakter är det runt 15% som anser att det är mycket begränsat med försäkringskassan och inspektionen. För arbetsförmedlingen är siffran hela 36%. Samtidigt sker en del kontakter via arbetsgivarringen, inte minst med försäkringskassan i rehabiliteringsarbetet.

Av företagen anser 70% anser att de egna kontakterna med försäkringskassan fungerar ganska bra eller mycket bra. 11% var dock missnöjda, jämfört med endast 5% missnöje med arbetsförmedlingen och 0% med arbetsmiljöinspektionen.

Hälften av respondenterna uppger också att relationen till försäkringskassan underlättas av deras medlemskap i ringen. Däremot ser man mindre effekt av ringen i relationen till förmedlingen och ingen alls i förhållande till inspektionen.

#### 4.9. De fackliga organisationernas och mellanchefernas engagemang

De fackliga organisationernas aktivitet i ringarbetet varierar - såväl vad gäller nätverksarbetet som sådant liksom i relation till enskilda individer. Detta har konstaterats såväl via fallstudierna som individstudierna och bekräftas också här. I hälften av fallen är de fackliga organisationerna inte alls engagerade i arbetsgivarringens arbete. Endast fem procent av de tillfrågade dvs sju företag eller organisationer uppger att facket är mycket engagerade i ringens arbete. Resterande uppger att de lokala facken är engagerade i viss utsträckning.

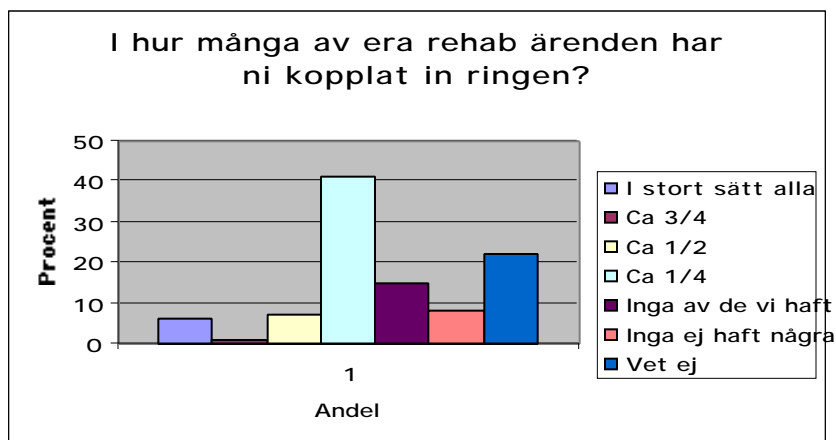
Ett mönster av bristande engagemang går igen också när det gäller mellan- och linjechefernas delaktighet i ringens arbete, där cirka 40% av respondenterna uppger att dessa chefer inte alls är engagerade i ringens arbete och 60% i viss utsträckning.

#### 4.10. Rehabilitering, prevention och rörlighet

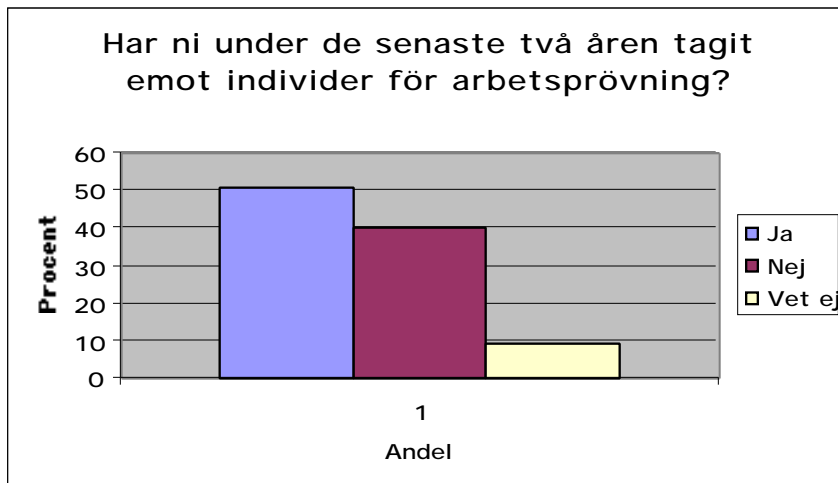
*”Utan stödet från Starck & Partner skulle intentionerna i vår rehabiliteringspolicy inte bli verklighet.”*

Arbetsgivarringarnas ursprung i rehabiliteringsproblematiken återspeglas i hur man ser på användningen, även om det hela tiden sker en utveckling i form av nya tjänster och samarbetsområden. Hela 80% av de tillfrågade medlemsföretagen anger att de använder sig av ringens tjänster för arbetslivsinriktad rehabilitering som t ex utredningar och arbetsprövning. Hur mycket företagen använder ringen för detta varierar kraftigt. Den största enskilda gruppen (cirka 40%), använder ringens rehabiliteringstjänster i 1/4 av de sjukskrivningsfall de har. Det är framförallt i de fall man inte kan lösa internt som ringen kopplas in.

*”Inom vårt företag har vi flera alternativa stöd- och rehabiliteringsmöjligheter. Ringen är en av de sista utvägarna.”*



Har företaget svårigheter att bereda plats för egna anställda med rehabiliteringsbehov kan man även ha problem med att ta emot för arbetsträning. Hälften av de ringmedlemmar som deltagit i föreliggande undersökning har dock även tagit emot individer för arbetsprövning under de senaste två åren.



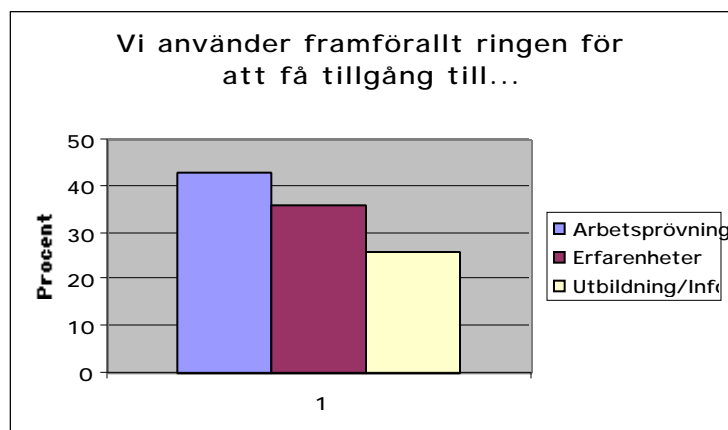
I det förebyggande arbetsmiljöarbetet är arbetsgivaransvaret tydligt. Ringen får ofta här en mer begränsad roll. Men samtidigt visar det sig att ca 50% idag använder ringen för prevention dvs motsvarande 45 företag och organisationer. De tjänster som framförallt används är relevanta utbildningar, utredningar och kartläggningar samt hjälp för anställda med begynnande arbetsproblem att ta sig vidare.

30% av de företag och organisationer som respondenterna representerar använder idag ringen för att arbeta med rörlighet. Av dessa är det sexton medlemmar som använder ringen som stöd vid övertalighet och uppsägningar, två vid in- och utlåning av personal samt tolv företag som använder ringen för karriärvägledning och stöd till frivillig rörlighet.

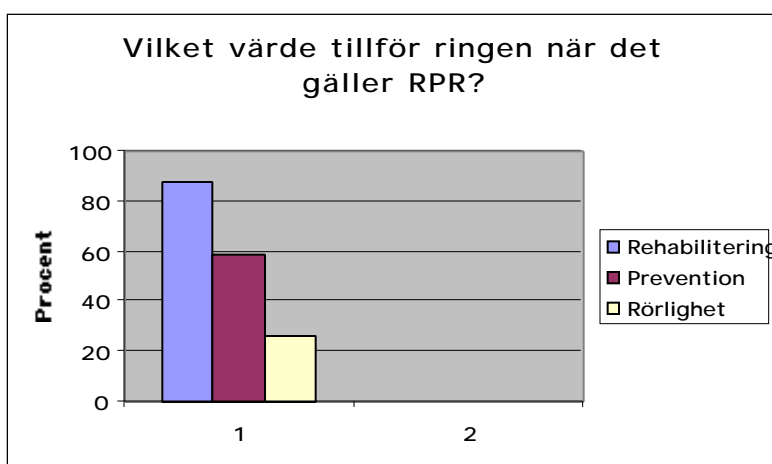
#### 4.11. Användning och värde

*”Vi tror att orsaken till att vi lyckats så bra beror på att vi inte är vinstdrivande utan att alla 18 företagen gemensamt äger ringen samt att vi har en mycket duktig person anställd.”*

Vi bad respondenterna beskriva hur de använder ringen. Hela 43% anger att de framförallt använder ringen för att få tillgång till arbetsprövningsplatser samt till nya anställningar för de anställda som av olika skäl inte kan arbeta kvar inom organisationen. 36% uppger att de framförallt använder ringen för att få tillgång till erfarenheter från andra företag och organisationer, medan 25% rapporterar att de använder ringen framför allt för att få tillgång till utbildning eller information. Från fallstudierna vet vi dessutom att användningen av ringarna varierar dels i relation till vilket utbud man faktiskt har dels i relation till det enskilda företags behov - inte minst över tiden.



Nästan samtliga (cirka 90%) anser att ringen tillför den egna organisationen ett visst eller ett mycket stort värde när det gäller arbetet med arbetslivsinriktad rehabilitering. För arbetet med prevention är motsvarande siffra ca 60% av medlemmarna. 30% - ungefär trettio av medlemsföretagen - är nöjda som det är idag med det tjänsteutbud man har inom preventionsområdet. Resterande skulle vilja använda ringen för att hjälpa anställda med begynnande arbetsproblem att ta sig vidare (40%), utredningar och kartläggningar (25%) samt relevanta utbildningar (20%).



Det område där ringmedlemmarna uppger att ringen idag tillför minst värde till deras företag och organisationer är när det gäller rörlighet. Här är det drygt 25% som uppger att ringen tillför visst eller stort värde till organisationen. Inom detta område visar flera företag dock intresse för ringens utveckling. Cirka 30% har svarat att de skulle vilja använda ringen till stöd vid övertalighet och uppsägningar, cirka 25% att de skulle vilja ha in- och utlåning av personal, 30% att de skulle vilja ha hjälp med karriärvägledning, 20% systematisk arbetsrotation mellan företagen samt 15% delning av tjänster mellan företagen. En tredjedel är dock nöjda med befintligt tjänsteutbud.

<b>Svarsalternativ</b>	<b>Antal svar</b>	<b>Fördelning %</b>
Stöd vid övertalighet och uppsägningar	29	32.6
In- och utlåning av personal	22	24.7
Karriärvägledning och stöd till frivillig rörlighet	26	29.2
Systematisk arbetsrotation mellan företagen	19	21.3
Delning av tjänster mellan företagen	15	16.9
Nej, vi är nöjda som det är	31	34.8

## 5. Återtåg och övergångar - individstudien

I detta kapitel redovisar vi individstudien och dess resultat. Inledningsvis görs en kort sammanfattning. Därefter redovisas något om de personer som intervjuas. Tre individuella historier presenteras av individer som gått igenom en rehabiliteringsprocess med stöd av arbetsgivarringen. Sedan redovisas resultatet av intervjuerna med koppling till relevant forskning inom området. En sammanfattande diskussion om individperspektivet avslutar kapitlet.

### 5.1. Sammanfattning

Slutsatserna från *individstudien* kan kort sammanfattas på följande sätt;

- Sett ur individens synvinkel är rehabiliteringsprocessen en helhet där arbetsgivarringen kommer in i ett visst skede. Viktiga framgångsfaktorer i processen är att rätt saker görs i rätt tid, att den enskilde är delaktig och att vägen tillbaka leder till meningsfulla och trygga arbeten. För många individer är en framgångsrik rehabilitering att man hittar en varaktig lösning. Det bästa för individen är dock inte alltid att komma tillbaka till arbete utan kan i vissa fall vara t ex sjukersättning.
- Arbetsgivarringarna har haft en mycket stor betydelse för samtliga intervjupersoner där ringhandledaren har tagit ett helhetsgrepp t ex när det gäller samordning av olika rehabiliteringsaktörer samt praktiskt stöd kring administration och kontakter till den enskilde. Ringarna förenklar på så vis processen för individen som istället kan ägna sina krafter åt att återhämta sig.
- Arbetsgivarringarna snabbar på processen genom korta vägar till bland annat arbetsprövningsplatser. Flera intervjupersoner ansåg att arbetsgivarringen skulle kunna använts mycket tidigare i rehabiliteringsprocessen, dvs att man inte slaviskt borde följa den enligt AFL och försäkringskassan givna steg-modellen.
- Ringarnas metodik grundar sig på att den enskilde individen är delaktig i rehabiliteringsprocessen samtidigt som ringhandledaren är fokuserad på att få tillbaka individen i arbete, vilka är viktiga komponenter i vägen tillbaka.

## 5.2. Individperspektivet

### **Inledning**

Idag finns endast begränsad forskning kring hur långtidssjukskrivna själva upplever sin livssituation, sin (o)hälsa samt bemötandet från arbetsgivaren och offentliga aktörer gällande åtgärder under sjukskrivningstiden.<sup>2</sup>

Intervjustudien har syftat till att komplettera studiens övriga delar med att identifiera förutsättningar och möjligheter för framgångsrika rehabiliteringar generellt och med stöd av arbetsgivarsamverkan specifikt, sett ur ett individperspektiv. Mer konkret innebär det att skapa förståelse för hur samverkan kan spela in i individens upplevelse av rehabiliteringen samt i hur framgångsrik rehabiliteringen blir.

Syftet med långtidssjukskrivning är att individens hälsa och förhoppningsvis arbetsförmåga ska bli återställd, sjukskrivningen ska således främja ett tillfrisknande. Sjukskrivning är en generell insats vilken påverkar hela individens livssituation. Detta gör att den ofta genererar sidoeffekterna vilka kan vara såväl positiva som negativa, avsiktliga som oavsiktliga.<sup>3</sup>

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp som innefattar alla planerade åtgärder av såväl medicinsk, psykologisk, social som arbetslivsinriktad art. Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att en sjukskriven individ ska återfå förmåga och förutsättningar att arbeta. Ofta krävs även insatser av psykologisk och medicinsk samt i vissa fall social natur för att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska lyckas.

Enligt Östlund<sup>4</sup> utspelar sig en rehabiliteringsprocess på tre arenor. Dessa är hälso- och sjukvårdsarenan, arbetsarenan samt den privata arenan. För att rehabiliteringen ska bli lyckad för individen är det viktigt med stöd ifrån samtliga arenor.

Vi beskriver i kapitlet, utifrån djupintervjuer med elva personer dessas upplevelser av att bli sjukskrivna, genomgå rehabilitering med inslag av arbetsgivarsamverkan samt återgå i arbete alternativt annat utfall. Fokus ligger framförallt på arbetsarenan, då det är den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som vi studerat primärt i denna undersökning. I intervjuerna har dock såväl hälso- och sjukvårdsarenan som den privata arenan kommit upp då individen ser detta som en helhet.

---

<sup>2</sup> (SOU, 2002:5).

<sup>3</sup> Floderus, Göransson, Alexanderson & Aronsson, 2003.

<sup>4</sup> Östlund (2002)

## Deltagarna i studien

Av de elva personer som utgör grunden för nedanstående analys är åtta kvinnor och tre män. Den yngsta var vid intervjutillfället 34 år och den äldsta var 56 år. Medelålder var 42 år. Sju personer hade muskel- och ledbesvär (t ex nacke, axlar, rygg, armbåge, handleder, fibromyalgi, reumatism ) tre personer hade psykiska besvär (utmattningsdepression, depression) och en person hade hjärt-/ kärldiagnos.

Viktigt att poängtera i sammanhanget är att många av de sjukskrivna som *inte* var sjukskrivna för psykiska besvär angav att de även led av psykiska problem.

Cirka en tredjedel av intervjupersonerna har varit sjukskrivna i kortare perioder innan de väl blev långtidssjukskrivna, vissa upp till fem, sex gånger. De flesta har även långa sammanhängande sjukskrivningar bakom sig på mellan ett till två år, i vissa fall ännu längre. Av kvinnorna var fem ensamstående eller särbo och hade barn och de resterande tre var gifta eller sammanboende och hade barn. De tre männen var samtliga gifta och hade barn.

Ingen av intervjupersonerna befinner sig idag hos den gamla arbetsgivaren. Några av intervjupersonerna prövade omplaceringsplatser hos den gamla arbetsgivaren och vissa försökte gå tillbaka till sitt gamla arbete. Detta var dock inte hållbart i något av fallen. Anledningen till att ingen av intervjupersonerna idag befinner sig hos sin gamla arbetsgivare kan dels bero på att ringen i många fall inte kopplas in om företaget/organisationen kan lösa omplaceringen internt. Vidare kan det bero på att personer med psykiska diagnoser som är arbetsrelaterade ofta inte vill tillbaka eller kan fungera på den gamla arbetsplatsen. Dessa individer söker sig bort från den arbetsplats som så intimt förknippas med sjukskrivningen. Även de med muskel- och ledbesvär har haft svårt att gå tillbaka, även om de velat, eftersom många fabriker och verkstäder ”slimmat” sina organisationer vilket fått till följd att enbart fysiskt krävande arbeten finns kvar.

Innan intervjupersonerna blev sjukskrivna var två sjuksköterskor, en var tandsköterska, två arbetade som chaufförer, tre arbetade inom tillverkningsindustrin på verkstad respektive fabrik, en var ekonom och två personer arbetade inom livsmedelsindustrin på fabrik. Av intervjupersonerna är i nuläget två ekonomiassistenter, en är hantverkare, en lärare, två arbetar som affärsbiträden, en arbetar som handledare för psykiskt funktionshindrade, en person är busschaufför, en står till arbetsmarknadens förfogande, en arbetar på en skola samt studerar på kvällstid och en arbetar på kontor med diverse kontorssysslor.

Fem av de intervjuade arbetsprövar. Av dem som har en anställning har de flesta tillfälliga, tidsbegränsade kontrakt. Av intervjupersonerna är det endast två som idag har ett nytt jobb, med tillsvidareanställning. Tre av personerna i studien har genomgått utbildning eller

omskolning. Dessa tre personer arbetar idag med det de vidareutbildat sig till men ingen av dem har tillsvidareanställning.

Syftet med intervjustudien var att komplettera rapportens övriga delar genom att belysa rehabilitering med inslag av arbetsgivarsamverkan ur ett individperspektiv. Avsikten var att spegla individernas erfarenheter av att genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering i arbetsgivarriktningar. Nedan beskrivs olika teman som uppkommit i analysen. Dessa teman går att placera in på de tre arenor där rehabiliteringsprocessen utspelar sig, enligt Östlund (2002). De tre arenorna är hälso- och sjukvårdsarenan, arbetsarenan och den privata arenan. Kopplingar till relevant litteratur och forskning kommer även att vävas in i resultatet. Citat från intervjuerna läggs in på lämpliga ställen i texten för att exemplifiera och illustrera. Av anonymitetsskäl skrivs ingen information om vem som sagt vad ut. I vissa fall har något ord bytts ut mot XX, även det av anonymitetsskäl. I några citat har författaren gjort förtydliganden vilka ligger inom parentes.

Inledningsvis presenteras tre personers berättelser kring upplevelsen av att bli sjukskriven på grund av skada eller sjukdom samt av att genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering med inslag av arbetsgivarsamverkan. När de tre berättelserna valdes ut eftersträvades skillnader i sjukskrivningsorsak och diagnos samt att individernas processer skulle ha sett delvis olika ut. Viktigt att poängtera här är att det som skildras är individernas subjektiva upplevelser och uppfattningar kring hur processen såg ut.

### 5.3. Den första historien - 40-årig kvinnlig montör med fibromyalgi

A är en kvinna på 40 år som är gift och har två barn. Hon har fått diagnosen fibromyalgi.

A arbetade på ett tillverkningsföretag inom elektronikbranschen i flera år. Hon började som montör och vidareutbildade sig senare inom sitt yrke.

Det var många som var sjukskrivna på företaget och många som hade problem med värk. Efter cirka tre år började även A få ont i axlar, nacke och rygg och fingrarna började domna på grund av det enformiga arbetet. En annan bidragande orsak var att A arbetade väldigt mycket. Förutom jobbet på elektronikföretaget hade hon även ett extra jobb där hon arbetade i stort sätt varje ledig stund, det vill säga på kvällar, helger och nätter.

Den värk A fick resulterade i att hon var sjukskriven i kortare perioder ett antal gånger. I början var sjukskrivningarna två till tre månader men efterhand blev de allt längre, som längst sex månader. På grund av korttidssjukskrivningarna gav företaget A möjlighet att cirkulera och även göra andra arbetsuppgifter. Arbetsrotation infördes för alla och företaget var noga

med att detta skulle skötas. A fick även arbetshjälpmedel i form av ett höj- och sänkbart bord samt en anpassad stol.

Efter att ha varit sjukskriven ett antal gånger blev A kontaktad av en person på personalavdelningen som informerade om att arbetsgivningen fanns. A kom till ringen första gången i december år 2000. Hon var då sjukskriven för värk i nacke och axlar. A ville arbetspröva inom vård och omsorg men hennes sjukgymnast och läkare ansåg inte att detta var lämpligt då arbete inom vården ofta innebär tunga lyft. Detta innebar även att försäkringskassan inte ville finansiera den vidareutbildning inom sjukvården som A ville gå. I mars 2001 gick så A tillbaka till sin arbetsplats eftersom hon fick möjlighet att arbeta som instruktör, ett arbete som var betydligt mer rörligt och därför bättre anpassat till A och hennes förutsättningar. A trivdes bra med detta arbete.

Så på hösten år 2001 började företaget att skära ner på personalen. A satt då med i en omställningsgrupp bestående av cirka sju personer, varav två var anställda och resterande var representanter från personalavdelningen och de lokala facket. Gruppen skulle stötta de som blev uppsagda och hjälpa dem att hitta en utbildning eller ett arbete de kunde prova med lön från företaget. Arbetet i omställningsgruppen var psykiskt krävande och A beslöt sig för att själv anta erbjudandet om att prova på ett annat arbete med lön från företaget. Så i februari 2002 kom så åter A till arbetsgivningen i syfte att hitta en arbetsprövningsplats. Hon var då inte sjukskriven. Med hjälp från ringsamordnaren ordnade A en arbetsprövningsplats på ett gruppboende inom kommunen. Under denna tid hade hon lön från företaget.

Efter arbetsprövningen arbetade hon som timanställd inom kommunen. Kommunen hade anställningsstopp, så någon fast anställning var inte möjlig. Efter ett tag orkade A inte leva under pressen av att aldrig veta när hon skulle bli inringd eller hur många timmar hon skulle få jobba. Hon tyckte heller inte att denna anställningsform fungerade med familjelivet. I augusti 2002 började A istället omvårdnadsprogrammet, en ettårig utbildning via Kunskapslyftet. Under tiden var hon studieledig från företaget. Efter en månad bestämde sig dock A för att sluta sina studier och gå tillbaka till företaget. Detta var på grund av att hon upplevde att studierna innebar för stor press på henne. Även om hon inte var sjukskriven vid denna tidpunkt så hade hon ont och mådde dåligt både psykiskt och fysiskt. När hon kom tillbaka till sin gamla arbetsgivare, i september 2002, blev hon erbjuden ett löpandebandjobb. Hon kontaktade facket men de sa att det var de enda jobben som fanns kvar. Efter fyra veckors arbete vid det löpande bandet kontaktade hon läkaren som sa att hon absolut inte fick arbeta vid ett löpande band och sjukskrev henne.

Cirka en månad senare, i den andra uppsägningsomgången, blev A själv uppsagd. Hon såg det nästan som en befrielse eftersom det inte fanns några arbeten som passade henne på företaget. Hon menar att det är svårt att ta steget ut när man har fast jobb och att uppsägningen var det

som behövdes för att hon skulle våga ta steget. Som arbetslös och sjukskriven fick hon via försäkringskassan komma tillbaka till arbetsgivningen.

Försäkringskassan hade upphandlat kursen ”Vändpunkten” som anordnas i ringens regi och A fick en plats. Kursen sträckte sig över femton veckor och i slutet av den femtonde veckan hade A ett möte med försäkringskassan och arbetsförmedlingen. De ansåg att hon inte var tillräckligt frisk för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. A blev chockad men har i efterhand insett att det var bra. I samband med detta fick hon diagnosen fibromyalgi. Hon var alltså sjukskriven i cirka ett år innan hon fick diagnosen. Idag får A sjukersättning i två år framåt till att börja med. Hon tycker att det ordnat sig till det bästa. Hon arbetsprövar på en skola sex timmar i veckan och läser samtidigt en kvällskurs. Planen är att hon ska komma upp i halvtid på två år. Hon upplever att det var svårare att komma tillbaka i arbete än vad hon hade föreställt sig. Därför upplever hon det som väldigt viktigt att hon själv kan styra i vilken omfattning hon ska trappa upp arbetstiden.

### **Synen på sig själv och sitt arbete**

A tycker att det är viktigt att arbeta. Hon vill känna att hon gör ett bra jobb och att hon jobbar fullt ut. Hon har inte velat säga nej till att jobba övertid och hon har känt att hon velat gottgöra arbetsgivaren för att hon varit sjukskriven genom att ”jobba igen”. Detta hänger även samman med att elektronikföretag skurit ner i omgångar och att hon därför ville visa sig duktig och lojal för att få behålla sitt arbete.

### **Arbetsgivaren**

Företaget har varit bra genom att de låtit A rotera mellan olika arbeten då hon kommit tillbaka från lite längre sjukskrivningar. Hon anser att företaget hjälpt henne på alla tänkbara sätt. A önskar dock att företaget hade reagerat lite snabbare. Hon hade haft problem i fem år och varit sjukskriven i omgångar innan personalavdelningen började reagera. A önskar att ringen hade hjälpt henne att komma vidare innan det hade gått så långt som det nu gjorde. Vidare förstår hon inte hur de kunde sätta henne på ett löpandebandjobb när hon kom tillbaka, innan det att hon blev uppsagd. A är besviken över att ingen, varken facket, personalavdelningen eller arbetsledaren hörde av sig till henne under sjukskrivningen. Det hade även varit bra om företaget hade informerat de anställda om att arbetsgivningen fanns, enligt A.

### **Försäkringskassan**

Kontakterna med försäkringskassan har fungerat mycket bra, enligt A. Hon har haft en handläggare som har ställt upp för henne och lyssnat på vad A själv vill. Hon fick inte genom sina önskemål på att få vidareutbilda sig inom vården men så här i efterhand kan hon förstå försäkringskassans resonemang kring att ett arbete i vården riskerar att blir för tungt för henne.

### Arbetsgivarringen

Arbetsgivarringen har spelat en viktig roll i A:s arbetslivsinriktade rehabilitering. Den första gången A kom till ringen fick hon hjälp med att söka arbetsprövningsplats. Genom att hon den andra gången kom med i ”Vändpunkten” fick hon rutiner varje dag samt regelbundna kontakter med andra i samma situation. Vidare fick A praktisk hjälp av ringen t ex när det gällde att ta kontakt med olika företag för arbetsprövning. Ringhandledarna har fungerat som bollplank och har hjälpt A att komma fram till hur hon skulle gå vidare.

## 5.4. Den andra historien - 49-årig manlig svarvare med reumatism

B är man och 49 år. Han är gift och har vuxna barn. Han har fått diagnosen reumatism.

B har arbetat som svarvare under många år på ett tillverkningsföretag. Arbetet var tungt trots diverse hjälpmedel. Hans besvär började för tre år sedan. B började få ont i axlarna och sedan i ena armbågen och i handleden. Det började samlas vätska i lederna och han hade svårt att räta ut ben och armar. När det hade gått så långt att han hade svårt att ta sig ur sängen på morgonen gick han till läkare som konstaterade att det var reumatism han led av och att det inte var övergående. Han hade aldrig tidigare haft reumatiska problem. Läkaren sjukskrev honom i två år.

Arbetsgivarringen blev inkopplad från första början. Det första året var B så dålig att det inte var aktuellt med att börja arbetspröva. Efter ett år kom B till ringen och han och samordnaren diskuterade olika möjligheter. Han själv kom med idéer på möjliga prövningsplatser och ringsamordnaren hjälpte honom att ringa till dem. B fick även göra tester och där framgick att han bland annat var lämpad för att arbeta med vägledning. Så B arbetsprövade som SYO-konsulent och kände att det kunde vara något för honom. Han började så läsa en treårig SYO-konsulentutbildning i en stad långt ifrån hans hemstad, eftersom det var där han kom in på sina högskoleprovspoäng. Under tiden var han studieledig från företaget. Utbildningen skulle han själv finansiera eftersom försäkringskassan godkänner utbildningar på max ett år. Det blev emellertid slitsamt att pendla och B:s sjukdomsbesvär blev allt värre. En bit in på terminen beslöt sig därför B för att avsluta sina studier. Efter detta blev B heltidssjukskriven igen och det dröjde ett halvt år innan han åter tog kontakt med ringen.

För närvarande arbetsprövar B halvtid på ett kontor där han sköter enkel bokföring, löner samt utför allmänt kontorsarbete. Prövoplatsen har han fått genom egna kontakter men med stöd från arbetsgivarringen. Under arbetsprövningen får han lönebidrag. B har fortfarande fast anställning hos sin gamla arbetsgivare. Denna kommer dock arbetsgivaren att säga upp vid årsskiftet.

**Synen på sig själv och sitt arbete**

B upplever att han är väldigt lojal mot sin arbetsgivare och bjuder mycket på sig själv. Han uppger även att han arbetar mycket gratis men han möter sällan att hans lojalitet återgäldas. Han vill arbeta men tycker att det är svårt med motivationen när läkaren säger att han aldrig kan bli frisk. B hoppas dock att han ska bli frisk. B vill arbeta och han säger att det inte finns någon sjukdom som kan hindra honom från det. Han är dock bekymrad över att det kan bli svårt att komma tillbaka i arbetslivet eftersom han upplever att ingen vill anställa någon som är sjuk.

**Arbetsgivaren**

Företaget B arbetade på har en policy på att de ska ha kontakt med sjukskrivna. B är besviken och upplever inte att han fått något stöd från företaget. Han upplever att företaget överlämnat ”problemet” till företagshälsovården och arbetsgivarringen. B anser att företaget inte heller tog sitt ansvar när det gäller omplaceringskravet. Andra som blivit sjuka har fått anpassade arbeten, något som B inte blivit erbjuden. B tror att företaget knutit sig till ringen för att det är lönsamt för dem, ur ett ekonomiskt perspektiv.

**Försäkringskassan**

B uppger att han knappt haft någon kontakt med försäkringskassan. Han beskriver kontakten som att han skickar in papper och så får han pengar. Han anser att försäkringskassan är byråkratisk och saknar flexibilitet. B ger som exempel på detta det faktum att han måste skicka in läkarintyg var tredje månad. Detta trots att han har en sjukdom som läkaren säger att han aldrig kommer att bli frisk ifrån. Han hade önskat att det fanns en flexibilitet i försäkringskassans system som gjorde att det blev längre mellan avstämningarna i sådana fall som hans, alternativt att försäkringskassan och läkaren hade en direktkontakt så att B slapp att bolla en massa papper mellan dem. B önskar att försäkringskassan var mer aktiv och smidig när det gäller att lösa problem.

**Arbetsgivarringen**

B anser att ringen borde vara till för alla. Han ser en risk i att ringarna stänger ute vissa människor och fungerar som en intern arbetsmarknad. Parallellt ser B en önskvärd utveckling i att använda ringarna mer preventivt så att individer som inte trivs får hjälp att byta arbetsplats. B tror inte att han hade haft en chans att komma vidare om han inte haft kontakten med ringen och ringsamordnaren som varit ett stort stöd för honom. Han tycker att det är bra att ringen inte är en myndighet.

## 5.5. Den tredje historien - 47-årig kvinnlig sjuksköterska med utmattningsdepression

C är kvinna, 47 år, ensamstående med ett barn samt särbo. Hon har fått diagnosen utmattningsdepression.

C är sjuksköterska och har arbetet inom yrket i 16 år. Hon trivdes med sitt yrkesval och med sitt arbete som sjuksköterska. Efter tretton år blev C sjuk. Hon beskriver hur det under de åren hon arbetade som sjuksköterska skedde en stor förändring i den psykosociala arbetsmiljön. I och med besparingskrav så blev arbetet oerhört stressigt och den tidigare fokuseringen på vårdkvalitet och ”patienten i centrum” försvann. Till slut upplevde C att jobbet som sjuksköterska bara var stressigt och inte roligt längre. Stressen kom smygande under många år och C kände allt oftare när hon kom hem från jobbet att hon inte hade gjort ett bra jobb på grund av tidsbristen. Hon hade ofta migrän på lediga dagar och fick även sömnproblem och yrsel. På grund av att hon kände att arbetssituationen på kliniken inte var så bra så sökte hon till ett utvecklingsprojekt inom vården, även det inom landstinget. Hon blev anställd i projektet för en period på två och ett halvt år och fick automatiskt tjänstledigt från sitt arbete på kliniken. Projektet innebar stor personlig utveckling för C. När så projektet tog slut funderade C på om hon verkligen ville tillbaka till sin gamla klinik men hon kände att hon inte hade något alternativ och samtidigt så saknade hon patientkontakten.

Den första månaden tillbaka på kliniken trivdes C bra och hon lyckades verkligen ägna sig åt patienterna, något som hon kände att hon inte hade lyckats få tid till före projektet. Efter en månad kände hon dock av att tempot hade ökat ännu mer under de två och ett halv år hon varit borta och att det var svårt att få tid för patientkontakt. Hon jobbade ofta kvällar och helger och det var ont om personal samtidigt som patienterna var nyopererade och gamla. C kände att inget av det hon lärt sig i projektet kom till användning på avdelningen på grund av det pressade arbetstempot. Inte heller fanns det någon kontinuitet i arbetet eftersom sjuksköterskorna tvingades att hoppas mellan vårdlagen för att fylla upp för varandra. C upplevde att chefen endast hittade kortsiktiga lösningar. Hon kände sig otillfredsställd och irriterad och började att må dåligt. Hon kände sig stressad och hade svårt att släppa jobbet på fritiden. C var ofta irriterad även efter jobbet. Hon upplevde att hon var inne i en ond cirkel där hon arbetade och var stressad och när hon skulle varva ner på lediga dagar kom migränen, men C kämpade på och bet ihop. Hon sökte läkarhjälp för sina symptom och fick veta att hon hade inflammation i matstrupen, något som hon såg som ett bevis på att hon var stressad eftersom denna typ av inflammation är något som byggs upp under en längre tid.

Efter att C kom tillbaka efter sommaresemestern blev det för mycket. Hon arbetade tre dagar och sedan var migränen tillbaka i tre hela dagar, trots att C hade varit ledig och vilat upp sig.

Det blev droppen, C kände att något var fel och sjukskrev sig. Hon kontaktade företagshälsovården men de hade semester. Så C kontaktade vårdcentralen och fick komma till en läkare som sjukskrev henne fram till dess att företagsläkaren var tillbaka från semester. Företagsläkaren gav henne diagnosen utmattningsdepression. Läkaren på företagshälsovården introducerade arbetsgivarringen för C.

C fick arbetsprövningsplats på högskolan som lärare. Att arbetspröva såg C som en otrolig möjlighet genom att hon hela tiden kunde känna efter och anpassa arbetstiden efter sin förmåga. Samtidigt var hon lite nervös för vad folk skulle tycka när de förstod att hon arbetsprövade och var sjukskriven. Idag har C ett vikariat på högskolan som har förlängts tre gånger och hon är tjänstledigt från sitt gamla arbete fram tills året slut.

### **Synen på sig själv och sitt arbete**

C säger att som sjuksköterska så vet man att migrän och sömnsvårigheter är varningstecken men samtidigt så har man ett starkt försvar när det gäller att se detta hos sig själv. C tänkte hela tiden att det går över, det är klart att jag ska klara det här. Idag försöker hon att ta det lugnare i sitt arbete. Hon har lätt för att gå upp i varv men försöker att inte ha för många bollar i luften då hon känner att hon inte längre klarar detta. Viktiga faktorer för att hon inte ska bli sjuk igen är att hon har ett drägligt arbetstempo och ett arbete som går att kombinera med privatlivet. C tycker fortfarande att sjuksköterska är ett fantastiskt yrke. Hon anser dock att dagens arbetsituationen är ohållbar.

### **Arbetsgivaren**

C:s gamla arbetsgivare är en stor arbetsgivare och hon hade svårt att förstå att det inte fanns någon omplaceringsplats. Hon upplever att det enda arbetsgivaren gjorde för att ta sitt rehabiliteringsansvar var att slussa över de långtidssjukskrivna till arbetsgivarringen. Enligt C är arbetsgivaren inte intresserad av att ha en anställd som inte kan jobba helger och kvällar. Det var smärtsamt för C att inse att hon inte betydde så mycket som person, trots att hon arbetat där i tretton år. Samtidigt säger hon att hon kan se fördelar i att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen sker utanför arbetsplatsen, hon befärar att hon annars hade hamnat på en framkrystad anpassad tjänst. Hon anser inte att arbetsgivaren är bra på att hantera rehabiliteringsärenden och att det därför är bättre att arbetsgivarringen sköter detta.

### **Försäkringskassan**

C ringde själv upp försäkringskassan efter åtta månader som sjukskriven då hon fortfarande inte hade fått någon kontaktperson. I samband med detta fick hon en kontaktperson men det tog ytterligare många månader innan de träffades. Ett hinder C stötte på var i samband med arbetsprövningen. Under sommaren fanns det ingen möjlighet för C att arbetspröva på högskolan eftersom stor del av verksamheten ligger nere under denna tid på året. Hon kunde inte heller, enligt försäkringskassans regler, gå tillbaka till att vara sjukskriven på heltid

eftersom hon hade visat att hon klarade att arbeta på halvtid. C var rädd för att om hon hade tvingats att börja på en annan arbetsprövningsplats under sommaren så hade hon blivit sjuk igen. Slutligen så löste hon detta genom att hon tog ut inestående semester som hon hade kvar från sin gamla arbetsgivare. C anser att försäkringskassan är snäva i sitt sätt och styrda av regler. Hon upplever att ringhandledaren kände till alla regler men förhöll sig till dem på ett sätt så att hon ändå hela tiden såg möjligheterna, till skillnad från försäkringskassan.

### **Arbetsgivarringen**

C tycker att det var skönt att ringen inriktade sig på vad hon ville göra framgent och vad hon var bra på, snarare än att blicka tillbaka på det som varit. Hon kände ett stort stöd i att ringhandledaren var med på de möten hon hade med försäkringskassan, kontaktpersonen på arbetsprövningsplatsen och andra berörda aktörer. Eftersom självförtroendet inte var det samma efter att C blivit sjuk kände hon att detta stöd var extra viktigt för att hon skulle klara att ta sig vidare. Ringhandledaren hjälpte även C genom sin kunskap kring olika regelverk som C berördes av i sin rehabiliteringsprocess och i kontakten med olika aktörer. Ringhandledaren hade även kunskap om olika möjligheter och vägar på arbetsmarknaden och även inblick i vad som skedde på den lokala arbetsmarknaden, vad som var på gång. C fick hjälp med att reda ut vad hon ville och vad hon skulle göra. C ser en risk i att gå sjukskriven för länge och ser att ringen kan ha en viktig roll i att ge den sjukskrivne en knuff i rätt riktning. Hon säger samtidigt att hon själv hade kunnat tänka sig att vänta något längre med att sätta igång med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

## **5.6. Sjukskrivningsprocessen**

### **Orsak till sjukskrivningen**

Samtliga intervjupersoner strävar efter att komma tillbaka i arbete. Denna starka drivkraft att arbeta var i många fall det som ledde till att symptom på ohälsa ignorerades i ett första skede och att läkarens ordinationer inte efterlevdes, i vissa av fallen, i ett senare skede.

*”Jag hade mycket migrän i några år, ofta på lediga dagar och allt det där vet man ju som sjuksköterska men man har ett otroligt försvar på något vis, ja, ja det går över och man sover dåligt men ja, ja det är ju så. Små saker egentligen men man kör på och tänker att det är klart att jag ska klara detta.”*

*”Jag är en sån människa. När jag börjar att arbeta så kan jag inte sluta. När jag var sjukskriven och läkaren sagt nu börjar vi med två timmar(per dag) i två månader, men efter en månad så har jag börjat jobba fyra timmar. Jag vill upp i min tid. Det känns inte som jag gör ett bra jobb om inte jag jobbar fullt ut. Jag har jobbat mycket extra och jag vill inte säga nej.”*

*”Jag ville känna att jag gjorde något bra och inte halvhjärtat. Det var det som förtoget mig.”*

### **Betydelsen av att arbeta**

Flertalet av de intervjuade har ett långt yrkesverksamt liv bakom sig. De uttrycker att de tycker om att arbeta och arbetet framstår som en central del i deras liv. Att bli sjuk eller skadad innebär följaktligen för många individer en kris. Det är inte alltid innehållet i arbetet eller arbetsuppgifterna som är drivkraften för att arbeta. Ofta uppger individerna att det rör sig om sociala eller rent ekonomiska drivkrafter. Vidare är arbetet viktigt för den egna självkänslan, vilket illustreras i citatet nedan:

*-Hur viktigt är det för dig att arbeta?*

*”Jätteviktigt. Man känner sig helt värdelös när man går hemma, man vill ju känna att man gör någon nytta”*

### **Betydelsen av att få en diagnos**

Många av de intervjuade uttrycker att det är viktigt att få en medicinsk diagnos. Detta i många fall inte för sin egen skull utan för att få ”bevis” på att de faktiskt är sjuka vilket de kan framhålla gentemot omgivningen.

*”...jag hade inflammation i matstrupen. Det här är uppbyggt under en längre tid så det var ett bevis på att jag var stressad. Så jag hade ju fått lite bevis på att jag var stressad och att kroppen började reagera.”*

*”Det är svårt att ha någonting som inte syns. Det skulle ha varit lättare om jag blivit av med handen. Det hade varit lättare att bli accepterad i samhället.”*

*Många upplevde att de möttes av misstroende från omgivningen och att även om de fick en diagnos kunde det ibland vara svårt att få förståelse.*

*”Jag var inte den första på min klinik som blev sjukskriven så jag visste hur snacket gick ’visst det kanske är arbetsrelaterat men det mesta ligger hos personen. Hon som är sjukskriven hon har ju privata problem’ och det vill man gärna skylla på. Jag hade ju det där i huvudet så jag kände att de säger samma om mig.”*

### **Psykologiska konsekvenser av sjukskrivning**

De psykologiska konsekvenserna av att bli sjukskriven har vissa likheter med konsekvenserna av att bli arbetslös. Både den som blir sjukskriven och den som blir arbetslös förlorar något som för de flesta är viktigt och fyller ett antal funktioner i personens liv. I Jahodas deprivations-

tionsteori om psykologiska konsekvenser av arbetslöshet beskrivs arbetets latenta funktioner.<sup>5</sup> Jahoda menar att ett arbete, förutom den manifesta funktionen att man får lön, även har latenta funktioner för individen. Dessa latenta funktioner är att arbetet ger en tidsstruktur till den vakna delen av dygnet, det ger regelbundna sociala kontakter utanför familjen, det förser livet med mål och syften utöver de privata, det ger status och identitet samt det aktiverar individen. Av intervjuerna framgår det tydligt att dessa latenta funktioner är något som de sjukskrivna saknar och har ett behov av. Citaten nedan belyser förlusten av sociala kontakter.

*”...man blir väldigt isolerad som sjukskriven, man blir folkskygg och man behöver bryta detta.”*

*”Jag har inte tänkt på jobbet som så viktigt utan det är umgänget med andra människor som jag vill ha och som jag saknade när jag var sjukskriven.”*

*” ...man blir ensam när man är sjukskriven...”*

I initialskedet ses nästan alltid sjukrollen som tillfällig men det finns en gräns där den blir permanent dvs där arbetstagaren börjar passiviseras. Det är dock individuellt var denna gräns går.<sup>6</sup> Många av de intervjuade poängterar vikten av att bryta isoleringen i tid och träffa andra i samma situation.

*”...för man blir ensam när man är sjukskriven. Jag tror att det är väldigt farligt att gå för länge.”*

*”När jag varit sjukskriven under några veckor så började jag känna att jag inte ville gå ut och fick lite panik av att vara på en restaurang och så som jag aldrig haft tidigare.”*

Även vikten av en tidsstruktur med fasta tider är något som kom upp i intervjuerna, vilket citatet nedan är ett exempel på.

*”..det händer så mycket när man går hemma. Man vänder på dygnet och får helt andra vanor. Så det är bäst att komma igång så fort som möjligt, även om det bara är någon timme så. Att ha någonting bara så att man kan komma iväg eller lite tätare kontakter så att man har tider att passa och så där.”*

*Vår identitet är till viss del socialt definierad. Den sociala identiteten härleds till medlemskap i olika grupper och sociala kategorier. För vissa är den största anledningen till att arbeta att*

<sup>5</sup> Jahoda, M. (1982). Employment and Unemployment. I: Idéer om arbete. Vol 6, Tidens idéserie. Stockholm: Tidens förlag

<sup>6</sup> Edlund, C. (2001). Långtidssjukskrivna och deras medaktörer -en studie om sjukskrivning och rehabilitering. Avhandling, Umeå universitet.

*försörja sig, men för de flesta ger arbetet även mening, identitet och självkänsla. Att vara sjukskriven kan således göra att man tappar självförtroendet.*

*”Man känner sig ju värdelös till slut när man går hemma och inte gör någon nytta.”*

*”Det är viktigt att ha jobb, jobbet gör att man känner sig värdig.”*

*”Jag skämdes för att vara sjukskriven.”*

## **Stöd**

Att få stöd av sin omgivning men även från kollegor och chefer är viktigt i processen att bli frisk. Ekberg och Wildhagen<sup>7</sup> fann i sin studie att individer med stöd från omgivningen var mer framgångsrika i sin rehabilitering. Man behöver stöd ifrån samtliga arenor, den privata arenan, arbetsarenan samt hälso- och sjukvårdsarenan, enligt Östlund (2002). Det var många av det sjukskrivna som upplevde svårigheter i relation till sin omgivning. Nedan följer några exempel på reaktioner från omgivningen.

*”Det är hela tiden frågor. De (omgivningen) tycker att det inte är bra.”*

*”Dels kom de ju fram och det kändes som att när ska du börja jobba igen då? Och då känner man sig utanför. Det är svårt att ha något som inte syns.”*

Att få stöd från arbetsarenan och att känna sig saknad är viktigt för att känna sig välkommen tillbaka. Några av de intervjuade upplevde att de var oviktiga för arbetsgivaren och att de inte fick något stöd från arbetsplatsen.

*”Jag har inte hört någonting. Utan när jag lämnade lappen till p-ansvarig så sa hon’ ja det var ju synd, krya på dig’, så jag har i stort sätt inte hört av dem.”*

*”Arbetsledaren blev tjurig (när jag blev sjuk).”*

*Något fler upplevde att de fick stöd från kollegor.*

*”Många kollegor ringde och det var väldigt skönt.”*

Bristen på stöd från företaget/organisationen är ofta tung för individen att bära då detta får henne att känna sig utbytbar och oviktig. Flertalet av de intervjuade har arbetat i många år på

<sup>7</sup> Ekberg, K., & Wildhagen, I. (1996). Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: The necessary intervention of work conditions. *Scand J Rehab Med*, 28, 39-47.

samma företag eller i samma organisation och upplever att det är väldigt smärtsamt att inse att den lojalitet de hyst gentemot företaget inte återgäldats.

Arbetsledarna har en viktig funktion i rehabiliteringsarbetet. Dels genom att de kan verka normbildande men även för att de kan tillgodose en del av individens behov av stöd (Hedin, 1994).

*"Mentaliteten blir densamma som arbetsledningen har även på golvet. 'Krya på dig hoppas vi ses igen'. Jag fick inget stöd från kollegor eller chefer."*

### **Familjekrav**

Den privata arenan kan vara till stöd för individen i hennes process att återhämta sig men likväl kan samma arena i vissa fall utgöra ett hinder för individens återhämtning. Enligt Kahnlund mfl är det viktigt att se sina begränsningar och uttrycka sina behov för att rehabiliteringen ska bli lyckad<sup>8</sup>. Något som kommit upp i flera av intervjuerna var det faktum att andras behov prioriterades över det egna behovet av vila och återhämtning. Denna problematik togs endast upp av kvinnor med barn, såväl ensamstående som gifta.

*"Hur jävla sjuk jag än är så har jag ändå en halvtid med marktjänst."*

*"...så man driver runt hela aktiebolaget familjen trots att man skulle behöva den tiden för att återhämta sig."*

Det finns forskning som visar att kvinnor i större utsträckning än män har svårt att hitta en balans mellan arbetet och familjen. Detta resulterar ofta i ohälsa. På motsvarande sätt kan denna högre belastning från familjen antas försvåra återhämtningen vid sjukskrivningar. Östlund (2002) menar att det svenska jämställdhetsidealet sällan uppnås i hemmet. Detta skulle kunna förklara att det endast är kvinnorna i studien som upplever detta hinder för återhämtning. Det är dock viktigt att påpeka att det inte går att dra några generella slutsatser utifrån föreliggande, ytterst begränsade undersökning.

## **5.7. Extern rehabilitering- ny lösning**

### **Arbetsträning**

Som sjukskriven måste man inte vänta tills man är etthundra procent återställd för att återvända till arbete. Det finns dock en risk med att återvända för tidigt i det att man riskerar ett bakslag vilket förlänger sjukskrivningen. Vad som är för tidigt kan dock vara svårt att avgöra. När en individ ska tillbaka i arbete efter en längre sjukskrivning kan hon därför få

---

<sup>8</sup> Kahnlund, K., Peterson, K., Jonsson, G., Edlund, C., & Dahlgren, L. (1998). Långtidssjukskrivnas upplevelser –en kvalitativ studie. Centrum för folkhälsovetenskap. Rapportserie 1998:2.

arbetsträna för att se hur mycket hon klarar att arbeta. Syftet med att arbetspröva är således att prova på vilka olika arbetsuppgifter individen klarar av samt hur mycket individen klarar att arbeta. Arbetsträningen kan ske hos den gamla arbetsgivaren när lämplig provoplats går att finna (intern rehabilitering). I de fall individen inte bedöms klara av eller inte vill gå tillbaka till sitt gamla arbete eller arbetsplats eller när det inte finns någon möjlig omplacering inom företaget/organisationen kan det bli aktuellt för individen att arbetspröva hos en annan arbetsgivare (extern rehabilitering). I några av fallen i föreliggande studie prövade individen att gå tillbaka till sin gamla arbetsplats och i vissa fall även till sitt gamla arbete. Detta föll inte väl ut i något av fallen, varpå individerna därefter fick arbetspröva hos annan arbetsgivare.

Vissa intervjupersoner uttryckte oro för att arbetspröva. De ifrågasatte om de skulle klara av att börja arbeta igen och några funderade kring hur andra skulle uppfatta dem då de arbetsprövade.

*”Det var lite nojigt att gud vad ska folk tro när jag kommer och arbetsprövar och förstår att jag är sjukskriven. Man skäms va och det är jobbigt.”*

Många av intervjupersonerna uttrycker att det är en fantastisk möjlighet att få arbetspröva och att på så vis, i vissa fall, få prova på något annat arbete och ibland även en annan arbetsplats. Särskilt viktigt var det dock att arbetsprövningen skedde i individens egen takt.

*”Det har varit skönt att jag fått fria händer att känna efter.”*

*”Jag fick själv lägga upp mitt schema och hur mycket jag pallade.”*

### **Arbetsanpassning**

Forskning har visat att tillfredsställande arbetsanpassning minskar anställdas oro kring att återvända till arbetet. Viktigt att påpeka här är att det modifierade arbetet måste kännas meningsfullt. Ett meningslöst modifierat arbete kan göra mer skada än nytta. Några av de anställda i föreliggande studie upplevde att de blev tvingade tillbaka i ett arbete som inte var anpassat efter deras förmåga.

*”Den (rehabiliteringsplanen) bröts ju av företaget. De lekte med min hälsa. Jag förklarade allt och de fick sjukintyget och allt men de ville ändå att jag skulle gå tillbaka. Och jag ville inte vara omöjlig. Jag försökte och det gick inte alls.”*

### **Ny arbetsplats/nytt yrke**

Ibland vill eller kan en individen inte återgå till samma arbetsplats eller yrke, då krävs byte av arbetsplats och/eller yrke för återgång i arbete. Göransson et al. fann att hälöförbättring inte är

den viktigaste orsaken till återgång i arbete.<sup>9</sup> Bland annat slår de fast att möjligheten att byta arbetsplats eller yrke är en kraftfull åtgärd, om än relativt ovanlig. Mer än två tredjedelar av dem som bytt arbetsplats uppger, i Göransson et al studie, att detta var helt avgörande för återgången till arbete från sjukskrivning. Arbetsgivningen kan antas vara en viktig möjliggörare för arbetsplats- respektive yrkesbyten.

### **Betydelsen av att vara tillsvidareanställd**

Ett hinder vid övergång mellan arbetsgivare kan vara den vikt individer fäster vid att ha en tillsvidare anställning. Denna kan göra att de håller fast vid en anställning trots att det inte finns någon möjlighet för dem att arbeta inom organisationen. Tryggheten blir på så vis endast en slags pseudotrygghet, vilket citatet nedan belyser:

*”Nej, men det är en trygghet fast ändå inte eftersom de inte hade något att erbjuda (omplacering). Men det är väl ändå något som sitter i huvudet att man har en fast tjänst.”*

Intervjupersoner trycker på vikten av en tillsvidareanställning för att säkra den ekonomiska försörjningen men den uppges även vara viktig ur ett psykologiskt trygghetsperspektiv. Individerna kan sitta i sitt arbete och ha en plats i organisationen.

Oftast utgör inte denna strävan efter att behålla en fast tjänst något hinder vid arbetsprövning eftersom den anställde i de flesta fall får behålla sin anställning hos den gamla arbetsgivaren under hela den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Flera individer påpekar dock att de inte hade vågat ta steget ut och prova ett annat arbete genom arbetsprövning om de inte hade haft möjligheten att behålla sin anställning hos den gamla arbetsgivaren.

*”Hade XX (arbetsgivaren) sagt nej, du får inte behålla din anställning så hade jag aldrig gjort det här(arbetsprövat).”*

Aronsson m fl skriver att studier som är riksrepresentativa har kommit fram till att hela 96% av de som arbetar anser att de gynnas mer av en fast anställning i jämförelse med en tidsbegränsad anställning.<sup>10</sup> Att individerna har möjlighet att behålla sin tillsvidareanställning under tiden de arbetsprövas kan ses som en förutsättning för att de ska våga ta steget ut från företaget.

En annan viktig aspekt för att individerna skulle våga ta steget ut var det stöd de fick av ringhandledaren. Detta stöd var både emotionellt och instrumentellt (dvs individerna fick

<sup>9</sup> Göransson, S., Aronsson, G., & Melin, B. (2002). Vilja och villkor för återgång i arbete- en studie av långtidssjukskrivnas situation. I: Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5, bilaga 2:3.

<sup>10</sup> Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum-periferiperspektiv. Arbete och Hälsa, 2000:9. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

hjälp med det praktiska och administrativa). De individer som väl tagit steget ut och även fått stanna kvar hos en ny arbetsgivare efter arbetsprövningen har i denna studie gått in i tidsbegränsade och mer osäkra anställningsformer. Det verkar här som att när man väl tagit steget så är man beredd att släppa den trygga anställningen. Kanske beror detta på att det är en process där individen ska vänja sig vid tanken på att det inte kommer att fungera hos den gamla arbetsgivaren och att hon måste söka sig vidare.

### **Arbetsmarknadsvärde**

Några av de intervjuade i föreliggande studie, som antingen själva önskat eller blivit tvungna att byta arbetsplats på grund av brist på omplaceringsmöjlighet, upplever att det är svårt att komma tillbaka och hitta en ny plats på arbetsmarknaden. De är osäkra på sitt arbetsmarknadsvärde och upplever att en person som varit sjukskriven inte har någon plats på arbetsmarknaden.

*”Den generella synen är ju att man inte vill anställa någon som varit långtidssjukskriven.”*

*”Ja, det är ju ingen som vill ha sjukskrivna.”*

### **Tidpunktens betydelse**

Genomgående är att intervjupersonerna i föreliggande studie betonar vikten av att tiden är rätt vid återgång i arbete samt när det gäller att komma igång med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De ser en risk i att tvingas tillbaka i arbete för tidigt men även en risk i att gå sjukskriven för länge och på så vis fastna i sjukrollen.

*”...att känna sig mogen för det. Men går det för lång tid så kanske man inte vågar.”*

*”Man kan bli sjuk av att vara sjuk, det är en förstärkande process.”*

De flesta önskar att de hade fått komma till ringen tidigare och på så vis kunnat komma igång med arbetsprövning och eventuell utbildning i ett något tidigare skede. Det var dock ingen av de intervjuade som kände att det hade gått för lång tid för att de skulle kunna komma tillbaka.

### **Motivation**

Samtliga intervjupersoner ville tillbaka i arbete men många kände sig osäkra på sig själv och sin förmåga att arbeta. De faktum att alla, genom ringens försorg, var delaktiga i upplägget av rehabiliteringsprocessen samt i arbetet att driva processen framåt kan antas ha bidragit till intervjupersonernas motivation. Arbetet är viktigt för individen och för hennes självkänsla eftersom det utgör ett sammanhang där hon känner sig delaktig och betydelsefull.

*”Jag vill jobba och känna mig nyttig.”*

Motivationen att återgå i arbete finns hos de intervjuade. Det handlar således snarare om att stärka individens självförtroende och förmåga att hantera olika situationer.

### Stöd

För att klara av att återgå i arbete behöver den sjukskrivne ofta stöd. Floderus et al fann att psykosociala faktorer har stor betydelse för individers återgång i arbete som t ex att känna sig välkommen tillbaka till den gamla arbetsplatsen, att känna sig saknad på arbetet samt att arbetsgivaren vidtagit åtgärder för att personen ska kunna återgå i arbete.<sup>11</sup> Författarna hänvisar även till forskning som visar att de psykosociala faktorerna har större betydelse för att rehabiliteringen ska lyckas än botandet av de symptom individen initialt blev sjukskriven för.

Det finns endast en liten mängd forskning kring hur familjen och andra sociala kontakter påverkar återgång i arbete. Dessa kontakter kan dock förväntas vara kraftfulla genom att de påverkar hur individen sätter sina mål och hur hennes förväntningar ställs. Familjen sänder även ut viktiga signaler om synen på hälsa och arbete.<sup>12</sup> Detta blir belyst i citaten nedan:

*”Det var också jobbigt gentemot min familj. Och när de sa ’oj så länge’ kände man att de ansåg att man borde kunna arbeta och hade varit borta länge och det var jobbigt. Men min särbo han förstod att det skulle ta lång tid.”*

### Personliga resurser

Oförmåga att ställa krav och att uttrycka sina behov påverkar inte bara individens process att bli frisk utan även hur individen hanterar sin återgång i arbete. Enligt Kahnlund et al. (1998) är en vanlig gemensam nämnare bland sjukskrivna som inte kommer tillbaka i arbete eller återtar samma påfrestande arbetsuppgifter oförmågan att ställa krav (på förändring) och uttrycka behov (t ex av att vila). Dessa individer är ofta så lojala mot sin arbetsgivare att det blir självdestruktivt. Två av de intervjuade gick tillbaka till arbetssituationer som den sjukskrivande läkaren hade varit mycket tydlig med att påpeka att de absolut inte fick gå tillbaka till. Andledningen var att arbetsgivaren bad dem och de inte ville ”vara omöjliga”.

---

<sup>11</sup> B Floderus, S Göransson, K Alexanderson och G Aronsson; Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning (Arbete och Hälsa 2003:13)

<sup>12</sup> Franche, R., & Krause, N. (2002). Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. Journal of Occupational Rehabilitation, 12, 233- 256.

### **Kompensationssystemets betydelse för återgång i arbete**

Intervjupersonerna i föreliggande studie upplever inte att deras beslut om att återgå i arbete har påverkats i någon större utsträckning av nivån på sjukpenningen. Det finns stora motsättningar i uppfattningar kring hur kompensationsnivån påverkar individens beteende att återvända i arbete. Vissa forskningsstudier har inte uppvisat någon effekt av kompensationsnivåerna och återgång i arbete medan andra har funnit att ju högre ersättning vid sjukfrånvaro desto högre frekvens och längd på sjukskrivningarna. Sannolikt finns det andra faktorer som interagerar med ersättningsnivån vilket ger ett mer komplext samspel mellan nivå och återgång i arbete t ex om andra är beroende av den sjukskrivnes inkomst. Att inte få någon ersättning eller väldigt låg ersättning kan också pressa människor tillbaka i arbete för snabbt, vilket kan få allvarliga konsekvenser för den sjukskrivnes hälsa och återhämtning.

## **5.8. Aktörerna**

Den yttre situationen har en stor betydelse för framgångsrika rehabiliteringar. Med den yttre situationen avses här arbetsplatsen, familjsituationen, andra sociala nätverk samt de offentliga aktörerna. I följande avsnitt behandlas de olika rehabiliteringsaktörernas olika roller och påverkan på individernas rehabiliteringsprocesser. Dessa aktörer är arbetsgivaren, facket försäkringskassan samt arbetsgivarringen. Arbetsförmedlingens roll behandlas inte här eftersom endast ett fåtal av intervjupersonerna hade haft kontakt med arbetsförmedlingen och då endast i begränsad omfattning. Individerna har i intervjuerna beskrivit sina relationer med aktörerna samt bedömt deras insatser utifrån sina subjektiva upplevelser. Var i processen de olika aktörerna kommit in skiljer sig mellan de individuella fallen.

### **Arbetsgivaren**

#### ***Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar***

Arbetsgivaren ansvarar för att de anställdas behov av rehabilitering kartläggs och för att rehabiliteringen kommer igång. Viss forskning har visat att det är viktigt att rehabiliteringen kommer igång så snabbt som möjligt då detta ökar chansen att individen kommer tillbaka i arbete. Andra studier har visat att tidpunkten för insatserna är viktigare än tidiga insatser, något som får stöd i denna studie. Arbetsgivaren är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning när en anställd varit sjuk i mer än fyra veckor, när en anställd varit borta fler än sex gånger under ett år eller när en anställd själv begär en utredning. Vidare har arbetsgivaren ett krav på att hitta lämplig omplacering till en anställd som inte kan klara sitt gamla arbete. I realiteten tar dessvärre inte alla arbetsgivare sitt ansvar när det gäller rehabilitering av anställda.

*”Jag hörde inte av dem (arbetsgivaren) överhuvudtaget, förrän efter ett år.”*

*”Jag har inte upplevt någon uppbackning trots att man har en policy på att man ska ha kontakt med sjukskrivna och så där.”*

Ekberg m fl<sup>13</sup> fann att för personer med anställning så var rehabiliteringen mer framgångsrik när arbetsplatsen var delaktig i rehabiliteringsprocessen. Dessvärre känner sig många av de intervjuade svikna av företaget/organisationen. Ett flertal har arbetat i många år innan sjukskrivningen och känner att deras lojalitet inte återgäldas från företagets sida. Vissa anser att det förvisso är positivt att arbetsgivningen sköter rehabiliteringen men efterlyser trots det ett större engagemang från sin arbetsgivare.

En förklaring till att individerna inte upplever att de har fått tillfredsställande rehabiliteringsinsatser från arbetsgivarens kan vara att det utökade ansvaret när det gäller rehabilitering, som lagts på arbetsgivarna, av många arbetsgivare har upplevts som svårt att axla. Vidare har omplaceringskravet varit svårt för många företag och organisationer att fullfölja. I vissa fall beroende på att organisationen är så ”slimmad” att det inte finns några alternativa arbeten att erbjuda och i andra fall på att verksamheten är av en sådan storlek och/eller art att det inte finns några alternativ. En stor andel av de intervjuade anser dock att arbetsgivaren inte tog sitt ansvar och ordentligt undersökte omplaceringsmöjligheter. Trots det har de flesta en passiv hållning gentemot arbetsgivaren och accepterar situationen utan att trycka på arbetsgivarens ansvar eller hävda sin rätt.

Detta passiva förhållningssätt kan vara ett uttryck för eller orsak till okunskap om arbetsgivarens skyldigheter och de egna rättigheterna.

-Kände du till dina rättigheter när du blev sjukskriven?

*”Nej, det är ju ingen som säger så mycket.”*

*”Nej. Jag har hört att arbetsgivaren har ett stort ansvar men inte vad det innebär.”*

Det finns dock även exempel på individer som har ett aktivt förhållningssätt, till skillnad från det stora flertalet som har ett ovan beskrivet passivt förhållningssätt.

### ***Arbetsgivarens ansvar för prevention***

Arbetsgivaren ska enligt arbetsmiljölagen se till att det finns en organiserad rehabiliterings- och arbetsanpassningsverksamhet. Arbetsgivaren ska även förebygga att de anställda blir sjuka eller skadade. Dessvärre framgår det av intervjuerna att detta ansvar i många fall inte hade tagits av arbetsgivaren.

---

<sup>13</sup> Ekberg, K., Björkqvist, B., Malm, P., Bjerre-Kiely, B., & Oxelson, O. (1994). Controlled two-year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occupational environ med*, 51, 833-838.

*”Det är många som är långtidssjukskrivna. Bara på min avdelning så var det hälften som försvann. Då kan man börja fundera på vad som är fel tycker man men det gör inte XX. De har arbetsstyrkan så länge den håller och får man ont så tar de in en ny.”*

En stor andel av de intervjuade i denna studie hade påtalat risker i arbetsmiljön innan de blev sjukskrivna, utan att få något gehör hos sina arbetsgivare.

*“När de var ute på golvet så tog man upp vissa saker och för syns skull så antecknade de. Men det hände aldrig något och man fick inget svar på varför det inte hände något.”*

Aronsson m fl diskuterar riskerna med att arbetsmarknaden är dålig.<sup>14</sup> Detta leder till att anställda blir inlåsta i sina arbeten, som de i vissa fall borde lämna av hälsoskäl. När arbetsmarknaden är bra kan anställda utöva påtryckningar på sina arbetsgivare genom att gå till andra arbetsgivare om den nuvarande arbetsgivaren inte tillhandahåller en god arbetsmiljö. Idag håller anställda i stället hårt i sina arbeten och drar sig för att klaga på grund av rädslan att förlora jobbet. Att befinna sig i ett arbete där man inte trivs kan skapa fysiska såväl som psykiska besvär. Inlåsningsen är samtidigt omfattande på arbetsmarknaden idag. Den ökade inlåsningsen kan i förlängningen leda till fler sjukskrivningar. Låg rörlighet gör på detta sätt att arbetsmarknaden fungerar sämre. Intervjuerna i föreliggande studie ger stöd åt att flera sjukskrivningar hade kunnat undvikas om individerna hade fått stöd i att byta arbetsplats. Många av de intervjuade säger att de hade velat byta arbete och/eller arbetsplats före sjukskrivningen om möjlighet hade givits samt att de tror att sjukskrivningen på detta vis hade kunnat undvikas.

När det gäller preventiva åtgärder som förekom var det arbetshjälpmiddel, arbetsrotation och massage som kom upp i intervjuerna. De visade sig dock att arbetshjälpmidlen i vissa fall inte användes då de gjorde att arbetet gick långsammare:

*”Den funkade inte. Det var ju den man skulle lyfta säckar med. Men det var så omständigt så den struntade man i. Jag tror aldrig att jag testade den någon gång.”*

Det är oftast det fysiska på arbetsplatsen som förändras när man försöker anpassa arbeten, vilket i många fall kan leda till förbättringar men det är även viktigt att ta hänsyn till den psykosociala arbetssituationen när man vill öka välbefinnandet hos personalen. Detta har visats i t ex SBU (2000) som kom fram till att smärta i rygg och nacke, vilket är den största diagnosgruppen bland långtidssjukskrivna, inte enbart är ett kroppsligt problem utan även har samband med sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer som t ex stress. Detta är viktigt att uppmärksamma såväl i rehabiliteringen tillbaka till arbete som i det preventiva arbetet.

---

<sup>14</sup> Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum-periferiperspektiv. *Arbete och Hälsa*, 2000:9. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

### **Motiv för medlemskap i ringen**

En övervägande majoritet av de intervjuade uppger att de tror att det främsta skälet till att arbetsgivare går med i arbetsgivarringar är för att köpa sig fria från sitt rehabiliteringsansvar.

*”Min upplevelse är att XX överlämnar problemet till ringen. Ringen är bra men man gör ingenting själv för att lösa problemet, det är ju mycket enklare för XX.”*

*”Jag tror att de blir tvingade mer eller mindre. Jag vet inte exakt men regeringen lägger fram ett krav att de måste göra mer för de sjukskrivna. Jag tror inte något företag hade gått med om det inte var så. Det är ett sätt att lägga över och ett sätt att bli av med folk som de inte kan bruka.”*

Men det finns även de som ger en delvis annorlunda bild av arbetsgivarnas motiv för att gå med i arbetsgivarringar:

*”För att de inte själva har kunskap och resurser att satsa på rehabilitering. De tycker att det är skönt om någon annan gör det...och jag har uppfattningen att de inte är bra på det, så att det är bättre så här. Fast det är lite hemskt eftersom jag inte är den första som är sjukskriven.”*

*”Att de kan vinna fördelar med det. I ringen kan du vinna att du får hjälp med omplaceringar och bygger nätverk med kompetenskänedom om hur andra jobbar och rent socialt att man inte är isolerad. Utbildningsdagar och kompetensutveckling så att man bygger nätverk som man kan ha nytta av i det dagliga arbetet.”*

### **Fackets roll**

Fackets roll beskrivs i korthet eftersom denna aktör inte haft någon större del i individernas rehabiliteringsprocesser.

Facket har inte varit särskilt delaktiga i de intervjuades rehabiliteringsprocesser. I några av fallen har facket suttit med på avstämningsmötena mellan försäkringskassan, arbetsgivaren och den sjukskrivna. Inte i något av fallen har facket haft en framträdande roll.

*”Facket var med på rehabmötena, men de gjorde inte mycket.”*

En av personerna som varit sjukskriven för värk och muskelinflammationer vände sig till facket för att få hjälp med en arbetsskadeanmälan eftersom hon ansåg att det var arbetet som orsakat henne skadan. Hon upplevde dock inte att hon fick det stöd hon hade hoppats på från facket.

*”... jag var i kontakt med facket men det var ju inte så mycket hjälp. Mest när jag gjorde arbetsskadeanmälan, då ville jag ha deras hjälp. Men det hände ingenting. Jag skrev själv en anmälan men det blev ingenting.....jag hade trott att jag kunde få mer hjälp av facket, jag har ju betalat fackavgift i alla år. Det vet jag inte varför man gör om man inte får hjälp i sådana situationer.”*

I normalfallet deltar facket i den mån medlemmen så önskar, vilket också framgår i några av fallstudierna. Genomgående i föreliggande studie är dock att facket inte haft en aktiv roll i rehabiliteringsprocesserna för de intervjuade. Möjligtvis är det så att ytterligare en aktör, vid sidan av arbetsledare, personalfunktion, företagshälsovård, försäkringskassehandläggare och ringhandledare, kan synas som alltför många för individen.

### **Försäkringskassan**

Försäkringskassans uppgift är att samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsåtgärderna. Försäkringskassan tar även initiativ till rehabilitering när arbetsgivaren inte tar sitt ansvar när det gäller rehabiliteringsutredningar. Med utgångspunkt i läkarens bedömning, den enskilda individens uppfattning och ringhandledarens utredning upprättar försäkringskassan en rehabiliteringsplan.

Försäkringskassans samordningsroll har dock inte undgått kritik kring att det saknas rutiner för samordningsarbetet. Detta kan delvis förklaras av att försäkringskassan inte har givits förutsättningar för att bedriva samordningsarbetet effektivt, vilket beror på att försäkringskassan har små möjligheter att påverka andra aktörer att vidta de åtgärder som åligger dem, vilket krävs för att rehabiliteringen ska lyckas. I och med att samordningsansvaret är otydligt har försäkringskassan även haft svårt att bygga upp nödvändig kompetens på området.<sup>15</sup>

### **Kontakten**

Individernas kontakter med försäkringskassan har sett förvånansvärt olika ut, exempelvis när det gäller den tidpunkt då försäkringskassan kommit in i processen. Ett exempel på när det inte har fungerat som det ska ges nedan.

*”Man ska få kontakt med försäkringskassan efter tre månader, men jag fick det efter åtta månader och jag insåg att det inte riktigt stämmer hur det ska vara och hur det är. Jag ringde själv försäkringskassan och sa att jag borde ha en kontaktperson och då fick jag det men det tog några månader innan vi träffades.”*

---

<sup>15</sup> SOU 2002:5.

När det gäller hur frekventa kontakter individerna haft med försäkringskassan ser det väldigt olika ut, likaså när det gäller hur aktiva försäkringskassan varit i individernas rehabiliteringsprocesser.

*”Försäkringskassan, jag tror jag träffade en person en gång och det hände ingenting.”*

Många av intervjupersonerna har saknat kontinuitet i sina kontakter med försäkringskassan på grund av upprepade byten av handläggare. Några individer har inte fått någon handläggare över huvudtaget. Detta har i vissa fall lett till längre sjukskrivningar än nödvändigt.

*”Det var ingen som ville ta hand om mig så jag var fortfarande sjukskriven fram till april i år.”*

Det är dock viktigt att påpeka att problem i kontakten med försäkringskassan inte gäller för alla intervjupersonerna. Nedan ges ett exempel på en välfungerande kontakt.

*”På försäkringskassan så visste jag vem jag skulle prata med och hade samma person hela tiden så det funkade bra.”*

Många av de intervjuade upplever dock försäkringskassan som regelstyrd och omständig i sitt arbete. Ett antal exempel gavs av de intervjuade kring att sjukskrivningstiden förlängdes på grund av kassans omständiga handläggning eller avsaknad av kontakt.

*”Ja det var försäkringskassan som strulade. Jag fick ett brev där de bad om ursäkt för att de inte tagit hand om mig. Så det är deras fel att jag var sjukskriven under den tiden.”*

I ett fall handlade det om att försäkringskassan skulle godkänna en utbildning som krävdes för att en person skulle få börja arbeta som yrkeschaufför. På grund av att detta godkännande drog ut på tiden hade personen i fråga ingen möjlighet att arbeta under en tremånaders period när det var brist på arbetskraft. Istället gick han sjukskriven.

*”Det var så lång tid som det inte hände någonting, som jag bara gick och väntade hemma (på att få komma igång med omskolning).”*

Vidare upplevdes kontakten med försäkringskassan av många som opersonlig och endast gällande pengar.

*”Det var inte så mycket kontakt. Jag fick ju då pengar när jag gick utbildning och så och sen meddelade jag när jag fått jobb och så var sjukskrivningen över.”*

*”Det var mest penningamässigt som jag hade med dem att göra men det fungerade bra.”*

Några av intervjupersonerna upplevde även att det var svårt att hävda sin rätt och ta plats i mötet med försäkringskassan. Detta berodde i stor utsträckning på att de saknade kunskap om relevanta regler och lagar.

*”Kan du inte lagar och förordningar så kör de över dig helt enkelt. Tyvärr är det så. Kan du ingenting så få du ingen hjälp.”*

Viktigt att påpeka i sammanhanget är att det finns några av intervjupersonerna som är väldigt nöjda och upplever sig ha haft en bra relation med försäkringskassan där de mött förståelse, stöd och hjälp. I dessa fall handlar det om engagerade handläggare och en positiv personlig kontakt.

*”Jag är väldigt glad för att min kontaktperson på försäkringskassan har haft väldigt stor förståelse för mig.”*

### **Tidsbrist**

Den vanligaste uppfattningen bland intervjupersonerna var att personalen på försäkringskassan var överbelastade och inte hade tid att lyssna på de sjukskrivna.

*”Det jag berättade för XX (ringhandledaren) hade jag berättat för försäkringskassan också men försäkringskassan hade inte tid att lyssna. Det är viktigt att få respons och känna att folk lyssnar på en, det är viktigt psykiskt också. Försäkringskassan har jag inte mycket till övers för.”*

Vid en jämförelse mellan försäkringskassan och arbetsgivarringen lyfter många individer fram det faktum att försäkringskassan har ett antal olika uppgifter, som en orsak till att de inte har tid att lyssna på och stödja individen.

*”Försäkringskassan är för jäviga och för överbelastade med andra saker. Det är smidigare med ringen.”*

### **Sekretessen**

Många av de intervjuade tar upp problematiken kring att man som sjukskriven blir väldigt isolerad. Ett problem som några av de intervjuade tar upp i samband med det här är att försäkringskassan har sekretess kring de sjukskrivna. I och med detta är det inte möjligt att ha t ex information i grupp eller stödgrupper. Försäkringskassan har således inte möjlighet att hjälpa de sjukskrivna att bryta sin isolering annat än i form av enskilda möten med försäkringskassehandläggaren. Att bryta isoleringen och att träffa andra i samma situation är det många som lyft fram som viktigt.

*”Till slut tror du att du är ensam i världen om de här bekymren.”*

### ***Brist på delaktighet***

Många av de sjukskrivna upplever inte att de var delaktiga i det som skedde på försäkringskassan. Detta är oroväckande med tanke på delaktighetens betydelse för individens motivation att återgå i arbete.

*”Att XX (ringhandledaren) var med på försäkringskassan var väldigt bra för det är lite svårt att sitta där, de är så slipade. När jag var där själv gick det på fem minuter och efteråt hade jag inte fattat vad som hade gjorts och bestämts.”*

Vissa individen upplever att de blir betraktade som ”ärenden” av försäkringskassan.

*”Man talar om rehabfall och ärenden. Jag är inget rehabfall eller ärende, mitt namn är XX och jag är inget problem jag är en möjlighet. Sätt det i centrum.”*

### **Arbetsgivarringen**

#### ***Arbetsgivarringens arbetssätt***

Vem som tar den första kontakten med ringsamordnaren i samband med ett individärende kan variera, det kan vara arbetsgivaren, försäkringskassan, företagshälsovården eller individen själv. I vissa fall har företaget eller organisationen gjort en grundlig utredning om möjlighet till omplacering och funnit att det inte finns några interna omplaceringsmöjligheter inom företaget eller organisationen och därefter tagit hjälp av ringen. I många fall upplever dock individerna att arbetsgivaren inte gjort vad hon kunnat när det gäller att omplacera.

När en individ kommer till arbetsgivarringen genomförs i regel ett inledande samtal där individen får beskriva sin situation och sin bakgrund samt hur hon ser framåt. I samtalet behandlas tidigare arbetslivserfarenhet, utbildning, social situation, medicinsk situation samt hur personen kan tänka sig att gå vidare inom arbetslivet. I de flesta fall genomförs även ett intressetest utav vilket det framgår vad för typ av yrken personen är lämpad för. Många använder här arbetsförmedlingens test. I vissa fall används även psykologiska personlighets-tester som t ex Myers Briggs. Utifrån denna kartläggning av individen och hennes önskemål upprättar ringhandledaren ofta ett underlag för en rehabiliteringsplan vilken utformas och sammanställs av försäkringskassan.

I samband med rehabiliteringen händer det att ringen föreslår kurser, vilka syftar till att stärka individens självkänsla och förmåga att hantera olika situationer. En av ringarna har en kurs i egen regi. Även denna kurs handlar om att stärka individernas självkänsla och hjälpa dem att

komma vidare. Antingen hjälper arbetsgivarringen individen att direkt komma vidare till arbetsprövning eller så går individen via en kurs. För att hitta arbetsprövningsplatser använder ringsamordnaren sig av sitt nätverk av medlemsföretag men lika ofta går samordnaren utanför detta och kontakter även företag och organisationer utanför. Ibland har individerna själva kontakter genom vilka de ordnar arbetsprövningsplats. Arbetsprövningen är i regel upp till tre månader. Ringhandledaren följer i regel upp individerna och anpassar arbetsprövningens omfattning och längd efter deras förmågor och behov. Efter arbetsprövningen kan det bli aktuellt med utbildning.

### ***Arbetsgivarringens roll***

Arbetsgivarringen har i näst intill samtliga intervjuer upplevts ha en avgörande betydelse för individerna när det gäller att komma tillbaka i arbete.

*”Ringgen var det viktigaste i min rehabprocess.”*

Det finns flera anledningar till att arbetsgivarringen upplevs som ett så bra och viktigt stöd för individerna. Nedan diskuteras ringen som resurs respektive nätverk. Nätverksdelen berör fördelar som uppkommit genom att ringen består av flera företag och organisationer och behandlar avsnitten formella och informella nätverk, korta vägar, rörlighet samt ringen som mötesplats. Ringen som resurs tar upp styrkor i ringsamordnarnas/ringhandledarnas arbets- och förhållningssätt. Resultaten kring detta har delats in i avsnitten ringen som samordnare, ringen som företrädare, ringen som stödjure och ringen som neutral part, vilka redovisas nedan i nämnd ordning. Avslutningsvis redovisas de negativa aspekter som kommit upp i intervjuerna rörande ringen som resurs respektive nätverk.

### ***Ringhandledaren som samordnare***

När en individ blir sjukskriven kommer hon i kontakt med ett antal offentliga aktörer och berörs av en mängd regler, lagar, och försäkringssystem, som de flesta av oss endast känner till ytligt eller inte alls. Flertalet av intervjupersonerna uppger att de inte kände till ringen innan de blev sjukskrivna.

I utredningen om myndigheters samverkan inom rehabiliteringsområdet framgår att det delade ansvaret för individens rehabilitering medför en risk för att ingen tar ansvar, vilket leder till att vissa personer ramlar igenom det offentliga skyddsnetet.<sup>16</sup> Vidare slår utredningen fast att denna oklara ansvarsfördelning främjar revirtänkande snarare än samarbete med fokus på individen. Mot denna bakgrund är det lätt att relatera till att de flesta intervjupersonerna uppger att ringhandledaren varit av avgörande betydelse när det gäller att aktivt samordna de olika rehabiliteringsaktörerna och på så vis driva processen framåt. Ringsamordnaren tar ett

---

<sup>16</sup> SOU 1996:85

helhetsgrepp över den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen genom att tillsammans med individen sätta upp mål och sedan lotsa individen genom regelverk, administration och kontakter med offentliga aktörer och arbetsgivaren.

För att komma tillbaka i arbete efter en lång sjukskrivning krävs mycket energi för att förstå och sätta sig in i hur saker och ting fungerar, vad man har för rättigheter gentemot arbetsgivaren och försäkringskassan etc. Att sätta sig in i alla regelsystem och turer kan antas konkurrera med de resurser individen har för att återhämta sig och på sikt återvända i arbete.<sup>17</sup> Arbetsgivarringen ger stöd i denna process vilket kan antas leda till att individen snabbare kan återvända i arbete då dennes resurser kan gå till rehabilitering och återhämtning. Ringhandledaren förenklar på detta vis processen för de sjukskrivna som kommer dit.

### ***Ringhandledaren som företrädare***

Många av de intervjuade upplever att de har haft svårt att hävda sina rättigheter gentemot de offentliga aktörerna och arbetsgivaren. Dels beror detta på att de i många fall inte känt till de komplexa regelsystem som de berörts av i och med sjukskrivningen och dels för att den som är sjukskriven i många fall befinner sig i en utsatt situation där de är försvagade antingen på grund av fysiska eller psykiska besvär alternativt en kombination av dessa båda.

*”Som sjukskriven är man maktlös och i underläge gentemot försäkringskassan och arbetsgivaren...”*

Ringhandledaren fungerar här som en företrädare för den sjukskrivnes intressen.

*”Ringgen stöttar hela vägen, de har bakgrunden, har haft kontakt med samma personer som jag. Man är själv handlingsförlamad och har ingen ork. Man kan inte stå på egna ben.”*

Ringhandledarna har goda kunskaper kring relevanta regelsystem. Trots detta upplevs de inte som alltför regelstyrda.

*”Försäkringskassan är så inriktade på regler och rutiner. Arbetsgivarringen hon visste precis om regler och så, men det kändes som att hon inte lät sig styras allt för mycket av det utan ändå såg möjligheterna, till skillnad från försäkringskassan.”*

Det faktum att ringhandledarna ofta har bra inblick i och goda kontakter med försäkringskassan, vilket är en offentliga aktör som har stort inflytande över individens rehabiliteringsprocess, är även det mycket viktigt för individen.

---

<sup>17</sup> Franche & Krause, 2002.

***Ringhandledaren som stödjare***

Ringhandledaren beskrivs som en viktig resurs, både när det gäller emotionellt stöd i form av uppmuntran såväl som instrumentellt stöd i form av hjälp med administration och kontakter med t ex arbetsgivaren, försäkringskassan, företagshälsovården samt den eventuellt nya arbetsgivaren på arbetsprövningsplatsen, i de fall detta är aktuellt. Många intervjupersoner upplevde ett stort stöd i att ringhandledaren var närvarande och tog en aktiv roll i avstämningsmöten och andra möten med aktörerna.

*”Arbetsgivarringen var ett stöd också, någon att hålla i handen. XX (ringhandledaren) frågade alltid ’vill du gå dit själv eller vill du att jag går med?’. Man hade alltid den valmöjligheten.”*

Ett exempel på hur ringen kan fungera som ett praktiskt stöd följer här nedan. Exemplet hänger även samman med ringhandledarens kännedom om arbetsmarknaden och nätverk.

*”Om man själva har en ide så vet xx (ringhandledaren) hur man ska gå till väga, vem man ska ringa och så..”*

Stödet som erbjuds är aktiverande (att jämföras med passiviserande stöd) genom att det ställs krav på delaktighet från individens sida.

*”Hon (ringhandledaren) berättade hur det går till, hur de arbetar. Att man får lägga ner lite jobb själv, att de serverar ju ingenting. Men att man får hjälp.”*

*”Jag var själv delaktig i arbetsrehabiliteringen. Jag tycker att de hade ett väldigt bra sätt att jobba på. Det är bättre än att man blir serverad någonting.”*

Alla stegen i processen präglas av delaktighet från individens sida. Detta är något som är viktigt för att individen ska känna motivation. Det är viktigt att hon upplever att hon själv styr och kan påverka situationen och utfallet. Det är individen som är förändringsagenten. Ringarna arbetar med att stärka individen och få henne att själv styra processen. Eller som en av intervjupersonerna så träffande uttrycker saken:

*”...och någonstans där insåg jag att det är ingen, naturligtvis, som kommer att göra den här processen åt mig...jag ska äga processen...det finns så mycket att vinna på att den enskilde äger processen. De som har till uppgift att hjälpa den enskilde bör göra detta genom hjälp till självhjälp. Detta fungerar bra i ringen för man ser den enskilde...”*

I ett fall följdes dock inte principen om delaktighet.

*”Jag hade inte en susning om hur det fungerade så jag sa gör som du vill och så får jag se hur det fungerar. Hon (ringhandledaren) gjorde det och jag lyfte inte ett handtag. Arbetsgivarringen fixar fram ett par ställen (för arbetsprövning) och så får du välja.”*

En annan viktig aspekt av ringhandledarens stöd handlar om tillgänglighet. Att ringen finns där oberoende av veckodag eller var i processen du befinner dig kan antas vara oerhört viktigt för den enskilde individen.

*”Ringen stöttar oavsett om det är måndag eller onsdag.”*

Ytterligare en aspekt, värd att nämna, är att alla intervjuade, med undantag för en person, visste vem de skulle vända sig till på arbetsgivarringen. Detta kan antas bero på ringens småskalighet, vilket även kan antas bidra till att ringhandledaren känner ett stort personligt ansvar för den sjukskrivne.

### ***Ringens som neutral part***

I ett flertal intervjuer uttalade intervjupersonerna att det var viktigt att ringhandledaren inte var en myndighetsperson eller annan, i rehabiliteringen, berörd part. Detta bidrog till att skapa tillit i förhållandet till den sjukskrivne, något som har visat sig vara av vikt för lyckade rehabiliteringar.

*”Det var skönt att XX (ringhandledaren) inte var en myndighetsperson. Hon stod ju lite mer utanför och man kunde förlita sig lite mer på henne. Hon hade tystnadsplikt.”*

*”Det var oerhört skönt att prata med en utomstående.”*

*”...och sen är man (ringen) inte myndighetsutövande och det är en viss skillnad. Du (ringsamordnaren) är inte den som har att fatta beslut om utbetalningar och nivåer. Ringen har en friare ställning.”*

### ***Ringens som drivande aktör***

En avgörande anledning till att individerna upplever att ringen har en så viktig del i deras rehabiliteringsprocess är att ringen hjälper individen att komma igång med processen att komma tillbaka i arbete samt tar en aktiv roll i detta arbete.

*”Det hände ingenting förrän arbetsgivarringen kom in i det här.”*

Det stora flertalet intervjupersoner går så långt som att hävda att utan ringen hade de fortfarande varit sjukskrivna. I ett fall där företaget gick med i ringen i samband med att en av intervjupersonerna blivit sjukskriven hävdar intervjupersonen att de allra flesta som blivit sjukskrivna före henne alltså är sjukskrivna och har varit det i flera år.

*”Jag tror att jag hade fortfarande gått och stampat på mitt gamla företag idag om jag inte hade fått träffa ringen. Det är jag fullständigt övertygad om. Jag hade nog varit delvis sjukskriven idag och jobbat på XX ( företaget) efter förmåga.”*

### ***Ringens som nätverk - formella och informella nätverk***

Ringsamordnaren nyttjar sig ofta av både det formella nätverk som medlemsföretagen och organisationerna utgör men även ett mer informellt nätverk som kan bestå av företag och organisationer där ringsamordnaren har personliga kontakter. De flesta ringsamordnarna arbetar även aktivt på att utvidga sitt kontaktnät och tar ofta kontakt med nya företag och organisationer för att möta individernas önskemål på omplaceringsplatser. Ringarnas kontaktnät gör att de i de flesta fall relativt snabbt kan hitta lämpliga arbetsprövningsplatser för individerna som kommer till dem.

### ***Korta vägar***

Många av individerna uttryckte i intervjuerna att de önskar att de hade fått komma igång med sin arbetslivsinriktade rehabilitering tidigare. Att ringen snabbt satte igång processen när de väl kom dit är en fördel med tanke på risken för att de sjukskrivna ska fastna i sjukrollen och inte orka ta sig vidare. Anledningen till att processen kan komma igång snabbt är att ringen har korta vägar till företagen och organisationerna genom en småskalighet som i stor utsträckning bygger på personliga kontakter vilket gör att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan ske snabbt, flexibelt och utan omvägar.

### ***Underlättar rörlighet***

Forskning har visat att tillfredsställande arbetsanpassning minskar anställdas oro kring att återvända till arbetet. Viktigt att påpeka här är dock att det modifierade arbetet måste kännas meningsfullt för individen, då ett meningslöst modifierat arbete kan göra mer skada än nytta. Arbetsgivarna har, som tidigare nämnts, en långtgående omplaceringsskyldighet. När arbetsgivaren gjort allt hon kunnat är dock en svårt bedömning. Detta får som konsekvens att många arbetsgivare drar sig för att säga upp anställda trots att ingen omplacering är möjlig. För de företag och organisationer som är kopplade till arbetsgivarripar fyller ringen just i detta avseende en viktig funktion både för den enskilda individen såväl som för företaget eller organisationen. Genom att arbetsgivarna i ringens nätverk kan hjälpa varandra med omplaceringar slipper både företaget/organisationen och den enskilde en framkrystad, mer eller mindre meningsfull omplacering. Ringen motverkar på så vis det som kallas inlåsning.

*”Utan arbetsgivarripar hade jag pressats tillbaka till min gamla arbetsgivare.”*

### ***Ringen som mötesplats***

Ett flertal individer påpekade i intervjuerna att de som sjukskrivna blev väldigt isolerade. De saknade en mötesplats där de kunde träffa andra i samma situation. Genom försäkringskassans sekretess så var detta inte möjligt att genomföra i deras regi. I de fall ringarna arbetade med gruppaktiviteter som t ex kurser eller andra typer av träffar, var detta väldigt uppskattat av individerna.

## **5.9. Sammanfattande diskussion**

Syfte med intervjustudien har varit att ge en bild av individers upplevelser av att genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering med inslag av arbetsgivarsamverkan och att på så vis identifiera förutsättningar för framgångsrika rehabiliteringar med stöd av arbetsgivarsamverkan.

### **Individernas upplevelser**

Arbetsgivarripararna haft en mycket stor betydelse för samtliga intervjupersoner. Detta beror i stor utsträckning på att ringhandledaren tar ett helhetsgrepp över den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen. Detta kan t ex gälla samordning av olika rehabiliteringsaktörer samt praktiskt stöd kring administration och kontakter till den enskilde. Ringarna förenklar på så vis processen för individen som istället kan ägna sina krafter åt att återhämta sig. En annan stor fördel med ringarna är att de snabbar på processen genom korta vägar till bland annat arbetsprövningsplatser.

Många individer påpekade att de önskar att de hade fått komma igång med rehabiliteringen tidigare. Med det i bakhuvudet är det förstås viktigt att det går fort när de väl kommer till arbetsgivarriparingen. Ytterligare något som lyfts fram som viktigt, både av intervjupersonerna i denna studie såväl som i forskningen, är att ringarnas metodik grundar sig på att den enskilde individen är delaktig i rehabiliteringsprocessen. Delaktighet saknades, enligt merparten av individerna, i försäkringskassans tillvägagångssätt.

De allra flesta av intervjupersonerna har varit övervägande positiva till ringarnas verksamhet och arbetssätt. Detta är inte förvånande med tanke på att ringarnas mål är att stödja och hjälpa den enskilde att på bästa sätt uppnå de mål de tillsammans satt upp för rehabiliteringen. Ett antal kritiska aspekter har dock kommit upp i intervjuerna.

En övergripande synpunkt är det faktum att ringarnas verksamhet kan verka utestängande för grupper av sjukskrivna som inte är anställda på företag eller i organisationer som är medlemmar i arbetsgivarriparingar. Några intervjupersoner uttrycker att detta borde vara en hjälp för alla. Vidare finns det några personer som upplever att ringhandledaren ingivit falska förhopp-

ningar kring att det bara var att välja en arbetsprövningsplats bland medlemsföretagen/organisationerna och sedan var det klart för arbetsprövning. Dessa individer upplever inte att det var så enkelt som ringhandledaren låtit påskina vilket lett till att de känt sig besvikna.

Flera av intervjupersonerna är av uppfattningen att det arbete arbetsgivarringen utför lika gärna hade kunnat förläggas på försäkringskassan förutsatt att försäkringskassan haft tid och kapacitet att gå ut till företag för att skapa kontaktnät och arbetsprövningsplatser och på så sätt förbättrat sin arbetsmarknadskännedom. En fördel med ringarna, som lyfts fram i intervjuerna, är dock småskaligheten och det korta vägarna som denna medför. Vidare kom det upp i intervjuerna att individerna upplever att försäkringskassan har för många olika aktiviteter för att klara att ta samma roll som arbetsgivarringen. En fördel med ringen, enligt intervjuerna, är att den huvudsakliga uppgiften är att få ut individer i arbete.

### **Potentiella utvecklingsområden för ringarna**

Många av individerna i studien efterfrågar preventiv rörlighet i högre utsträckning. De önskar att de hade kunnat få hjälp av ringen att ta sig vidare innan de blev väl långtidssjukskrivna. Flera av de intervjuade hade varit korttidssjukskrivna i omgångar innan de hamnade i långtidssjukskrivning. Idag har arbetsgivaren ett ansvar att genomföra en utredning när en anställd varit sjukskriven mer än sex gånger på ett år. Utifrån det som framkom i intervjuerna kan antas att detta är att låta det gå allt för långt.

### **Möjliga forskningsområden**

Ovan har redogjorts i korthet för individernas upplevelser av att genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering med inslag av arbetsgivarsamverkan samt vad som framstått som särskilt viktigt i intervjuerna i detta sammanhang. En del av syftet var även att identifiera förutsättningar för framgångsrika rehabiliteringar med stöd av arbetsgivarsamverkan. Vad som är en framgångsrik rehabilitering är dock inte alltid givet. Ur en individs perspektiv kan ett framgångsrikt utfall vara att få sjukersättning snarare än att återgå i arbete. Utifrån arbetslinjen som är hållningen i svensk arbetsmarknadspolitik idag kan dock antas att en rehabilitering anses framgångsrik då personen återgår i arbete. Om man utgår från arbetslinjen och således mäter framgång genom antal sjukskrivna som är tillbaka i arbete finns det ytterligare en svårighet som har att göra med en tidsaspekt och med olika typer av anställningsformer.

Utifrån resultaten i föreliggande studie ser vi en tendens till att många av de som vid undersökningstillfället befann sig i arbete har gått från tillsvidareanställningar till mer tidsbegränsade och osäkra anställningsförhållanden. Är det så att ringarna förvisso får ut många av de före detta långtidssjukskrivna i arbete men då till mer tidsbegränsade arbeten. Aronsson för en diskussion kring att ett centrum-periferi mönster håller på att ta form på

arbetsmarknaden. I centrum, eller den så kallade kärnan, befinner sig de tillsvidareanställda som fortsatt har relativt goda anställningsvillkor och förhållanden. Denna grupp har möjlighet att påverka sin arbetssituation och sitt arbete i större utsträckning än övriga grupper vilket är viktigt för hälsan ur ett krav-kontroll perspektiv. De får även tillgång till mer kompetensutveckling, vilket kan antas bli allt viktigare i takt med att anställningarna på arbetsmarknaden blir allt mer otrygga och individen istället själv måste skapa sig trygghet genom att arbeta på sitt arbetsmarknadsvärde. Är det så att individerna som kommer till ringarna går vidare i nytt arbete men övervägande arbeten med sämre villkor och lägre anställningstrygghet så är detta givetvis en aspekt som måste vägas in när det gäller att i forskningen mäta framgång. En följdfråga i sammanhanget är om anledningen till att de hamnar i mer tillfälliga kontrakt (förutsatt att så är fallet) är att arbetsmarknaden har förändrats för alla eller om det är så att vissa grupper (t ex tidigare långtidssjukskrivna) slås ut och blir en marginaliserad grupp på arbetsmarknaden och på så vis även i samhället.

Utifrån föreliggande studie går det inte att urskilja vilken effekt arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsgivarsamverkan har i förhållande till andra typer av rehabilitering dvs det kan vara svårt att skilja effekter av samverkan specifikt från arbetslivsinriktad rehabilitering generellt, eftersom studien inte har någon jämförelsegrupp. Sannolikt är dock att arbetsgivar-ringar har en stor betydelse för återgång i arbete när det gäller långtidssjukskrivna. En svårighet som skulle uppstå vid en jämförande studie, mellan arbetsgivarverksamhet och resultat i förhållande till arbetslivsinriktad rehabilitering utan inslag av arbetsgivarsamverkan, är det faktum att endast de svåraste individärendena, som inte kunnat lösas internt, är de som kommer till arbetsgivar-ringarna. Andelen som återgår i arbete kan därför förväntas vara lägre bland de som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsgivar-ringar.

Att återgå i arbete, oavsett om det handlar om att komma tillbaka till samma arbetsplats eller om övergång till annan arbetsplats, är ett komplext mänskligt beteende. Faktorer som påverkar är bland annat fysiskt tillfrisknande, motivation, beteende och interaktion med olika aktörer. Således består beteendet att gå tillbaka till arbetet i ett samspel mellan fysiska, psykologiska samt sociala faktorer. Många empiriska studier bygger på fasmodeller. Antalet faser är olika i de olika modellerna men samtliga delar viktiga utgångspunkter. De trycker på att olika riskfaktorer, interventioner och interaktion med den sociala miljön hänger samman med olika stadier och de betonar vikten av att matcha yrkesmässiga och kliniska interventioner med rätt fas. Detta synsätt strider delvis mot arbetslinjen som strävar efter att få tillbaka individer i arbete så snabbt som möjligt. Betydelsen av rätt tidpunkt för återgång är något som många av de intervjuade i föreliggande studie lyft fram som viktigt. Vad som är rätt tidpunkt kan dock antas variera utifrån ett antal faktorer t ex sjukskrivningsdiagnos. Intressant vore att i forskningen empiriskt belägga olika faser utifrån t ex olika typer av diagnoser för att sedan koppla dessa till lämpliga interventioner. På så vis kan framgångsfaktorer identifieras vilka kan kvalitetssäkra ringarnas arbetsmetoder.

## 6. Genom snårskogen - regelstudien

I detta kapitel diskuteras sådana regler och regelsystem som på något sätt identifierats som hinder eller möjlighet i samband med de fall-, individ- och företagsstudier vi gjort. Diskussionen utgår ifrån aktörernas synpunkter och bör inte betraktas som en fullständig genomgång av relevanta regelsystem. Kapitlet inleds med en diskussion om olika betraktelsesätt på regelverket och dess tillämpning. Därefter redovisas regelverken och dess påverkan utifrån först individens situation - möjligheter till rörlighet, försörjningsfrågor m m därefter utifrån arbetsgivarens situation och förutsättningar för ringens arbete. Sedan diskuteras tillämpning av reglerna och samspelet mellan de offentliga aktörerna. I en avslutande diskussion redovisas några preliminära slutsatser.

### 6.1. Sammanfattning

*Regelstudien* har behandlat regelverk i form av lagar, föreskrifter och avtal liksom den praxis i vilken dessa tillämpas. Fokus har varit mot hur regelverken hindrar respektive främjar rörlighet i allmänhet och i samband med rehabilitering/prevention i synnerhet;

- En grundläggande problematik kring rörlighet och rehabilitering är den bristande kunskap om reglerna och dess tillämpning - såväl hos individerna som hos personal- och rehabiliteringsansvariga hos arbetsgivaren. Arbetsgivarens roll har här varit mycket viktig för att bistå individen och arbetsgivaren med denna kunskap.
- De anställdas attityder kring arbetsgivaransvaret, den egna tryggheten och osäkerheten i en eventuellt annan anställning är ett ytterligare hinder som endast delvis har med regelverket och göra men där förändringar i regelverken skulle kunna göra nytta inte minst i att säkra tryggheten vid övergångar av olika slag - undvika att gå ned i lön, hamna i osäkrare anställningar, bli sist på LAS-listan
- De lösningar som finns mellan och inom olika regelverk borde kunna brytas upp. Så till exempel skulle rehabiliteringsprocessen vinna på att man samutnyttjade de arbetsmarknadspolitiska regelverken, arbetade med gemensamma medel, gav större frihet till individuell anpassning när det gäller tidspassning.

Flera av de problem kring regelverken som vi identifierat har på olika sätt behandlats i andra utredningar. AMS och RFV:s förslag om en samordning av långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa pekar enligt vår mening i rätt riktning, liksom möjligheterna till samordnade resurser mellan olika huvudmän

## 6.2. Olika sätt att betrakta regelsystemen

Ett stort antal regler och regelsystem omgärdar såväl rehabilitering som rörlighet. De återfinns i lagstiftning, kollektivavtal, föreskrifter och praxis. En del av dem är väl kända och etablerade medan andra är välbekanta endast för den aktör som är närmast berörd. De som framför allt berörs i denna studie är följande:

- Arbetsmiljölagen (AML)
- Arbetsmiljöverkets författningar AFS 1994:1 (Anpassning och rehabilitering) samt AFS 2000:1 (Systematiskt arbetsmiljöarbete)
- Lagen om allmän försäkring (AFL)
- Lagen om Anställningsskydd (LAS)
- Lagen om sjuklön

De regler som är aktuella kan indelas på olika sätt. Ett sätt är att skilja på regelsystem som är lagbundna, sådana som anges i kollektivavtal och sådana som närmast är att beskriva som praxis.

Ett annat sätt är att skilja sådana regler som rör själva rehabiliteringsprocessen från dem som är relevanta vid övergång mellan arbetsgivare i samband med rehabilitering eller vid annan rörlighet. Ett exempel på de först nämnda är individens rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering och på de sistnämnda regler som rör anställningstrygghet.

Ytterligare en möjlig indelningsgrund kan vara att skilja på regler som direkt påverkar individens försörjning, till exempel rätten till och nivån på rehabiliteringspenning, och sådana som endast indirekt har betydelse för denna, till exempel arbetsgivarens skyldighet till anpassning av arbetet och/eller omplacering.

I föreliggande rapport beskrivs emellertid de relevanta reglerna och regelsystemen på följande sätt:

- Efter ett inledande allmänt avsnitt diskuteras först regelsystemen ur individens perspektiv. Det är ju faktiskt den enskilde individen som i sista hand har ansvar för och fattar beslut rörande sin rehabilitering eller sin rörlighet.
- Därefter diskuteras regelsystemen ur arbetsgivarnas perspektiv.
- Slutligen kommenteras hur de offentliga aktörerna var för sig och tillsammans hanterar regler och regelsystem.

I texten nedan beskrivs de regler som är relevanta när det gäller rehabilitering, prevention och rörlighet.

### **Olika syften - motverkande syften?**

De olika regelsystem som behandlas nedan har olika syften, de har uppstått av olika skäl och ska medverka till olika effekter och mål. Ett par exempel kan illustrera detta:

- *Lagen om anställningsskydd, LAS*, syftar som namnet antyder till att skydda arbetstagares rätt till (bibehållen) anställning och förhindra orättfärdiga uppsägningar och avskedanden. Den har däremot inte som syfte att underlätta rörlighet och kan i vissa fall till och med försvåra sådan, som en oönskad bieffekt.
- *Reglerna som rör ersättning vid rehabilitering* syftar bland annat till att ge individen den försörjning som han/hon behöver under en rehabiliteringsperiod men har också som syfte att se till att pengarna fördelas rättvist och att reglerna tillämpas lika för alla. Mot detta kan säkert ingen invända, däremot kan syftena få till följd att individuella anpassningar när det gäller till exempel den tidsperiod en viss ersättning kan utgå försvåras.
- *Regeln om karens i arbetslöshetsförsäkringen* då någon säger upp sig själv finns till för att den individ som själv säger upp sig från en anställning i första hand ska försöka hitta en annan anställning på egen hand – och inte frivilligt välja att leva på försäkringen. Samtidigt innebär regeln att den som på grund av ohälsa känner sig mer eller mindre tvingad att lämna sitt arbete tvingas till en tre månaders karens i arbetslöshetsförsäkringen.

Dessa exempel kan tjäna som illustrationer till det faktum att även om en regel är korrekt utformad i förhållande till sitt syfte kan den i icke förväntade situationer, eller i kombination med andra regelsystem, få oönskade effekter. Att förutse alla tänkbara möjliga situationer och se till att alla regelsystem ”håller” för dem är sannolikt omöjligt. Det är däremot viktigt att uppmärksamma eventuella glapp eller kontraproduktiva effekter i regelsystemen för att då det är möjligt undvika dem eller vid behov förändra dem.

## **6.3. Några utredningar av betydelse**

Eftersom problemet med ökad ohälsa och ökad sjukfrånvaro nu varit aktuell i några år finns ett stort antal utredningar som på ett eller annat sätt behandlar frågor rörande hälsa/ohälsa, rehabilitering, samverkan mellan aktörer samt berörda regelsystem. Utan anspråk på en fullständig redogörelse för dessa kommenteras nedan kort några av de viktigaste. Ytterligare exempel på förslag från dessa och andra utredningar återfinns även i de delar i denna rapport som behandlar respektive område.

**AGRA-utredningen (SOU 1998:104)**

Utredningens uppgift var att se över reglerna om arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering samt utformningen av försäkringen mot kostnader för sjuklön. Utredningen konstaterade bl a att det inte fanns anledning att ha olika regler för små och stora respektive privata och offentliga arbetsgivare. De föreslår sedan att arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning ska begränsas till att: *”söka klarlägga arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i eller behålla arbetet inom den egna verksamheten. Det ska vara en frivillig uppgift för arbetsgivaren att även undersöka ett eventuellt behov av medicinsk eller social rehabilitering. Försäkringskassan ska vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning...”* (sid. 17) Även idén om en ”åtgärdslista”, där arbetsgivaren enkelt kan ses vad som krävs i undersökningshänseende framförs liksom förslaget att Försäkringskassan ska underrättas om arbetsgivarens undersökning inom sex veckor. Det är sedan kassans ansvar att, om rehabiliteringsåtgärder behövs, upprätta en plan för detta samt kontinuerligt följa upp rehabiliteringen. Själva ansvaret för att genomföra de rehabiliterande åtgärder som krävs för att arbetstagaren ska komma tillbaka i arbete hos arbetsgivaren ska dock enligt förslaget ligga kvar hos arbetsgivaren.

När det gäller en eventuell tidsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar konstaterar utredningen att även om banden till arbetsgivaren sannolikt försvagas med tiden är det *inte* lämpligt att sätta någon bortre tidsgräns för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Utredningen betonar arbetsgivarens behov av stöd och råd inom området och framhåller, utöver företagshälsovård och myndigheter, arbetsgivarringar som verksamheter som kan ha stor betydelse för den enskilde arbetsgivaren.

**Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont.****Utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan (SOU 2000:54)**

Denna utredning hade till uppgift att analysera den stora ökningen av arbetsbetingad ohälsa som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer samt att ta fram en handlingsplan som anger en strategi för att komma till rätta med utvecklingen. Utredningen presenterar inga egentliga förslag men påvisar viktiga åtgärdsområden såsom ekonomiska styrmedel, lagstiftning, föreskrifter och certifiering, tillsyn och tillsynsmetoder, samverkan mellan arbetsmarkandens parter, arbetstider, företagshälsovård samt forskning, kompetensutveckling och kunskapsspridning.

## Rehabilitering till arbete

### – en reform med individen i centrum (SOU 2000:78)

I betänkandet lämnas ett förslag till reform av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I korthet innebar förslagen att:

1. Individen skulle sättas i centrum. Detta skulle ske genom t ex en tidigare rehabiliteringsutredning, en ny huvudman för ansvaret för denna samt rätt till mentor för individen. (ej genomfört)
2. En ny offentlig huvudaktör, försäkringsgivare, skulle inrättas. Denne skulle inte bara beräkna och betala ut ersättningar till individen utan också ansvara för rehabiliteringsutredning, att aktivt verka för att den sjukskrivne kommer åter i arbete, ha ett uppföljningsansvar samt arbeta med förebyggande verksamhet. I detta delförslag ingår också inrättandet av en ny central myndighet; Rehabiliteringsstyrelsen, liksom en stärkt regional organisation. (ej genomfört)
3. En sammanhållen rehabiliteringsförsäkring skulle införas. Denna skulle ersätta dagens sjuk- och förtidspensionsförsäkring och från den skulle bli offentliga arbetsgivaren kunna ansöka om bidrag för förebyggande arbete och rehabilitering. (ej genomfört)
4. De förebyggande åtgärderna skulle stärkas. Exempelvis innebar detta ett förslag om personalekonomisk redovisning i resultaträkningen för offentliga arbetsgivare. Även en förstärkning av Arbetsmiljöinspektionen föreslogs liksom en starkare roll för företagshälsovården. (delvis genomfört)
5. Utbudet av resurser liksom kunskapen inom området skulle öka.
6. Möjligheterna inom området i högre grad skulle bli likvärdiga över landet och mellan olika grupper.
7. Drivkrafterna gentemot ansvariga aktörer skulle bli tydligare.

Bland förslagen ingick också en ändring av de kriterier som idag används vid bedömningen av rätten till ersättning (se vidare kapitel 5 nedan). (ej genomfört)

### Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv (Ds 2001:28)

Uppdraget som låg till grund för denna utredning bestod i att analysera den stora ökningen av arbetsrelaterad ohälsa som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer samt att ta fram en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet. De slutsatser som dras återfinns huvudsakligen i tidigare och kommande utredningar och avser bland annat samverkan mellan aktörerna, företagshälsovård och arbetstider. Dessutom föreslås här den trepartsdialog som senare också kom till stånd och som redovisas i rapporten ”Ett arbetsliv för alla”<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Regeringskansliet, daterad februari år 2003

### **Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)**

Denna utredning, populärt kallad HpH, är mycket omfattande varför endast de delar som ligger nära kommande avsnitt i denna presentation kan redovisas här. Utredningen föreslår bland annat att:

- Den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett så kallat rehabiliteringsunderlag som ska lämnas till Försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan eller dagen för den försäkrades begäran. Med rehabiliteringsutredning avses ett mer omfattande underlag än den utredning som idag krävs. (ej genomfört)
- Rehabiliteringsåtgärder i mindre företag ska ingå i sjukförsäkringen. (ej genomfört)
- Företagshälsovård, eller liknande, ska tillhandahållas även för arbetssökande genom Länsarbetsnämndernas försorg. (ej genomfört)
- Då en arbetsgivare underlåter att vidta åtgärder i enlighet med uppgjord rehabiliteringsplan skall försäkringskassan ansvara för att åtgärderna genomförs. Arbetsgivaren ska i dessa fall vara skyldig att ersätta försäkringskassans kostnader. (ej genomfört)

Ytterligare några förslag från denna utredning återges längre fram i detta kapitel.

### **RFV:s och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering, Dnr. RFV 1036/03**

Utredningens syfte är att komma med förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle kunna utformas så att fler sjukskrivna fortare kan återfå arbetsförmågan och få ett arbete. De förslag som lämnas avser dels ett vidgat uppdrag för Arbetsmarknadsverket, AMS, dels flera förslag till ändringar i regelsystemen. Eftersom många av förslagen är högst relevanta för denna studie kommenteras de närmare i den följande texten.

## **6.4. Regelverket och individen**

### **Individens ansvar**

Även om huvuddelen av de regelverk som behandlas i denna studie hänför sig till sådana som kan sägas reglera individens *rättigheter* har hon också ett antal *skyldigheter*. De är till exempel att<sup>19</sup>:

- Medverka i arbetsmiljöarbete och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö.
- Vara aktiv när det gäller att lämna erforderliga upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering.

---

<sup>19</sup> Informationen hämtad ur AGRA-utredningen, SOU 1998:104

- Efter bästa förmåga medverka aktivt i såväl planering av som genomförande av den rehabiliteringsåtgärd som han (efter att ha godkänt den) deltar i.

### **Individens kunskap om regelsystemen**

Allmänt kan konstateras att mängden regler och regelsystem som kan vara relevanta i samband med rehabilitering och rörlighet är omfattande. Som individ berörd av rehabilitering ska man till exempel känna till och förstå skillnaderna mellan begrepp som rehabiliteringspenning, rehabiliteringsersättning, sjukpenning, sjukersättning, sjuklön, lönebidrag och livränta. Dessutom bör man ha en idé om skillnaden mellan arbetsprövning, arbetsträning och omplacering. Till det kommer dessutom behovet av att veta vilken aktör som ska ansvara för och som kan hjälpa till med vad – försäkringskassan, arbetsförmedlingen, sjukvården, arbetsgivaren och i förekommande fall företagshälsovården och arbetsgivarringen.

Den som av rehabiliteringsskäl eller av annan anledning vill, eller tvingas, lämna sin arbetsgivare för att söka nytt arbete omfattas av ytterligare viktiga regelsystem. Det rör sig till exempel om uppsägningsregler, anställningsformer och turordningsregler i LAS, det handlar om kollektivavtalade pensionssystem, om arbetsförmedlingens regelsystem vid arbetslöshet och om möjligheter till skydd från karensdag eller till att få anställning med lönebidrag. Dessutom behöver man kanske känna till vilket stöd man kan få för arbetshjälpmedel.

Sammantaget befinner sig alltså både de individer som på grund av ohälsa behöver rehabilitering och de som av annan anledning behöver byta arbetsgivare i en situation som kringgärdas av omfattande regelsystem, system som dessutom ändras allt som oftast. Detta faktum har i de fallstudier vi gjort identifierats som ett problem.

Många individer känner inte till ens de grundläggande delarna i de regelsystem som de omfattas av. Att så är fallet är dock inte särskilt konstigt, de som håller sig ajour med alla de regelsystem som finns och som man *kanske* kommer att bli berörd av någon gång i framtiden är nog mycket få. Vi har i vardagen nog med att hålla reda på det som är viktigt just nu och eftersom regelsystem förknippade med rehabilitering och arbetslöshet knappast är särskilt lustfyllda bryr vi oss inte om att utforska dem. När en situation väl uppstår där vi skulle behöva den här kunskapen är vi dock ofta, som sjuka eller arbetslösa, som sämst skickade att skaffa den. Den som inte vet kan då inte alltid ställa rätt frågor, uttrycka berättigade krav eller ifrågasätta oklarheter eller felaktigheter. Risken för att en individ som inte känner till gällande regler får ett allt för litet inflytande över vad som händer med honom eller henne blir därmed uppenbar.

### **Individens försörjning vid sjukdom**

Alla måste vi på något sätt skaffa oss en grundläggande försörjning så att vi klarar att betala mat, boende och allt annat som krävs för att kunna leva ett normalt liv. Bäst inkomst har vanligtvis den som arbetar medan man vid sjukdom eller arbetslöshet förlorar delar av sin inkomst. Hur ser då de olika inkomstnivåerna ut? Nedan beskrivs ett exempel baserat på en individ som är sjukskriven / arbetslös på heltid i mer än 21 dagar.

Från och med sjukdag 22 får den som har anställning inte längre ersättning från sin arbetsgivare. Istället utbetalas sjukpenning från försäkringskassan. Sådan utgår med 80% av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) multiplicerat med talet 0,97<sup>20</sup>. Den lägsta SGI:n är 24% av prisbasbeloppet och den högsta är 7,5 gånger prisbasbeloppet. År 2003 är prisbasbeloppet 38.600:- vilket motsvarar en månadslön på 24.125:.. Sjukpenning utgår alltså med maximalt 80% av detta belopp multiplicerat med 0,97. Utöver detta kan i vissa fall ytterligare ersättning i enlighet med kollektivavtal utgå från arbetsgivaren.

Då någon påbörjar arbetslivsinriktad rehabilitering övergår sjukpenningen till rehabiliteringspenning. Denna beräknas också på SGI:n men är något högre än sjukpenningen eftersom den inte multipliceras med 0,97.

Vid arbetslöshet, slutligen, utgår ersättning (givet att villkoren i arbetslöshetsförsäkringen uppfylls) med högst 80% av tidigare inkomst<sup>21</sup>. Denna beräknas dock inte på SGI utan på den faktiska inkomst man har haft. Det så kallade taket i arbetslöshetsförsäkringen ligger dock lägre än i sjukförsäkringen vilket innebär att alla som tjänar mer än 20.075:-/månad kommer att få ut mindre än 80% av sin tidigare inkomst.

Utan att gå närmare in på detaljerna i de olika systemen, som får sägas vara relativt komplicerade, kan vi konstatera att det ur individens synvinkel är något mer förmånligt att erhålla rehabiliteringspenning än sjukpenning samt att båda dessa ersättningsformer ofta ger en högre inkomst än vad arbetslöshetsförsäkringen gör. För den enskilde som är mån om att bibehålla en så god inkomst som möjligt kan det därför vara mer förmånligt att om möjligt ”hålla sig kvar” i sjukförsäkringssystemet istället för att säga upp sig, något som ju kan komma att leda till en lägre inkomst.

### ***Förebyggande sjukpenning***

I vissa fall kan försäkringskassan betala något som kallas ”förebyggande sjukpenning”. Sådan kan utgå till personer som har sådana hälsoproblem att de med stor säkerhet riskerar sjukdom i framtiden samt att det går att göra något för att förhindra detta. Exempel på sådana hälsoproblem är diabetes, övervikt och alkoholproblem. Initiativ till förebyggande sjukpenning kan

---

<sup>20</sup> Se vidare i t ex ”Försäkringskassan informerar om sjukförsäkring”

<sup>21</sup> Se vidare i t ex ”Faktablad Arbetslöshetsersättning” utgiven av AMV september 2003

inte tas av individen utan måste komma från en läkare men enligt uppgift är möjligheten relativt dåligt känd hos många läkare. Under år 2002 utgjorde dessa sjukskrivningar endast en mycket liten del av alla sjukskrivningar<sup>22</sup> och här finns måhända en möjlighet att använda sjukförsäkringen i mer preventivt syfte.

### ***Begränsningar i sjukpenningreglerna***

Idag kan sjukskrivning endast ske på 25, 50, 75 eller 100% av arbetstiden. Detta innebär att oavsett sjukdom, individuella förutsättningar eller typ av arbete kan sjukskrivning inte ske på andra omfattningar. Detta har identifierats som ett hinder då sjukskrivning på 30, 40, 60 eller 80% kanske skulle passa bättre ibland.

Ett annat exempel på en förändring, som föreslagits hos de medverkande i våra fallstudier, gäller möjligheten att arbeta heltid men med halva prestationskrav. Den som gjorde det skulle då få halvtidslön från arbetsgivaren, som ju då får en halv arbetsprestation, och ersättning för den andra halvan från sjukförsäkringen. Detta skulle kunna utgöra en mer flexibel, och kanske temporär, lösning för vissa individer. Möjligheten till detta saknas dock idag.

Intressant att notera är att detta förslag skulle kunna utgöra ett alternativ till det lönebidrag som idag kan utbetalas till arbetsgivare som en form av lönesubvention (se vidare avsnitt 3 nedan). Detta betalas från arbetsförmedlingen till arbetsgivaren medan den förändring som kommenterats ovan skulle innebära ett inkomststöd till individen från försäkringskassan. Alltså två olika sätt att behandla problemet med en individ som kan jobba heltid men som inte presterar hundra procent.

### ***Individens försörjning vid rehabilitering***

En person som behöver genomgå rehabilitering måste på något lämpligt sätt ordna sin försörjning under tiden. Det vanligaste är att Försäkringskassan betalar rehabiliteringspenning men även lön från arbetsgivaren och andra lösningar förekommer.

Rehabiliteringspenning beviljas vanligtvis endast för rehabiliterande insatser i upp till ett år. Synpunkter rörande denna regel har inkommit från flera håll, inklusive från RFV och AMS, som menar att tidsperioden borde vara möjlig att förlänga. Vilket som är bäst, att ha en kortare tidsgräns och göra undantag från den då det behövs eller att ha en längre tidsgräns med risk för att praxis ändras så att allt fler individer beviljas rehabiliteringsersättning för en längre period än ett år, kan naturligtvis diskuteras. Med stor sannolikhet är det dock så att perioden ett år för rehabilitering i vissa fall faktiskt är för kort och att denna begränsar individens möjlighet att med en tryggad försörjning genomföra nödvändiga rehabiliterande insatser. Särskilt svårt kan det vara för den som på grund av sjukdom skulle behöva byta yrke

---

<sup>22</sup> Enligt uppgift från en handläggare på lokal Försäkringskassa

då tiden med rehabiliteringsersättning ofta ska räcka till både för ny utbildning och för tid med arbetsträning.

### ***Olika tidsbegränsningar***

Försäkringskassan kan bevilja rehabiliteringspenning under den period som någon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering under förutsättning att rehabiliteringen ingår i en av Försäkringskassan godkänd rehabiliteringsplan. Exempel på rehabiliteringsinsatser kan vara arbetsträning eller utbildning. Beroende på vilken insats som sker ser dock regelverket olika ut. För utbildning kan rehabiliteringspenning utbetalas upp till ett år (se ovan) medan sådan vanligen utbetalas endast för tre månader när det gäller arbetsträning. Arbetsträning innebär att en individ på hel eller deltid arbetar hos tidigare eller annan arbetsgivare i syfte att successivt träna upp arbetsförmågan och känna på om man klarar av sina gamla eller andra arbetsuppgifter. Även för arbetsprövning då individen prövar att klara anpassade arbetsuppgifter och/eller andra arbetsuppgifter än de ordinarie kan rehabiliteringspenning beviljas.

Det faktum att rehabiliteringspenning i samband med arbetsträning endast utbetalas i tre månader kan utgöra ett hinder för rörlighet. Att våga lämna sitt arbete för nya arbetsuppgifter och ny arbetsgivare kan vara svårt. Att få tillräcklig tid för att känna efter hur det nya känns kan vara av stor betydelse för den enskilde. Det vore därför av stort värde att, åtminstone i vissa fall, kunna bevilja rehabiliteringspenning för arbetsträning i längre perioder än tre månader eller för flera tremånadersperioder.

Nämnas kan också att blotta det faktum att den tid som det är möjligt att uppbära rehabiliteringspenning är begränsad till ett år kan verka hindrande i vissa fall. Till exempel kan det förhållandet att rehabiliteringstiden, till skillnad från sjukskrivning, är tidsbegränsad göra att en del individer drar sig för att gå från sjukskrivning till rehabilitering. ”Tänk om jag inte klarar det, jag har ju bara ett år på mig? Vad händer sedan?” är frågor som individen kan ställa sig. Känns osäkerheten för stor kanske man väljer att skjuta upp starten för rehabiliteringen. Detta kan i en del fall vara mycket olyckligt eftersom tidsaspekten brukar betraktas som viktig i dessa sammanhang (se till exempel vår Individstudie). Den som får gå för länge i sjukskrivning hamnar lätt i en sjukroll och det kan bli svårt att återgå i arbete när möjligheten väl uppstår.

### **Möjlighet till studier**

Allt fler arbeten ställer idag krav på relevant utbildning och erfarenhet och många har specificerade behörighets – och kompetenskrav. Antalet arbeten som går att få utan att fylla dessa krav har blivit allt färre och möjligheterna att ”gå den långa vägen” via lärlingsplats eller liknande är näst intill obefintliga. Det innebär att steget för den som vill byta yrke och anställning ofta är stort och kräver avsevärda insatser såväl praktiskt som ekonomiskt. I detta

sammanhang blir individens möjlighet till studier en viktig parameter i ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete.

När det gäller för vilka aktiviteter som rehabiliteringspenning kan beviljas förefaller praxis vara att sådan kan utgå för studier men endast i vissa fall. Till exempel beviljas rehabiliteringspenning inte för studier som betraktas som påbyggnadsutbildning till en tidigare genomgången utbildning på eftergymnasial nivå. Det kan till exempel innebära att en sjuksköterska som inte längre klarar sitt arbete till följd av någon funktionsnedsättning inte kan få rehabiliteringspenning under tiden hon/han deltar i en påbyggnadsutbildning som skulle kunna göra det möjligt att klara annat, mer specialiserat, sköterskearbete. Detta kan sannolikt verka försvårande för individens möjlighet att återgå i arbete. Även denna omständighet identifieras av AMS och RFV och de föreslår en ändring inom området. Förslag från dessa aktörer finns även gällande de regler i studiestödssystemet som innebär begränsningar för personer över 41 år<sup>23</sup>. AMS och RFV föreslår att personer som på grund av sjukdom behöver en ny utbildning ska kunna erbjudas studiestöd även efter 45 års ålder. Ett liknande förslag återfinns i SOU 2000:78<sup>24</sup> som föreslår att den övre åldersgränsen höjs till 55 år samt att rehabiliteringsersättningen ska kunna användas även för högskolestudier.

När det gäller studier kan regelverken också vara hindrande i de fall då någon behöver delta i en längre utbildning. Idag är, som ovan nämnt, möjligheten att få rehabiliteringspenning begränsad till ett år. Då någon behöver en längre utbildning, kanske en fullständig omskolning, vore det en fördel om regelverken vore mer flexibla, till exempel genom att rehabiliteringspenning kunde utgå för längre tid och/eller som en delfinansiering. Problemet har också uppmärksammats i SOU 2000:78<sup>25</sup> som föreslår att den övre gränsen ändras till 18 månader med uppföljning av resultaten terminsvis. Även i AGRA-utredningen<sup>26</sup> föreslås att rehabiliteringspenning ska kunna utgå för utbildning som beräknas pågå över ett år. Det samma bör även gälla vid exempelvis träning i reell miljö som sammantaget varar i mer än ett år.

Vårt att nämna är också, slutligen, att de regelverk som berör studiefinansiering överlag kan sägas vara komplicerade. Reglerna för vem som kan få olika former av studiestöd är omfattande och nyligen infördes dessutom en ny möjlighet, ”Rekryteringsbidrag vid vuxenstudier”<sup>27</sup>. Detta kan dock inte sökas direkt av en individ utan ska initieras av studievägledare eller liknande. Avsikten med stödet är att landets kommuner ska kunna använda bidraget som

---

<sup>23</sup> Studiemedel beviljas upp till 50 års ålder men för kortare period ju äldre man blir. För en person fyller 50 år under det år man studerar beviljas t ex endast studiemedel för 40 veckor – är man 45 för 140 veckor osv. Se t ex ”Faktablad från CSN 2003 – Studiemedel”

<sup>24</sup> ”Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

<sup>25</sup> a.a.

<sup>26</sup> SOU 1998:104

<sup>27</sup> Informationen hämtad ur ”Rekryteringsbidrag vid vuxenstudier”, Faktablad från Utbildningsdepartementet U02.004 mars 2002

ett verktyg i sin uppsökande verksamhet för att stimulera till studier på grundskole- och gymnasienivå. Syftet ska vara att rekrytera personer över 25 år som är eller riskerar att bli arbetslösa eller som har något funktionshinder och som bedöms ha behov av kompletterande utbildning. Kommunerna ska pröva vilka personer som har förutsättning att få bidraget. Bidraget är ett utpräglat rekryteringsstöd och inget generellt vuxenstudiestöd till alla vuxen-studerande. Det ska i sin helhet vara ett bidrag och det är möjligt att bevilja till och med det kalenderår då den studerande fyller 50.

Sannolikt är det så att många individer avstår från studier därför att de drar sig för att skuldsätta sig är. Detta hinder kan antas vara större för äldre personer, särskilt för den som redan har skaffat sig en utbildning med hjälp av lån och som står inför valet att skola om sig.

### **Möjlighet till tjänstledighet**

En annan regeländring som också föreslås av RFV och AMS är att en rätt till tjänstledighet för att pröva annan anställning införs. Denna ska gälla för anställda som inte bedöms kunna återgå i arbete hos sin tidigare arbetsgivare och ska omfatta såväl privat som offentligt anställda. Ledighet ska enligt förslaget kunna ges för högst ett år. Behovet av en sådan här möjlighet har också identifierats av en del arbetsgivare vi talat med även om de samtidigt uttrycker en oro för det merarbete som eventuellt kan komma att uppstå. Man tänker då på risken för att den tjänstledige ska ersättas med en vikarie och att administrationen av dessa tidsbegränsat anställda kan bli omfattande<sup>28</sup>. Eftersom klivet från en arbetsgivare till en annan ofta kan kännas svårt att ta, särskilt för den som arbetat länge på samma ställe, kan en rätt till tjänstledighet dock verka underlättande.

### **Flera jobb bättre än ett?**

En synpunkt som framkommit några gånger under vårt utredningsarbete är möjligheten för individen att ha mer än en anställning. Man kan till exempel tänka sig att den som inte längre klarar att arbeta heltid på sitt gamla arbete skulle klara halvtid. För att klara försörjningen skulle då ett annat halvtidsarbete av något annat slag behövas. I princip finns inget som förbjuder detta men sannolikt finns ändå en del praktiska hinder. Exempel på sådana kan vara:

- Arbetsplatserna måste vara så geografisk belägna att det är möjligt att alternera mellan dem utan allt för stor tidsspillan. Denna faktor har störst betydelse för individen.
- Fördelningen av ansvar och befogenheter mellan de olika arbetsgivarna måste vara tydlig. Hur ska t ex kostnader för friskvård, kompetensutveckling och avtalspensioner fördelas. För att inte tala om eventuella rehabiliterande insatser. Dessa frågeställningar har betydelse både för individen och för arbetsgivaren.

<sup>28</sup> Hur omfattande denna administration faktisk blir beror dock på hur många som faktiskt begär tjänstledigt. Den arbetsplats som har en god arbetsmiljö och ett väl fungerande förebyggande arbete får sannolikt mindre problem med detta än den arbetsplats som många vill och/eller behöver lämna.

- Frågeställningar som rör lojalitet mot arbetsgivaren – vem kommer till exempel först i individens prioritering när båda arbetsplatserna har behov av övertidsarbete eller medverkan i en utbildning?
- Arbetsgivarens planering av verksamheten.

Några arbetsgivare som deltagit i denna studie har uttryckt ett intresse av att få hjälp med att arrangera något slags möjlighet till delade anställning eller kanske till arbetsrotation mellan arbetsplatser.

En annan variant på frågan om flera eller ett jobb är den som rör möjligheten till personal-pooler eller liknande. Exempel på redan fungerande sådana finns redan. Ett sådant är Arbetsgivarringen i Karlskrona som startat en personalpool. I denna ingår fler företag än i själva ringen och arbetet bygger på att man genom frivilliga överenskommelser förmedlar arbetskraft mellan företag som tillfälligtvis har ett överskott och dem som har behov av arbetskraft. Systemet bygger också på att de anställda frivilligt går med på att låta sig lånas samt på en överenskommelse mellan fack och företag<sup>29</sup>. Dessutom bidrar VINNOVA för närvarande till ett försöksprojekt som innebär arbetsväxling mellan call centers och kommuners äldreomsorg i Sollefteå, Vilhelmina och Ånge.

Motiven för att skapa lösningar liknande detta kan säkert variera mellan arbetsgivare och anställda. Som arbetsgivare erbjuds möjlighet att behålla personal trots tillfälliga svackor i efterfrågan alternativt möjligheter att snabbt finna personal vid efterfrågeökningar. Dessutom kan de behålla de anställda trots arbetsvillkor som i längden blir slitsamma för de flesta. Individerna erbjuds å andra sidan möjligheten till bibehållen anställning även i tider av nedgång och möjligheten till variation i arbetet.

Sammantaget kan man säga att arbetsdelning sannolikt uppstår framför allt ur individens behov medan personalpooler och liknande vanligtvis uppkommer ur arbetsgivarens behov. Båda sorterna av ”delade tjänster” kan vara till nytta för båda parter, både ur ett rehabiliterings- och ur ett rörlighetsperspektiv.

## 6.5. Regelverken och arbetsgivaren

### **Arbetsgivarens ansvar**

Som arbetsgivare har man långtgående ansvar i samband med att en anställd behöver arbetslivsinriktad rehabilitering. Ansvaret regleras dels i Arbetsmiljölagen, dels i Lagen om allmän försäkring. Det innebär dels ett långtgående ansvar för den anställdes arbetsmiljö, dels

---

<sup>29</sup> För en närmare beskrivning, se vår kapitel 3 om Arbetsgivarringen i Karlskrona.

ett ansvar för att hjälpa den anställde blir sjuk och behöver rehabilitering för att komma åter i arbete. De viktigaste kraven på arbetsgivaren är att han ska<sup>30</sup>:

- Ta hänsyn till den anställde särskilda förutsättningar för arbetet genom att anpassa arbetsförhållanden eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder.
- Beakta människors olika förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna vid planläggning och anordnande av arbetet.
- Se till att det finns en lämplig anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.
- Genomföra Internkontroll enligt gällande föreskrifter. Med detta avses att systematiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten så att arbetsmiljökraven fortlöpande uppfylls.
- Ta sitt förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärder kommer till stånd samt finansiera dem. Ansvaret för finansiering begränsas dock till det ansvar som arbetsgivaren har för åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten, eller för att den anställde ska kunna vara kvar i verksamheten. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar syftar till att återställa den anställdes arbetsförmåga oavsett orsaken till skadan eller sjukdomen.
- Påbörja en rehabiliteringsutredning när en anställd varit sjuk längre tid än fyra veckor, vid upprepad korttidsjukfrånvaro (minst sex gånger på ett år) eller då den anställde själv begär det. Arbetsgivaren har utredningsansvaret oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått. Behoven av rehabiliteringsåtgärder ska klarläggas i samråd med den anställde och utredningen ska skickas till Försäkringskassan inom åtta veckor.

Utöver detta har arbetsgivaren skyldighet att enligt Lagen om sjuklön betala ut sjuklön till den anställde under de första 21 dagarna (exklusive karensdag) i varje sjukdomsperiod.

Enligt en alldeles färsk lagstiftning har alla arbetsgivare från och med den 1 juli år 2003 skyldighet att lämna uppgifter om anställdas sjukfrånvaro i årsredovisningen.<sup>31</sup> Syftet med redovisningen är att, genom att göra uppgifterna tillgängliga, öka medvetenheten om sjukfrånvarons fördelning på olika verksamheter. Uppgifter ska i årsredovisningen lämnas om den totala sjukfrånvaro, sjukfrånvaron hos kvinnor och män samt fördelat på olika åldersintervall.

---

<sup>30</sup> Sammanfattningen gjord med hjälp av material från Kalmar Arbetsgivarring

<sup>31</sup> Information på Regeringskansliets hemsida angående ”Regeringens program för ökad hälsa i arbetslivet” hämtade den 15 november 2003.

### **Arbetsgivarens kunskap om regelsystemen**

Regelsystemet är som framgått ovan omfattande. Å ena sidan är de regler som finns här tydliga och klara. Å andra sidan kan den faktiska innebörden vara svårtolkad. Det gäller till exempel arbetsgivarens ansvar för och åtgärder i syfte att omplacera den anställde. Hur långt sträcker sig egentligen detta ansvar? Hur stora kostnader kan arbetsgivarens förväntas stå för i detta sammanhang och hur länge kan dessa försök pågå. Att otydligheter finns här och i andra av dessa regelsystem kan framför allt medföra att beslut och genomförande av åtgärder blir föremål för oenighet och förhandlingar vilket därmed försenar processerna.

De arbetsgivarföreträdare som ingått i denna studie är sådana som deltar i arbetsgivarringar. Många av dem representerar också medelstora eller större arbetsplatser där det finns personalchef och/eller personalavdelning och ofta en fackklubb. De är sammantaget relativt kunniga och engagerade i dessa frågor. Trots det ges intrycket att ett viktigt skäl till att vara med i en arbetsgivarring är just för att få hjälp inte bara med praktiskt arbete utan också med kunskap. Även om man som arbetsgivarföreträdare måhända har större möjlighet än vad en enskild individ har att hålla sig informerad om regler och regelsystem upplevs behovet av kunskapsstöd ändå som stort av många. Ringen blir, dels genom sin samordnare och dels genom de övriga företag man får tillgång till genom nätverket, en källa till kunskap som annars skulle saknas. Om detta behov finns hos dessa, ofta relativt stora och ganska kunniga, arbetsgivare – hur ser då kunskapsbehovet ut hos de företag som inte deltar i någon arbetsgivarring, särskilt hos små företag?

### **Morot eller piska?**

Ur arbetsgivarens perspektiv kan arbetet med prevention och rehabilitering bedrivas utifrån olika ambitionsnivåer. Den mest grundläggande nivån innebär att följa lagar och regler men att därutöver inte göra något. På nästa nivå följs lagar och regler men ytterligare insatser görs på egen bekostnad och utifrån en vilja att nå ännu bättre resultat, vara en god arbetsgivare. Det kan till exempel innebära att vara med i en arbetsgivarring eller att erbjuda frikostigt med friskvård. Den arbetsgivare, till sist, som har den högsta ambitionsnivån försöker sträva efter att kunna erbjuda ”det goda arbetet” där hela människan erbjuds en god arbetsmiljö i alla avseenden.

Naturligtvis finns även arbetsgivare som faktiskt inte känner till eller bryr sig så mycket om de lagar och regler som finns. I dessa fall finns vissa möjligheter till sanktioner, då via påpekanden och förelägganden från Arbetsmiljöinspektionen. Dessa åtgärder får dock betraktas som relativt milda och utgör knappast något större hinder för den arbetsgivare som slarvar med arbetsmiljöarbetet eller med sitt rehabiliteringsansvar. Några möjligheter till sanktioner från Försäkringskassan finns inte, däremot förekommer idag försök med utvecklat samarbete mellan Arbetsmiljöinspektionen och Försäkringskassan i syfte att ge inspektionen tillfälle att ta del av kassans kunskap rörande enskilda arbetsplatser.

Frågan om nya sanktionsmöjligheter riktade mot de arbetsgivare som inte sköter sitt rehabiliteringsansvar diskuteras bl a i AGRA-utredningen<sup>32</sup>. Man avstår dock från att föreslå några sådana. När det gäller möjligheten att ge Försäkringskassan en sådan möjlighet menar utredningen att denna är ett utpräglat serviceorgan vilket gör det svårt att också uppträda som en repressiv instans. Kassan riskerar också, enligt utredningen, att förlora det goda samarbete som samverkan med arbetsgivarna förutsätter. Det man istället föreslår är att kassan får skyldighet, genom en ändring i Lagen om allmän försäkring, att anmäla iakttagelser till Arbetsmiljöinspektionen när den finner att det föreligger allvarliga brister i en arbetsgivares sätt att fullgöra sina skyldigheter.

När det gäller möjligheterna att via ”morötter” påverka arbetsgivare att följa lagar och regler inom området, eller ännu hellre att höja sin ambitionsnivå, finns idag inga egentliga sådana. Diskussioner har förts om möjligheten att minska arbetsgivaravgiften för de arbetsgivare som har en låg sjukfrånvaro men några beslut i frågan har inte fattats. De företagsekonomiska vinsterna av att rehabilitera långtidssjuka är inte heller särskilt stora, ibland kan en sådan åtgärd till och med innebära en ren kostnad. Vinsterna finns istället att hämta genom en minskning av korttidssjukfrånvaron, något som allt fler arbetsgivare nu uppmärksammar.

Också möjligheterna att ”belöna” arbetsgivare i vissa situationer är ett område som diskuterats i tidigare utredningar, däribland AGRA-utredningen<sup>33</sup>. Där föreslås att en arbetsgivare ska kunna få halva kostnaden för rehabilitering betald av den allmänna sjukförsäkringen. Man skriver som följer:

*”Eftersom denna betalas genom arbetsgivaravgifter innebär det nya systemet att alla arbetsgivare får betala en andel av arbetsgivarnas samlade insatser för rehabilitering. Arbetsgivarens ersättning ska bestämmas av försäkringskassan, samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställs. ... Men det bör även vara möjligt att till bedömningen av rätt till ersättning lägga en bedömning av hur arbetsgivaren allmänt arbetar med rehabilitering och förebyggande insatser.”*

Förslaget har inte genomförts.

Det har heller inte förslaget om att sjuklöneperioden skall förlängas till sextio dagar samt att sjuklönen ska höjas<sup>34</sup>. Enligt detta skulle samtidigt de sammanlagda arbetsgivaravgifterna sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av förlängningen av sjuklöneperioden. En förändring i denna riktning skulle premiera arbetsgivare med låga

---

<sup>32</sup> SOU 1998:104

<sup>33</sup> SOU 1998:104

<sup>34</sup> ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” (SOU 2002:5)

sjuklönekostnader vilket dels skulle kunna bidra till ett ökat förebyggande arbete, dels till en risk för att personer med sjukhistorik skulle få svårare att finna anställning.

### **Efterlevnad av regelsystemen**

Eftersom kunskapen om regelsystemen och dess innebörd liksom motivationen att efterleva dem kan variera mellan olika arbetsgivare är säkert också efterlevnaden skiftande. Detta bekräftas också av t ex RFV<sup>35</sup> som i en utredning funnit att en rehabiliteringsutredning saknades i drygt 75% av de fall som RFV granskade efter att sjukskrivningsperioden pågått i 90 dagar.

### **Regler vid sjukdom - effekter för arbetsgivaren**

De regler vid sjukdom som är av störst betydelse för arbetsgivaren i detta sammanhang är reglerna om karensdag, om arbetsgivarinträdet under de första tre sjukveckorna samt befintliga och föreslagna regler rörande arbetsgivares skydd från arbetsgivarinträde samt individens skydd mot karensdagar i vissa fall.

### ***Arbetsgivarens kostnader vid sjukdom***

Den första sjukdagen i varje sjukperiod kallas karensdag. Den dagen får individen varken ersättning från sin arbetsgivare eller från försäkringskassan. För arbetsgivaren kvarstår dock vissa kostnader; semesterlön samt eventuella lönebikostnader och personalkringkostnader. Vid enstaka sjukfall är detta knappast något problem, varken för anställd eller för arbetsgivare. Vid upprepad frånvaro kan dock det ekonomiska bortfallet bli kännbart för den enskilde. Därför är antalet karensdagar begränsat till 10 under en tolv månadersperiod – den som får ytterligare sjuktillfällen ska ha sjuklön från sin arbetsgivare även den första sjukdagen.

Från den 2:a till och med den 21:a sjukdagen betalar arbetsgivaren sjuklön till den anställda som är sjukfrånvarande. Sjuklönen är, beroende på kollektivavtalets konstruktion, vanligen 80% av ordinarie lön. Det innebär att den största delen av löne- och personalkostnaderna kvarstår för arbetsgivaren trots att den som är sjuk inte kan utföra något arbete. Samtidigt kan en vikarie behövas vilket ger ytterligare en lönekostnad. Är antalet sjuka personer och/eller antalet sjuklöneperioder högt på en arbetsplats blir alltså kostnaderna avsevärda för arbetsgivaren. För individens del innebär förstås sjukfrånvaron ett visst lönebortfall men den största delen av inkomsten kvarstår ändå.

I nuvarande regelsystem finns ett par exempel på möjligheter att minska nackdelarna förknippade med karensdagen och arbetsgivarinträdet. Den som har en medicinskt väl

---

<sup>35</sup> Refererad i AGRA (SOU 1998.104)

dokumenterad sjukdom som gör att han/hon måste vara borta ofta från arbetet kan helt slippa karensdagarna. Med ”ofta” menas att antalet sjukdomsfall under ett år bedöms bli fler än 10. Detta kallas ”allmänt högriskskydd”. ”Särskilt högriskskydd” kan ges till de individer som löper risk att behöva vara bort från arbetet vid en eller flera längre sjukperioder (minst 28 dagar) under ett år. I detta fall gäller dock karensdagsreglerna som vanligt. För att komma ifråga för det särskilda högriskskyddet krävs en skriftlig ansökan, därefter får arbetsgivaren ersättning för hela sjuklönekostnaden från Försäkringskassan.

Dessa högriskskydd är måhända bra men sannolikt inte tillräckliga i alla situationer. Till exempel kan det kännas svårt för en arbetsgivare att anställa en person som har en omfattande sjukhistorik och där man kan befara många och/eller långa sjukperioder. Samtidigt som många personer alltså skulle behöva byta arbetsgivare kan arbetsgivarnas rädsla för höga sjuklönekostnader verka hindrande för att en anställning ska komma till stånd. Särskilt påtagligt är sannolikt detta problem i mindre företag. Detta är bakgrunden till det förslag som lämnas i en utredning av AMS och RFV<sup>36</sup> rörande högriskskydd mot sjuklönekostnader. I utredningen framgår bl a följande:

*”Det finns en risk att arbetsgivare är restriktiva när det gäller att anställa personer som rehabiliterats efter en lång sjukperiod och återfått sin arbetsförmåga.... För att underlätta för denna grupp att få en anställning anser utredningen att det bör införas ett högriskskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som anställer en person med längre tids sjukskrivning. Personer som uppburit sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukersättning eller aktivitetsersättning bör kunna omfattas av ett sådant högriskskydd....Det särskilda högriskskyddet bör omfatta alla nya sjukfall under en tid av 3 år, alltså inte bara sjukperioder som är relaterade till den tidigare längre sjukskrivningen. Högriskskydd bör vara uppbyggt så att en arbetsgivare som anställer en person som varit sjukskriven och arbetslös en längre tid, inte ska behöva betala sjuklön för den personen under en period av 3 år från och med andra dagen av en ny sjukperiod. ... högriskskyddet ska vara generellt och betalas ut utan att arbetsgivaren behöver ansöka om det. Utredningens förslag ger arbetsgivaren drivkraft att anställa personer med längre sjukperioder bakom sig. Förslaget innebär att arbetsgivaren inte tar samma ekonomiska risk som i dagens läge vid en anställning.”*

Ett genomförande av dessa förändringar skulle kunna underlätta för personer med en svårare sjukdomshistorik att finna anställning hos en ny arbetsgivare. Förslag till högkostnadsskydd återfinns också i till exempel HpH-utredningen<sup>37</sup>, i detta fall riktat endast till mindre företag.

---

<sup>36</sup> RFS:s och AMS förslag till en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering. Dnr. AMS 03-1034-30

<sup>37</sup> SOU 2002:5

Av några aktörer nämns att det faktum att arbetsgivarinträdet ökat från 14 till 21 dagar generellt kan verka hindrande för rörligheten. Många arbetsgivare kommer att bli ännu försiktigare innan man anställer någon som överhuvudtaget uppvisar en sjukhistorik.

### **Lönebidrag**

Lönebidrag är ett anställningsstöd som innebär att en arbetsgivare som anställer en person med nedsatt arbetsförmåga och som anvisas av Arbetsförmedlingen kan kompenseras ekonomiskt för en del av lönekostnaden. Bidragets storlek avgörs av lönekostnaden för den anställda samt den anställdes löneförmåga. Den del av lönen som överstiger 13.700:-/månad får inte ligga till grund för bidraget. Bidraget beviljas för ett år i taget och ska vanligtvis inte utgå för mer än fyra år.

Det här bidraget har gett många människor med nedsatt arbetsförmåga möjlighet att finna en anställning och kan därmed sägas göra nytta. Beträktat ur denna studies perspektiv finns dock svårigheter förknippade med reglerna om lönebidrag. Framför allt gäller det principen att lönebidrag inte kan beviljas för person som redan har en anställning men som av någon anledning fått nedsatt arbetsförmåga. Även om arbetsgivaren inte kan använda personen till 100% har denne inte möjlighet att få något lönebidrag – bidraget kan bara beviljas då någon börjar hos en ny arbetsgivare. Flera av de arbetsgivare och offentliga aktörer som ingått i studien menar att detta är en svaghet i regelsystemet. Om lönebidrag kunde utgå också till arbetsgivare som behåller en anställd trots att denne fått nedsatt arbetsförmåga skulle fler personer kunna erhålla fortsatt arbete. Visserligen skulle en sådan åtgärd inte vara rörelsefrämjande – den anställda skulle ju stanna hos samma arbetsgivare. Den skulle dock erbjuda ytterligare en möjlighet för såväl anställd som arbetsgivare att överhuvudtaget erhålla respektive erbjuda anställning.

Även detta förslag behandlas av AMS och RFV som föreslår att lönebidrag framledes även ska kunna lämnas till funktionshindrade med anställning. Möjligheten ska enligt förslaget gälla personer som varit sammanhängande sjukskrivna minst sex månader. Förslaget återfinns också i SOU 2000.78<sup>38</sup>.

Ett annat förslag rörande lönebidrag återfinns i den sk HpH-utredningen<sup>39</sup> men kallas där ”rehabiliteringsbidrag”. Förslaget innebär att rehabiliteringsbidrag ska kunna utbetalas till den arbetsgivare som anställer en person som fått sjukpenning i 365 dagar eller under så lång tid att det för fortsatt utbetalning av särskilda skäl. Förutsättningen ska dock vara att individen har viss begränsad förmåga att utföra ett särskilt anpassat arbete och bidraget ska vara en del i att åstadkomma en kompletterande arbetsmarknad. Bidraget ska enligt förslaget beräknas och

---

<sup>38</sup> ”Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.”

<sup>39</sup> SOU 2002:5

utbetalas på motsvarande sätt om lönebidrag. HpH-utredningen går dessutom så långt att de föreslår att en arbetsgivare, om personalstyrkan uppgår till minst 100 årsarbetskrafter, ska vara skyldig att anställa personer för vilka det lämnas rehabiliteringsbidrag. Regeringen, eller den myndighet som regeringen utser, ska årligen fastställa det antal personer med rehabiliteringsbidrag som varje arbetsgivare ska anställa i förhållande till påbörjat hundratal årsarbetskrafter (rehabiliteringskvoten). Anställningstiden är begränsad till den tid under vilken rehabiliteringsbidrag. Förslaget är emellertid inte genomfört.

Det faktum att lönebidraget ska omprövas en gång per år kan enligt några arbetsgivare vi talat med verka hindrande när det gäller rörlighet. För att våga lämna en anställning som uppfattas som ”trygg” och gå till en med lönebidrag som ska omprövas varje år krävs det ganska mycket. Kanske känns risken ibland så stor att man avstår från att ta den nya anställningen, även om det skulle vara bättre för alla inblandade parter.

Även nivån på lönebidraget kan möjligen diskuteras. Bidrag utgår med maximalt 58% av lön upp till 13.700:-/månad och sociala avgifter medan den anställde enligt reglerna ska ha minst avtalsenlig lön. 13.700:-/månad får betraktas som en mycket låg lönenivå och det är sannolikt få som faktiskt har så låg avtalsenlig lön. Därmed blir den andel av lönen som arbetsgivaren kan få bidrag till vanligen lägre än 58%.

Ytterligare en aspekt på reglerna för lönebidrag har nämnts under utredningsarbetet. Den rör de tillfällen då ringen ordnar en plats för arbetsprövning för en individ och sedan, då arbetsgivaren visar sig villig att anställa individen, kontaktar arbetsförmedlingen för att höra om de kan bevilja ett lönebidrag. Arbetsförmedlingen tar primärt ansvar för personer som är arbetslösa och då tillgången på medel för lönebidrag är begränsad kan det ur förmedlingens perspektiv kännas mindre bra att bevilja lönebidrag för någon som fortfarande har en annan anställning.

### ***Särskilt anställningsstöd***

Bland de förslag som nyligen lämnats från AMS och RFV finns också ett rörande införandet av ett särskilt anställningsstöd. Detta ska kunna erbjudas för personer som kommer att omfattas av den föreslagna nya verksamheten för arbetsmarknadsrehabilitering av sjukskrivna (se nedan). Stödet innebär att den arbetsgivare som anställer en person som haft en sammanhängande period i sjukförsäkringen på minst sex månader<sup>40</sup> kan få bidrag med upp till 85% av lönekostnaderna. Stödet föreslås kunna utgå i 12, i vissa fall 24 månader. Det förefaller sannolikt att ett sådant här stöd kan öka arbetsgivarnas vilja att anställa personer med en sjukhistorik. Å andra sidan talar många arbetsgivare om en verksamhet som är allt mer slimmad samtidigt som man har problem att hitta bra placeringar för redan anställd

---

<sup>40</sup> Uppgift saknas i förslaget huruvida den individ för vilken anställningsstöd ska utgå måste vara arbetslös, dvs ha slutat sin anställning, eller om bidrag kan utgå (eller beviljas) även för individ som ännu inte är arbetslös.

personal som fått nedsatt funktionsförmåga. Man kan därmed fråga sig hur stor effekt ett ekonomiskt stöd av denna sort kommer att få. Kanske är det så att riskerna med att få in en person som eventuellt inte fungerar fullt ut bedöms som så stora och konsekvenserna av detta så svåra att ett ekonomiskt stöd, om än stort, inte kommer att ha någon större effekt.

## 6.6. Individen, arbetsgivaren och de offentliga aktörerna

De offentliga aktörer som kan sägas vara berörda när det gäller rehabilitering, prevention och rörlighet är följande:

- Sjukvård (inklusive landsting och företagshälsovård, när det gäller sjukvård och medicinsk rehabilitering)
- Försäkringskassan (beträffande utbetalning av ekonomisk ersättning till individen, samordning av rehabilitering mm)
- Arbetsförmedling (när det gäller rehabilitering av arbetssökande samt för andra tjänster till arbetslösa och andra arbetssökande)
- Arbetsmiljöinspektionen (för stöd och tillsyn rörande arbetsgivarens arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar)
- Kommunen (när det gäller social rehabilitering och kommunal vuxenutbildning)

I nedanstående avsnitt fokuseras huvudsakligen på försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Skälet till det är att föreliggande studie primärt ägnas åt arbetslivsinriktad rehabilitering samt på samverkan mellan arbetsgivare. Utöver detta kommenteras kort problem och möjligheter när det gäller samverkan mellan de olika aktörerna.

### **Olika aktörer - olika mål**

De olika aktörer som nämnts ovan har alla olika mål för sin verksamhet. De styrs av olika regelsystem och de resultat som uppnås mäts på olika sätt. Läger vi till dem övriga viktiga aktörer – arbetsgivare, fack och den individ som är berörd – förstår man lätt att målkonflikter kan uppstå. Några exempel kan illustrera detta:

- Sjukvården är bara intresserad och kunnig när det gäller det medicinska området. De har därför svårt att bedöma om, och i så fall under vilka förutsättningar, en individ kan klara det ena eller det andra arbetet. I princip avslutas deras arbete då individen är medicinskt färdigbehandlad.
- Försäkringskassan är inblandad så länge någon är för sjuk för att arbeta. I princip är målet att så fort som möjligt avsluta varje sjukärende – vart individen sedan tar vägen

är egentligen inte kassans problem. Inte heller de är särskilt kunniga i arbetsmarknadsfrågor, det ingår helt enkelt inte i deras arbete<sup>41</sup>.

- Arbetsförmedlingens huvudsakliga målgrupp är personer som är arbetslösa. Förmedlingen bedömer inte sjukdom eller ohälsa hos individen utan utgår från arbetsförmågan. De ser helst att en person som de bedömer inte har full arbetsförmåga finns kvar i sjukförsäkringssystemet. I princip måste en individ vara arbetslös för att komma ifråga för arbetsförmedlingens insatser.
- Arbetsgivaren vill bedriva sin verksamhet med effektivitet och lönsamhet. Hur godhjärtad man än är känns svårt att bekosta individuella insatser som syftar till annat arbete, särskilt som den som är långtidssjuk knappt kostar något för arbetsgivaren.
- Den fackliga organisationen värnar rådande lagstiftning och individens trygghet. Därmed förordar de ett långtgående ansvarstagande från arbetsgivarens håll och avråder ofta individen från att ta för stora risker.

Att kritisera dessa olikheter i förhållningssätt är knappast rimligt. De olika aktörerna har olika uppdragsgivare och olika mål med det de gör – något som inte är särskilt konstigt. Det är däremot viktigt att notera olikheterna och fundera över vilka eventuella konflikter och svårigheter, framför allt ur individens perspektiv, som de kan medföra.

### **Försäkringskassan**

Via ramavtal som sluts av Försäkringskassaförbundet, FKF, köper försäkringskassorna rehabiliteringstjänster från olika håll. Dessa kan avse utredningar men också direkt rehabiliterande insatser av olika slag. I en del fall har kassorna avtal med arbetsgivarringar, i andra fall saknas sådana avtal. Oavsett avtal eller inte har ringarna vanligtvis täta kontakter med försäkringskassan eftersom kassan är de som samordnar och beslutar om rehabiliteringsinsatser. Synpunkter vi fått tyder på att detta samarbete i huvudsak fungerar väl, ofta beroende på personliga kontakter mellan kassans och ringens handläggare. I flera fall kommer också ringens samordnare från tidigare arbete hos Försäkringskassan och hon/han har därmed egen erfarenhet och kunskap om hur kassan arbetar och efter vilka regelsystem detta sker. Ringsamordnaren kan därmed utföra sina utredningar på det sätt som kassan efterfrågar.

---

<sup>41</sup> Samtidigt fattar Försäkringskassan beslut om till exempel individers rätt till rehabiliteringsersättning under utbildning – beslut som fattas på basis av bland annat bedömningar av individens framtida möjligheter till anställning.

### *Steg-för-steg-modellen*

För en person som av någon anledning blivit sjuk och har svårt att klara sitt gamla arbete vore förstås det bästa om han/hon på ett enkelt sätt kunde hitta ett annat arbete som passar bättre än det gamla. Det är också orimligt att samhället i längden ska betala sjukpenning för en person som visserligen är för sjuk för att klara sitt nuvarande arbete men som utan problem skulle klara ett annat arbete. Detta kan sägas utgöra grundtankarna i den steg-för-steg-modell som tillämpas av försäkringskassans handläggare när denne ska bedöma arbetsförmåga, lämplig rehabiliteringsinsats och rätt till sjukpenning. Modellen är formulerad som ett antal frågor som handläggaren i tur och ordning ska ta ställning till<sup>42</sup>:

- Steg 1:** Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens? Svar ja: Sjukpenning betalas ut under behandling och konvalescens. Svar nej: Fortsätt till steg 2.
- Steg 2:** Kan den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna? Svar ja: Ersättning betalas ut under behandling och rehabilitering. Svar nej: Fortsätt till steg 3.
- Steg 3:** Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser? Svar ja: Sjukpenning betalas ut under nödvändig behandling eller konvalescens men inte i avvaktan på att det aktuella arbetet blir ledigt. Svar nej: Fortsätt till steg 4.
- Steg 4:** Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifterna eller liknande rehabiliterande insatser? Svar ja: Sjukpenning under behandling och konvalescens. Ersättning under rehabilitering (cirka ett år) samt eventuell kostnad för anpassning av arbetsplatsen: Svar nej: Fortsätt till steg 5.
- Steg 5:** Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser? Svar ja: Den enskilde har inte rätt till ersättning från socialförsäkringen utan anses som arbetsför och arbetslös och är därmed hänvisad till arbetslöshetsförsäkringen. Svar nej: Fortsätt till steg 6.
- Steg 6:** Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser, t ex utbildning eller omskolning? Svar ja: Ersättning lämnas under rehabilitering i regel under max ett år. Svar nej: Fortsätt till steg 7.
- Steg 7:** Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen? Svar ja: Rätt finns till förtidspension eller sjukbidrag. Svar nej: Detta alternativ finns inte enligt förarbetena.

Enligt vissa uppgifter finns i denna beslutsmodell ett ”väghinder” mellan steg 4 och 5. Det innebär att det är mycket svårt att på fråga fyra svara ett bestämt ”nej”. Att göra bedömningen att någon inte i framtiden kan komma att klara några som helst arbetsuppgifter hos sin nuvarande arbetsgivare är naturligtvis vanskligt. Eftersom en påläst individ också av steg 5 kan se att hon nu kan komma att förlora rätten till ersättning från sjukförsäkringen kommer många, av naturliga skäl, att i det längsta hävda att de visst kommer att kunna klara någon arbetsuppgift hos nuvarande arbetsgivare. Att motbevisa en individ som själv känner sig övertygad om detta är förstås svårt, särskilt då alternativet innebär risk för uppsägning och arbetslöshet. Man kan i och med detta hävda att steg-för-steg-modellen innebär en risk för inlåsning, att regeln verkar begränsande på rörligheten.

<sup>42</sup> ”Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum”, SOU 2000:78

Ett annat exempel på något som skulle kunna minska rörligheten återfinns i SOU 2000:78<sup>43</sup> som skriver:

*”Försäkringsgivarens tredje huvuduppgift<sup>44</sup> innebär att denne aktivt ska verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete – eller om detta inte är möjligt – i likvärdigt arbete.... Ett arbete är likvärdigt med ett annat arbete om det utifrån en sammantagen bedömning av de krav arbetet ställer samt dess natur kan anses ha lika värde som det andra arbetet. Bedömningen av de krav som arbetet ställer ska göras med beaktande av kriterier såsom kunskap och färdigheter, ansvar och ansträngning. Vid bedömning av arbetets natur ska särskilt arbetsförhållandena beaktas. ... Denna huvuduppgift får konsekvenser för de nuvarande kriterierna för rätt till ersättning vid sjukskrivning och rehabilitering (steg-för-steg-modellen). Individens arbetsförmåga ska inte längre bedömas i förhållande till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden utan i förhållande till likvärdigt arbete.”*

Förslaget har visserligen inte genomförts men uttrycker ändå ett ställningstagande i frågan. Tolkningen får väl bli att rehabilitering ska ske till likvärdigt arbete och att försäkringsgivarens ansvar eller engagemang i rehabilitering till annat arbete skulle minska ytterligare.

Ett av förslagen från AMS och RFV rör också det regelsystem som beskrivits ovan. De föreslår att prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden (för den som har en anställning) bör ske senast efter ett år från sjukansmälningdagen. Genomförandet av en sådan regel skulle dels sätta fokus på att en sådan bedömning ska göras, dels ge en ökad tidspress i processen. En förhoppning i detta sammanhang är naturligtvis att denna prövning görs just *senast* efter ett år och att inte ettårsgränsen blir den som alltid används (eller överskrids).

Det är ur individens synvinkel högst naturligt att man helst vill ha ett arbete som man trivs med och som ger åtminstone likvärdiga villkor som det man haft tidigare, framför allt avseende lön och andra förmåner. Ett sätt hantera detta återfinns i en del av de trygghetsavtal som finns på svensk arbetsmarknad där den individ som blir uppsagd på grund av arbetsbrist under vissa villkor kan få en löneutfyllnad om det nya jobbet ger sämre lön än det man tidigare haft. Eventuellt skulle en liknande lösning för personer som behöver byta jobb i samband med rehabilitering underlätta rörlighet mellan olika arbeten.

<sup>43</sup> ”Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.”

<sup>44</sup> Se vidare under rubrik ”Andra utredningar av betydelse” ovan

## **Försäkringskassan och arbetsgivaren**

I princip är arbetsgivaren skyldig att bekosta den arbetslivsinriktade rehabilitering som krävs för att en anställd åter ska klara att arbeta. I realiteten är det dock inte alltid som en arbetsgivare är villig att betala vad det kostar, särskilt inte om åtgärden uppfattas som dyr eller om den syftar till att den anställde ska få ett arbete hos annan arbetsgivare. Därmed uppstår ofta förhandlingssituationer mellan arbetsgivaren och försäkringskassan om vem som ska betala en viss åtgärd eller hur kostnaden ska fördelas mellan aktörerna. Utan att ha något direkt belägg för detta kan man ändå med viss säkerhet anta att detta faktum kan verka hindrande när det gäller att snabbt få åtgärder till stånd och/eller beträffande individens möjlighet att få rätt åtgärd beviljad och bekostad.

När det gäller försäkringskassans organisation har man tidigare på många orter organiserat sin verksamhet så att en enskild handläggare har varit ansvarig för en viss grupp individer, t ex de som varit födda vissa datum under en månad. Dessutom har en geografisk indelning funnits så att den kassa som legat närmast individens bostadsadress handlagt respektive ärende. Detta har inneburit att arbetsgivaren tvingats ha kontakt med flera olika handläggare och/eller ett stort antal kontor hos kassan – i ett fall vi kommit i kontakt med så många som 30 olika Försäkringskassekontor, något som sannolikt försvårat samarbetet i vissa fall. Enligt uppgift har nu på många håll arbetet organiserats annorlunda och allt fler arbetsgivare har nu en eller ett par handläggare hos kassan som tar ansvaret för alla individärenden rörande en viss arbetsgivare, ett förhållande som kan antas förenkla arbetet för alla inblandade.

## **Samma pengar men ur olika påsar...**

Ett problem som uppmärksammas av många men som ännu inte fått någon lösning är det faktum att de samhällsliga systemen fördelar pengar på olika nivåer vilket leder till risk för suboptimering. Det kanske tydligaste exemplet på det är då en individ, på grund av köer i vårdsystemet, går sjukskriven en lång period. Under denna period betalar försäkringskassan sjukpenning medan den enskilde går omkring sjuk och inte kan utföra något arbete – en förlust för alla parter. Alternativet att föra över pengar från försäkringskassan till sjukvården för att på detta sätt ge den senare ökade resurser för att möjliggöra kortade vårdköer har hittills inte varit möjligt. Sjukförsäkringen är ett statligt system medan vården är landstingskommunal och de ekonomiska systemen därmed helt separerade. Möjligheten att låta till exempel 10% av sjukpenningen belasta sjukvårdssystemet, som ett incitament för kortade vårdköer, har diskuterats.

Ett annat konkret exempel på suboptimering har nämnts av en arbetsgivarföreträdare som ingått i studien: Individen X arbetsprövar på en arbetsplats. Det går bra, han klarar arbetet och trivs och arbetsgivaren är nöjd. Arbetsgivaren har dock inget arbete att erbjuda X eftersom inga lediga tjänster finns. X kan dock nu betraktas som arbetsför – han klarar ju arbetet – och

avstängs därmed från möjligheten att få fortsatt rehabiliteringspenning. Om tidigare arbetsgivare inte heller kan erbjuda något arbete är det i princip den öppna arbetsmarknaden som gäller. Om X istället arbetsprövar och det går bra *men* en viss anpassning av arbetsförhållandena eller arbetsuppgifterna bedöms krävas för att X ska kunna ta jobbet har han rätt att bibehålla sin sjukpenning tills det går att hitta ett arbete där sådana anpassningar är möjliga. Ur individens perspektiv innebär detta att ju friskare han är, eller bedöms vara, desto otryggare blir hans situation.

Ett försök att på ett effektivare sätt samordna finansieringsmöjligheterna utgörs dock av det förslag som presenterats av AMS och RFV och som något refererats ovan. Detta innehåller bland annat ett förslag till en ny permanent verksamhet inom Arbetsmarknadsverket riktad till sjukskrivna. Denna verksamhet ska enligt förslaget inte bara vända sig till personer som är arbetslösa utan också till sjukskrivna som har en anställning som de bedöms inte kunna återgå till. I förslaget från AMS och RFV beräknas antalet sjukskrivna som har arbete men som bedöms behöva byta arbete till cirka 35.000 – det handlar alltså om en stor grupp. Exempel på andra delgrupper som särskilt nämns i förslaget är:

- De som under sin sjukskrivning lämnar en tillsvidareanställning på grund av personalinskränkning eller nedläggning av arbetsplatsen (cirka 13.000 personer).
- De som har en bakgrund av tillfällig anställningar (cirka 32.000 personer).

En verksamhet riktad till dessa grupper skulle kunna underlätta för berörda individer att komma vidare från en ibland hopplös situation och skulle sannolikt öka rörligheten. Ett verktyg för att åstadkomma detta är den föreslagna ändring i nuvarande regelsystem som innebär att en individ, då alla anpassnings- och omplaceringsmöjligheter är uttömda hos nuvarande arbetsgivare, ska ges möjlighet till service och insatser för arbetsförmedlingen. Arbetsmarknadspolitiska program ska också göras tillgängliga för gruppen. Då detta skrives finns inget beslut i frågan.

Det kan i detta sammanhang vara värt att slutligen notera det förslag till finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet<sup>45</sup> som för närvarande diskuteras. Där föreslås att medel från såväl Försäkringskassan som landsting, länsarbetsnämnder och kommuner ska samordnas i syfte att uppnå en effektiv resursanvändning. Även om arbetsgivaren inte ingår som part i just detta förslag är det säkert ändå så att en förändring i den riktning som utredningen föreslår skulle bidra till att minska de problem som idag finns med ”olika pengapåsar”.

---

<sup>45</sup> Se ”Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet” Ds 2003:2

## Övrig samverkan

Ett stort antal försök med samverkan mellan de offentliga aktörerna, ibland inkluderande arbetsgivare, pågår sedan några år runt om i landet. De viktigaste exempel är kanske:

- Finsam som rört finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.
- Socsam som behandlat finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård samt socialtjänst<sup>46</sup>.
- Frisam, en permanent samverkansform, som avser samverkan inom rehabiliteringsområdet. Målgrupp är särskilt utsatta personer, ofta har de en kombination av problem som t ex arbetslös, sjuk och sociala problem<sup>47</sup>.
- Samverkansprojekt mellan Arbetsmiljöinspektionen och Försäkringskassor<sup>48</sup>

Vårt att nämna i detta sammanhang är också utredningen ”Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet”<sup>49</sup> som vars förslag till finansiell samordning dock i första hand berör den målgrupp som har så sammansatta och komplicerade problem att de är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera aktörer.

Ett annat exempel på samverkansförsök är de så kallade ”Vissa-pengarna”, en extra finansiering som finns inom försäkringskassor och arbetsförmedlingar i hela landet. Medlen inriktas på insatser för personer som är både arbetslösa och långtidssjuka, i Örebro län är de till exempel cirka 150 stycken. Målet är att alla ska åter i arbete och pengarna används bland annat för motivationshöjande insatser. För att komma ifråga för dessa insatser gäller det dock att tillhöra rätt grupp. Till exempel kan det finnas personer som är arbetslösa men som i princip skulle kunna vara sjukskrivna – däribland en del personer som väntar på anpassat arbete. Eftersom de inte uppfyller båda kriterierna; sjukskriven och långtidsarbetslös, kommer de inte i fråga för insatser med hjälp av Vissa-pengarna.

Ett annat närliggande problem uppstår då en individ visserligen friskskrivs av läkare men ändå fortsätter uppbära sjukpenning. Sådana situationer kan enligt uppgift uppstå då man egentligen borde överföras till arbetsförmedlingen men då pengar för lämpliga åtgärder saknas där. Hur dessa beslut, som väl får betraktas som icke regelmässiga, fattas har inte framkommit men sannolikt förekommer de. De lokala aktörerna och ibland individen gör så gott de kan för att manövrera mellan de olika systemen i syfte att åstadkomma bästa möjliga resultat – eller för att åtminstone trygga individens försörjning.

<sup>46</sup> Se t ex SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning”, RFV och Socialstyrelsen 2001:1

<sup>47</sup> Se t ex ”Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan, FRISAM”, Socialstyrelsen 2001.

<sup>48</sup> Se t ex ”Samverkansprojekt mellan Arbetsmiljöinspektionen i Örebro och Försäkringskassorna i Örebro och Värmlands län angående arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Slutrapport.” (2003-04-09)

<sup>49</sup> Ds 2003:2

I ett par fall, både från individ- och arbetsgivarhåll, nämns de offentliga aktörernas sekretessregler som hindrande. Reglerna är till för att individens rätt till integritet ska respekteras men kan i vissa fall försvåra samarbetet mellan de olika aktörerna och leda till onödig tidsspillan då var och en måste göra sin egen utredning och skaffa en egen bedömning av situationen. Det innebär dessutom att gruppaktiviteter riktade till flera personer med likartade problem försvåras.

## 6.7. Avslutande diskussion

Som framgått ovan har flera olika regelsystem stor betydelse som hindrande eller stödjande då det gäller rehabilitering och rörlighet. Det kan dock vara intressant att något reflektera över vad som har störst betydelse för individens beslut att våga, eller inte våga, byta arbetsgivare. Handlar det om regler eller kanske om något annat? Flera av de arbetsgivare som ingått i studien vittnar om att regler förvisso kan ha stor betydelse i form av hindrande eller möjliggörande faktorer men att individens uppfattning om begreppet ”trygghet” ofta är minst lika betydelsefullt. Många av de personer som blivit sjuka av sitt arbete, som prövat många andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare och som vet med stor säkerhet att de aldrig kommer att klara någon uppgift där vill trots det helst av allt stanna kvar i sin anställning. Blotta faktumet att ha en anställning och att ha den just på den arbetsplats där man arbetat tidigare känns tryggt – även om situationen är näst intill omöjlig.

Ytterligare en aspekt på detta rör våra attityder till byte av anställning, eller kanske ännu värre – yrke, som medelålders eller äldre. Ett uppbrott från den plats man tycker sig funnit på arbetsmarknaden till något nytt, ännu okänt, kan vara svårt för många. Dessutom kan säkert omgivningen ibland bidra till oron genom att uttrycka tvivel på den enskildes möjligheter till nystart – en osäkerhet som säkert kan ha sin grund åtminstone delvis i den mediabild som ibland ges av svårigheterna att få ny anställning för den som är femtio fyllda.

Ett visst motstånd kan alltså finnas mot tanken på att söka ett nytt arbete och i dessa situationer räcker det vanligtvis inte med att regelsystemen ser ut så eller så, även om det kan hjälpa till. Istället behöver den enskilde stöd av en lämplig samtalspartner så att han/hon får tillfälle att reflektera över och bearbeta begrepp som trygghet, arbetsmarknadsvärde och arbetsmarknadsvärde.

### **Trygghet som hinder?**

Som antytts ovan kan skälen till att stanna kvar på ett arbete, även om man inte trivs eller då man har svårt att klara det på grund av sjukdom, vara flera och utgöra starka drivkrafter för den enskilde. Samtidigt har den som blir sjuk har trots sin sjukdom en långt gående anställningstrygghet. Att någon är sjukskriven eller genomgår rehabilitering är vanligtvis inte saklig

grund för uppsägning. Det är först då alla möjligheter till arbete hos arbetsgivaren är prövade utan framgång som uppsägning kan ske, då utifrån ett slags personlig arbetsbrist. Utgångspunkten ska då vara att arbetstagaren inte längre bedöms kunna utföra något arbete av värde för arbetsgivaren. Uppsägningar på dessa grunder är relativt sällsynta och ofta omtvistade, det är svårt att säga exakt när alla möjligheter kan sägas vara uttömda. Att den som blir sjuk har denna starka anställningstrygghet tycker säkert de flesta är bra. Medaljen har dock en baksida: Den risk som individen löper att bli inlåst i trygghetssystemet. Arbetsgivaren drar sig för att säga upp någon – dels av humanitära skäl, dels därför att det är rent lagligt kontroversiellt och man kan riskera en tvist i ärendet. Individen å sin sida vill inte säga upp sig själv eftersom han då tvingas till en tre månaders karenstid i arbetslöshetsförsäkringen. Om individen av försäkringskassan bedöms klara annat vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden har han heller inte längre rätt till sjuk- eller rehabiliteringsersättning. Vad ska man då leva på under den tre månader långa karenperioden?<sup>50</sup>

En annan aspekt på risken för uppsägning i samband med sjukdom och rehabilitering är de uppgifter vi fått som tyder på att en del arbetsgivare i samband med uppsägningar på grund av arbetsbrist gärna inkluderar personer som är sjuka och/eller under rehabilitering. Detta kan ske då man i samråd med facket gör en avtalsturlista och blir då en del av förhandlingsresultatet. Detta innebär att även med ett långtgående anställningsskydd är sannolikt anställningstryggheten, åtminstone i vissa situationer, svagare för personer som är sjuka eller under rehabilitering.

Andra sidan av myntet innehåller dock också problem. Till exempel är det så att en person som inte är definierad som arbetslös, det vill säga som har sin arbetsgivare kvar, inte ingår i arbetsförmedlingens primära målgrupp. Man är visserligen välkommen dit för att söka arbete men kan inte komma ifråga för annat stöd såsom arbetsmarknadsutbildning eller andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Sannolikt är det så att denna situation ofta verkar rörlighetshämmande.

När det gäller önskan om trygghet och rädslan för förändring, som är helt naturlig ur individens perspektiv, är den i många fall befogad. Även om relevant statistik inom området saknas förefaller det som om många av de personer som lämnat sin anställning till följd av, eller i samband med, sjukdom ofta i sin nya anställning får endast en tidsbegränsad anställning, deltidsanställning eller liknande. Dessa individer går därmed från en heltids tillsvidare--anställning till otryggare anställningsförhållanden. En möjlig förklaring till detta är att många arbetsgivare är tveksamma till att ge en person med en tidigare sjukhistorik en tillsvidarean-

---

<sup>50</sup> Värt att nämna i detta sammanhang är den regel som innebär att en person som får ett läkarintyg på att han inte kan klara sitt tidigare arbete kan slippa undan karenperioden i arbetslöshetsförsäkringen. Hur vanligt detta är och hur väl känd regeln är vet vi emellertid inte.

ställning och därmed riskera kostnader för kommande sjukfrånvaro och/eller för rehabiliteringsinsatser.

När det gäller begreppet trygghet finns också anledning att kort nämna de trygghetsavtal som finns inom de flesta av arbetsmarknadens sektorer. Inom till exempel det statliga området finns Trygghetsstiftelsen genom vilken anställda inom staten kan få stöd vid övertalighet och arbetslöshet. För att komma ifråga för detta stöd ska individen ”stå till arbetsmarknadens förfogande” – något som ju inte den gör som är sjuk eller under rehabilitering. Undantag sker dock vid nedläggningar, när all personal blir övertalig, då stiftelsen i vissa fall kan göra insatser för dessa individer. Undantag kan också ske då någon genomgått rehabilitering och man inte längre bedömer att det finns något arbete för den anställde hos arbetsgivaren, då uppstår ju en form av ”personlig arbetsbrist” och därmed övertalighet. När det gäller Trygghetsstiftelsens insatser av typen ”tidig omställning” ingår vanligen i stiftelsens avtal med arbetsgivaren att möjligheten till stöd inte är öppen för personer som är långtidssjuka eller under rehabilitering. Tanken är att arbetsgivaren i första hand ska ta sitt rehabiliteringsansvar. Även om utgångspunkten förstås bör vara att arbetsgivaren ska uppfylla sin rehabiliterings-skyldighet innebär ändå regelsystemet att personer under rehabilitering visserligen bibehåller sin anställning, en form av trygghet, men att de inte får tillgång till det stöd för rörlighet som arbetskamraterna kan få.

### **Osäkert även för den som vågar ta steget**

Enligt Lagen om Anställningsskydd gäller som grundregel då turordning ska ske i samband med uppsägning på grund av arbetsbrist att den som senast börjat sin anställning hos arbetsgivaren ska vara den som först blir uppsagd. Denna regel kallas populärt för ”sist in först ut”. Då en individ väljer att ta steget till en ny anställning hos en ny arbetsgivare hamnar han sist på denna ”kölista”, det vill säga om den nye arbetsgivaren skulle hamna i en situation där uppsägning på grund av arbetsbrist måste ske kommer den som börjat sin anställning senast att vara den förste som får gå. Regeln om sist in först ut verkar förstås trygghetsskapande för den som arbetar länge på samma arbetsplats men kan sannolikt verka rörlighetshämmande när det gäller att få individer att våga byta arbete.

### **Lagar, regler och praxis**

Ett generellt problem som uppmärksammas av flera aktörer vi varit i kontakt med är att tillämpningen av befintliga regler och regelsystem kan variera mellan olika handläggare och mellan olika ärenden. Till exempel kan en individ i ett fall beviljas rehabiliteringspenning för en given utbildningsinsats medan en annan individ i en liknande situation inte beviljas samma ekonomiska ersättning. Olikheterna i bedömning kan säkert i vissa fall förklaras med att faktiska olikheter föreligger när det gäller omständigheterna – det som saknas är då möjlig-

heten att informera om dessa eftersom sekretessreglerna finns. Andra gånger är det å andra sidan troligen så att olika bedömningar faktiskt görs av olika handläggare. Detta kan bero på otydligheter i regelsystemet och dess tillämpningsanvisningar eller på att praxis utvecklats olika i olika delar av landet, kanske beroende på lokala förhållanden.

Ett annat exempel på hur reglerna ser ut på ett visst sätt men tillämpas på ett annat är följande: Anta att en individ har ett arbete som undersköterska. Hon blir sjuk och varken kan eller vill gå tillbaka till sitt gamla arbete. Arbetsgivaren, kommunen eller landstinget, har långtgående omplacerings- och anpassningsskyldighet. Individen skulle dock hellre omskola sig till skomakare. Arbetsgivaren är av naturliga skäl inte särskilt intresserad – några skomakarjobb finns ju inte i organisationen – men inser att individen behöver göra något annat. Samtidigt vill han helst att den anställda ska lämna sin anställning, hon kan ju ändå inte göra något arbete åt arbetsgivaren. Resultatet blir att arbetsgivare och försäkringskassa delar på kostnaden för en skomakarutbildning och kassan ställer upp med rehabiliteringspenning. Villkoret är dock att den berörda individen går med på att, när utbildningen är avslutad, säga upp sig. Knappast en uppgörelse som skulle vara rättsligt hållbar men en reell verklighet i vissa fall.

Flera av de källor vi varit i kontakt med under vårt utredningsarbete menar också att individer som får hjälp av en handläggare i en arbetsgivarring har bättre förutsättningar att få sin sak korrekt prövad av till exempel försäkringskassan. Ringens handläggare är ofta kompetent inom området och vet hur en utredning och ett beslutsunderlag bör vara utformat för att kassan ska kunna ta ställning till det. De känner också till regelsystemet och vet vilka avvikelser från regler som eventuellt kan göras. Det förefaller därmed sannolikt att individer som under sin rehabilitering får hjälp av en arbetsgivarring har lättare att göra sin röst hörd i kontakter med de offentliga aktörerna.

### **Problem med tid och tajming**

Gissningsvis känner de flesta berörda idag ganska väl till de regelsystem som är viktiga och vet vilket ansvar de själva har i olika faser av rehab- och rörlighetsprocessen. Det som däremot fallerar i många fall är den betydande tidsutdräkt som uppstår då olika aktörer ska samarbeta och/eller lämna över från och till varandra. Många kan vittna om långa väntetider inom vården. När sedan de medicinska behoven tillgodosetts ska en rehabutredning och rehabplan fram och ofta tar även detta lång tid. De berörda har mycket att göra, kompletterande underlag behövs och det är oklart vem som ska fatta beslut och om vad. Under tiden väntar individen, och väntar, och väntar... I värsta fall hinner till och med förändringar i regelsystemen ske innan man väl kommit fram till något beslut om åtgärd.

Ett konkret exempel på en situation där processen kan ta onödigt lång tid är då någon anmält en arbetsskada och väntar på besked om denna ska godkännas eller ej. Eftersom en godkänd

arbetskada innebär möjlighet till livränta vill individen ibland avvakta med beslut om rehabilitering eller andra åtgärder tills besked i ärendet lämnats.

### **Inget nytt under solen**

Som framgått ovan har flera av de hinder i form av regelsystem som identifierats i denna utredning behandlats även i en eller flera tidigare utredningar. Exempel på sådana iakttagelser är reglerna för lönebidrag samt den bortre tidsgränsen på ett år för rehabiliteringspenning. Det är således inte brist på kunskap som ligger bakom de brister som finns i regelsystemen.

### **Innanför eller utanför?**

En aspekt på regelsystem som inte diskuterats ovan, och som heller inte nämnts i någon större omfattning i vår utredning, rör vilka som omfattas av olika regelsystem och hur regelsystemen har betydelse för olika grupper. Ett viktigt exempel på det är att redogörelsen har fokuserat på samverkan mellan arbetsgivare och därmed på individer som är anställda. Det finns emellertid ett stort antal individer i Sverige som visserligen har anställning men som rör sig mellan olika tidsbegränsade anställningar. Totalt handlar det om cirka 16% av de anställda<sup>51</sup> och inom vissa yrken och branscher är andelen visstidsanställda ännu större. Text uppger att den genomsnittliga andelen visstidsanställda på Sveriges Radio och Sveriges Television är 25%<sup>52</sup>. Tidsbegränsade anställningar är också vanligare för kvinnor än för män, för LO-medlemmar än för TCO- och SACO-medlemmar samt för yngre än för äldre.

Även om denna aspekt på regelsystemen alltså inte diskuterats ovan finns med stor säkerhet viktiga frågor att fundera över i sammanhanget. Vem engagerar sig till exempel i vikariens rehabilitering och får den timanställda hjälp från arbetsgivarringen? Eventuellt kan en (del)lösning på dessa frågor vara det utökade uppdrag som föreslagits för AMS (se ovan) innebärande bland annat att arbetsmarknadspolitiska åtgärder samt särskilda rehabiliterande insatser kan komma ifråga även för personer med anställning – givet förstås att tidsbegränsat anställda räknas in i denna grupp.

---

<sup>51</sup> ”Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum-periferiperspektiv” av Aronsson, G., Gustafsson, K. Och Dallner, M. (Arbetslivsinstitutet nr. 2000:9)

<sup>52</sup> TCO-tidningen på nätet ([www.tco.se](http://www.tco.se)) från 2003-11-07 ”Otrygga anställningar på medieföretag”

### **Arbetsgivarringen**

En viktig parameter i denna och övriga delstudier är arbetsgivarringen som form för samverkan mellan arbetsgivare. Hur förhåller sig då arbetsgivarringen till de regelsystem som vi beskrivit ovan? Ringen kan sägas spela roll i sammanhanget på följande sätt:

1. Som ”kompetensresurs” då arbetsgivare och individ behöver hjälp med att få information om och tolka de regelsystem som finns.
2. Som ”skadereglerare”, det vill säga som en oberoende resurs mellan arbetsgivare och individ som efter en objektiv bedömning lämnar förslag till fördelning av ansvar och kostnader.
3. Som ”neutral stödperson” till individer som hamnat i en svår situation. Denna stödperson har individen i centrum och har, till skillnad från andra aktörer, inget egenintresse i vad som händer med individen.
4. Som ”utbildare”, framför allt av arbetsgivare och chefer, när det gäller dessa frågor.
5. Som ”inspiratör” för de arbetsplatser och för de individer som vill mer.