



Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.

Sammanfattning

I betänkandet behandlas regeringens proposition 2006/07:59 Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m. jämte tre motioner som väckts med anledning av propositionen.

I propositionen föreslår regeringen att kravet på att arbetsgivaren ska genomföra en rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) avskaffas. Arbetsgivaren ska dock fortfarande lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill. Vidare innehåller propositionen förslag om avskaffande av de tidsfrister som anges i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL avseende avstämningsmöte och rehabiliteringsplan.

I propositionen föreslås också ändringar i bestämmelserna om samordning av ekonomiskt bistånd från socialnämnden och ersättning från Försäkringskassan liksom om tidpunkten för omprövning av sjukpenninggrundande inkomst i vissa fall.

Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2007.

Utskottet tillstyrker regeringens förslag och avstyrker motionerna.

I ärendet finns 4 reservationer (s, v, mp).

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	3
Redogörelse för ärendet	5
Utskottets överväganden	6
Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning	6
Samordning av ekonomiskt bistånd och ersättning från Försäkringskassan	12
Sjukpenninggrundande inkomst	13
Reservationer	15
1. Avskaffande av arbetsgivarens rehabiliteringsutredning, punkt 1 (s, v)	15
2. Avskaffande av arbetsgivarens rehabiliteringsutredning, punkt 1 (mp)	16
3. Avskaffande av tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte m.m., punkt 2 (s, v, mp)	16
4. Förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, punkt 3 (s, v)	17
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	18
Propositionen	18
Följdmotioner	18
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag	20
<i>Bilaga 3</i>	
Offentlig utfrågning av justieombudsmannen	28
<i>Bilaga 4</i>	
Offentlig utfrågning om sjukskrivningsprocessen	48
<i>Bilaga 5</i>	
Bilder från utfrågningen om sjukskrivningsprocessen	92

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Avskaffande av arbetsgivarens rehabiliteringsutredning

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 3 § och punkt 4 övergångsbestämmelserna. Därmed bifaller riksdagen proposition 2006/07:59 i denna del och avslår motionerna 2006/07:Sf16 yrkandena 1, 2 och 4, 2006/07:Sf17 yrkandena 1 och 2 samt 2006/07:Sf18 yrkandena 1 och 2.

Reservation 1 (s, v)

Reservation 2 (mp)

2. Avskaffande av tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte m.m.

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 5 och 6 §§. Därmed bifaller riksdagen proposition 2006/07:59 i denna del och avslår motionerna 2006/07:Sf16 yrkande 3, 2006/07:Sf17 yrkande 3 och 2006/07:Sf18 yrkande 3.

Reservation 3 (s, v, mp)

3. Förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Riksdagen avslår motionerna 2006/07:Sf17 yrkande 4 och 2006/07:Sf18 yrkande 4.

Reservation 4 (s, v)

4. Lagförslagen i övrigt

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring i den mån lagförslaget inte omfattas av vad utskottet föreslagit ovan,
2. lag om ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension,
3. lag om ändring i lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn. Därmed bifaller riksdagen proposition 2006/07:59 i denna del.

Stockholm den 8 maj 2007

På socialförsäkringsutskottets vägnar

Gunnar Axén

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Gunnar Axén (m), Tomas Eneroth (s), Helena Rivière (m), Ronny Olander (s), Lars-Arne Staxäng (m), Solveig Zander (c), Siw Wittgren-Ahl (s), Tobias Krantz (fp), Kurt Kvarnström (s), Mats G Nilsson (m), Göte Wahlström (s), Lars Gustafsson (kd), Mikael Cederbratt (m), Kalle Larsson (v), Fredrick Federley (c), Gunvor G Ericson (mp) och Helena Frisk (s).

Redogörelse för ärendet

Utskottet behandlar i detta betänkande regeringens proposition 2006/07:59 Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m. jämte tre motioner som väckts med anledning av propositionen. En redovisning av motionerna finns i bilaga 1. Regeringens lagförslag finns i bilaga 2.

Till grund för regeringens förslag om arbetsgivarens rehabiliteringsutredning ligger en promemoria som tagits fram av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet. Promemorian har remissbehandlats.

Även förslaget om samordning av ekonomiskt bistånd och ersättning från Försäkringskassan bygger på en promemoria från en arbetsgrupp inom Socialdepartementet. Promemorian har remitterats till Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Förslaget om sjukpenninggrundande inkomst har av regeringen beretts med Försäkringskassan.

Delvis som ett led i beredningen av ärendet har utskottet den 17 april 2007 hållit en offentlig utfrågning om sjukskrivningsprocessen. Vid utfrågningen deltog socialförsäkringsminister Cristina Husmark Pehrsson och generaldirektören vid Socialdepartementet Anna Hedborg samt företrädare för bl.a. Försäkringskassan, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, TCO och Arbetsmarknadsverket. En utskrift från utfrågningen återfinns i bilaga 4.

Utskottet har även hållit en offentlig utfrågning med justitieombudsmannen Cecilia Nordenfelt om Försäkringskassans handläggning. En utskrift från utfrågningen återfinns i bilaga 3.

Utskottets överväganden

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bifaller regeringens förslag om att avskaffa skyldigheten för arbetsgivare att genomföra rehabiliteringsutredningar. Arbetsgivaren ska i stället efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill.

Riksdagen bifaller även förslaget om att bestämmelser om tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte och upprättande av rehabiliteringsplan avskaffas.

Riksdagen avslår motionsyrkanden bl.a. om avslag på regeringens förslag, om att rehabiliteringsutredningar ska ersättas av en plan för åtgärder på arbetsplatsen och om ett förtydligande av arbetsgivares rehabiliteringsansvar.

Jämför reservationerna 1 (s, v), 2 (mp), 3 (s, v, mp) och 4 (s, v).

Gällande ordning

Enligt 3 kap. 8 a § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) ska Försäkringskassan, om det behövs för att bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning eller deltar i ett särskilt möte (avstämningsmöte) för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

Enligt 22 kap. 3 § AFL gäller att en arbetsgivare i samråd med den försäkrade ska svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Arbetsgivaren ska påbörja en rehabiliteringsutredning när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor i följd, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det. Utredningen ska genomföras även i de fall där det framstår som obehövligt. Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning ska lämnas in till Försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor.

Försäkringskassan ska enligt 22 kap. 5 § AFL i samråd med den försäkrade se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäk-

ringskassan ska se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt och, om det inte är obehövt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning kommit in till kassan kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte. Saknar den försäkrade arbetsgivare ska Försäkringskassan, om det inte är obehövt, senast tio veckor efter dagen för sjukanmälan kalla honom eller henne till avstämningsmöte.

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan betalas ut ska Försäkringskassan enligt 22 kap. 6 § AFL upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska, såvitt det är möjligt, upprättas i samråd med den försäkrade och senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning har kommit in till Försäkringskassan eller senast två veckor efter att kassan har gjort en rehabiliteringsutredning. Kan behovet av rehabilitering klarläggas först efter att avstämningsmöte hållits, ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter dagen för mötet. Rehabiliteringsplanen ska bl.a. ange de rehabiliteringsåtgärder som ska komma i fråga och vem som har ansvaret för dem samt innehålla en tidsplan för rehabiliteringen. Försäkringskassan ska fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

Arbetsmiljöverket har till uppgift att kontrollera att arbetsgivaren lever upp till kraven i arbetsmiljölagen och de föreskrifter som finns på området och kan med stöd av denna lag vidta åtgärder.

Propositionen

Regeringen anser att möjligheten att komma tillbaka till arbetslivet måste öka genom aktiva och snabba insatser. För att det ska kunna ske krävs ett klarläggande av vilka insatser som den enskilda individen är i behov av. Detta måste göras av någon som har tillräcklig kompetens för att kunna bedöma en inte sällan komplex problembild.

Arbetsgivaren har i många fall inte tillgång till den medicinska information som oftast behövs för att kunna bedöma om och när det är lämpligt att vidta rehabiliteringsåtgärder. Det är ofta sammansatta faktorer som ligger bakom långa sjukskrivningar. Det kan handla om förhållanden på arbetsplatsen men många gånger också om sådant som har med den försäkrades livssituation i stort att göra. Inte minst gäller det vid exempelvis utmattningsdepressioner och andra psykiska besvär som blivit alltmer frekventa vid långvariga sjukskrivningar. Arbetsgivare saknar oftast den kompetens som behövs för att ta ställning till vad som bör göras i dessa fall. Dessutom har det visat sig att få rehabiliteringsutredningar kommer in till Försäkringskassan inom föreskriven tid och att de som inkommer ofta har ett lågt informationsvärde.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att reglerna i AFL om att arbetsgivarna ska göra rehabiliteringsutredningar avskaffas. Enligt regeringen är nuvarande regler i 22 kap. 5 § AFL om att Försäkringskassan snarast i samråd med den försäkrade ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs tillräckliga.

Även om en arbetsgivare inte längre ska göra en rehabiliteringsutredning ska arbetsgivaren lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att kassan tillsammans med den försäkrade ska kunna klarlägga behovet av rehabilitering. Det kan t.ex. handla om upplysningar som rör den försäkrades arbetsuppgifter eller genom att arbetsgivaren medverkar till att undersöka möjligheterna till att bereda den försäkrade andra arbetsuppgifter. Detta föreslås tas in i 22 kap. 3 § AFL men innebär ingen utvidgning i förhållande till vad som gäller för närvarande.

Enligt regeringen ska arbetsgivaren även fortsättningsvis och i samma utsträckning som i dag svara för de åtgärder inom sin verksamhet som behövs för en effektiv rehabilitering. Regeringens förslag medför inga förändringar när det gäller arbetsgivarens anpassnings- och rehabiliteringsansvar enligt t.ex. arbetsmiljölagen (1977:1160). För att tydliggöra detta föreslås att det ska framgå av 22 kap. 3 § AFL att bestämmelser om arbetsgivarens skyldighet avseende arbetsanpassning och rehabilitering även finns i arbetsmiljölagen.

Försäkringskassan ska också i fortsättningen ha ansvaret för att rehabiliteringsbehovet klarläggs för de arbetslösa.

Tidsfristerna för när Försäkringskassan ska kalla till avstämningsmöte respektive upprätta en rehabiliteringsplan beräknas enligt nuvarande bestämmelser, om den försäkrade har en arbetsgivare, från den dag arbetsgivaren tillställer Försäkringskassan en rehabiliteringsutredning. Med hänsyn till att bestämmelsen om rehabiliteringsutredning föreslås avskaffad samt att erfarenheterna av att genom lagstiftning reglera Försäkringskassans arbetsmetoder varit negativa föreslår regeringen att reglerna om tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte och för upprättande av rehabiliteringsplan avskaffas. Tillkomsten av en sammanhållen myndighet för socialförsäkringens administration har dessutom minskat behovet av att genom lagstiftning reglera Försäkringskassans arbetsmetoder. Dessutom riskerar en tidsgräns att i praktiken utgöra en tidpunkt för när insatser tidigast kommer att ske. Det faktum att olika diagnoser ger olika långa sjukperioder gör också att det inte är lämpligt att formulera exakta tider för när Försäkringskassan bör genomföra ett avstämningsmöte.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. I uppdraget ingår bl.a. att ta fram försäkringsmedicinska riktlinjer för intygsutfärdande läkare och för Försäkringskassans handläggning. Riktlinjerna syftar till att underlätta för läkare och handläggare att fastställa hur lång sjukskrivningstid

som är motiverad för olika diagnoser. För Försäkringskassan bör riktlinjerna kunna utgöra ett stöd för myndigheten när det gäller att avgöra när ett avstämningsmöte är påkallat.

Förslagen, som föranleder ändring i 22 kap. 3, 5 och 6 §§ AFL, avses träda i kraft den 1 juli 2007. En arbetsgivare ska dock inte vara skyldig att påbörja en rehabiliteringsutredning i de fall skyldighet att tillställa Försäkringskassan utredningen inte uppkommer före ikraftträdandet.

Motionerna

Tomas Eneroth m.fl. (s) begär i motion Sf18 yrkandena 1 och 2 avslag på förslaget om att avskaffa bestämmelsen om arbetsgivarens rehabiliteringsutredningar liksom på vissa följdändringar. Om ansvaret övergår till en försäkringskassa vars bemanning kraftigt reduceras finns få förutsättningar för att de enskilda i tid ska kunna erbjudas nödvändiga rehabiliteringsinsatser. Det blir därmed upp till individen själv att ordna rehabiliteringsinsatserna. I samma motion yrkande 3 begärs avslag på förslaget om att avskaffa bestämmelserna om tidsfrister enligt 22 kap. 5 och 6 §§ AFL. Motionärerna framhåller att tidiga avstämningsmöten torde ligga även i arbetsgivarens intresse. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med förslag på förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

LiseLotte Olsson m.fl. (v) begär i motion Sf17 yrkandena 1 och 2 avslag på förslaget att avskaffa arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning liksom på vissa följdändringar. Arbetsgivarna har ett stort ansvar för att undanröja orsakerna till att människor far illa i arbetslivet och för att de som drabbas får möjlighet att återgå i arbete. I samma motion yrkande 3 begärs avslag på förslaget att avskaffa bestämmelserna om tidsfrister i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL. I yrkande 4 begärs ett tillkännagivande om att regeringen ska återkomma med förslag på förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Motionärerna anser att sanktionsåtgärder bör riktas mot arbetsgivare som inte uppfyller sitt ansvar.

Gunvor G Ericson m.fl. (mp) begär i motion Sf16 yrkandena 1 och 2 tillkännagivanden om att plan för åtgärder på arbetsplatsen i enlighet med Rehabiliteringsutredningens förslag ska lämnas till Försäkringskassan senast 30 dagar efter det att kassan eller den försäkrade begärt det och att arbetsgivaren undantagslöst ska lämna plan för åtgärder på arbetsplatsen efter 90 dagars sjukfrånvaro. I samma motion yrkande 3 begärs avslag på förslaget om att avskaffa tidsfristerna i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL avseende avstämningsmöte och rehabiliteringsplan. Enligt motionärerna kommer ändringarna att leda till att skyddet för den enskilde försämrats. I yrkande 4 begär motionärerna ett tillkännagivande om att begreppet rehabiliteringsplan i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL ska ersättas av begreppet plan för åtgärder på arbetsplatsen.

Utskottets ställningstagande

Bestämmelserna om arbetslivsinriktad rehabilitering infördes den 1 januari 1992, inklusive bestämmelsen om arbetsgivarens skyldighet att göra en rehabiliteringsutredning för att klarlägga en anställds behov av rehabilitering. En sådan utredning ålåg det arbetsgivaren att göra såvida det inte framstod som obehövt. Med ett aktivare rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas, en hög rehabiliteringsersättning som verksamt hjälpmedel och med en mer aktiv och offensiv roll för Försäkringskassan fanns förhoppningar om att det skulle vara möjligt att i ett tidigt skede bryta den utslagningsprocess som en långvarig sjukfrånvaro innebär. Rehabiliteringsverksamheten har emellertid aldrig kommit att fungera på ett tillfredsställande sätt. Orsakerna är flera men som exempel kan nämnas den situation som rådde i slutet på 1990-talet då sjukfrånvaron ökade kraftigt. Detta ledde till att resurser från det viktiga rehabiliteringsarbetet fick styras om till sjukpenningutbetalning med påföljd att rehabiliteringsverksamheten hos Försäkringskassan fick stå tillbaka. Åtskilliga utredningar har haft i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Vissa ändringar har också gjorts i lagstiftningen för att komma till rätta med problemen. Bland annat infördes fr.o.m. den 1 juli 2003 ett krav på obligatorisk rehabiliteringsutredning och fr.o.m. den 1 januari 2005 tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte och för upprättande av rehabiliteringsplan.

Det finns givetvis exempel på att rehabilitering har fungerat väl i enskilda fall. Sammantaget är dock intrycket att verksamheten inte gett avsedda resultat trots de ändringar som gjorts i lagstiftningen. Detta gäller inte minst skyldigheten för arbetsgivare att göra rehabiliteringsutredningar. Vid utskottets offentliga utfrågning om sjukskrivningsprocessen den 17 april 2007 framkom att framför allt de mindre arbetsgivarna har svårt att hantera anställda som är långtidssjukskrivna. Det beror bl.a. på bristande resurser och på det förhållandet att arbetsgivaren för det mesta inte känner till den diagnos som föranlett sjukskrivningen. Även i propositionen framhålls arbetsgivarnas brist på information och kompetens för att kunna bedöma om och när det är lämpligt att sätta in rehabiliteringsåtgärder. Detta torde kunna förklara att de få rehabiliteringsutredningar som kommer in till Försäkringskassan inom föreskriven tid har ett lågt informationsvärde. Försenade och bristfälliga utredningar riskerar att leda antingen till att felaktiga åtgärder vidtas eller till merarbete för Försäkringskassan.

Utskottet noterar att arbetsgivare även i fortsättningen och i samma utsträckning som i dag ska svara för de åtgärder inom sin verksamhet som behövs för en effektiv rehabilitering. Enligt utskottets mening är det av vikt att slopandet av arbetsgivares skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar inte förleder arbetsgivare att tro att deras ansvar för att vidta de åtgärder som kan behövas på arbetsplatsen och som åligger arbetsgivare

enligt arbetsmiljölagen påverkas. Utskottet förutsätter att regeringen följer upp och låter utvärdera effekterna av att arbetsgivare inte längre ska göra rehabiliteringsutredningar.

Enligt utskottets mening torde en framgångsrik rehabilitering fordra tillräckliga resurser framför allt i form av kompetent och välutbildad personal hos Försäkringskassan. Det säger sig självt att det är en grannlaga uppgift att motivera och återföra en långtidssjukskriven person till arbetslivet. Det handlar om svåra bedömningar som kräver kunskap bl.a. om vilken typ av åtgärder som bör sättas in och när det lämpligen bör ske i det enskilda fallet. Uppgiften blir inte lättare av att det knappast är självklart vilken typ av rehabilitering som hjälper i ett enskilt fall eftersom kunskaperna om effekterna av olika rehabiliteringsåtgärder är bristfälliga. Avgörande för om en rehabilitering ska lyckas eller inte är dock att rehabiliteringsinsatser sätts in i ett tidigt skede. Bara efter några månaders sjukskrivning har den försäkrade i många fall anpassat sig till en tillvaro utanför arbetslivet. Att en tidig rehabiliteringsinsats är avgörande bekräftades av flera av deltagarna i utskottets offentliga utfrågning. Vid utfrågningen framhölls också vikten av att avstämningsmöten hålls tidigt i sjukskrivningsprocessen. Hittills har visserligen ett stort antal avstämningsmöten hållits men dessvärre alldeles för sent i sjukfallet. Under 2006 hade ett avstämningsmöte hållits i endast 8 % av de sjukfall som varade mer än 90 dagar och endast 3 % hade fått en plan för återgång i arbete. Efter ett års sjukskrivning hade Försäkringskassan i två av tre sjukfall ännu inte utrett om den försäkrade kunde utföra ett annat arbete än det han eller hon var sjukskriven från. Företrädare för Försäkringskassan framhöll att ett avskaffande av arbetsgivares skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar kommer att göra det möjligt att hålla avstämningsmöte tidigare under sjukskrivningsprocessen än i dag.

Utskottet hyser förhoppningar om att Försäkringskassans och Socialstyrelsens arbete med att få till stånd en effektivare och mer ändamålsenlig sjukskrivningsprocess ska leda till att en bedömning av arbetsförmågan regelmässigt görs tidigt i processen och också leder till att aktiva åtgärder vid behov sätts in tidigare än i dag. Att i detalj styra Försäkringskassans åtgärder genom specifika tidsfrister torde däremot inte vara en framkomlig väg. Som framhålls i propositionen utgör en tidsgräns i praktiken en tidpunkt för när insatser tidigast kommer att sättas in samtidigt som en detaljerad reglering kan hämma myndighetens metodutveckling och leda till att åtgärder vidtas som kanske inte är nödvändiga i ett visst ärende.

Av nu nämnda skäl anser utskottet i likhet med regeringen att det finns anledning att slopa arbetsgivarens skyldighet att göra en rehabiliteringsutredning och att slopa tidsfristerna för kallelse till avstämningsmöte och för upprättande av rehabiliteringsplan. Utskottet tillstyrker därför regeringens förslag och avstyrker motionerna Sf18 yrkandena 1–4, Sf17 yrkandena 1–4 och Sf16 yrkandena 1–4.

Samordning av ekonomiskt bistånd och ersättning från Försäkringskassan

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bifaller regeringens förslag om att socialnämnden genom Försäkringskassans försorg ska få tillbaka vad den lämnat i ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) till en person som sedermera får en retroaktiv ersättning från Försäkringskassan, om beloppet som socialnämnden utbetalat överstiger 1 000 kr. Betalning till socialnämnden ska få göras med det belopp som motsvarar vad socialnämnden har betalat ut till den ersättningsberättigade och hans eller hennes familj för eller under den tid som den retroaktiva ersättningen avser.

Gällande ordning

I 17 kap. 1 § AFL finns särskilda bestämmelser om samordning av retroaktivt beviljad ersättning. Av paragrafens andra stycke framgår att om någon i väsentlig mån fått sin försörjning genom ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) utan villkor om återbetalning får socialnämnden från Försäkringskassan uppbära retroaktivt beviljad periodisk ersättning, till den del den motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den ersättningsberättigades och hans eller hennes familjs (make och minderåriga barn) försörjning för den tid som den retroaktiva ersättningen avser.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § SoL rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Socialnämnden får även ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl för det. Detta sker då med stöd av 2 § samma kapitel. Någon skyldighet för socialnämnden att lämna bistånd med stöd av denna bestämmelse finns inte.

Propositionen

Enligt de nuvarande bestämmelserna i 17 kap. 1 § andra stycket AFL krävs att den enskilde ska ha fått sin försörjning i väsentlig mån genom ekonomiskt bistånd enligt SoL för att socialnämnden ska få uppbära retroaktivt beviljad periodisk ersättning från Försäkringskassan. Försäkringskassan använder ett schablonbelopp vid bedömningen av om någon i väsentlig mån har fått sin försörjning genom ekonomiskt bistånd. Schablonbeloppet uppgår 2007 till 3 224 kr per månad.

I de fall den retroaktiva perioden är lång kan följden bli att den enskilde dubbelkompenseras på det allmännas bekostnad på ett sätt som framstår som orättvist och omotiverat. För en retroaktiv period om exem-

pelvis tio månader kan ekonomiskt bistånd ha lämnats med över 30 000 kr utan att någon återbetalning görs till socialnämnden. Regeringen anser att utgångspunkten ska vara att socialnämnden i princip ska få tillbaka vad den har lämnat i ekonomiskt bistånd under den period den retroaktiva ersättningen avser. Regeringen föreslår därför att kravet att den enskilde ska ha fått sin försörjning i väsentlig mån genom ekonomiskt bistånd tas bort. I de fall ekonomiskt bistånd endast har lämnats med små och tillfälliga belopp är det dock, av samhällsekonomiska skäl, inte lämpligt att socialnämnden begär att Försäkringskassan ska betala ut ersättningen till nämnden. Eftersom den administrativa kostnaden för denna typ av ärenden för närvarande uppgår till ca 1 000 kr föreslår regeringen att den nedre beloppsgränsen fastställs till 1 000 kr per ärende.

Regeringen föreslår också att lagtexten förtydligas så att det framgår att allt ekonomiskt bistånd som socialnämnden har lämnat till den ersättningsberättigade med stöd av 4 kap. 1 § SoL omfattas. Om ekonomiskt bistånd har betalats ut av socialnämnden med stöd 4 kap. 2 § SoL bör ersättning från Försäkringskassan inte lämnas till socialnämnden.

Regeringen föreslår motsvarande ändringar i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension och lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn.

Förslagen avses träda i kraft den 1 juli 2007.

Utskottets ställningstagande

Regeringens förslag har inte föranlett några motionsyrkanden. Förslagen tillstyrks.

Sjukpenninggrundande inkomst

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bifaller regeringens förslag att omprövningen av den sjukpenninggrundande inkomsten när sjuk- eller aktivitetsersättning, särskild efterlevandepension eller arbetsskadelivränta har beviljats eller ändrats ska göras senast när den försäkrade gör anspråk på dagersättning. Detsamma ska gälla när tjänstepension har beviljats och när ett beslut om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning har upphört.

Riksdagen bifaller vidare förslaget att reglerna om särskilt SGI-skydd vid interpraktik tas bort.

Propositionen

Enligt nuvarande bestämmelser i 3 kap. 5 § första stycket AFL ska den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) omprövas bl.a. när sjuk- eller aktivitetsersättning, särskild efterlevandepension eller arbetsskadelivränta beviljas eller ändras. Detsamma gäller när tjänstepension beviljas och när ett beslut om vilande sjuk- eller aktivitetsersättning upphör. Enligt Försäkringskassan tolkas bestämmelsen så att omprövning ska göras vid det tillfälle då respektive ersättning beviljas eller ändras även om ett dag ersättningsärende inte är aktuellt vid detta tillfälle.

Enligt regeringen saknar ett beslut om SGI i flertalet fall betydelse om det inte pågår något ersättningsärende när ersättning i form av t.ex. sjuk- eller aktivitetsersättning beviljas eller ändras. I likhet med vad som gäller för övriga inkomständringar föreslår regeringen att Försäkringskassans skyldighet att ompröva SGI i sådana situationer som huvudregel ska begränsas till när det är aktuellt med ett ersättningsärende.

Det kan dock finnas försäkrade som av olika skäl vill få sin SGI prövad utan att det är aktuellt med ett ersättningsärende. Regeringen föreslår därför att det av bestämmelsen ska framgå att omprövning ska göras senast då ett ersättningsärende blir aktuellt.

Eftersom möjligheterna att få interpraktikstipendier har upphört föreslår regeringen att sådana stipendier inte längre ska omfattas av SGI-skyddet i 3 kap. 5 § AFL.

Förslaget, som föranleder ändring i 3 kap. 5 § AFL, avses träda i kraft den 1 juli 2007. Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för den tid som en försäkrad uppbär ett interpraktikstipendium.

Utskottets ställningstagande

Regeringens förslag har inte föranlett några motionsyrkanden. Förslagen tillstyrks.

Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

1. Avskaffande av arbetsgivarens rehabiliteringsutredning, punkt 1 (s, v)

av Tomas Eneroth (s), Ronny Olander (s), Siw Wittgren-Ahl (s), Kurt Kvarnström (s), Göte Wahlström (s), Kalle Larsson (v) och Helena Frisk (s).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 3 § och punkt 4 övergångsbestämmelserna. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2006/07:Sf17 yrkandena 1 och 2 samt 2006/07:Sf18 yrkandena 1 och 2 samt avslår proposition 2006/07:59 i denna del och motion 2006/07:Sf16 yrkandena 1, 2 och 4.

Ställningstagande

Det finns mycket som talar för att tidiga rehabiliteringsinsatser ger större förutsättningar för en långtidssjukskriven att komma tillbaka i arbete. Det är därför svårt att se hur en avveckling av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ska kunna främja hälsa i arbetslivet. Tvärtom har arbetsgivaren en viktig roll både när det gäller att undanröja orsakerna till att människor far illa på arbetsplatsen och att ge dem möjlighet att komma tillbaka i arbete. Om arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning avskaffas, minskar inte bara arbetsplatsens incitament för att hjälpa den enskilde utan även Försäkringskassans möjligheter till tidig kontakt och återkoppling med arbetsplatsen. Om ansvaret nu övergår till en försäkringskassa vars bemanning kraftigt reduceras, finns dessutom få förutsättningar för att de enskilda i tid ska kunna erbjudas nödvändiga rehabiliteringsinsatser. Det blir i stället upp till individen att själv ordna rehabiliteringsinsatser, trots att den som drabbats av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga är särskilt utsatt och i behov av stöd. Regeringens förslag lämnar den enskilde i sticket och är därför inte godtagbart. Förslaget bör avslås.

2. Avskaffande av arbetsgivarens rehabiliteringsutredning, punkt 1 (mp)

av Gunvor G Ericson (mp).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 3 § och punkt 4 övergångsbestämmelserna och tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen proposition 2006/07:59 i denna del och motion 2006/07:Sf16 yrkandena 1, 2 och 4 samt avslår motionerna 2006/07:Sf17 yrkandena 1 och 2 samt 2006/07:Sf18 yrkandena 1 och 2.

Ställningstagande

Regeringen föreslår att kravet på arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsutredningar ska avskaffas. Man menar att det räcker att arbetsgivaren lämnar upplysningar till Försäkringskassan eftersom arbetsgivaren redan har skyldigheter vad gäller arbetsanpassning och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen. Det torde dock stå klart att den enskildes skydd kommer att försvagas om regeringens förslag genomförs. Rehabiliteringsutredningen har i sitt betänkande SOU 2006:107 föreslagit att rehabiliteringsutredningen ska ersättas med en plan för åtgärder på arbetsplatsen. Den ska upprättas på begäran av Försäkringskassan eller den enskilde och lämnas in till kassan senast 30 dagar efter det att begäran framställdes. En plan ska dock alltid lämnas in till Försäkringskassan efter 90 dagars sjukfrånvaro, oavsett hur behovet ser ut. Eftersom arbetsgivaren sällan kan uttala sig om sjukdomstillståndet eller behovet av rehabilitering men mycket väl kan klargöra vad man kan bidra med på arbetsplatsen, bör Rehabiliteringsutredningens förslag om plan för åtgärder på arbetsplatsen genomföras.

Vi menar också att begreppet rehabiliteringsplan i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL ska bytas mot begreppet plan för åtgärder på arbetsplatsen.

3. Avskaffande av tidsfrister för kallelse till avstämningsmöte m.m., punkt 2 (s, v, mp)

av Tomas Eneroth (s), Ronny Olander (s), Siw Wittgren-Ahl (s), Kurt Kvarnström (s), Göte Wahlström (s), Kalle Larsson (v), Gunvor G Ericson (mp) och Helena Frisk (s).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring såvitt avser 22 kap. 5 och 6 §§. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2006/07:Sf16 yrkande 3, 2006/07:Sf17 yrkande 3 och 2006/07:Sf18 yrkande 3 och avslår proposition 2006/07:59 i denna del.

Ställningstagande

Att Försäkringskassan ännu inte levt upp till målet om att kalla till avstämningsmöte inom 90 dagar tar regeringen till intäkt för att avskaffa tidsfristerna för kallelse till avstämningsmöte och för upprättande av rehabiliteringsplan. Tidiga avstämningsmöten i sjukskrivningsprocessen torde emellertid vara av stort intresse även för arbetsgivaren eftersom man här får en vägledning och ett klagörande av vilka anpassningar som behöver åstadkommas på arbetsplatsen. Ett avskaffande av tidsfristerna riskerar att leda till att arbetstagare inte längre kan hänvisa till lagen när kallelse till avstämningsmöte drar ut på tiden eller när rehabiliteringsplanen fördröjs. Det är svårt att tro att en underbemannad försäkringskassa ska kunna utgöra tillräckligt stöd för den enskilde som befinner sig i underläge både i förhållande till arbetsgivaren och till Försäkringskassan. Av nu nämnda skäl bör regeringens förslag avslås.

4. Förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, punkt 3 (s, v)

av Tomas Eneroth (s), Ronny Olander (s), Siw Wittgren-Ahl (s), Kurt Kvarnström (s), Göte Wahlström (s), Kalle Larsson (v) och Helena Frisk (s).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i reservationen. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2006/07:Sf17 yrkande 4 och 2006/07:Sf18 yrkande 4.

Ställningstagande

Den enskilda individen måste vara utgångspunkten för de förändringar som görs framöver. Ansvaret för att individen kommer åter i arbete ligger på individen själv, arbetsgivaren, Försäkringskassan och intygsskrivande läkare. I vissa fall har också arbetsförmedling, sjukvård, facklig organisation m.fl. ett ansvar. I stället för att avveckla arbetsgivarens ansvar i rehabiliteringsprocessen måste förslag utarbetas som stärker och tydliggör arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av sina anställda. Syftet bör vara att förenkla och underlätta för arbetsgivaren att kunna ta detta ansvar.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Propositionen

Proposition 2006/07:59 Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.:

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. lag om ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension,
3. lag om ändring i lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn.

Följdmotioner

2006/07:Sf16 av Gunvor G Ericson m.fl. (mp):

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ändra AFL enligt Rehabiliteringsutredningens förslag om att plan för åtgärder på arbetsplatsen ska lämnas till Försäkringskassan senast 30 dagar efter det att Försäkringskassan eller den enskilde begärt det.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att anta Rehabiliteringsutredningens förslag om att arbetsgivaren undantagslöst ska lämna plan för åtgärder på arbetsplatsen till Försäkringskassan efter 90 dagars sjukfrånvaro.
3. Riksdagen avslår regeringens förslag om att avskaffa de tidsfrister som anges i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL avseende avstämningsmöte och rehabiliteringsplan.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att när det gäller tidsfrister ska begreppet ”rehabiliteringsplan” i 22 kap. 5 och 6 §§ AFL ersättas av begreppet ”plan för åtgärder på arbetsplatsen”.

2006/07:Sf17 av LiseLotte Olsson m.fl. (v):

1. Riksdagen avslår förslaget om att avskaffa arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).
2. Riksdagen avslår förslaget om förändringar i befintlig lagstiftning gällande 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).
3. Riksdagen avslår förslaget om avskaffande av bestämmelser om tidsfrister enligt 22 kap. 5 och 6 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att återkomma med förslag på förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

2006/07:Sf18 av Tomas Eneroth m.fl. (s):

1. Riksdagen avslår förslaget om avskaffande av bestämmelsen om arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredningar.
2. Riksdagen avslår förslagen om förändringar i befintlig lagstiftning gällande AFL 22 kap. 3 §.
3. Riksdagen avslår förslaget om avskaffande av bestämmelser om tidsfrister enligt AFL 22 kap. 5 och 6 §§.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att återkomma med förslag på förtydligande av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

BILAGA 2

Regeringens lagförslag

1 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Häri genom föreskrivs att 3 kap. 5 §, 17 kap. 1 § samt 22 kap. 3, 5 och 6 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.**5 §²**

Försäkringskassan skall besluta om en försäkrads tillhörighet till sjukpenningförsäkringen och fastställa sjukpenninggrundande inkomst. För en försäkrad som inte är bosatt i Sverige gäller detta så snart anmälan om hans inkomstförhållanden gjorts hos Försäkringskassan. Av beslutet skall framgå i vad mån den sjukpenninggrundande inkomsten är att hänföra till anställning eller till annat förvärvsarbete. Sjukpenningförsäkringen skall omprövas

a) när Försäkringskassan fått kännedom om att den försäkrades inkomstförhållanden eller andra omständigheter har undergått ändring av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek,

b) när sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn *beviljas* den försäkrade eller sådan ersättning eller pension som redan utges *ändras* med hänsyn till ändring i den försäkrades arbetsförmåga eller, vid särskild efterlevandepension, förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete,

d) när tjänstepension *beviljas* den försäkrade,

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 § *upphör*, samt

f) när livränta *beviljas* den försäkrade enligt lagen (1976:380)

b) när sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn *har beviljats* den försäkrade eller sådan ersättning eller pension som redan utges *har ändrats* med hänsyn till ändring i den försäkrades arbetsförmåga eller, vid särskild efterlevandepension, förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete,

d) när tjänstepension *har beviljats* den försäkrade,

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 § *har upphört*, samt

f) när livränta *har beviljats* den försäkrade enligt lagen (1976:380)

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 2006:365.

om arbetsskadeförsäkring eller redan utgående livränta *ändras*. om arbetsskadeförsäkring eller redan utgående livränta *har ändrats*.

Ändring som avses i första stycket skall gälla från och med den dag då anledningen till ändringen uppkommit. Den sjukpenninggrundande inkomst som ändrats enligt första stycket a får dock läggas till grund för ersättning tidigast från och med första dagen i den ersättningsperiod som inträffar i anslutning till att Försäkringskassan fått kännedom om inkomständringen.

Under tid som anges under 1–6 får, om inte första stycket b, d eller f är tillämpligt, den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten sänkas lägst till vad den skulle ha varit närmast dessförinnan om Försäkringskassan då känt till samtliga förhållanden. Detta gäller tid då den försäkrade

1. bedriver studier enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

2. erhåller periodiskt ekonomiskt stöd, utgivet enligt särskilda avtal mellan arbetsmarknadens parter, enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

3. deltar i ett arbetsmarknads- politiskt program och får aktivitetsstöd *eller interpraktikstipendium* eller står till arbetsmarknadens förfogande enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

3. deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

4. är gravid och avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete tidigast sex månader före barnets födelse eller den beräknade tidpunkten härför,

5. helt eller delvis avstår från förvärvsarbete för vård av barn, om den försäkrade är förälder till barnet eller likställs med förälder enligt 1 § föräldraledighetslagen (1995:584) och barnet inte har fyllt ett år. Motsvarande gäller vid adoption av barn som ej fyllt tio år eller vid mottagande av sådant barn i avsikt att adoptera det, om mindre än ett år har förflutit sedan den försäkrade fick barnet i sin vård,

6. fullgör tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

För en försäkrad som avses i tredje stycket 1 eller 2 eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd *eller interpraktikstipendium* skall Försäkringskassan, vid sjukdom under den aktuella tiden, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid. Om därvid den sjukpenninggrundande inkomsten helt eller delvis är att hänföra till anställning, skall årsarbetstiden

För en försäkrad som avses i tredje stycket 1 eller 2 eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd skall Försäkringskassan, vid sjukdom under den aktuella tiden, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid. Om därvid den sjukpenninggrundande inkomsten helt eller delvis är att hänföra till anställning, skall årsarbetstiden beräknas på grundval av enbart det

beräknas på grundval av enbart det antal arbetstimmar som den försäkrade kan antas ha i ifrågavarande förvärvsarbete under den aktuella tiden.

antal arbetstimmar som den försäkrade kan antas ha i ifrågavarande förvärvsarbete under den aktuella tiden.

För en försäkrad som får sådan behandling eller rehabilitering som avses i 7 b § eller 22 kap. 7 § och som under denna tid får livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt en annan författning skall Försäkringskassan, vid sjukdom under den tid då livränta betalas ut, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

För en försäkrad som avses i 10 c § första stycket 1 eller 2 skall dock under studieuppehåll mellan vår- och hösttermin, då den försäkrade inte uppbär studiesocial förmån för studier som avses i tredje stycket 1, sjukpenningen beräknas på den sjukpenninggrundande inkomst som följer av första–tredje styckena, om sjukpenningen blir högre än sjukpenningberäkning på den sjukpenninggrundande inkomsten enligt fjärde stycket.

Fjärde stycket tillämpas även för försäkrad som avses i tredje stycket 6 när den försäkrade genomgår grundutbildning som är längre än 60 dagar.

Omprövning av sjukpenningförsäkringen enligt första stycket a skall ej omfattas av ändring av den försäkrades inkomstförhållanden på grund av sådant förvärvsarbete som avses i 16 kap. 15 §.

Omprövning av sjukpenningförsäkringen enligt första stycket skall göras senast när den försäkrade gör anspråk på ersättning som betalas ut per dag.

17 kap.

1 §³

Har en ersättning enligt denna lag eller enligt en annan författning betalats ut av Försäkringskassan eller en arbetslöshetskassa och beviljas senare en annan ersättning retroaktivt enligt denna lag för samma tid som den tidigare utbetalade ersättningen skall den retroaktiva ersättningen minskas. Minskningen skall ske med det belopp som överstiger vad som skulle ha utgetts för perioden om beslut om båda ersättningarna hade förelegat samtidigt.

Om någon i väsentlig mån har fått sin försörjning genom ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) utan villkor om återbetalning får socialnämnden från Försäkringskassan uppbära retroaktivt beviljad periodisk ersättning enligt denna lag, till den del den motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat

Om en person som är berättigad till periodisk ersättning enligt denna lag har fått ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), får retroaktivt beviljad sådan periodisk ersättning betalas ut till socialnämnden. Betalning till socialnämnden får göras, till den del den ersättningsberättigade inte

³ Senaste lydelse 2004:781.

ut till *dennes samt hans makes och minderåriga barns försörjning* för den tid som den retroaktiva ersättningen avser.

har återbetalat biståndet och det återstående beloppet överstiger 1 000 kr, med det belopp som motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den ersättningsberättigade och dennes familj för eller under den tid som den retroaktiva ersättningen avser.

I fråga om minskning av sjukersättning då livränta utges enligt äldre lagstiftning om yrkesskador gäller 2 §.

22 kap.

3 §⁴

Den försäkrades arbetsgivare skall *i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs* och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Den försäkrades arbetsgivare skall *efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast skall kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill. Arbetsgivaren skall också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter avseende arbetsanpassning och rehabilitering finns även i arbetsmiljölagen (1977:1160).*

Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliterings-

⁴ Senaste lydelse 2004:781. Ändringen innebär bl.a. att andra–sjätte styckena upphävs.

utredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till Försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas Försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.

5 §⁵

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag.

Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan skall se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

Försäkringskassan skall, om det inte är obehövt, senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan kalla den försäkrade till sådant avstämningsmöte som anges i 3 kap. 8 a §. Saknar den försäkrade arbetsgivare, skall Försäkringskassan, om det inte är

⁵ Senaste lydelse 2004:1238. Ändringen innebär att femte stycket upphävs.

obehövt, senast tio veckor efter dagen för sjukanmälan kalla honom eller henne till avstämningsmöte.

6 §⁶

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. *Planen skall upprättas senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning enligt 3 § har kommit in till Försäkringskassan eller senast två veckor efter det att Försäkringskassan har gjort en rehabiliteringsutredning. Kan behovet av rehabilitering klarläggas först efter att sådant avstämningsmöte som anges i 3 kap. 8 a § har hållits, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter dagen för mötet.*

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2007.
 2. Äldre bestämmelser i 3 kap. 5 § tredje och fjärde styckena gäller fortfarande för den tid som en försäkrad uppbär ett interpraktikstipendium.
 3. De nya bestämmelserna i 17 kap. 1 § tillämpas på beslut om retroaktiv ersättning som fattas efter ikraftträdandet.
 4. En arbetsgivare är inte skyldig att påbörja en rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. 3 § i de fall någon skyldighet att tillstålla Försäkringskassan rehabiliteringsutredningen inte uppkommer före ikraftträdandet.

⁶ Senaste lydelse 2004:1239.

2 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension

Härigenom föreskrivs att 12 kap. 8 § lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 kap.

8 §¹

Om en person som är berättigad till pension enligt denna lag *i väsentlig omfattning* har fått *sin försörjning genom* ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) *utan villkor om återbetalning*, får retroaktivt beviljad sådan pension betalas ut till socialnämnden *till den del den motsvarar* vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den *pensionsberättigades* och dennes *familjs försörjning* för den tid som den retroaktiva pensionen avser.

Om en person som är berättigad till pension enligt denna lag har fått ekonomiskt bistånd *enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen* (2001:453), får retroaktivt beviljad sådan pension betalas ut till socialnämnden. *Betalning till socialnämnden får göras, till den del den enskilde inte har återbetalat biståndet och det återstående beloppet överstiger 1 000 kr, med det belopp som* motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den *pensionsberättigade* och dennes *familj* för *eller under* den tid som den retroaktiva pensionen avser.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2007. De nya bestämmelserna tillämpas på beslut om retroaktiv pension som fattas efter ikraftträdandet.

¹ Senaste lydelse 2001:482.

3 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 9 § lagen (2001:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. 9 §¹

Om en person som är berättigad till efterlevandepension eller efterlevandestöd till barn *i väsentlig omfattning* har fått *sin försörjning genom* ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) *utan villkor om återbetalning*, får retroaktivt beviljad sådan pension eller efterlevandestöd betalas ut till socialnämnden *till den del ersättningen* motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den *ersättningsberättigades* och dennes *familjs försörjning* för den tid som den retroaktiva ersättningen avser.

Om en person som är berättigad till efterlevandepension eller efterlevandestöd till barn har fått ekonomiskt bistånd *enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)*, får retroaktivt beviljad sådan pension eller efterlevandestöd betalas ut till socialnämnden. *Betalning till socialnämnden får göras, till den del den ersättningsberättigade inte har återbetalat biståndet och det återstående beloppet överstiger 1 000 kr, med det belopp som motsvarar vad socialnämnden sammanlagt har betalat ut till den ersättningsberättigade och dennes familj för eller under den tid som den retroaktiva ersättningen avser.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2007. De nya bestämmelserna tillämpas på beslut om retroaktiv efterlevandepension eller efterlevandestöd som fattas efter ikraftträdandet.

¹ Senaste lydelse 2001:485.

BILAGA 3

Offentlig utfrågning av justieombudsmannen

Offentlig utfrågning av justieombudsmannen om Försäkringskassans handläggning

Datum: tisdagen den 13 mars 2007

Tid: 11.00–12.20

Lokal: Skandiasalen

Ordföranden Gunnar Axén (m): Jag ber att få hälsa justitieombudsman Cecilia Nordenfelt och hennes medarbetare byråchef Albert Johnson välkomna hit och även alla åhörare.

Bakgrunden till dagens offentliga utfrågning är den att Försäkringskassan fattar ett stort antal beslut varje år som berör många enskilda människor, närmare bestämt ungefär 60 miljoner beslut om utbetalningar av olika ersättningar. Det är förstäligt att det kan gå fel ibland när det är så många ärenden som man ska fatta beslut om, men det är ändå viktigt att man inom myndigheten strävar efter att begränsa misstagen och att medborgarna bemöts på ett professionellt sätt och får sina ärenden handlagda på ett korrekt sätt.

När så inte sker kan man vända sig till Justitieombudsmannen med klagomål på hur man har blivit bemött och hur ens ärenden har blivit handlagda av Försäkringskassan. Så sker också. Det inkommer, om jag har förstått saken rätt, några hundra anmälningar till Justitieombudsmannen varje år när det gäller Försäkringskassan.

Socialförsäkringsutskottet har vid tre tillfällen tidigare under de senaste tio åren haft den här typen av utfrågningar av Justitieombudsmannen för att få en inblick i hur det fungerar inom Försäkringskassan och för att ge oss en god bild av detta. Det kan också ge oss en del nyttig information om vad som kanske kan göras inom lagstiftningsområdet för att underlätta för Försäkringskassan att minimera antalet misstag och felaktigheter i handläggningen.

Det var lite kort om bakgrunden.

Jag ger nu ordet till justitieombudsman Cecilia Nordenfelt, som får berätta lite grann om iakttagelser från Justitieombudsmannens sida. Jag har förstått att hon inledningsvis ska ge oss en kort information om Justitieombudsmannen som ämbete och verksamheten där. Hon har 25–30 minuter till sitt förfogande, och sedan öppnar vi avslutningsvis för frågor.

Cecilia Nordenfelt: Jag tackar för att jag har fått komma hit. Det är roligt att vara här. Som flera av er vet har jag ett långt förflutet i riksdagen, framför allt som kanslichef, innan jag blev JO för drygt två år sedan, så det är ganska speciellt för mig att sitta på den här sidan av bordet.

Jag vill också nämna att Albert Johnson, som är min byråchef och handlägger framför allt socialförsäkringsärenden, är med mig som stöd och sakkunnig.

Med min bakgrund vet jag att ett riksdagsval innebär en omstart för hela riksdagsorganisationen. Jag har varit med om det några gånger, och jag vet att ni som är nya har blivit utsatta för en gräslig kanonad av information under hösten – mycket mer än vad som har varit möjligt att ta till sig, skulle jag tro. Jag tänkte därför börja med att tala om vad JO gör, för att sedan gå in på iakttagelser som rör Försäkringskassan, som är ett av mina ansvarsområden.

Det finns fyra justitieombudsmän, och var och en har sitt ansvarsområde. Mitt område omfattar socialförsäkring och kriminalvård som de två riktigt stora områdena och dessutom skatt och ett antal andra myndigheter. Jag har organisatoriskt sett en egen avdelning som består av tio jurister och två sekreterare.

JO har en rad olika uppgifter, men enligt riksdagen är huvuduppgiften att utreda klagomål från allmänheten som riktas mot den offentliga förvaltningen. Vi gör inspektioner när vi besöker en myndighet och granskar handläggningen i olika ärenden. JO kan också ta initiativ och ta upp ett ärende på förekommen anledning. En sådan anledning kan vara ett telefonsamtal, ett anonymt brev, en tidningsartikel eller iakttagelser vid en inspektion, någonting som gör att man känner på sig att vi behöver titta på en sak, att det inte är bra som verkligheten har beskrivits i den antydning vi har fått om saken. Ytterligare en ganska stor arbetsuppgift är att svara på remisser från regeringen i lagstiftningsärenden. Allt detta gör varje JO inom sitt eget ansvarsområde.

Enligt regeringsformen är JO en del av riksdagens kontrollmakt. Hela den offentliga förvaltningen står under JO:s tillsyn. Handläggningen hos JO kostar ingenting, och det är ju väldigt bra. Hit kan man alltså vända sig utan att behöva göra några ekonomiska överväganden. Dessutom kan vem som helst vända sig till JO: ett barn, en utlänning, en person som är omyndig. Alla har rätt att vända sig till JO, bara klagomålet avser en svensk myndighet. Det är inte mycket mening med att rikta ett klagomål på en utländsk myndighet till JO.

Däremot finns det inte någon rätt till JO-granskning, utan det är JO själv som bestämmer om en anmälan ska tas upp till utredning eller ej. Det är så strängt att inte ens ni som riksdagsledamöter får lägga er i vilka ärenden JO tar upp. Det är ett utflöde av den bestämmelse i regeringsformen som säger att riksdagen inte får lägga sig i handläggningen av enskilda ärenden.

JO:s tillsyn är extraordinär, och det betyder att JO inte är en del av det ordinarie överklagningssystemet. Riksdagens uppdrag till JO går ut på att se till att förvaltningsmyndigheterna iakttar kravet på saklighet och opartiskhet och på att bevaka medborgarnas rättigheter. JO:s uppgift handlar alltså inte om besluten i sak utan om handläggningen. Jag prövar till exem-

pel inte om en person har eller inte har rätt till sjukpenning, men jag kontrollerar att det system vi har för handläggning av sjukpenningärenden följs.

Det finns grundläggande regler för handläggningen i förvaltningslagen. Om handläggningsordningen i förvaltningslagen följs blir det rätt. Så enkelt är det. Det blir rätt i förhållande till de allmänna regler som finns till exempel i regeringsformen och i internationella konventioner som Sverige har biträtt och som alla är avsedda att garantera rättssäkerheten. Förvaltningslagen är en bra lag, med andra ord.

JO har långtgående befogenheter. Enligt regeringsformen kan myndigheterna inte åberopa sekretess i förhållande till JO. Myndigheterna måste alltså lämna ut material som JO efterfrågar, till exempel Försäkringskassans journaler. Det är sådant material som normalt sett är hemligt och inte lämnas ut till någon utanför den egna kretsen. Det åligger också alla tjänstemän att hjälpa JO i hans eller hennes undersökningar. Tjänstemännen måste alltså svara på frågor och ta fram det material som kan behövas för att avgöra ett visst ärende.

Ett ärende hos JO börjar normalt med en skriftlig anmälan. För JO handlar det om handläggningen, inte det materiella. Om det från JO:s synpunkt verkar ligga något i klagomålet remitteras det till myndigheten. Inom ramen för skyldigheten att hjälpa JO i hans eller hennes undersökningar gör myndigheten en utredning av händelseförloppet. Oftast redogör man också för vilka regler man har tillämpat respektive borde ha tillämpat, och man gör en bedömning av om man gjorde rätt eller ej. Det innebär att redan remissen från JO sätter i gång en process inom myndigheten om hur man hade bort handlägga den aktuella frågan. Om man upptäcker att det finns brister åtgärdas felen ofta redan innan JO:s beslut kommer.

Ärenden hos JO avgörs genom ett skriftligt beslut. Om det finns anledning till det uttalar JO kritik. Det är alltså JO:s sätt att uttrycka missnöje med handläggningen. Det finns en skala för kritiken som i princip börjar med att ”myndigheten kan inte undgå kritik” och slutar med ”förtjänar synnerligen allvarlig kritik”, och så finns det ett antal mellanlägen.

Det innebär att det går att utläsa i ett JO-beslut hur man borde ha gjort. JO kan också göra vägledande uttalanden där man diskuterar hur en viss lagregel bör tolkas. Till sist kan JO vända sig till riksdag och regering och begära lagstiftning. Det händer inte så ofta, men det är som regel när man har glömt följdändringar eller att två lagregler kolliderar med varandra, att man inte kan tillämpa båda samtidigt när man behöver göra det.

JO:s beslut tjänar alltså som vägledning för myndigheterna när det gäller att tolka olika handlingsregler inom verksamheten. Men det går inte att framtinga verkställighet av JO:s beslut. Det ligger på något sätt i det extraordinära. Besluten går inte heller att överklaga. JO kan inte ändra en förvaltningsmyndighets beslut. Det handlar då om det materiella, och det

ska ske i annan ordning genom att beslutet omprövas eller överklagas. Jag aktar mig noga för att ha synpunkter på allting som går att överklaga. Det är helt enkelt inte min sak.

JO har också möjlighet, i nödfall om man så säger, att inleda förundersökning och att föra talan om tjänstefel. En annan möjlighet är att göra en anmälan till myndighetens ansvarsnämnd, som då riktar sig konkret mot en speciell tjänsteman. Det inleds en handfull förundersökningar varje år, och ett par förundersökningar leder till åtal. Det är alltså en ganska ovanlig uppgift. Det framgår också av JO:s instruktion att vår uppgift inte är att jaga felande tjänstemän, om man uttrycker sig så, utan vår uppgift är att se till att den offentliga förvaltningen fungerar på ett bra sätt.

JO tar emot ungefär 6 000 anmälningar om året från allmänheten. Det här är någonting som har ökat ganska mycket under senare år, och vi har alltså passerat 6 000-strecket. Det innebär att det hos JO finns en stor samlad kunskap om hur medborgarna upplever myndigheternas verksamhet.

I grova drag gäller att ungefär hälften av alla anmälningar skrivs av genast utan några utredningsåtgärder. Det är sådana ärenden där det framgår från början redan av anmälan att anmälan inte är något för JO. Det handlar till exempel om sakfrågor. I en fjärdedel av ärendena tar vi in akten. Vi ringer några telefonsamtal och kollar – en mycket enkel och begränsad utredning. En fjärdedel av anmälningarna utreds mer grundligt, och då ingår alltid en remiss till den anmälda myndigheten. I genomsnitt uttalar JO kritik i ungefär 12 % av alla ärenden. Det gäller också socialförsäkringarna.

På min avdelning handläggs ungefär 2 000 ärenden på ett år. Ungefär 25 % av dem avser socialförsäkring. Förra året handlade det om 580 ärenden. Jag avgjorde ungefär lika många. Dessutom gjorde jag fem inspektioner av försäkringskassor under 2006.

Om man då funderar på vad man har för underlag för sina bedömningar kan jag konstatera att vid varje inspektion granskar vi uppskattningsvis ungefär 300 akter. Tiden räcker inte för en granskning av att alla frågor i varje akt har behandlats på ett korrekt sätt, utan vi får sikta in oss på problemområden. Det betyder ändå att jag kommer i kontakt med ett par tusen försäkringskassörens ärenden varje år, och det är i och för sig bara en bråkdel av det enorma antal beslut som fattas inom Försäkringskassan. Men jag tror att underlaget räcker för att i alla fall få en uppfattning om sådant som fungerar mindre väl.

I det sammanhanget kan jag börja med att konstatera att också de ärenden som inte utreds har betydelse för bilden av hur det fungerar. I anmälningar som inte utreds hittar man till exempel beskrivningar av bemötande, av väntetider, av för den försäkrade obegripliga regler – som i och för sig har behandlats korrekt men som i alla fall är obegripliga.

Det är lätt att i anmälningarna känna igen den frustration som många av oss upplevt i kontakten med någon myndighet. Och då måste man komma ihåg att hos Försäkringskassan handlar det inte om dålig snöröjning eller något liknande, utan det handlar om den grundläggande försörjningen.

Jag ska också tillägga, när vi tänker på de här frågorna, att jag bara kommer i kontakt med ärenden där den försäkrade är missnöjd. Det finns ingen som skriver till JO för att förklara att ”jag blev väl mottagen och väl omhändertagen, och allting hanterades precis som det borde”. Till mig kommer man bara med missnöje.

Om jag då går över på rena försäkringskasseärenden finns det till att börja med två mycket vanliga anledningar till att en anmälan inte utreds. Den ena är att anmälaren klagar i sak: Han är sjuk. Han anser att han har rätt till sjukpenning. Försäkringskassans beslut måste vara fel. Dessutom har han kanske varit sjukskriven länge under samma diagnos, och nu anses han plötsligt vara arbetsför helt eller delvis. Han tror att JO kan ändra Försäkringskassans beslut och ge honom rättelse.

Den andra stora orsaken är av liknande karaktär. Anmälaren förstår inte försäkringsläkarens roll och reagerar starkt mot att han, som är sjukskriven av sin läkare, inte får sjukpenning på grund av ett yttrande från en försäkringsläkare, som anmälaren aldrig har träffat. Anmälaren anser att det inte bara är fel i sak, utan dessutom självklart är fel i handläggningen eftersom en läkare inte borde uttala sig om en patient som han aldrig har träffat. I värsta fall är dessutom försäkringsläkaren specialist på ett annat område än det område som berör den konkreta patienten.

JO kan inte ändra kassans beslut. Försäkringsläkaren är en rådgivare till Försäkringskassan. Hans uppgift är inte att bedöma patienten utan att bedöma det medicinska utlåtande som den sjukskrivande läkaren har skrivit. Den fråga som Försäkringskassan ställer till försäkringsläkaren är om det medicinska utlåtandet styrker att patienten inte kan arbeta trots sina besvär. Det betyder att handläggningen har varit korrekt. Den sakliga bedömningen är ingenting för JO utan en fråga för länsrätten. Det ärendet kommer alltså inte att utredas.

En tredje ganska ofta förekommande anledning att inte utreda är att det händelseförlopp som ifrågasätts ligger mer än två år tillbaka i tiden. Det förekommer i till exempel arbetsskadeärenden, där olika beräkningsgrunder gör att man ibland måste gå långt tillbaka i tiden. Tvåårsregeln finns i JO:s instruktion. Uppmaningen är alltså att inte, utom i särskilda fall, utreda händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden. Men då gör vi självklart undantag för det som vi kallar långsam handläggning.

Vad är det då för frågor vi utreder? Inledningsvis kan jag konstatera att det görs många olika typer av fel och misstag hos Försäkringskassan. Gemensamt för en stor del av de anmälningar JO tar emot är att vad som har hänt har medfört att den enskilde inte får ett beslut i rimlig tid. Här döljer sig det mesta från passiv eller obefintlig handläggning till allvarliga

fel och misstag. Jag tittade igenom 2006 års kritikärenden och fann att åtminstone 70 % av dem berör långsam handläggning i den ena eller andra formen.

En annan fråga som är besvärlig för Försäkringskassan är hanteringen av allmänna handlingar och partsinsyn. Det är strängt taget en riktigt svag punkt. Där leder ungefär hälften av anmälningarna till kritikbeslut.

Om vi då tittar lite närmare på långsam handläggning tänkte jag komma med ett antal typiska exempel. Eftersom det handlar om den dagliga försörjningen är det bekymmersamt om Försäkringskassans handläggning av grundbeslutet om rätt till sjukpenning drar ut på tiden. Det är absolut inte ovanligt med klagomål som går ut på att handläggningen har tagit månader och Försäkringskassan först så småningom underrättat den försäkrade om att rätten till sjukpenning ifrågasätts. I värsta fall är den försäkrade under mellantiden hemma från arbetet och saknar inkomst.

Ett annat vanligt fel är att ärenden som ska omprövas inte blir omprövade i rimlig tid. Där säger regelsystemet att ett beslut som har fattats av en tjänsteman på Försäkringskassan ska omprövas på begäran av den enskilde. Då gör man en grundlig omprövning av hela beslutet. JO:s uppfattning är att denna omprövning – hela utredningen är ju redan gjord, eller ska vara gjord – ska ske på sex veckor. Det är också vad Försäkringskassans interna föreskrifter säger. Men det tar ofta väldigt mycket längre tid, och konsekvensen blir att den försäkrade får vänta länge på ett beslut som kan överklagas till domstol.

I andra fall ska det ske en omprövning av ett beslut som ska överklagas till länsrätten, och det är en omprövning som egentligen är en kontroll för att se till att beslutet inte innehåller ett uppenbart fel. Man ska vara säker på att det är rätt räknat, att rätt paragrafer är åberopade och så vidare. Den är till för att hindra att länsrätten besväras i onödan. Den sortens omprövning anser JO ska kunna göras på en vecka. Det är så att säga en ytlig kontroll av själva beslutet. Men det tar ofta mycket längre tid. Här händer det till och med att kassan gör mer än den borde och startar om utredningen. Det får samma konsekvens som den jag nyss nämnde, nämligen ingen domstolsprövning för den försäkrade.

Jag har också haft ärenden där kassan i sitt remissvar uppgett att orsaken till dröjsmålet med överlämnande av ett ärende till länsrätten var att man fick leta väldigt länge efter akten, i värsta fall flera månader.

En fråga som har samband med detta är att omprövningen görs lokalt, och därefter skickas akten till länskontoret för åtgärd, det vill säga för vidarebefordran till länsrätten. Det har vid flera tillfällen hänt att den som tar emot ärendet på länskontoret i stället för att skicka akten till länsrätten arkiverar den. Det upptäcks inte förrän den försäkrade ifrågasätter handläggningstiden. Orsaken till sådana här händelser måste vara bristfälliga rutiner hos kassan. De har inte ordentlig kontroll på sina ärenden och kan alltså inte kontrollera att akterna finns där de borde vara.

En annan fråga som har att göra med omprövningar är att det vid inspektioner har kommit fram att en begäran om omprövning eller ett överklagande inte diarieförs förrän handlingen kommer in till länskontoret. Den har skickats till lokalkontoret, och där omprövar en handläggare beslutet, skriver kanske till och med ett yttrande till länsrätten innan akten skickas till länskontoret. Men först när akten kommer till länskontoret blir överklagandet registrerat. Under tiden syns det alltså inte i journalen att beslutet har överklagats.

Mot den här bakgrunden har jag tagit ett initiativ där Försäkringskassan har uppmanats att redogöra för diarieföringen av överklaganden och omprövningar. Det är ett ärende som jag hoppas att vi ska kunna avgöra under våren.

Det finns andra typer av exempel. Omorganisationen av Försäkringskassan ställer till det. Jag har till exempel sett att sammanföringen av utlandsärenden till försäkringskassan på Gotland medfört oacceptabla handläggningstider. Mitt intryck är också att den omorganisationen ledde till kompetensförluster. Enligt många remissvar är omorganisationerna över huvud taget en återkommande källa till problem. Handläggarna hinner inte både omorganisera sig, sätta sig in i nya arbetsuppgifter och handlägga sina ärenden.

Långvariga sjukskrivningar: Grundregeln är att om sjukskrivningstiden förväntas bli längre än ett år ska kassan överväga aktivitetsersättning i stället för sjukpenning. Men vid inspektionerna ser vi många exempel på extremt långa tider med sjukpenning. Vi har sett exempel på upp till sju åtta år. Ofta har kassan i de här ärendena gjort många rehabiliterande insatser under årens lopp, men man försummar att föra anteckningar om vilka överväganden som gjorts om fortsatt sjukpenning. Man kan alltså inte se i journalen att kassan gjort den föreskrivna prövningen och ännu mindre varför en person efter flera år fortfarande har sjukpenning i stället för sjukersättning.

Ett annat fel som jag har uppmärksammat både vid inspektioner och i många klagomål är att den försäkrade inte alltid får möjlighet att yttra sig över kassans beslutsunderlag. Det systematiska fel som jag har sett beror på att kassan, överraskande nog kan man tycka, alltför snabbt fattar beslut. Då är gången ungefär den här: I princip börjar beslutsprocessen med att den försäkrade får veta vilket beslut kassan överväger att fatta och får tillfälle att yttra sig inom viss tid. Han svarar skriftligt, kanske i slutet av kommunikeringstiden. Hans skriftliga svar skickas, som alla andra handlingar, till Östersund för att skannas in och alltså bli tillgängligt i datasystemet. Först i och med att den här inskanningen har skett kan handläggaren se den nya handlingen i datorn, och under tiden händer det att handläggaren fattar ett beslut i enlighet med övervägandet utan att känna till att den försäkrade har hört av sig inom kommunikeringstiden.

På det här området finns det också många slarvfel och handläggarbedömningar av typen ”handlingen innehöll inget nytt”, ”handlingen innehöll inget av betydelse” eller att handläggaren helt enkelt bestämmer att den försäkrade inte har någon anledning att yttra sig. Jag behöver knappast säga att det strider mot förvaltningslagen.

I anmälningarna om långsam handläggning finns det alltså en provkarta på problem som den försäkrade ofta inte ens har upptäckt. Det handlar om bristfällig journalföring, brister i uppfyllande av serviceskyldigheten, att kassan inte i god ordning utlämnar allmänna handlingar, att den försäkrade inte får tillfälle att yttra sig över utredningsmaterial som har tillförts av andra eller att kassan fattar beslut innan tiden för yttrande har gått ut.

Det finns också exempel på brister i grundläggande kunskaper i förvaltningsrätt, dåligt och oklart formulerade beslut och i värsta fall beslut som helt saknar motivering. Det är inte ovanligt att omprövningsreglerna tillämpas på ett felaktigt sätt. Det här inger onekligen en del betänkligheter. Man kan fråga sig hur handläggningen ser ut i alla de ärenden där den enskilde inte funnit anledning att vända sig till JO.

Så här ser ärendena ut. Man kan naturligtvis säga att mycket inte är så viktigt och att felet inte avsåg någonting som hade betydelse för det materiella beslutet i ärendet. Så är det ofta också. Men jag håller ändå inte med. Vi har en utmärkt lagstiftning i förvaltningslagen, som i stort och smått reglerar hur en myndighet ska förhålla sig till den enskilde. Om inte lagstiftningen upprätthålls i både stort och smått förs godtycke in i handläggningen. Resultatet kan lätt bli materiellt sett felaktiga beslut. Så ska vi inte ha det.

Ordföranden: Tack så mycket för en intressant föredragning och en god inblick i den typ av ärenden kopplade till Försäkringskassan som JO handlägger. Vi går över till frågor.

Tomas Eneroth (s): Tack, JO, för en väldigt bra föredragning. Det var intressant att få höra om erfarenheterna från bedömningen av Försäkringskassan och givetvis om JO:s verksamhet i allmänhet.

Jag har två frågor. Den ena rör ett av de typfall som du redovisade och grundar sig på försenad handläggning och det glapp som uppstår när en person alldeles för sent får reda på att han har fått avslag på sin begäran om sjukpenning. Det är klart att det är oacceptabelt. I någon mening riskerar det tilltron till försäkringen i sig om man inte får snabba beslut. Min fråga rör JO:s möjligheter att i sådana sammanhang, och också generellt när det gäller långa handläggningstider, uttala sig om rätt till ersättning för den enskilde. Har JO möjligheten att uttala sig? Har ni gjort det vid några tillfällen? Man kan ha lidit ekonomisk skada när man har haft långa väntetider. Man har kanske fått ta lån eller avyttra verksamhet eller göra något annat för att klara den ekonomiska bristen. Jag skulle vilja höra JO:s synpunkter på hur man kan kompensera för ekonomisk skada, om ni har den möjligheten.

Den andra frågan rör JO:s allmänna generella uppdrag att utöver saklighet och opartiskhet bevaka medborgarnas intressen. Vi har ibland tyckt det vara ett bekymmer att Försäkringskassan inte fullt ut i alla delar av landet deltagit i finansiell samordning. Försäkringskassan har möjlighet att aktivt delta i samordningsförbund med arbetsförmedlingen, länsarbetsnämnderna eller kommuner och landsting. Det har varit ganska tydliga direktiv om detta; ändå har man inte gjort det. Har JO haft anledning att granska bristen på agerande, det vill säga inte felaktigt agerande utan bristen på deltagande i regionala samordningsorgan?

Cecilia Nordenfelt: Angående frågan om rätten till ersättning kan jag nämna att jag helt nyligen hade ett ärende där en försäkrad efter sex veckor fick veta att hans rätt till sjukpenning ifrågasattes. Försäkringskassans ambition är att ett sådant meddelande, inte ett beslut, utan en under rättelse om att det kan hända att man inte får sjukpenning, ska skickas ut inom tre dagar. JO prövar inte frågor om skadestånd. I sådana frågor får man vända sig till JK, som har hand om statens ansvar för skadestånden.

Den finansiella samordningen har jag aldrig kommit i konkret kontakt med, kan jag säga.

Tomas Eneroth (s): Se det som ett tips!

Cecilia Nordenfelt: Vi har fått klagomål från försäkrade som tycker att de överlämnas till arbetsförmedlingen på ett dåligt sätt. Men det kanske handlar om något som har en lite annan karaktär än det du ville prata om.

Mats G Nilsson (m): Även jag vill tacka för en intressant redogörelse. Du har talat om de olika klagomålen och den frustration som människor ibland kan känna. Det gäller en liten del av det stora antalet handlingar, men det rör sig om enskilda människors ekonomiska försörjning och ekonomiska trygghet, precis som JO säger.

Kan du skönja någon förändring över tiden när du ser på antalet ärenden som kommer in och deras karaktär? Anledningen till att jag ställer frågan är, om man spetsar till det en aning, att det vore intressant att höra om JO:s kritik leder till någon åtgärd i ärendenas hanteringsprocess eller om det ser likadant ut år efter år.

Cecilia Nordenfelt: Det är en komplicerad fråga. Jag har inte varit med så länge själv, men vågar ändå säga att klagomålen i sak ökar. Det är en större andel sådana klagomål än tidigare. Det tror jag hänger ihop med att Försäkringskassan numera upprätthåller regelsystemet. Förr var det närmast självklart att man fick sjukpenning om man blev sjukskriven av sin läkare. Nu utreder Försäkringskassan om de besvär man har blivit sjukskriven för verkligen innebär att man inte kan arbeta. Förändringen i synsätt kan både vara svår att ta till sig och medföra praktiska konsekvenser, till exempel att man blir tvungen att gå från att vara sjukskriven till att vara arbetslös.

När det gäller frågan om JO:s beslut påverkar verkligheten: JO:s beslut är skriftliga och motiverade. Man kan ur ett beslut läsa ut vad som JO anser vara rätt och fel, ibland också mycket tydligt hur man verkligen borde ha gjort. Besluten skickas ut till de berörda myndigheterna. Det gäller inte bara Försäkringskassan, utan myndigheterna i stort. Man ser ofta att myndigheterna åberopar gamla JO-beslut. Jag tror ganska säkert att vi påverkar verkligheten och att myndigheterna är angelägna om att följa JO:s beslut. Dessa får spridning på många sätt, inte minst genom massmedierna. Man kan säga att massmedierna är en bundsförvant till JO.

Solveig Zander (c): Vi pratar väldigt mycket om sjukförsäkring och sjukpenning. Jag förstår att det är det de flesta ärenden rör. Men du har inte sagt någonting om alla andra ärenden. Kan du säga något om fördelningen mellan till exempel pensionsärenden, sjukpenning och föräldraförsäkring?

Albert Johnson, JO: Vi har ingen statistik på det, men den allt övervägande delen handlar just om sjukpenningproblematiken. Sedan fördelar det sig ganska jämnt mellan övriga ersättningsformer. Det ovanligaste är väl smittskyddsersättning. Det tror jag att vi bara har haft ett enda ärende om under åren. Runt $\frac{3}{4}$ av alla klagomål gäller hanteringen av sjukpenningärenden. Sedan kommer i en glidande skala sjukersättning, aktivitetsersättning, arbetsskadeförsäkringar och det som rör handikappområdet.

Tobias Krantz (fp): Tack för en mycket intressant redogörelse. Den väcker många frågor, men jag ska inte ställa alla dem; i så fall skulle vi nästan ha ett enskilt samtal, du och jag. Det har vi inte riktigt tid med. Jag skulle vilja haka på frågan om hur anmälningfrekvensen och kritikfrekvensen har sett ut över tid. Du nämnde att du kommer med kritik i 12 % av fallen, och det är ungefär likadant på andra justitieombudsmäns områden. Kan JO ge någon bild av om förhållandet mellan det område du ansvarar för och de andra områdena har sett annorlunda ut över tid? Det skulle vara intressant att veta.

Min andra fråga är om JO har någon mer preciserad bild av vilken typ av kritik myndigheterna rättar sig efter. Min bild är att den typ av ärenden som handlar om offentlighet och sekretess och den typen av frågor återkommande dyker upp. Jag känner mig ibland frustrerad över att den typen av kritik alltid återkommer och att det verkar som om myndigheterna inte riktigt lär sig hur reglerna ser ut. Är det så? Finns det i så fall andra områden där myndigheterna är bättre på att följa upp vad ni säger, om det nu är så att de är dåliga på det här området?

Cecilia Nordenfelt: Det första jag vill säga är att jag ser enskilda ärenden. Jag ser inte det övergripande, utan det som någon vill klaga på. Det är viktigt att komma ihåg.

Du pratade om ändring över tid och kritikfrekvensen. Jag tror att kritikfrekvensen är en svårbehandlad fråga på det sättet att vi väljer ut vilka ärenden som ska utredas. Det betyder inte att alla andra ärenden är korrekt handlagda. Ur mitt perspektiv är det inte rimligt att utreda ett stort antal

anmälningar av samma slag när det finns gott om andra problemställningar som också behöver belysas. Det innebär att anmälningar inte blir utredda trots att det syns att handläggningen har haft brister, därför att problemet är välkänt och omständigheterna i det konkreta fallet inte är uppseendeväckande. De är som de brukar vara, så att säga. Jag tror till exempel inte alls att det skulle vara svårt att öka andelen och antalet kritikbeslut om vi till exempel koncentrerade oss på rena fall och långsam handläggning. Men det skulle innebära att de mer komplicerade frågorna försvann. Det är inte rimligt. Man ska inte haka upp sig på kritikfrekvensen.

Vad som bekymrar mig är att man i kritikärendena ser så hemskt mycket annat, sådant som inte har anmälts men ändå är fel, till exempel att journalföringen är bristfällig och besluten dåligt motiverade och att man inte riktigt kan följa ärendets gång. Men anmälaren har klagat på att han aldrig får något beslut, att det inte händer något. Det tycker jag är ett stort bekymmer, som möjligen pekar på att det här är toppen av ett isberg.

Försäkringskassan är dålig på offentlighet och sekretess, det kan man gott konstatera. Det är också så att reglerna inte är alldeles lätta att tillämpa. En handläggare på Försäkringskassan vet att en akt är hemlig och att det är fråga om material som andra absolut inte får ta del av. Man kan i alla fall spekulera i att handläggaren inte tänker längre än så eller inte har kunskaper för att tänka längre än så och därför utesluter också den som handlingarna angår, nämligen den försäkrade.

Lars Gustafsson (kd): Du talade om en tvåårsregel där man kan göra undantag, och sen pratade du om att det ofta är problem med lång handläggningstid, felaktigheter, svårigheter att få prövning i domstol och så vidare. Jag har noterat fall där det finns handlingar som skickats till Försäkringskassan och varit bortlagda i flera år. Under tiden blir vederbörande dömd på felaktiga grunder eller tilldömd sjukersättningar och sedan efterkrav och allting och får själv skaffa advokat och så vidare. Det måste vara någonting som är fel. Sedan hittar man handlingarna och upptäcker att det redan finns uppgifter. Men det är problematiskt för den enskilde. Försäkringskassan hanterar mängder av ärenden. Jag tror vi fick höra siffran fem miljoner ärenden när vi hade utfrågning av dem, i alla fall inräknat alla som kontaktar dem. Då är det oerhört viktigt för förtroendet att man har rutiner och verkligen följer dem.

Min fråga är: I hur många av de fall som anmäls finns det fakta som borde kunna leda till ett korrekt beslut hos Försäkringskassan, där rutinerna borde kunna upprätthållas utifrån det inkomna material man har? Du talar om sju till åtta år, det låter sanslöst! Det är nästan en halv livstid egentligen för många. Jag undrar: vilken är er kritik? Hur många ärenden har ni haft och vilken kritik har ni då riktat mot dem för att en förändring ska komma till stånd? Detta måste leda till en kritik som också kan omsättas i praktik hos myndigheten.

Cecilia Nordenfelt: Vi sysslar inte med de materiella besluten, utan bara med handläggningsfrågor. Det är klart att om handlingar kommer bort – och det ser vi ju ganska många exempel på, för att inte tala om att hela akter kommer bort – drabbar det den enskilde på det ena eller det andra sättet, som minimum i form av ett försenat beslut. Men jag kan inte gå in på hur den bristen i handläggningen påverkar den materiella utgången. Det sysslar jag inte med.

Lars Gustafsson (kd): Hur många sådana här ärenden är det, där Försäkringskassan genom riktiga rutiner enligt förvaltningslagen skulle ha kunnat undvika detta i alla fall i betydligt högre grad? Ni måste ju få ganska många ärenden, vad jag förstår på dig, just på detta område, som handlar om materiell hantering av inkommet material som ska diarieföras. Du sade själv att det är en massa konstigheter och att det flyttas runt. Men det är viktigt för den enskilde – det är därför vi har utfrågningen – hur vi som beslutsfattare kan få ett underlag för att göra det bättre eller för att göra uppföljningar hos Försäkringskassan om detta. Nu pågår ett arbete, ska jag i och för sig säga, men du måste ha ganska god insyn i de stora brister som du själv säger är återkommande.

Cecilia Nordenfelt: Det finns regler som till exempel gäller inskanningen, att man först skickar en handling till Östersund när den har kommit in och därefter diarieför den. Där finns det ett glapp när den enskilde har hört av sig i korrekt tid, men ingen vet om det. Det kan naturligtvis leda till materiellt felaktiga beslut. Det beror på innehållet i den handling som dröjer.

Det finns många exempel på att det materiella regelsystemet inom Försäkringskassan är svårt för människor att förstå. Det är svårt även för mig att förstå. Det finns beslut där man får sitta med lagboken i ena handen och läsa parallellt för att förstå innebörden och hur det är tänkt. Att en lekman då går bet på uppgiften är inte så konstigt.

LiseLotte Olsson (v): Jag vill också börja med att tacka för jätteintressant information. Det framgår tydligt när man lyssnar på JO att det finns brister när det gäller försäkringskasseärenden och rättssäkerheten för den enskilde medborgaren, vilket jag även har läst tidigare. Jag skulle vilja att du utvecklar det. Du har sagt lite grann, men har du några slutsatser? Kan du utveckla era åsikter och tankar kring bristerna och vad de kan betyda? Du har sagt en del, men har du fler tankar kring det?

Jag skulle vilja blicka framåt. Det händer väldigt mycket inom försäkringskassavärlden och det som händer går snabbt. Det är svårt för medborgarna att hänga med. Det tycker jag också att du har sagt i din redogörelse. En sak du också sade var att omorganisationer i sig ofta ställer till problem. Nu är det en ny omorganisation på gång. Det är också på gång att man ska fastställa sjukskrivningstider utifrån diagnoser. Jag undrar vilka tankar du har inför framtiden. Kommer det att bli ännu mer

otryggt för medborgarna då de här sakerna sätts i sjön? Kommer man att få medborgarna att förstå vad som är på gång och att förstå hanteringen av frågorna? Har du tänkt framåt om detta, när det händer så mycket?

En liten fråga till. Du började prata lite grann om att hamna mellan stolarna mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Jag skulle vara intresserad av att höra om du har några tankar kring det.

Cecilia Nordenfelt: Det var mycket! Men en del tänker jag inte svara på, eftersom det handlar om de materiella besluten. Det gäller till exempel frågan om hur fastställda diagnoser skulle fungera. Jag har ingen som helst uppfattning om det. Det är en fråga i sak.

LiseLotte Olsson (v): Det förstår jag också, men tror du att det kommer att öka antalet anmälningar? Det är det det handlar om.

Cecilia Nordenfelt: Det beror på vilken acceptans man kan nå. Man kan gissa att anmälningarna i sak kommer att minska med tiden, när Försäkringskassans upprätthållande av regelsystemet blir tydligt för envar. Då kommer klagomålen i sak att minska, skulle jag tro.

Frågan om förvaltningsrätten, som jag uppfattade det, är intressant på det sättet att jag tycker att man kan iakttä att kunskapen om och respekten för förvaltningsrätten inte är tillräckligt hög inom Försäkringskassan. Orsaken till det är det svårare för mig att ha en uppfattning om, eftersom jag inte har någon direkt insyn i försäkringskasseorganisationen. Men en spekulering kan vara att Försäkringskassan har folk rörelseursprung och inte riktigt har samma förvaltningstradition som många andra myndigheter. Man kan i och för sig säga att det är en dålig förklaring: Försäkringskassan har varit en allmän försäkringskassa i 50 år. Det går inte att komma ifrån att det finns en brist på förvaltningsrättsliga kunskaper hos många handläggare. Det finns naturligtvis sätt att åtgärda det med utbildningsinsatser av olika slag.

Problemet att hamna mellan stolarna stöter jag ofta på. I många fall som anmäls till JO har den försäkrade blivit arbetslös under sjukskrivningstiden. Det beror ofta på att arbetsgivaren inte har några arbetsuppgifter att erbjuda som den försäkrade kan utföra. Då prövar kassan arbetsförmågan, inte i förhållande till det jobb man inte längre har, utan i förhållande till alla normala jobb på arbetsmarknaden. Då kommer kanske kassan fram till att den försäkrade har viss arbetsförmåga. Men den försäkrade är som sagt sjukskriven av sin läkare. Kassans beslut innebär att det inte blir någon sjukpenning – han är ju arbetsför i något annat jobb än det han blev sjukskriven för.

Då går den försäkrade till arbetsförmedlingen, får man hoppas. Men det finns en risk att förmedlingen anser att den försäkrade inte står till arbetsmarknadens förfogande, eftersom han är sjukskriven. Det blir ingen akassa och heller ingen hjälp att söka nytt jobb. Såvitt jag förstår tillämpar båda myndigheterna sina regler på ett korrekt sätt. Man försöker från Försäkringskassans sida motverka detta genom att ha avlämningsmöten, där

Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och den försäkrade träffas för att diskutera situationen. Nu vet jag väldigt lite om hur arbetsförmedlingen fungerar, inte mer än vad ni vet – ni vet kanske till och med mer än jag – men jag skulle tro att försäkringskassa och arbetsförmedling skulle kunna samarbeta på ett bättre sätt. I alla fall får man hoppas det.

Gunvor G Ericson (mp): Jag vill också tacka för en mycket intressant föredragning. Till vissa delar var det lite skrämmande att höra att det inte fungerar som det ska enligt förvaltningslagen och annat.

Jag har två frågor som handlar om människors möjlighet att känna tydlighet inför det som gäller. Förekommer det att klagomålen handlar om otydlighet eller svårigheter att fylla i Försäkringskassans blanketter och att man därmed känner sig felaktigt behandlad för att man inte har förstått hur man skulle fylla i? Uppfattar JO att Försäkringskassans information om den enskildes rättigheter och skyldigheter är pedagogisk och lätt att förstå?

Cecilia Nordenfelt: Den sista frågan är svår för mig att svara på. Bemötandefrågor är ett problem inom Försäkringskassan som inom alla myndigheter skulle jag tro. Ofta handlar det om att den försäkrade och handläggaren upplever situationen på helt olika sätt. Den försäkrade, som befinner sig i en ekonomiskt pressad situation, är sjuk och har det allmänt sett besvärligt, känner sig snokigt och ovänligt behandlad. Handläggaren tycker att hon har varit tålamodet och vänligheten själv. Den försäkrade förstår inte att handläggaren måste följa reglerna och gör så gott hon kan inom den ramen. Bemötandefrågor är med andra ord väldigt svåra.

Man måste också komma ihåg att arbetssituationen på kassorna är ansträngd. Det har varit mängder med omorganisationer och personalminskningar och så vidare. Samtidigt har kraven på de materiella besluten skärpts genom att man numera ifrågasätter till exempel sjukskrivningar eller i alla fall rätten till sjukpenning. Möjligen är det också så att allmänheten är mer medveten om sina rättigheter än tidigare och kräver att ärendena handläggs på ett formellt och korrekt sätt. Man ska också ha klart för sig att förvaltningslagens krav på gott bemötande, god service och så vidare ställer krav på handläggaren och på tid hos handläggaren. Det är inte någon lätt verksamhet på något sätt.

Kurt Kvarnström (s): Tack för en bra föredragning. Jag känner igen en del exempel som du har gett. Man möter människor i olika situationer. Jag har tre frågor. I din första föredragning fick jag en känsla av att det snuddade lite grann mot Riksrevisionens uppgift att granska hur saker och ting fungerar. Jag skulle gärna vilja att du kommenterade JO:s gränssnitt och eventuella samarbete med Riksrevisionen på en del områden som vi berör.

Min andra fråga handlar om väntetider. Min känsla är att väntetiderna i länsrätterna blir allt längre. Hur mycket ser du av det i dagsläget, och hur ser du på den utvecklingen?

Min tredje fråga handlar om klagomålsfrekvensen och den kritik som man får. Är den baserad på tjänstemännens handläggning till stor del, eller är också ärenden som hanteras i socialförsäkringsnämnderna föremål för mycket av klagomålen? Jag skulle gärna vilja att du kommenterade skillnaden i ärendefrekvens enligt en känsla för om det är tjänstemannahandläggningen som man är kritisk mot eller om det är ärenden som går i socialförsäkringsnämnder som man riktar kritik mot när det gäller handläggning.

Cecilia Nordenfelt: JO sysslar i huvudsak med klagomål i enskilda fall, och Riksrevisionen gör mer övergripande och systematiska myndighetsrevisioner. Vi rör oss alltså på olika nivåer. Men jag skulle tro att en myndighet som får mycket klagomål från Riksrevisionen också borde ha mycket klagomål på individnivån och att många klagomål på individnivån skulle kunna vara en anledning för Riksrevisionen att göra en granskning ur sitt perspektiv.

Väntetider hos länsrätten är inte min fråga, utan det är en annan ombudsman som har hand om länsrätterna. Jag kan inte svara på den frågan.

Beträffande klagofrekvens hos socialförsäkringsnämnd eller tjänstemän tror jag inte att det är så stor skillnad. Socialförsäkringsnämnden fattar i vissa fall det formella beslutet, men den handläggning som leder fram till socialförsäkringsnämndens beslut har ju skett på tjänstemannanivå. Det är oftast där som saker och ting hakar upp sig, inte i själva beslutsfattandet. Om själva beslutet är fel – det kan det ju vara från den försäkrades synpunkt – får han överklaga det i vanlig ordning. Sedan finns det en del beslut som till sin konstruktion är väldigt svåra att förstå för individen, men det är en annan sak.

Lars-Arne Staxäng (m): Som bekant fick vi en sammanhållen statlig försäkringskassa år 2005. Ett viktigt motiv för detta var att få en likabedömning i landet. Vi får ibland signaler om att den här likabedömningen inte fungerar helt tillfredsställande. Vi har exempelvis ett ärende i dag som handlar om detta, och Riksrevisionen har tittat på det. Min konkreta fråga blir då: Har Försäkringskassan förbättrat sina egna utvärderingsrutiner i dag, 2007, just med tanke på de här utvärderingarna och rapporterna? Det gäller både sjukskrivningar, socialförsäkringsförmåner för gravida och så vidare, hela spektrumet.

Cecilia Nordenfelt: Det har inte gått så lång tid. Försäkringskassan arbetar med att göra bedömningarna lika. Graviditetsersättningen är väl just ett sådant fall. Jag tror att jag aldrig har kommit i kontakt med det som ärende, men man läser ju i tidningarna. Det kanske kan vara sådana fall där man genom centrala regler försöker styra det så att det bedöms på samma sätt. Men det måste naturligtvis vara ett önskemål att motsvarande fall bedöms lika inom hela kassans område.

Fredrick Federley (c): När verksamheten har fungerat och JO har lämnat kritik år efter år i ungefär 12 % av de anmälda ärendena, upplever ni att Försäkringskassan tar till sig det här och försöker göra något självmant? Din uppgift är inte att se de övergripande strukturerna, men upplever du att Försäkringskassan svarar upp mot kritiken? Du har också varit ganska tydlig i din kritik av att man inte vidtar vissa åtgärder. Du sade att vissa saker var allmänt bekanta, att det inte var anmärkningsvärt att det inte skett någonting i de här ärendena. Är det en förslappad kultur internt på kassan, eller har man inte de interna systemen för att göra det här? Det är ganska allvarligt. Justitieombudsmannen vet att det finns ett antal problem, men man vidtar inte några åtgärder av den enkla anledningen att det är bekanta problem.

Cecilia Nordenfelt: När jag pratar om bekanta problem pratar jag till exempel om den rena, långsamma handläggningen. Jag vet – det vet nog alla andra också – att många försäkringskassor och försäkringskasskontor har väldigt mycket att göra och att det uppstår väntetider. Det är inte meningsfullt att utreda hur många väntetider som helst.

Fredrick Federley (c): Var det framför allt sådant du avsåg? Det var inte rena handläggningsmissar, som man vet finns och där man inte längre höjer på ögonbrynen därför att så är det bara?

Cecilia Nordenfelt: Nej. När det gäller kritik i största allmänhet är den mänskliga faktorn en faktor av betydelse. Enskilda handläggare har inte alltid de kunskaper som behövs eller den tid som behövs. Man har bråttom, trycket är högt och misstag görs.

Sedan kommer man in på den här kulturella frågan, som jag pratade om tidigare. Förvaltningsrätten är ett särskilt område, och det finns väldigt mycket regler som Försäkringskassan måste iaktta när det gäller både den rena handläggningen, det vill säga förvaltningslagen och tillhörande regler i lagen om allmän försäkring, och ett väldigt komplicerat materiellt regelsystem att hantera. Det finns förklaringar till situationen på många olika plan, tror jag, och ingen av dem är det påfallande lätt att göra något åt, dessvärre.

Siw Wittgren-Ahl (s): Jag har en fråga om strukturerna, på grund av det du sade om att ni var ute och gjorde besök på försäkringskassorna. Då tänker jag på de strukturer som råder som vi från riksdagen många gånger har försökt påverka, till exempel att kvinnor inte får del av rehabilitering lika mycket som män får. Det finns då vissa saker som vi vet om och som vi har jobbat med att man ska försöka ta tag i.

Då undrar jag: När man gör de här besöken på försäkringskassorna, ser strukturerna lika ut på alla kontor? För att vända sig till JO fordras en viss kunskap. Det är väl inte vem som helst som ringer till JO och klagar på handläggningen. Ser man till exempel att det är fler kvinnor än män som ringer? Ser man att det är fler icke-svenskar som ringer? Ser man några

strukturer i fråga om vem det är som använder sig av JO? Ser man att det är olika behandling på grund av kön och etnicitet? Ser man någon skillnad på det när man är ute och gör nedslag?

Cecilia Nordenfelt: Vi har aldrig gjort någon sådan utredning, så jag vill helst inte svara på frågan.

När det gäller inspektioner går en inspektion till så att vi bestämmer i förväg att vi kommer till Försäkringskassan. De får veta kanske en månad innan att vi kommer att besöka ett visst kontor. Vi beställer fram akter av ett angivet slag. Man kan ju tycka att det inte blir någon överraskning, att de hinner städa innan JO kommer. Det är klart att de gör det, men å andra sidan syns det i en akt om den har städats. Det syns genast att man har fattat ett beslut precis inför JO:s besök som man borde ha fattat för ett halvår sedan, om jag ska vara lite extrem. Det syns i akten. På det sättet är det nyttigt.

Vi hittar också systematiska fel som människor inte förstår att de ska klaga på. Inskanningsfunktionen är ett typiskt sådant. Handlingarna skickas i väg, och människor förstår inte varför det blir som det blir. Det syns inte i det enskilda fallet att ett beslut berodde på att de inte hade läst det sista papperet – det berodde på att handlingen var i Östersund när de fattade beslutet. Det kan inte den försäkrade se. Men jag kan se att det här är ett systematiskt fel som återkommer gång på gång. På det sättet är inspektionerna viktiga.

Siw Wittgren-Ahl (s): Jag kan tycka att det är lite märkligt att man från JO:s synpunkt aldrig har tittat på om klass och kön har betydelse i handläggningen.

Cecilia Nordenfelt: Ja, men vi tittar på handläggningen i det enskilda ärendet, och det gör vi oberoende av klass, kön och medborgarskap.

Mikael Cederbratt (m): Som en av de antagligen sista i frågekön i dag vill jag också tacka för en trevlig och upplysande föredragning. Mycket av det som JO beskriver vad gäller kontrollfunktionen är att man letar efter det objektiva, vad som står i en journal, när ett ärende är diariefört, handläggningstider, alltså ett förhållandevis stabilt bevisunderlag, om jag får uttrycka mig på det sättet. Här berördes bemötande, och även förvaltningslagen beskriver bemötande. Hur hanterar JO graden av bra eller mindre bra bemötande? Finns det några regler som säger att man inte får vara sur eller att man ska säga rätt saker? Vad är det som ligger till grund för en eventuell kritik?

Cecilia Nordenfelt: Det blir väldigt sällan kritik när det handlar om rena bemötandefrågor, just därför att personerna upplever situationen på olika sätt. Det är väldigt sällan som en handläggare säger så här: Ja, jag var otrevlig och slängde på luren. Det gör man inte. För det första har handläggaren antagligen inte slängt på luren, och för det andra har hon försökt förklara hur systemet fungerar och gjort sitt bästa för att förbereda den försäkrade på det beslut som är att vänta. Men det är svårt att ta till sig,

för det handlar om ett beslut som man inte vill ha och ett beslut vars grund man inte förstår. Doktorn har ju sjukskrivit mig, varför får jag då ingen sjukpenning?

Det går inte att utreda den sortens frågor, i varje fall inte inom ramen för JO:s process, som är skriftlig. Jag tror inte att man skulle kunna göra det i en muntlig process heller, därför att den ena kommer att förklara att ”så här såg jag på det”, och den andra kommer att säga ”ja, men jag gjorde ju vad jag kunde, och så här ser jag på det”. Så står man där. Det gäller att understryka att i uppgiften för Försäkringskassans personal, precis som för all annan personal hos olika myndigheter, ingår att vara tillmötesgående mot allmänheten och att göra sitt bästa i den delen.

Mikael Cederbratt (m): Jag förstår vad du säger, och det verkar klokt. Men innebär det, om jag ska hårdra det, att man som tjänsteman kan vara hur otrevlig som helst, utan att gå in på förtal och liknande, och bete sig hur som helst utan att få kritik från JO?

Cecilia Nordenfelt: Jag kan inte svara på det. Man får inte vara hur otrevlig som helst.

Ordföranden: Problemet är väl lite grann att ord står mot ord i de där sammanhangen, och då kanske det kan vara svårt att bedöma, som jag förstår det hela.

Solveig Zander (c): Det är en fråga som jag har suttit och klämt på ett tag, men jag måste ställa den – annars har jag inte gott samvete. Jag vet inte om du kan svara på den.

Nu när det sker förändringar inom Försäkringskassan och man lägger ned kontor, bland annat små lokalkontor, undrar jag om det syns i ärendefloran hos er om det är fler som överklagar från de små lokalkontoren än från de större. Det man säger nu är att man ska samla kompetensen och att den blir bättre om man centraliserar. Därför undrar jag om man kan se hur ärendefloran fördelar sig.

Cecilia Nordenfelt: Inte än, tror jag. Men personligen tror jag att det är bra att man inte har för små enheter. Det befördrar kompetensen att det finns samtalspartner och specialistkompetens inom räckhåll. Det tror jag. Sedan måste Försäkringskassan när man håller på med sådant få ordning på sitt ärendehanteringssystem så att man vet var man har sina ärenden. Vi kan inte ha det kaos som stundtals råder på den punkten och samtidigt centralisera beslutsfattandet.

Helena Rivière (m): Du sade att JO tar emot skriftliga anmälningar, men du sade samtidigt att både barn och utländska medborgare kunde klaga. Då undrar jag om inte JO skulle kunna uppdatera tekniken så att en person som är verbalt begåvad men inte är så bra på att skriva skulle kunna vända sig till JO och ni skriver ut det den personen säger.

Cecilia Nordenfelt: Grundregeln är att man gör en anmälan till JO skriftligt. Det går bra att göra anmälan på utländska språk, och gör man det kommer anmälan att skickas för översättning. Det är inte ovanligt på kriminalvårdssidan till exempel. I nödfall, om man ska se det så, hjälper en handläggare till att formulera en JO-anmälan. Vi gör vad vi kan och försöker hålla god service på den här punkten. Det innebär att vi tar emot anmälningar på andra språk än svenska, att vi tar emot dåligt formulerad svenska och att vi i nödfall hjälper till att formulera den skriftliga anmälan.

Helena Rivière (m): Får jag då fortsätta på den frågan. En person har fått rätt i länsrätten, och sedan händer det ingenting. Det går sex månader, och den försäkrade befinner sig i en sorts limbo – ingenting händer. Var börjar då den personen sin klagofärd? Börjar han på Försäkringskassans ansvarsnämnd? Där antar jag att han råkar ut för en handläggare som just har beslutat i hans fall.

Cecilia Nordenfelt: Han får väl börja med att ringa till Försäkringskassan och fråga varför länsrättens dom inte verkställs, om det är så att den ska verkställas. Om det inte händer något kan han vända sig till mig.

Helena Rivière (m): Men den här personen påstår sig inte kunna skriva. Han har sådan värk, kan inte sitta, inte stå, inte ligga och kan inte uttrycka sig skriftligt, av de skälen. Men han är oerhört verbal och skicklig på att lägga fram sitt fall.

Cecilia Nordenfelt: Jag vet inte riktigt vart du vill komma. Vi försöker hjälpa till. Vi har haft något ganska extremt fall där vi skrev en anmälan åt en anmälare. Längre än så kan man nog inte komma. Jag tror inte att det går att ha ett hanteringssystem där man kan skicka in ett band till JO med sina muntliga klagomål och sedan tar JO hand om alltihop. Det skulle bli våldsamt ohanterligt. Man får lov att precisera sina önskemål. Det behöver inte vara några långa, utförliga, rättstavade eller grammatiskt kompletta brev, utan vi tar hand om det som går att förstå. Om det inte gör det vänder vi oss till anmälaren och talar om för honom att han måste förklara lite bättre.

Helena Rivière (m): Jag har ytterligare en liten detaljfråga: Finns det något mått på rimlig tidsgräns?

Cecilia Nordenfelt: Det beror på vad det gäller för frågor, så det gör det inte.

Ordföranden: Vi kan väl konstatera att även om det är få fall, i förhållande till hur många beslut som Försäkringskassan fattar varje år, som anmäls till JO är det för den skull inte mindre viktigt och betydelsefullt för den enskilde, som kan komma att drabbas av en felaktig handläggning i något ärende. Då fyller Justitieombudsmannen en mycket viktig funktion för att kunna kvalitetssäkra och hela tiden hålla en press på Försäkringskassan så att man minimerar antalet begångna handläggningsfel.

Jag ber att få tacka justitieombudsman Cecilia Nordenfelt och byråchef Albert Johnson för att de har varit här i dag och hjälpt oss att få en inblick i de olika sorters ärenden eller felaktiga handläggningar som människor kan råka ut för. Stort tack för att ni har varit här i dag!

BILAGA 4

Offentlig utfrågning om sjukskrivningsprocessen

Datum: tisdagen den 17 april 2007

Tid: 10.00–13.00

Lokal: Andrakammarsalen

Program

Inledning

Socialförsäkringsutskottets ordförande Gunnar Axén (m)

Övergripande om sjukskrivningsprocessen

Socialförsäkringsminister Cristina Husmark Pehrsson

Curt Malmberg, generaldirektör, Försäkringskassan

Anna Hedborg, generaldirektör, Socialdepartementet

Möte patient – läkare

Eva Nilsson Bågenholm, ordförande, Sveriges läkarförbund

Anders Wahlberg, andre vice ordförande, Sveriges Psykologförbund

Bo Lindblom, avdelningschef, Socialstyrelsen

Arbetsgivarens respektive arbetsförmedlingens roll

Sofia Bergström, socialförsäkringsexpert, Svenskt Näringsliv

Sture Nordh, ordförande, TCO

Siwert Gårdestig, programdirektör, Försäkringskassan

Lars Sjöström, stf. generaldirektör, Ams

Avslutning

Socialförsäkringsutskottets vice ordförande Tomas Eneroth (s)

Inbjudna myndigheter och organisationer

Socialdepartementet

Försäkringskassan

Arbetsmarknadsverket

Socialstyrelsen
Sveriges läkarförbund
Svenska Läkaresällskapet
Sveriges Psykologförbund
Svenska Företagsläkarföreningen
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
Handikappombudsmannen
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
Arbetsgivarverket
Sveriges Kommuner och Landsting
Svenskt Näringsliv
Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
Landsorganisationen (LO)
Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
Företagarnas Riksorganisation
AFA Försäkring

Inledning

Ordföranden Gunnar Axén (m): Jag ber att få hälsa utskottets ledamöter, inbjudna gäster och åhörare varmt välkomna till socialförsäkringsutskottets sammanträde och offentliga utfrågning om sjukskrivningsprocessen. Vi hoppas kunna belysa temat sjukskrivningsprocessen ur flera olika perspektiv under denna tretimmarsutfrågning. Vi har delat in utfrågningen i tre olika avdelningar. Den första är övergripande om sjukskrivningsprocessen, därefter har vi ett pass på temat mötet mellan patient och läkare och det tredje och avslutande passet är på temat arbetsgivarens respektive arbetsförmedlingens roll.

Ungefär 20 minuter efter varje pass kommer vi att hålla öppet för frågor från utskottets ledamöter. Det är också möjligt att ställa frågor till de företrädare som vi särskilt har inbjudit till denna utfrågning men som inte kommer att hålla några särskilda inledningsanföranden.

Därmed ber jag återigen att få hälsa alla varmt välkomna till en utfrågning som jag hoppas ska bli intressant och givande för alla. Jag lämnar över ordet till socialförsäkringsminister Cristina Husmark Pehrsson som håller det första inledningsanförandet. Välkommen hit.

Övergripande om sjukskrivningsprocessen

Statsrådet Cristina Husmark Pehrsson: Tack så mycket för att jag fått lov att komma hit till denna hearing som jag tycker ska bli spännande att få vara med och lyssna till och ta del av.

Rubriken för denna utfrågning är rätt och slätt sjukskrivningsprocessen. Det tycker jag är en bra rubrik. Vi kan här blicka tillbaka på många goda insatser och initiativ som redan har tagits, men det är också ett område där vi har mycket arbete framför oss, ett arbete som kräver förändringar och förbättringar.

Som jag sade vid en konferens i går med Sveriges Kommuner och Lands-ting slår mitt hjärta speciellt för dessa frågor, inte minst efter att ha varit del av sjukvården i 30 år.

(Bild 1) Om perspektivet inledningsvis är 30 år börjar jag med den här bilden. Den understa raden handlar om aktivitets- och sjuksättning, den däröver om sjukskrivningar, de två över den om arbetslöshet respektive socialbidrag. Vi kan notera att socialförsäkringsutskottet och vi andra som är inblandade, inte minst jag, har ett ansvar för närmare 65 % av de människor som vi ibland kan kalla för att vara i utanförskap.

Omfattningen av förtidspensionering och sjukfrånvaro är mycket stor. Bilden här visar utvecklingen sedan 1970. Antalet individer med förtidspensionering, det vill säga sjuk- och aktivitetsersättning, har ökat under hela perioden. Även om sjukfrånvaron har minskat något de senaste åren är den fortfarande mycket hög. Dessutom är risken för en ny uppgång betydande, särskilt när ekonomin nu förväntas gå bättre. I alla fall har forskning visat på ett samband mellan ökad sysselsättning och ökad korttidsfrånvaro. Slutsatsen är att det måste vidtas skarpa åtgärder för att vi ska kunna behålla eller ha en sjukförsäkring i balans. Jag överraskar väl inte någon om jag säger att sjukskrivningsprocessen i dag fungerar mindre bra.

Av Försäkringskassans redovisning för 2006 framgår att bara 8 % av de fall av sjukskrivningar som blivit längre än 90 dagar har fått ett avstämningsmöte. 3 % har fått en plan för återgång i arbete. En gammal sanning är ju att de med sjukskrivningar som blir längre än 90 dagar löper stor risk för ett utanförskap. Efter ett års sjukskrivning har man i två av tre sjukfall tittat på om den sjukskrivne kan utföra annat arbete än sitt tidigare arbete. Självfallet är då risken stor att den potential som finns för återgång i arbete går förlorad.

Carina är en flicka som bor nära mig hemma. Hon är 31 år och har ont i nacke och axlar. Hon har nu varit sjukskriven i 18 månader, och hon får sjukgymnastikbehandling var fjortonde dag. Hon går nu till doktorn och säger: Jag blir bara sämre efter denna sjukgymnastbehandling. Jag mår illa, riktigt illa, och blir inte bättre. Jag vill komma tillbaka till arbetet, säger Carina. Ska jag nu fortsätta min sjukgymnastbehandling var fjortonde dag? Ja, säger hennes företagsläkare, och så sjukskriver jag dig ett halvår till. Carina löper så småningom stor risk att som ung komma in i en sjuk- och aktivitetsersättning.

Jag vill gärna säga att Försäkringskassan har gjort stora framsteg och mycket kraftfulla arbeten och insatser på ohälsans område för en mer försäkringsmässig hantering. Och jag önskar, hoppas och tror att denna utveckling kommer att fortsätta med stor kraft.

Vad påverkar då sjukfrånvaron? Historiskt sett finns det tre saker som påverkar sjukfrånvaron. Den första är arbetsmarknadsläget. Men här verkar sambandet inte längre vara lika starkt. Den andra påverkansfaktorn handlar om ersättningsnivåerna. Men dessa har inte ändrats nämnvärt sedan 1997. Dessa två konstateranden som jag gör leder oss fram till slutsatsen att grindvaktfunktionen har en stor betydelse för sjukfrånvarons utveckling.

För att tillåta mig att göra en parentes ser jag ibland sjukskrivningsprocessen som en form av trafikljus. Vid rött ljus: Stanna upp, tänk efter, lugna ned dig! Vid gult ljus: Nu sätter vi i gång någonting. Var beredd! Vi inleder ett arbete, en uppstartsfas. Vid grönt ljus: Nu kör vi, men vi vet vilket mål vi ska uppnå. I dag är det för många ett ständigt rött ljus.

Jag ska återgå till grindvaktfunktionen. Den handlar om flera saker, som jag sade, och inte minst om sjukskrivningsprocessen, till exempel möjligheten att begära in sjukintyg tidigare än dag sju. Även Försäkringskassans arbete mot ohälsa har stor betydelse för utvecklingen. Detta märks inte minst genom fler överklaganden av Försäkringskassans beslut. Försäkringskassans arbete med att upprätthålla regelverk för utbetalningar av ersättning och en striktare hållning är också centralt om vi ska lyckas.

Det första mötet med läkaren är viktigt. Den försäkrade måste få realistiska förväntningar på sjukskrivningen och tiden. Som ett stöd för läkarens många gånger mycket svåra bedömningar kommer Socialstyrelsen och Försäkringskassan under hösten med ytterligare riktlinjer och rekommendationer för sjukskrivning för de vanligaste diagnoserna.

(Bild 2) Jag vill också visa den här bilden. År 2002 var visserligen ett toppår vad gäller sjukfrånvaron, men samtidigt var det ett år då Försäkringskassan inledde bekämpningen av ohälsa. Oavsett konjunktur har vi cirka 6 miljoner sjukfall per år i Sverige. Siffran verkar dessutom vara konstant. Sjukfallen inkluderar alltifrån benbrott och förkylningar till hjärtinfarkter.

År 2006 hade vi cirka 400 000 färre fall av längre sjukskrivningar än två veckor jämfört med 2002. År 2006 hade vi cirka 60 000 färre fall av sjukskrivningar som var längre än ett år jämfört med 2002. Det händer saker.

Dessa siffror ska också kunna omsättas i pengar, och låt mig få göra det. Utgiftsminskningen mellan 2002 och 2006 för sjukskrivningar som var längre än två veckor var 12,5 miljarder kronor. Utgiftsminskningen mellan 2002 och 2006 för sjukskrivningar som var längre än ett år var 4 miljarder kronor. Utgiftsminskningen för sjuk- och aktivitetsersättningen, det vill säga det som många också kallar förtidspensioner, var på årsbasis 2,3 miljarder, eftersom vi hade 17 000 färre personer med sjuk- och aktivitetsersättning. Det är mycket pengar och mänskligt lidande som det handlar om, och för många människor i utanförskap och med långa

sjukskrivningar handlar det om en sämre ekonomisk situation. Inte minst handlar det om minskade skatteintäkter för staten, skatteintäkter som skulle kunna användas för våra välfärdstjänster.

(Bild 3) Jag ska säga något om regeringens medel. Arbetsplatsen är naturligtvis viktig i många sammanhang, och arbetsgivarna bär här ett ansvar för att tillsammans med den anställde försöka undvika sjukskrivning. För att upptäcka människor med särskilda problem som behöver stöd kommer regeringen att föreslå förenklingar när det gäller arbetsgivarens möjligheter att begära in läkarintyg tidigare än dag sju. Medfinansieringen har regeringen redan slopat, vilket innebär att det blir lättare att få ett arbete för personer som varit långtidssjukskrivna eller fått sjuk- och aktivitetsersättning.

Jag anser också att det behövs ett närmare samarbete mellan sjukvården och arbetsplatsen. Sjukskrivande läkare måste få bättre kunskap om den försäkrades arbetsplats, och arbetsgivaren måste få tillgång till ett bättre kompetensstöd för att veta vad man ska göra i det enskilda fallet. Företagshälsovården borde här ha denna roll.

Företagshälsovården är i första hand en fråga för arbetsmarknadens parter, men regeringen vill gärna se hur man ska kunna stödja utvecklingen av en kvalificerad företagshälsovård. För närvarande arbetar Anna Hedborg för regeringens räkning med denna fråga men också med frågan om huvudmannaskapet för den framtida företagshälsovårdsutbildningen. Jag utgår från att Anna kommer att säga någonting om detta i sitt kommande inlägg.

Ett exempel på målstyrning är det avtal som i höstas tecknades mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, den så kallade sjukvårdsmiljarden, som ger landstingen incitament att minska sjukskrivningarna men som motprestation förbättra den medicinska rehabiliteringen. Institutet för arbetsmarknadspolitiska utvärderingar, IFAU, kommer att följa denna process.

Vi har förstärkt de ekonomiska drivkrafterna i systemet jämfört med det avtal som fanns tidigare, och vi har kopplat pengarna samman med tillämpningen av Socialstyrelsens och Försäkringskassans riktlinjer för sjukskrivning. Vi har i många fall världens längsta och mest passiva sjukskrivningstider. Jag vet också att Läkarförbundet i allra högsta grad är inkopplat på detta arbete.

Den positiva utvecklingen när det gäller ohälsan håller i sig, och vi ser nu ett tredebrott vad gäller ohälsan. Arbetslösheten sjunker samtidigt som ohälsotalet minskar. Denna trend ser vi nu för första gången på 20 år, men vi har mycket kvar att göra.

(Bild 4) I vårbudgeten presenterar vi nu förslag som syftar till att öka deltagandet på arbetsmarknaden för dem som orkar och kan. Inte minst har vi i den utredning som Anna Hedborg presenterade förra hösten kunnat se hur många, trots arbetsförmåga, fått förtidspension. I många fall har det varit en arbetsmarknadspolitisk åtgärd.

Regeringen har när det gäller inkomstavräkningen av BTP, bostadstillägg för pensionärer, aviserat att om man kan gå tillbaka till arbete ska man trots det inte se en så snabb nedtrappning av BTP, utan det ska verkligen löna sig för dem som kan och orkar att gå tillbaka till arbete.

Regeringen har aviserat ytterligare skatteförändringar som syftar till att göra det mer lönsamt att arbeta – skattepengar som staten och vi alla behöver för att kunna värna den välfärd vi vill ha. Om vi alla medverkar till och arbetar för att minska ohälsan kommer vi alla att vara vinnare i längden.

Tack för ordet, herr ordförande. Jag hoppas på en givande diskussion och ser fram emot att få vara med vid denna hearing.

Ordföranden: Vi får tacka ministern så mycket. Jag hälsar nu generaldirektören för Försäkringskassan, Curt Malmberg, välkommen upp i talarstolen för en inledning. Varsågod.

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Tack så mycket. Jag välkomnar naturligtvis detta initiativ som utskottet har tagit. Det är ett uttryck för att det i dag finns ett mycket tydligare fokus på sjukskrivning och sjukskrivningsprocessen. Det är väldigt bra, därför att för några år sedan var det inte så. Samtidigt återstår det en hel del. Vi på Försäkringskassan märker i våra kontakter att det fortfarande finns ganska mycket missuppfattningar om det grundläggande i regelverket, det som riksdagen en gång faktiskt har beslutat om.

Den viktigaste utgångspunkten är naturligtvis den försäkrade, den enskilda människan. De allra flesta sjukskrivningar är väl motiverade, men sjukskrivningarna i sig har också många effekter, som Cristina Husmark Pehrsson också varit inne på. Det är ganska väl belagt i forskningsrapporter. Men jag tror att vi alla här i salen säkert har någon anhörig, nära vän eller annan som har råkat ut för långvarig sjukskrivning, och vi vet vad det gör med människor. Försämrad livskvalitet i termer av sämre självkänsla, inte sällan social isolering och att man går upp i sin sjukroll på ett negativt sätt är ganska vanligt. Missbruk följer ofta i spåren. Sedan är det ett faktum att ekonomin blir oerhört lidande om man tidigt blir sjukskriven och kanske får en sjukersättning. Det blir en form av fattigdomsfälla där man går miste om en löneutveckling som andra får. För individens bästa finns det alltså all anledning att ha fortsatt fokus på sjukskrivningarna.

Jag ska bara göra en kort överblick. Nackdelen med att komma som andra talare är att den första talaren har stulit allt vad man hade tänkt säga, men så är det i livet.

Jag tycker att Sverige skiljer sig i två avseenden från andra länder när det gäller sjukskrivningar. Det första är att vi har en högre nivå på sjukskrivningarna. Det andra är att vi har ett tydligt samband mellan sjukfrånvaro och konjunktur.

Om vi jämför den första delen, det höga sjukskrivningstalet, med andra länder i Europa ligger vi i topp, det vill säga i någon mening i botten. Det är Sverige och Norge som haft denna utveckling. Tidigare har Nederländerna tillhört denna kategori men har nu fått en ny situation. Det återstår

naturligtvis att förklara denna position, och ingen har väl gett någon entydig förklaring. En del av förklaringen är med all säkerhet demografiska. Vi har fler äldre i förvärvslivet, och äldre har högre sjukbenägenhet, vilket är en fullständigt naturlig effekt. Men det förklarar en ganska liten del av siffrorna.

Den andra faktorn som gör att vi i någon mening utmärker oss är det omvända samband som finns mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. Goda tider – låg arbetslöshet och hög sjukfrånvaro, dåliga tider – hög arbetslöshet och låg sjukfrånvaro. Det är ett i huvudsak svenskt fenomen som man kan spekulera om orsakerna till, men jag väljer nu att titta framåt lite grann för att se om vi kanske kan se en förändrad utveckling, ett trendbrott.

(Bild 5) Vi ser här siffrorna för utveckling av arbetslöshet och sjukfrånvaro och den negativa samvariation som har funnits sedan långt tillbaka i tiden. Men vi kan också se att båda kurvorna för den senaste tiden pekar nedåt, och det har inte hänt ofta. Man får gå tillbaka till något enstaka år under en 40-årsperiod för att se detta. Jag vet att det är för tidigt att ropa hej här och att man inte kan dra några bestämda slutsatser, men det är onekligen oerhört intressant om vi kan bryta den utveckling som vi har haft.

(Bild 6) Försäkringskassan har satt upp ett mål när det gäller ohälsotaget. Vi har delvis omformulerat en del av de mål som vi har fått med oss från riksdag och regering tidigare. Vi talar om något som vi kallar för ohälsotaget. Ohälsotaget fångar in antalet sjukpenningdagar, men inte bara det utan också ett antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning, det som tidigare kallades förtidspension. Själva talet får vi fram genom att dividera antalet dagar som dessa två kategorier är borta med antalet personer i vuxen ålder. Vi får då fram hur många dagar den genomsnittlige svensken är borta från arbetet, antingen beroende på sjukskrivning eller för att man kommit in i det som tidigare kallades förtidspension. Variationerna är naturligtvis jättestora. Det finns många som inte är borta en enda dag, medan det finns de som är borta 365 dagar. Men så här ser utvecklingen av ohälsotaget ut.

Vi kan se att vi hade en topp åren 2002 och 2003. Därefter har ohälsotaget stadigt minskat. Vi på Försäkringskassan har satt upp som mål att vi ska nå 37 dagar under 2008. Topppnoteringen var strax över 43 dagar. Man kanske kan tycka att det inte är någon större skillnad mellan 43 och 37, men varje tiondel motsvarar 600 000 dagar. Vi pratar ju här om hela den vuxna befolkningen. Vi har alltså haft en positiv utveckling.

37 dagar kan man säga är ett djärvt mål, men det är inte ouppnåeligt. Målsättningar ska ju vara djärva men möjliga att nå. Man behöver inte gå särskilt långt tillbaka i tiden för att komma till siffran 37. År 2001, för sex år sedan, låg vi på 37 dagar i Sverige. Därefter steg kurvan brant. Nu ligger vi strax under 40 dagar. Skillnaden mellan dagens nivå, strax under 40 dagar, och 37 dagar motsvarar totalt 15 miljoner dagar. Det blir en lite abstrakt siffra. Översatt till årsarbetare motsvarar det drygt 40 000.

Även om vi har minskat ohälsotalet ligger vi i ett internationellt perspektiv väldigt högt. Anna Hedborg, som ska tala här senare, har i sin utredning visat att vi i sjukskrivningstider ligger betydligt högre än andra länder. Det är naturligtvis en av förklaringarna här.

Det finns två komponenter i ohälsotalet: sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Det som minskar mest är sjukpenningen, men även sjuk- och aktivitetsersättningen har minskat den senaste tiden, vilket också är ett trendbrott.

För att se framåt och se på vad Försäkringskassan ska göra är det några saker som jag skulle vilja peka på. Som sagt har Cristina Husmark Pehrsson redan varit inne på detta med försäkringsmedicinska riktlinjer. Hon har också pekat på en ökad samverkan mellan aktörer och på en modernisering av Försäkringskassan.

När det först gäller de försäkringsmedicinska riktlinjerna finns det i Sverige inga försäkringsmedicinska riktlinjer eller, som vi brukar kalla det lite slarvigt, Fass för sjukskrivning för att jämföra med läkemedel. I andra länder har man det systemet. Det finns en vägledning. En doktor kan slå i en bok och se vad som verkar vara rimligt. Självklart kan man inte läsa sig till och slå upp detta, utan det beror på den enskilda patientens situation. Men det ger ändå en vägledning för vad som är möjligt. Det här håller Försäkringskassan och Socialstyrelsen på att ta fram. Vi räknar med att en första implementering kan ske till den 1 oktober. Men jag vill säga att det säkert blir starten på en process. Det är inget som kommer att fungera från dag ett, utan det kan säkert ta lite tid. Men jag tror att det blir ett oerhört viktigt verktyg.

Jag ska ta ett exempel på vad detta kan innebära vid en vanlig diagnos, värk i ländryggen, som vi kanske någon gång har drabbats av. Om vi jämför sjukskrivningstiderna internationellt med de i Sverige ser vi att det är jättestora skillnader. I Sverige är man i princip sjukskriven ett år jämfört med 55 dagar vid en internationell jämförelse. Det här är en diagnos. Om genomsnittet minskade bara för dem med den här diagnosen skulle det innebära en besparing med 250 miljoner.

När det gäller ökad samverkan har det skett en stor förändring bara under de drygt två år som Försäkringskassan har funnits i den nya, moderna formen i samverkan med hälso- och sjukvård, arbetsförmedling, arbetsgivare och fackliga organisationer. Inte minst är det samverkan med arbetsförmedlingen som är viktig, för vi har haft ett problem med människor som hamnat mellan stolarna, som man brukar säga, människor som hamnat mellan de olika systemen. Vi har nu bra rutiner för att hantera det. Min uppfattning är att detta fungerar mycket bättre nu än vad det har gjort tidigare.

Det kommer ett pass senare där vi ska prata om samarbetet mellan arbetsförmedling och arbetsgivare, men jag kan säga att vi har utvecklat samarbetet med arbetsgivarna. Förra veckan var jag i Blekinge och fick där ta del av samarbetet mellan Försäkringskassan och Volvo i Olofström som är

mycket väl fungerande. Där finns regelbundet en person från Försäkringskassan. Ett annat exempel är Försäkringskassans samarbete med SJ, där man har minskat sjukfrånvaron med 30 %. Det finns alltså mycket att göra.

När det gäller moderniseringen av Försäkringskassan handlar det om att Försäkringskassan har kommit till vägs ände när det gäller vad man kan få ut av organisationen i den gamla strukturen, som ju byggde på att det var 22 olika myndigheter. Nu är det en myndighet. Vi vill dra konsekvenserna av det och utnyttja potentialen i den nya organisationen. För sjukfrånvaroprocessen betyder detta att vi vill effektivisera verksamheten för att kunna satsa mer resurser, gå in tidigare i sjukfallen och ge de längre sjukfallen en personlig handläggare.

Tanken är att vi ska koncentrera handläggningen i de tidiga sjukfallen till de nationella försäkringscentren. Det ger också förutsättningar för en mer likvärdig behandling över hela landet. I de långa sjukfallen kommer man till de lokala försäkringscentren, som finns på betydligt fler ställen än de nationella centren. Där – och detta är en mycket viktig del – ska man få en personlig handläggare.

I dag har man tyvärr som enskild försäkrad ibland fått dra om sin levnadshistoria och sjukskrivningsprocess inför nya handläggare gång på gång. Det är naturligtvis inte bra. Det är därför väldigt viktigt att man skapar en personlig relation.

Jag är övertygad om att detta kommer att innebära att vi står bättre rustade att möta sjukfrånvaron.

Avslutningsvis vill jag säga att jag tycker att mycket har hänt när det gäller sjukskrivningsprocessen. Vi har nu ett gyllene tillfälle att vända den negativa utvecklingen. Vi har en bra utveckling på arbetsmarknaden. Utmaningen för oss och alla andra som är inblandade i sjukskrivningsprocessen är att nyttja detta tillfälle. Om jag ska överdriva något kan jag säga att det är ett formligt helvete för många människor att vara inlåsta i sjukskrivningar. Nu har vi en gyllene chans att få tillbaka dem.

Kanske kan vi göra något historiskt och bryta det mångåriga sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Det hoppas vi.

Ordföranden: Tack så mycket! Då lämnar jag ordet vidare till Anna Hedborg, generaldirektör vid Socialdepartementet, som i höstas presenterade en mycket läsvärd utredning angående socialförsäkringarna. Jag antar att du kommer in en del på denna nu.

Anna Hedborg, Socialdepartementet: Jag får tacka för att jag har blivit inbjuden till denna viktiga diskussion. Man kan säga att Socialförsäkringsutredningens viktigaste insikt var att vi successivt har förlängt sjukskrivningstiderna sedan början av 1970-talet. Det är de långa sjukskrivningstiderna som i stor utsträckning är vårt stora problem.

Samtidigt med den mycket systematiska förlängningen av sjukskrivningstiderna tredubblades också förtidspensionerna. Det vill säga: Sjukskrivning föder sjukskrivning. Det finns inget som är så farligt för framtiden som att man är sjukskriven för länge och i onödan.

Det här är inte fusk. Det finns naturligtvis fusk, men huvudförklaringen till den här processen är en annan, som vi alla är inblandade i. Det är en föreställning som successivt har vuxit sig stark: Att inte må bra är lika med sjukdom, och sjukdom är lika med sjukskrivning.

När man väl är sjukskriven handlar det mest om väntan. Det är väntan på nästa undersökning, väntan på en kontakt med arbetsgivaren, med doktorn eller med Försäkringskassan. Denna väntan betyder i sig en förstärkt upplevelse av sjukdom.

När går man från att vara en frisk människa med arbete och en identitet i det till att vara en sjuk människa som möjligen kan ha arbetsförmåga till viss del? Det är naturligtvis olika. Det finns sjukdomar och sjuklighet som sjukförsäkringen är till för. Då ska man få vara sjukskriven i fred, utan att behöva bli ifrågasatt. Men i de olika mellantillstånden beror det på en mängd olika saker. Det beror på vilket arbete man har i förhållande till sin sjukdom. Det beror på hur roligt man har på arbetet, hur efterfrågad man känner sig och hur livssituationen i allmänhet ser ut. Jag tror att vi alla kan leva oss in i att alla får svårt att komma tillbaka efter en viss tid, särskilt om de har en del symtom kvar, vilket ofta är fallet. Man kanske fortfarande har ont i ryggen eller andra symtom som man har fått som en del av identiteten i sitt sjuka jag. Då är det svårt att ta klivet tillbaka till att bli en frisk människa som i huvudsak har sin identitet i arbetet.

Det är en internationell erfarenhet att långa sjukskrivningstider gör det väldigt svårt att komma tillbaka. Det är en väsentlig del av problembilden med för långa sjukskrivningstider. Det sker för lite och det sker för sent.

Särskilt arbetsförmågebedömningen är en svag punkt i vår process sådan den ser ut. Doktorn har i allmänhet ganska dålig kunskap om arbetsplatsen och tycker att det ofta är en konstig uppgift att bedöma individens relation till hans eller hennes arbete. Försäkringskassan ser inte fallet förrän efter en tid och upptäcker inte att det är ett riskfall förrän sjukskrivningsprocessen redan har börjat.

Då måste man fundera över om inte företagshälsovården är på precis rätt ställe. Den är nära arbetsplatsen och har bättre kunskaper om arbetsplatsen än någon annan i processen kan ha. Men man kan samtidigt konstatera att företagshälsovården inte har spelat någon större roll i den utveckling som vi har sett. Det är också lätt att tala om varför: Företagshälsovården saknar i dag ett sjukvårdsuppdrag. Man saknar en relation till individen, som är det som skulle vara den springande punkten för att uppnå kopplingen mellan individens sjukdom och individens arbetsplats. Detta behövs om man ska kunna avgöra individens arbetsförmåga i förhållande till arbetsplatsens förutsättningar.

Detta om något ligger i statens intresse i frågan om företagshälsovård. Företagshälsovårdens roll i sjukskrivningsprocessen skulle kunna förstärkas. Jag upplever det som att det är därför jag har fått socialministrerns uppdrag att titta på hur man skulle kunna förstärka företagshälsovården, så

att den ska kunna spela en större roll i sjukskrivningsprocessen. Därtill ska vi titta på vart utbildningen ska ta vägen efter att Arbetslivsinstitutet har lagts ned.

I Socialförsäkringsutredningen talade vi om en företagshälsovård på tre ben. I dag står den – om man kan tillåta sig att uttrycka det så – ganska ostadigt, på ett ben. Det är i dag arbetsmiljöuppdraget som är företagshälsovårdens huvudsakliga uppdrag. Vi tror att den skulle stå stadigare och kan utveckla en professionell kompetens och ett oberoende om den fick stå på tre ben.

Ett ben skulle vara primärvårdsuppdraget för dem som arbetar på arbetsplatsen. Det skapar en direkt lojalitet till individen och för också in hela sjukvårdens etik – sekretessfrågor, respekt för individen och så vidare – och ger kunskap om individerna.

Det andra benet skulle vara ett uppdrag från sjukförsäkringen att bli specialist på arbetsförmågeprövningar. Det ligger nära till hands att man med bas i yrkesmedicinen, läkarrollen och arbetsmiljöuppdraget också kan utveckla ett professionellt förhållningssätt till frågan om arbetsförmågebedömning. Det är svårt att se att någon annan institution i samhället skulle ha samma förutsättningar att göra detta.

Det tredje uppdraget är inte minst viktigt, nämligen det arbetsmiljöuppdrag man har – att dra systematiska slutsatser av den situation som man ser på arbetsplatsen också i kraft av sjukbilden. Där kan man analysera hur det står till på den enskilda arbetsplatsen. Det är viktigt att man inte glömmer detta tredje ben. Det har ju varit en av förklaringarna till att man varit tveksam till att släppa in de individuella frågorna. Man har menat att det skulle innebära en risk för att man glömmer de kollektiva arbetsmiljöfrågorna. Men det är svårt att inte se att de här uppdragen skulle kunna förstärka varandra, bara man håller ögonen på detta.

Det är parterna som äger frågan om företagshälsovård. Regeringen har sagt att det inte ska bli något obligatorium, och det är förmodligen bra eftersom det handlar om en utvecklingsprocess. Den kan växa nedifrån och bygga på att man får en företagshälsovård som är specialiserad i relation till branscher och de enskilda företagens problem. Men vad parterna kommer att vilja göra är i praktiken förstås helt avgörande för vad som kommer att hända.

Det är också viktigt att det blir en vinna-vinna-situation för landstingen. Då handlar det inte bara om pengar, vilket naturligtvis kan underlätta, utan också om att hitta ett samspel mellan företagshälsovård och landstingens primärvårdsuppdrag så att det känns som komplementärt och avlastande och inte som en konkurrenssituation. Kärnfrågan är att uppdragen förstärker varandra.

Om man nu ska sammanfatta vad man kan ha för föreställning och dröm om en framtida företagshälsovård vill jag säga att det är en företags-hälsovård som känner individen och kan reagera riktigt tidigt i sjukskrivningsprocessen. Redan innan man blir sjukskriven har man kontakter där

man kan se om det föreligger en risksituation eller inte. Företagshälsovården får ett uppdrag att koordinera insatser kring individen i relation till sjukvården, arbetsplatsen och kanske i den bästa av världar till och med inför en situation där individen kanske behöver byta arbete för att finnas kvar på arbetsmarknaden. Man kan också dra slutsatser för arbetsmiljön i sammanhanget.

Läkare och sjuksköterska är professioner som har de individuella frågorna som grunden i sin profession, och de har därför också en kapacitet som de i dag inte alltid får utnyttja. Till detta kommer att man inom företagshälsovården dessutom har tillgång till andra yrkesgrupper som kan förstärka relationen mellan arbetsplats, arbetsmiljö, individ och sjuklighet. Det är basen för en stark och koordinerande företagshälsovård.

Avgörande blir parternas efterfrågan och branschens utvecklingsförståelse. Statens bidrag till detta, förutom att man står för en del utbildning, handlar om statens egenintresse av att få en utvecklad arbetsförmågeprövning på ett ställe som är lämpat för detta. Det är svårt att tänka sig en bättre plats för detta än en väl fungerande företagshälsovård.

Ordföranden: Tack så mycket. Då har vi lyssnat till tre anföranden som inledning. Vi öppnar nu för frågor från utskottets ledamöter med anledning av temat för denna första avdelning, övergripande om sjukskrivningsprocessen

Utfrågning

Kurt Kvarnström (s): Jag tänkte fråga socialförsäkringsministern och Försäkringskassan. I det material som vi har fått ta del av finns en tydlig koppling till arbetsplatserna, som är väldigt viktiga för att människor ska kunna komma tillbaka. För några år sedan hade vi en ganska bred undersökning som pekade på att ungefär hälften av de sjukskrivna inte kände sig välkomna tillbaka till jobbet. Min fråga är: Varför lyfter man då bort kravet och fokus från arbetsgivarna och arbetsplatsen i de förslag som nu kommer från regeringen?

Min andra fråga är riktad till Försäkringskassan. Vi fick den 21 december en redovisning i ett svar till regeringen på uppdraget när det gäller sjukskrivningsprocessen. Där skriver man att ett obligatorium borde vara att alla får en bedömning efter tolv veckors sjukskrivning. Man tar också upp ett antal andra kriterier för att förbättra sjukskrivningsprocessen. Man säger att man måste ha ökade resurser för att kunna genomföra detta åtagande. Min fråga är hur detta stämmer överens med den förändring som Försäkringskassan nu genomför. Klarar man att leva upp till de utgångspunkter man hade den 21 december?

Min nästa fråga till Försäkringskassan gäller finansiell samordning. Vi har i riksdagen beslutat om att 5 % av sjukförsäkringsanslaget ska användas för att på ett bättre sätt samverka mellan samhällets olika organisationer för att klara att stötta och hjälpa människor tillbaka i olika former. Av de 1,4 miljarder som finns till förfogande i år har man bara aviserat

192 miljoner för finansiell samordning. Vad har Försäkringskassan för ambitioner att använda hela det utrymme som finns för att förbättra samordningen i detta sammanhang?

Statsrådet Cristina Husmark Pehrsson: Jag går in på det övergripande innan jag kommer in på detaljfrågan. Anna Hedborg och också jag själv var inne på detta med väntan. En lång sjukskrivning blir jobbig både för den enskilde, för arbetskamrater och för arbetsgivare. Här gäller det att göra många smarta saker samtidigt för att se till att personen i fråga inte är borta så länge från arbetslivet. När jag får frågan vad som är viktigast brukar jag svara att det inte finns en enskild sak som är viktigast utan att vi måste jobba med många saker samtidigt.

Så till detaljfrågan. Jag tror att Kurt Kvarnström tänker på rehabiliteringsutredningen och det krav på arbetsgivaren som har funnits tidigare. Om vi ser till vad det har inneburit har vi kunnat se att en arbetsgivare inte har kompetens nog att göra en sådan utredning. Det har försinkat rehabiliteringsarbetet och de tidiga insatserna. Det har inte kommit in i tid, och det har inte varit av en sådan kvalitet att det – enligt de uppgifter jag har fått från Försäkringskassan – har bidragit särskilt mycket när det gäller att underlätta den sjukes återgång till arbetet.

Samtidigt vill jag betona arbetsgivarens krav på tidiga rehabiliteringsinsatser och arbetsmiljöbedömning. Att vi tar bort kravet på rehabiliteringsutredning bidrar till att snabba upp processen, men arbetsgivaren har fortsatt det stora kravet på sig.

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Den första frågan gällde resurssituationen, kopplat till det som lades fram den 21 december. På längre sikt är jag inte ett dugg orolig för Försäkringskassans resurssituation. Vi drar i gång ett förändringsarbete som just syftar till att effektivisera verksamheten. Där kommer vi att frigöra resurser som vi kommer att satsa på sjukfallsprocessen.

Men visst kan jag känna mig orolig på kort sikt för hur vi ska klara omställningen under 2007. Vi har en besparing att realisera. Men på lång sikt kommer vi att klara det hela på ett utmärkt sätt.

Jag uppfattade inte riktigt vad din andra fråga gällde. Kan du ta den igen?

Kurt Kvarnström (s): Jag kan komplettera den igen. Vi har i riksdagen beslutat att använda 5 % av sjukförsäkringsanslaget för att utveckla finansiell samordning fullt ut. Nu används ju bara en halv procent i den fördelning som kassestyrelsen har gjort för i år. Min fråga är: Vilken ambition har kassan när det gäller att utveckla finansiell samordning, så att man faktiskt använder de resurser som riksdagen har anslagit till detta?

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Det är naturligtvis en oerhört viktig del, och vi har ambitionen att använda de medel som finns för denna verksamhet. Till en del går det kanske in i det förändringsarbete som vi utför

tillsammans med andra aktörer och som kanske inte bokförs precis under denna rubrik, men självklart har vi ambitionen att använda de pengar som finns anslagna till detta.

LiseLotte Olsson (v): Jag ska börja med att säga att jag håller med socialförsäkringsministern om att det verkligen händer saker på det här området och att det går fort. Där är vi överens. Vi är också överens om att det är bra att det är färre som behöver vara sjukskrivna eller i förtidspension. Det är väldigt bra.

Men om man bara ser dessa positiva saker och säger att det handlar om att spara pengar är det att förenkla det hela. Man ser inte att människor far illa. Det finns inte med tillräckligt tydligt i diskussionen. Vi vet alla att ifrågasättandet av de sjuka har ökat kraftigt efter valet.

Ett exempel är lägre ersättningsnivåer. Man har pekat på att det är en brist hos de sjukskrivna och på att de har sämre ekonomi. Det är självklart, men samtidigt har riksdagens beslut gjort att de sjukskrivna har fått sämre ekonomi.

Det kommer krav på sjukintyg från första dagen. Det senaste är de försäkringsmedicinska riktlinjerna, som vi har diskuterat och fått information om här i dag, med detaljerade rekommendationer för sjukskrivning. Det är just detta som min fråga handlar om. Jag kopplar detta till frågan om kvinnors hälsa.

Man vill ha de här riktlinjerna. Ett argument som man har anfört är att man tror att tendenser till skillnader när det gäller bedömning och behandling motverkas om det finns enhetliga riktlinjer. Har man tittat på detta i relation till kvinnors sjukskrivningar? Vad tror man, befarar man eller har man för tankar om vad detta kommer att få för följder när det gäller kvinnors sjukskrivningar?

Vi vet ju att väldigt mycket av kunskapen om till exempel medicinska behandlingar är baserad på mäns sjukdom och hälsa. Har man i arbetet med riktlinjerna tagit hänsyn till att situationen för män och kvinnor inte är likadan, och vad baserar man riktlinjerna på? Dessa frågor riktar jag till den som känner sig manad att svara.

Jag skulle också vilja ha en kommentar från LO. Många av de sjukskrivna och utslitna kvinnorna kommer från LO-leden. Därför undrar jag om ni har några funderingar på hur detta kommer att drabba och om det kommer att drabba kvinnor speciellt hårt.

Statsrådet Cristina Husmark Pehrsson: Jag har en kommentar till detta. Frågan gällde riktlinjerna och kvinnors hälsa.

Jag tycker att det mest inhumana man kan göra någon som är sjuk är att inte agera och att inte agera i tid. Jag har arbetat inom bland annat företagshälsovården i tolv år. Jag vet att många frågar: "Varför gjorde ni inget i tid? Såg ni inte?"

Det bästa vi kan göra för att minska människors lidande och ekonomiska utsatthet är att agera i tid. Detta är min ambition.

Irène Wennemo, LO: Vi är oroliga just för att arbetssituationerna är så olika. Det är lättare att gå tillbaka med besvär med ländryggen – det som Curt Malmborg tog som exempel – om man är tjänsteman än om man jobbar som barnskötare på en småbarnsavdelning. Det är väldigt viktigt att man tar hänsyn till att möjligheterna att gå tillbaka till det gamla jobbet är väldigt olika beroende på vilket jobb det är.

Det är också viktigt att man kopplar ihop den arbetsrättsliga situationen med sjukförsäkringen. I dag är det många som faktiskt är oroliga för att förlora jobbet om de försöker gå tillbaka. Genom att man gör något kan det uppfattas som att man visar att man är frisk, och då kan man bli av med både sjukersättningen och den gamla anställningen. Det finns en del saker som skapar problematiska drivkrafter för våra medlemmar i alla fall.

Solveig Zander (c): Jag uppskattar att ni alla tre poängterade att det är viktigt med samverkan och att man ser hela människan. Ni tog också alla tre upp att företagshälsovården jobbar på ett sådant sätt att man tittar på hela människan. Precis som ni också sade handlar detta om att man får med fler yrkeskategorier i att bedöma och hjälpa en person tillbaka till yrkeslivet och när det gäller att arbeta förebyggande. Där har vi många yrkesgrupper – de paramedicinska yrkesgrupperna och många fler.

Jag undrar därför: Vad ska man göra för att förmå sjukvården att också ta till sig sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logoped, kuratorer, psykologer och andra yrkesgrupper i detta arbete? Den benägenheten finns inte i dag. Vad kan man göra för att vidga synfältet – så att man ser på ”hängrännor” och inte jobba bara i sitt eget ”stuprör”? Det handlar om att få en helhets-syn på människan.

Jag har också en följdfråga. Det finns ju många yrkesgrupper som i dag inte betraktas som riktigt rumsrena och där det inte ens finns utbildningar i Sverige. Jag tänker till exempel på kiropraktorer. Hur kan vi medverka till att också de får en del i sjukvården?

Ordföranden: Jag uppfattade inte till vem frågan ställdes.

Solveig Zander (c): Egentligen var det till alla tre. Hur ska man se till att man får med alla yrkesgrupper?

Statsrådet Cristina Husmark Pehrsson: Det handlar om att utgå från individens behov. Så enkelt är det faktiskt.

Jag har följt ett arbete som man nu bedriver i Nacka. Det heter En dörr. Meningen är att det i sjukskrivningsfall som ser ut att bli något längre än bara några dagar ska finnas en dörr, och där ska man utgå från människans och individens behov. Då ska det finnas resurser för att möta detta. I dag möter vi snarare individer utifrån systemen.

Curt Malmborg, Försäkringskassan: Jag har en ganska positiv bild. Jag har varit ute i organisationen och fått höra många vittnesmål dels om att Försäkringskassan finns ute på vårdcentralerna, dels om att man faktiskt

jobbar mera i team där. Kanske inte alla de yrkesgrupper som Solveig Zander nämnde finns med, men man har ändå en helhetssyn. Jag tycker mig se tecken på en sådan utveckling.

Anna Hedborg, Socialdepartementet: Eftersom jag lite grann påtagit mig företagshälsovården här i dag får jag väl dra en lans till för den. Själva grundidén i företagshälsovården är att man ska blanda olika yrkeskompetenser och i kraft av den blandningen av kompetenser kunna hitta mer rätt.

Det man i dag kan säga är svagheten med företagshälsovården är att den är för lite individinriktad. I den mån den finns på individnivå kommer den in för sent. Ibland är det nog också, skulle jag vilja säga, lite ”skämmigt” att hålla på med individen i förhållande till det kollektiva uppdraget. Det är det man behöver få bort. Det ska vara naturligt att från början se också individen även i företagshälsovården.

Gunvor G Ericson (mp): Jag har en fråga till ministern och till TCO och LO. När man blir sjuk är det inte alldeles ovanligt att man också mister sitt jobb. Det är en mycket problematisk situation för de människor som hamnar i det här. Folkhälsoforskningen visar tydligt att ekonomisk stress också är en riskfaktor för ohälsa.

Min fråga handlar om hur man ser på problematiken med att det är olika ersättningsnivåer i arbetslöshetsförsäkringen och i sjukförsäkringen.

Statsrådet Cristina Husmark Pehrsson: Jag kan kanske inte tala om Arbetsmarknadsdepartementets och arbetsmarknadsministrernas tankar kring detta. Men vad jag kan uttala mig om och trycka på är vikten av att, som Anna Hedborg var inne på, samlas kring individen speciellt i de här situationerna.

Jag brukar se framför mig hur det är i min lilla kommun. Där finns Försäkringskassan i en del av kommunen, och där finns arbetsförmedlingen i en annan del. Däremellan ligger kommunhuset med försörjningsstöd och vårdcentralen.

På något sätt måste vi samlas kring individen. Hur vi ska lösa det här med ersättningsnivåer är en annan fråga. Men vi måste börja samtala och agera kring individen för att lösa situationen på bästa sätt.

Sture Nordh, TCO: Ordförande! Vi från TCO:s sida har precis samma syn på frågan som frågeställaren. Sedan många år är det ett krav från vår sida att ersättningsystemen och ersättningsnivåerna i den allmänna försäkringen och i arbetslöshetsförsäkringen ska ligga på samma nivå.

Iréne Wennemo, LO: Den problematik som du tar upp är någonting som vi har lyft fram och som också kommer att lyftas fram i en rapport som snart kommer från LO. Vi kan där se att problemet är just att man går kvar för länge hos sin gamla arbetsgivare och att det händer för lite. Vi skulle verkligen vilja få ett tryck på att något görs, men kanske under en tidsbegränsad period. Sedan, när man gjort allt man kan, kan man försöka inrikta sig på att söka andra jobb. Som det är nu sker det för lite hos den gamla

arbetsgivaren. Det ställs för låga krav på att göra en anpassning av arbetsuppgifterna. Man blir kvar för länge så att det egentligen blir för sent att komma tillbaka till jobbet.

Att ha ett sådant här system bygger också på att arbetsmarknadspolitiken och a-kassan fungerar på ett annat sätt än som är fallet i dag och tar vara på arbetsförmågan i andra jobb på arbetsmarknaden.

Marianne Watz (m): Bedömningen av arbetsförmågan är en svag punkt, har Anna Hedborg framhållit. Att involvera den enskilda patienten i processen mot en återgång i arbete är förstås en hörnsten.

I Försäkringskassans rapport konstateras det att det är väldigt svårt att få information om den försäkrades egen uppfattning om hur sjukdomen påverkar möjligheterna att återgå till arbetet.

Min fråga är: Varför är det så svårt att få patientens egen uppfattning, och hur ska man kunna förändra på det här området?

Curt Malmborg, Försäkringskassan: I vårt utvecklingsarbete funderar vi också över de medicinska underlagen som ges här. Som en del i detta skulle vi systematiskt vilja ha en självskattnings av den enskilde individens uppfattning om sitt hälsotillstånd och sina arbetsuppgifter. Det är någonting som vi vill introducera.

Ordföranden: Tiden medger tyvärr inte fler frågor nu, även om det är många som skulle vilja ställa frågor. Det är engagerande ämnen vi pratar om. Men vi behöver gå vidare och komma in på nästa avsnitt i utfrågningen där temat är mötet mellan patient och läkare. Också där kommer vi att få lyssna till tre inledningstalare. Den första är Eva Nilsson Bågenholm som är ordförande i Sveriges läkarförbund.

Möte patient – läkare

Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund: Också jag vill passa på att tacka så väldigt mycket för att jag fått komma hit och prata om de otroligt viktiga frågor som rör sjukskrivningsprocessen.

Jag är alltså ordförande i Sveriges läkarförbund. Jag är också aktiv läkare, internmedicinare, och arbetar på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Jag tänkte inledningsvis prata lite grann om mötet mellan patient och läkare eftersom det är utgångspunkten här och, kan jag väl säga, en del i hälso- och sjukvården som är oerhört viktig och kanske också lite mytomspunnen. Kanske beror det på att man har stora förväntningar på mötet med läkaren. Man vet att mycket av det som där sker ska lägga grunden för resten av det som sedan ska hända under behandlingen och rehabiliteringen. Det är ett oerhört viktigt möte. Naturligtvis har patienten förhoppningar om att få hjälp med att lösa sina problem.

Cristina Husmark Pehrsson inledde med att säga att sjukskrivningsprocessen fungerar mindre bra. Men jag skulle vilja säga att det har hänt så mycket att det har vänt där. Att vända en negativ trend tycker jag att vi redan har gjort. Det har varit mycket fokus på det som tidigare fungerade dåligt. Men vi har tagit stora kliv åt rätt håll för att förändra och förbättra den här processen.

Vad gör då läkaren? Och vad händer i mötet mellan patient och läkare?

En av frågorna i min lilla föredragning här var varför det är så svårt för läkarna att hålla isär begreppen ”arbetsförmåga” och ”sjukdom”. Egentligen är det väldigt enkelt. Det handlar om att ställa en diagnos. Vad leder den diagnosen till vad gäller funktionsnedsättning, och hur kan man relatera det till arbetet – det vill säga till arbetsförmåga?

Detta låter väldigt enkelt men är väldigt svårt. Inledningsvis kan vi fundera över diagnosen sjuk eller frisk. Det är inte så lätt. Många upplever sig vara sjuka fastän läkaren inte kan diagnostisera en sjukdom. I andra fall kan det vara så att jag som läkare kan diagnostisera en sjukdom men att patienten känner sig ganska frisk – i alla fall tills jag meddelat patienten att det finns en diagnos.

Det finns också personer som är friska men som har nedsatt arbetsförmåga alltid eller tillfälligt. Jag har en kollega som också arbetar som internmedicinare. Han fullgör som det till 100 %. Han är på akutmottagningen och överallt. Han sitter i rullstol eftersom han är förlamad efter en dykolycka. Han skulle enkelt ha kunnat placeras in i sjukersättningen, men han arbetar fullt ut.

Här finns det alltså inga enkla gränser för vad som är sjukt eller friskt och för vad som är nedsatt arbetsförmåga eller inte. Det här beror väldigt mycket på individen och väldigt mycket på den typ av arbete man har.

Därmed är vi tillbaka i det som ni redan varit inne på. Här handlar det om att göra individuella bedömningar, bedömningar för varje enskild individ.

Man kan tycka att en av de enklare sakerna för en läkare är att ställa en diagnos. I de flesta fall är det så. Men vi vet också att det som förekommer i sjukskrivningsstatistiken i många fall handlar om väldigt oklara diagnoser. Ibland är det inga diagnoser alls. Det är, skulle jag vilja säga, en starkt bidragande faktor till att vi har en väldigt märklig situation när vi sedan ska fortsätta och diskutera: Finns det någon funktionsnedsättning? Finns det någon nedsatt arbetsförmåga?

Läkaren har i det här arbetet dubbla roller, som det talats mycket om. Som läkare är vi de behandlande. Men när det gäller att skriva under sjukintyg är vi också myndighetsutövare. Det som jag tycker är viktigt att här få fram till patienten och till allmänheten är att vi till en viss del är myndighetsperson. Men det är inte läkaren som fattar beslut om huruvida sjukskrivning ska godkännas eller ej.

Jag tycker att vi under de senaste åren har lyckats väldigt väl när det gäller de informationsinsatser som gjorts, bland annat från Försäkringskassan. Man förstår faktiskt att vi har olika roller och att läkarens bedömning ibland inte stämmer överens med Försäkringskassans.

Att bedöma arbetsförmågan är svårt, precis som de föregående talarna varit inne på. Det är oerhört svårt för läkaren och, skulle jag vilja säga, för de flesta. Här är det viktigt att komma ihåg att den läkare som skriver under intyget behöver hjälp av många andra professioner och många andra aktörer.

Från Sacos sida har vi en gruppering som vi kallar för Saco Vård. Det gäller då de andra vårdprofessionerna inom Saco. Förutom läkarna är det bland annat psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster – som tidigare nämnts här.

Vi har tagit fram ett arbete där vi ser på hur primärvården skulle kunna förbättras och förstärkas om de professioner som i dag ibland, inte så ofta, finns också fanns i primärvården.

Vad gäller sjukskrivningssituationen vet vi från de vårdcentraler där man har till exempel psykologer att läkarna upplever det som en oerhörd tillgång. Det gäller även de andra professionerna. Här finns det ett utvecklingsarbete som jag tycker att landstingen och andra vårdgivare måste arbeta vidare med eftersom det kan lösa en del av den här problematiken.

Samverkan mellan de olika professionerna är en av nycklarna till att kunna göra en så bra bedömning som möjligt av arbetsförmågan.

Sedan gäller det att kunna bedöma i förhållande till det arbete som individen har. Här finns det också, som vi varit inne på, ett problem. Jag är inte så säker på att företagshälsovården är den enda lösningen. På många ställen fungerar den bra. Framför allt på mindre orter där det inte finns så många arbetsplatser har distriktsläkaren en väldigt god kunskap om hur arbetsplatsen ser ut. Oftast har man väldigt goda relationer med företagshälsovården eller med de arbetsgivare som finns på orten. I större städer är detta en omöjlighet. Här måste man hitta samverkanssystem. Mycket tidigare än man hittills gjort måste man ta in arbetsgivaren i de diskussionerna.

Jag ser avstämningsmötet som en oerhört viktig komponent när det gäller denna samverkan. Avstämningsmötet ska ske så tidigt som det bara går.

Som socialförsäkringsministern nämnde var det i går en konferens som Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum anordnade. Där framkom några olika saker som är oerhört viktiga, nämligen att det behövs tid tidigare och att det behövs en samverkan.

För att komma in med ett avstämningsmöte som har någon effekt kan vi inte ha ett avstämningsmöte när det har gått ett år. Förmodligen finns då inte, som tidigare nämnts, arbetet kvar. De förutsättningar som en gång fanns att komma tillbaka till arbetet har försvunnit, så det gäller att komma in i tid – helst så fort man märker att det kommer att bli en komplicerad situation.

Frågar jag mina kolleger när de känner att det kommer att bli en långvarig sjukskrivning blir svaret att det gör man långt innan den är långvarig.

Samtidigt har det inte funnits tid och resurser i primärvården för att faktiskt arbeta på ett smartare sätt. I dag saknas ungefär 2 000 allmänläkare. Det är en stor brist när vi talar om sjukskrivningarna. Här måste det göras förbättringar. Man måste satsa på en utbyggnad av primärvården likaväl som på en utbyggnad av företagshälsovården, för tillsammans skulle dessa kunna göra väldigt mycket mer.

Någonting som vi har uppmärksammat under det senaste året är bristen på evidensbaserad kunskap kring socialförsäkringen när det gäller den medicinska delen. SBU har tagit fram en rapport, och andra har gjort forskningsrapporter. Där har man sett att det behövs oerhört mycket mer forskning dels kring själva socialförsäkringen i ett medicinskt perspektiv, dels i det medicinska perspektivet utifrån enskilda diagnoser. Vad händer när man lägger in sjukskrivning som en del av behandlingen? Det finns det väldigt lite om, så där måste vi gå vidare.

Jag nämnde företagshälsovården som vi ser som en oerhört viktig aktör. Vi tror att samverkan mellan behandlande läkare och företagshälsovård kan vara A och O för att komma vidare. Vi är inte så övertygade om att företagshälsovården ska vara både behandlande och bedriva företagshälsovård. Man kan mycket väl separera här. Men då krävs det också en samverkan.

Sedan skulle jag vilja kommentera en ny åtgärd. Det gäller då de försäkringsmedicinska riktlinjerna. När man började diskutera att vi skulle ha riktlinjer för sjukskrivning i Sverige var nog, kan jag säga, läkarkåren de första som sade: Nej, det här går inte. Det är individuella bedömningar. Det finns inget underlag för att göra sådana här riktlinjer.

Det fanns många förklaringar till varför det inte skulle gå, men det är några år sedan dess. En hel del har hänt sedan dess. När jag är ute och pratar med kolleger och säger att jag är positivt inställd till riktlinjerna får jag väldigt lite mothugg om ens något. Snarare kommer frågan: När kommer de? Numera efterfrågar man alltså de riktlinjer som det talats så mycket om.

Jag kan se det här som en gemensam referensram givetvis för läkaren men också för patienten och Försäkringskassan. Vi har någonting gemensamt att förhålla oss till.

Som ni har sett av andra siffror skiljer det väldigt mycket mellan olika orter när det gäller sjukskrivningstidens längd. Det skiljer också mellan olika läkare. Men nu får vi för första gången någonting gemensamt att förhålla oss till.

Jag brukar jämföra riktlinjerna med de riktlinjer vi har för förskrivning av läkemedel. Vi har ju en jättetjock bok, Fass, där alla läkemedel finns upptagna. Där finns rekommendationer om behandlingstidens längd och om doserna. Där står det också om i vilka fall man inte ska använda läkemedlet i fråga.

Jag skulle vilja se riktlinjerna på samma sätt. Det handlar om en individuell bedömning. Har patienten en sjukdom som gör att man inte ska använda sig av sjukskrivning? Hur lång tid är rekommenderad?

Givetvis måste det alltid ske en individuell bedömning, men det här är en bas för att kunna diskutera. Jag tror också att det för patienterna kan vara en tydlighet. Man vet vad som är normal sjukskrivningstid för en viss diagnos. Det kan alltså vara ett stöd också för dem. Jag ser inte detta som någonting negativt.

Risken för en fyrkantig bedömning finns naturligtvis om vi inte samverkar med Försäkringskassan och är tydliga om att en individuell bedömning också fortsättningsvis ligger till grund. Det här får inte användas som någonting som är en tydlig begränsning, utan det ska vara en tydlig vägledning.

Jag tror också att de här riktlinjerna kan bidra till att uppmuntra till vidare forskning kring försäkringsmedicin. Det här sätter väldigt tydligt fingret på att vi har bedrivit för lite forskning. Vi vet alldeles för lite. De riktlinjer som kommer att komma är kanske inte optimala inledningsvis, men med mer kunskap kommer de naturligtvis att successivt kunna förbättras. Jag tror definitivt att de kommer att ha effekt, en positiv sådan, om vi använder dem optimalt, på ett bra sätt och förståndigt.

Jag skulle också vilja nämna någonting om var jag ser en förbättringspotential.

Avstämningsmötet har jag nämnt. Det är oerhört centralt för att hjälpa individen tillbaka i arbete. Här gäller det att individen inte känner sig uthängd på ett avstämningsmöte tillsammans med en mängd pålästa aktörer utan i stället upplever att avstämningsmötet är till för att ge honom eller henne hjälp med att återgå i arbete. Det ska inte upplevas som att man sitter i en domstol och ska bli bedömd på något sätt. Vi måste alltså använda avstämningsmötena på ett klokt sätt. Det ska, vill jag återigen påpeka, vara tidiga avstämningsmöten, för annars har de ingen effekt.

Samverkan har jag också varit inne på. Vi måste fortsätta att utveckla det som har startats i och med sjukvårdsmiljarderna, landstingsmiljarderna, som varit en oerhört bra drivkraft för att komma i gång med den här samverkan. Vi måste ha en samverkan mellan olika aktörer, mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Här finns det nu en samverkan över hela landet som det är oerhört positivt att se. Det där får vi inte tappa när vi kanske om några år tycker att vi har löst problemet.

Sedan gäller det naturligtvis att samverka inom respektive område. Vi måste också internt i sjukvården bli bättre på att samverka så att patienter inte behöver vänta på bedömning av en annan läkare eller av en annan profession. Det ska vara smidighet i systemet. Här måste vi underlätta för patienterna när det gäller att snabbt få en bedömning.

I dag brister det i grundutbildningen för läkare. Det är inte alla blivande läkare som får utbildning i försäkringsmedicin. Det är upp till fakulteterna att bestämma det. Vi måste nog förbättra så att det när det gäller grundutbildning, AT och ST för blivande läkare och läkare blir mer kunskap kring det här.

Detta med att bygga ut primärvården har jag redan varit inne på. Också detta är centralt. Mycket av problematiken kring sjukskrivningar tar primärvården hand om. De gör ett fantastiskt bra jobb, men då måste man också satsa på primärvården. Dessutom måste man, som jag tidigare sagt, satsa på företagshälsovården. Då talar vi om en företagshälsovård som aktivt arbetar med de individer man har anställda för att åter få dessa i arbete. Vi vill då inte se mer av hälsovårdskontroller för friska 30-åringar, utan då vi vill se en företagshälsovård som verkligen tar ansvar för att få individerna tillbaka i arbete.

Slutligen: Forskning är oerhört centralt. Det är också viktigt att vi försöker använda evidensbaserade bedömningar så mycket vi bara kan. På frågan tidigare om varför vi inte använder andra professioner, professioner som kanske inte finns i dag, kan jag säga att det då måste vara professioner bakom vilka vi vet att det finns en evidensbaserad kunskap. När vi diskuterar det här ska vi vara oerhört tydliga med att det vi står för är vetenskap och beprövad erfarenhet så långt det nu räcker i det här fallet.

Sammanfattningsvis: Mycket positivt har hänt. Vi har dock inte löst problemet. Problemet är i första hand för varje individ, inte för statsbudgeten. För varje individ ska vi sträva efter att göra en tydlig och bra bedömning så att de förutsättningar som varje individ har kan tas till vara i arbetet.

Ordföranden: Tack så mycket! Vi går vidare till nästa anförande som hålls av andre vice ordföranden Anders Wahlberg i Sveriges Psykologförbund. Varsågod!

Anders Wahlberg, Sveriges Psykologförbund: Också jag vill tacka för att vi har fått komma hit och tala om en, som vi tycker, oerhört viktig fråga samhälleligt, mänskligt och, inte minst, psykologiskt.

Förutom att jag är andre vice ordförande finns min vardag i två verksamheter. Jag driver dels företagshälsovård, dels ett konsultföretag som i huvudsak jobbar med rehabilitering och bedömningar av arbetsförmågan. Det är väl därför som man valt att låta mig representera Sveriges Psykologförbund här i dag.

Eva Nilsson Bågenholm, jag och Bo Lindblom har fått ett antal frågor. Jag ska försöka svara på dem.

Den första frågan är: Varför är det så svårt för läkare och även för patienten att hålla isär begreppen "arbetsoförmåga" och "sjukdom"?

Jag tror att vi har kommit en bra bit på vägen, men det här är i väldigt stor utsträckning en pedagogisk fråga. Hela sjukvårdens tradition bygger väldigt mycket på att man faktiskt pratar om sjukdom. Det heter ju *sjukskrivning*. Men jag tror att de allra flesta medborgare och de som kommer till doktorn tänker att det är något man skriver när man är sjuk.

Arbetsförmågan är dessutom bredare än att den är kopplad bara till sjukdom. Det handlar nämligen också om den sociala arbetsförmågan, om motivation och om andra sådana aspekter, så det här är en mycket svårare fråga än jag tror att man uppfattar den när det gäller de tre punkter som Eva Nilsson Bågenholm satte upp. Det här blir mer komplicerat när det hamnar i verkligheten. Bitvis är det nog en pedagogisk fråga, inte bara gentemot den medicinska expertisen utan också gentemot dem som kommer och som är försäkrade.

Nästa fråga är: Varför sjukskriver läkare personer som är arbetsförmögna?

Jag tror att vi där kan hitta en mängd olika orsaker. Många av dem har vi redan varit inne på här i dag. Jag tror att en av orsakerna faktiskt är brist på tid för att göra en ordentlig bedömning. Man hinner göra en diagnos, och man hinner prata med patienten. Men det är svårt att hinna med att skapa sig en ordentlig uppfattning.

I dag jobbar vi en hel del med försäkringsmedicinska utredningar av olika slag. Under en veckas tid tittar man tillsammans med ett team på det här. Även då kan det, upplever vi, vara svårt att göra en ordentlig bedömning. Att försöka hinna med det på en kvart och ibland på ännu kortare tid är mer eller mindre omöjligt.

Dessutom tror jag att en del i alltihop är följande. Om man som patient kommer och förväntar sig att bli sjukskriven är det också ett jobb att ta en fajt med patienten och säga: Nej, jag har inte tänkt sjukskriva dig. Men har man bråttom och det strömmar mycket folk är ett problem att man faktiskt inte hinner ta en konflikt. I vissa fall kan det *kanske* vara lättare att sjukskriva.

Vidare tror jag att det finns för lite kunskap inom primärvården och även inom andra enheter när det gäller arbetsmarknaden i stort och att bedöma om det, som det heter, finns en arbetsförmåga för något på arbetsmarknaden förekommande arbeten. Detta är en stor del av problemet.

Jag kan också tänka mig att det är svårt för läkarna att fundera på vad som är alternativet till sjukskrivning. Finns det tillräckligt med rehabiliteringsinsatser? Jag tror att det i sammanhanget är viktigt att titta å ena sidan på sjukskrivningsprocessen och på hur man den vägen ska få ned sjuktalen och å andra sidan på både den medicinska rehabiliteringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Ytterligare en fråga är: Vad vet sjukskrivande läkare om den försäkrades arbetsförhållanden? Där håller jag med Eva. Det varierar oerhört mycket mellan lilla Löfvånger utanför Skellefteå där man förstås har full koll på sin arbetsmarknad och någonstans i Göteborg där man går hos läkaren på ett ställe men jobbar i en helt annan ända av staden. Där tror jag att kunskapen är väldigt liten.

Vi välkomnar väldigt mycket många av tankarna i Anna Hedborgs utredning om att företagshälsovården ska få en betydligt större del i allt detta.

Det är svårt att ändå inte titta på att det, som Eva sade, saknas 2 000 primärvårdsläkare – eller om det var allmänläkare. Det saknas också psykologer och, framför allt, sjukgymnaster ute på vårdcentralerna.

Det vi i dag vet det är att den stora delen av vår ohälsa rör sig kring psykisk problematik och rörelseapparaten.

När det gäller psykologerna vet vi att vi har en utbildning där vi har såväl en organisatorisk och en samhällelig del som en gruppdel och en individdel. Det ökar möjligheterna att skapa en överblick över vad som är socialt relaterat och vad som är arbetsplatsrelaterat.

Jag tycker att det är fantastiskt bra att jobba i team och håller definitivt med Eva om att läkarna behöver hjälp från andra professioner. Men vi skulle nog vilja gå ännu längre och titta på möjligheterna i projektform för både sjukgymnaster och psykologer för att se vad som händer om man också får sjukskrivningsrätt där.

Nackdelarna med sjukskrivning har många här redan pratat om. Jag skulle vilja säga att jag efter min påskledighet hade svårt att komma tillbaka. Det tog inte flera dagar men väl några timmar, och då var påskledigheten knappt en vecka. Det är klart att det är oerhört passiviserande. Det är kanske det största problemet. Att det är svårt att komma tillbaka efter att ha varit borta från jobbet kan nog alla känna efter exempelvis en semester eller en sommarledighet.

Det är också andra saker som händer. Det vi upplever som det allra svåraste, efter passiviseringen, är att självkänslan får sig en ordentlig knäck. Det gör också att det är jobbigt att över huvud taget ta sig för att söka arbete igen och våga sig ut på arbetsmarknaden. Sjukskrivning är förstås inte alltid negativt. Men vi menar att sjukskrivning alltid måste vara en del av en plan.

Sedan går jag till frågan om riktlinjerna. Vi är lite blandade i våra tankar. Vi är kanske inte så klara som Eva beskriver att läkarna är. Det är vi kanske utifrån att många av de möten som psykologer har med patienter kan vara mer komplicerade och ha mer sammansatt problematik.

Vi vill ändå välkomna riktlinjerna om de får vara ett beslutsstöd. Jag tror att det behövs ett beslutsstöd för att kunna fixa det. Men det får inte utvecklas till att si eller så ska det vara. Det tror jag heller inte tanken är.

Vi har också funderat på om man i någon form av försök skulle kunna titta på mer avgränsade diagnosgrupper när det gäller riktlinjerna som är mer enkla och inte så sammansatta. Man skulle kunna få den delen först för att sedan kunna utveckla det vidare.

Tack.

Ordföranden: Tack så mycket. Avslutningsvis går ordet till Bo Lindblom, som är avdelningschef vid Socialstyrelsen. Varsågod, ordet är ditt.

Bo Lindblom, Socialstyrelsen: Inom ramen för regeringsuppdraget som vi har haft tillsammans med Försäkringskassan har vi funderat på just läkarna och sjukskrivningsuppgiften. Som vi har hört här tidigare är det en proble-

matik i att individen är både patient och försäkrad. Läkaren är både den enskildes förtrogne och ska lindra, trösta och bota men också utöva myndighetsuppgiften.

Det finns en ambivalens inför uppgifterna. Man vill från läkarsidan inte gärna släppa ifrån sig uppgiften. Man menar med all rätt att man är bäst på att bedöma sjukdom, att fastställa diagnoser och så vidare. Samtidigt är man mer osäker när det kommer till att bedöma funktionstillstånd och ännu mer osäker när det gäller att bedöma arbetsförmåga. Det framkom väldigt tydligt i våra tillsynsaktiviteter vi har gjort inom primärvården och inom psykiatrin. Det finns också en ganska liten kunskap om patientens arbetsförhållanden inom specialiteterna som står för en väldigt stor del av sjukskrivningarna.

Det finns en hel del som visar att läkarnas arbetssituation påverkar sjukskrivningen och även vårddokumentationen negativt. Ju mer stressigt det är och ju fler vakanser det finns på vårdcentraler, desto sämre blir arbetet i de avseendena.

(Bild 7) Jag ska visa en bild. Det här är från en vårdcentral utanför Stockholm. Där har man räknat på antal heltidssjukskrivna patienter per heltidsläkare. Till vänster på y-axeln är det antal patienter och siffrorna på x-axeln är olika läkare, läkare 1 till och med 14.

Som ni ser från den som har minst antal patienter, nr 3, till den som har störst antal, nr 13, är det en faktor tio. Det är samma vårdcentral. Det mönstret, hävdar man, är konstant i stort sett över tid.

Det visar den otroliga skillnad i praxis som föreligger. Det är inte några bemanningsproblem på vårdcentralen. Det illustrerar att läkarna behöver en gemensam referenspunkt när det gäller sjukskrivningstider och hur man hanterar sjukfall.

Vårt beslutsstöd som vi håller på att utforma ska innehålla fem olika komponenter. Det ska finnas uppgifter för varje diagnos, behandling och prognos, konsekvensen för funktionstillstånd, tid för återvunnen funktion och tid för normal läkning. Det ska beskriva hur en bedömning av arbetsförmågan ska gå till, det vill säga kroppslig förmåga, kognitiv och mental förmåga men också åtgärder när ett fall inte avslutas inom rekommenderad tid. Man ska då inte fortsätta att sjukskriva utan vidta någon annan aktiv åtgärd och inte gå in i en passiv sjukskrivning.

Ett exempel är här näthinneavlossning. Det visar att rekommendationerna kommer att bli ganska explicita. I okomplicerade fall och i de flesta arbeten kan arbetsförmågan bedömas vara nedsatt fyra till sju dagar. Vid komplikation med en ny näthinneavlossning kan arbetsförmågan däremot vara nedsatt upp till 28 dagar. Vi försöker att vara väldigt konkreta i våra rekommendationer.

Vi har i dag ett 70-tal sådana förslag. Vi räknar med att till hösten kunna leverera ett instrument som täcker ungefär 75 % av all sjukskrivning. Vi ser att engagemanget bland läkare, som också nämndes här, har ökat över tid.

Vi har nu haft expertgrupper som har gått igenom och skrivit rekommendationerna. Vi låter sedan andra expertgrupper kontrollera de första gruppernas förslag så att man får en kvalitetssäkring och ser att det är ordentligt förankrat inom respektive specialitet.

Vi tänker också genomföra pilotstudier för att testa instrumentet skarpt. Tanken är att det i höst, den 1 oktober, ska vara klart att börja användas. Det kommer inte att innebära att allting kommer att ändras över en dag. Det kommer att ta lång tid att introducera och också revidera instrumentet.

Nya metoder, nya tekniker som introduceras kräver att man reviderar instrumentet över tiden. Man ska också utvärdera hur det har påverkat praxis och hur variationen i sjukskrivningstider som vi ser har påverkats.

Tack för ordet.

Ordföranden: Vi övergår till frågestund på temat mötet patient – läkare. Vi har ungefär 15 minuter till vårt förfogande.

Utfrågning

Jasenko Omanovic (s): Tack, herr ordförande! I går presenterade Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO) en rapport som granskade 115 fall i Västernorrland där personer nekades sjukpenning. Det visade sig att gruppen lågutbildade och arbetslösa var överrepresenterad bland dem som nekats sjukpenning.

Detta var i Västernorrland. Jag undrar om samma bild gäller i hela Sverige. Varför är just de två grupperna överrepresenterade? Finns det någon förklaring till det?

Jag skulle helst vilja fråga Försäkringskassan och kanske även Läkarförbundet. Det sades att det var brist på tid för läkare att bedöma arbetsförmåga. Kanske är det samma sak på Försäkringskassan, att det är brist på tid hos handläggare. Jag undrar också om LO eller TCO har någon kommentar till det.

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Det var en studie som omfattade 115 fall i Västernorrland. Man ska vara försiktig med att dra för långtgående slutsatser av ett sådant begränsat urval. Det stämmer så till vida att när vi tittar på riksnivå är det en överrepresentation av arbetslösa. Det är fler arbetslösa som får nej till sjukpenning än vad som motsvaras av deras andel.

Vi har ingen riktigt bra förklaring till det. En förklaring kan vara att regelverket ser lite annorlunda ut. Man ställer större krav på arbetslösa. De ska orientera sig mot hela arbetsmarknaden. Den kan vara en förklaring. Det är väl vad vi kan hitta. Vi hittar inte något samband med lågutbildade eller så utan just arbetslösa.

Jasenko Omanovic (s): Jag har en kort följdfråga. Min fråga gällde både lågutbildade och arbetslösa. Finns det något samband där?

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Det är möjligt att det gör. Det är ingenting som vi kan hitta i våra studier. Vi har konstaterat att det gäller arbetslösa. Sedan har inte vi gått vidare och tittat på socioekonomisk bakgrund eller sådant på den gruppen. Man får nog titta på gruppen arbetslösa generellt sett, skulle jag tro.

Lars-Arne Staxäng (m): Vi har fått flera vittnesmål, inte minst inledningsvis, hur viktigt det är att man kommer till rätta med sjukskrining så tidigt så möjligt. Cristina Husmark Pehrsson nämnde 90 dagar.

Det här är en sanning som är rätt så gammal, men det har kommit upp på ett mycket tydligt sätt i olika statistik att går det mer än 90 dagar och ännu mer, ett år, är det mycket svårt att få tillbaka vederbörande.

Därför skulle jag vilja ställa en fråga både till Eva Nilsson Bågenholm och kanske till Curt Malmberg: Vad göra för att förbättra det här så att det blir verkstad i den här nya formen att få tillbaka våra sjukskrivna så tidigt som möjligt? Vi vet att för varje dag som går över 90 dagar tar det alldeles för lång tid att få tillbaka dem. Jag tänkte på riktlinjerna för de vanligaste diagnoserna, samordningen, rehabilitering men inte minst specialistmedverkan från exempelvis Läkarförbundet och företagshälsovården som Anna Hedborg har varit inne på. Vad göra? Behövs det en lagändring för att förbättra de här resultaten?

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Jag kan säga att vi har gjort en hel del under det gångna året då vi har organiserat om verksamheten och jobbar i Försäkringskassan för att vi ska kunna hantera det här så tidigt som möjligt. Naturligtvis är det viktigt att ha, som vi pratat om, ett avstämningsmöte så tidigt som möjligt. Vi har ökat antalet avstämningsmöten från väldigt få till många, men vi har fortfarande problem, det ska jag säga, med att få dem ännu tidigare. Det är en av våra största utmaningar. Flera har bekräftat att det här ett verkningsfullt medel. Så vi jobbar med att få det här under vecka 4–8. Sedan ska det följas av en plan för återgång i arbete, som vi hoppas mycket på. Det är fortfarande en stor utmaning för oss.

Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund: Jag var inne på hur viktigt det är att det görs tidigt. Här är det ett problem för läkarna som har brist på tid, kan man tycka. Samtidigt säger mina kolleger som arbetar inom primärvården att kan man få till avstämningsmötet tidigt sparar man tid som läkararbetstid. Vad man sparar för patienten vet vi väldigt väl, till exempel kan man spara mycket lidande. Det är oerhört viktigt att man satsar på det.

Sedan kan man också fundera: Behöver läkaren alltid vara med på avstämningsmötet? Det är kanske någon av de professionerna, om man har tillgång till andra professioner på vårdcentralen, som skulle kunna delta i avstämningsmötet, eller man kan göra på olika sätt. Det handlar om att Försäkringskassan finns nära, att man har tider avsatta regelbundet för avstämningsmöte så att man i varje enskilt fall inte behöver kontakta För-

säkringskassan för att få dem att komma dit. När man har väl fungerande samverkan mellan primärvården och Försäkringskassan finns det förutsättningar för tidiga avstämningsmöten.

Vad gäller specialistmedverkan kan jag säga att ingen av oss som sitter här skulle vilja att vårdgarantin föll ut varje gång man behöver en behandling av en specialist, det vill säga att först behöva vänta tre månader för att få en bedömning av en specialist och sedan tre månader för att komma till behandling. Sex månader är en väldigt lång tid.

Vårdgarantin tycker vi är bra men inte tillräckligt bra. Den sätter fokus på problematiken som vi har i sjukvården, med tillgänglighetsproblem både i primärvården och i sjukhusvården. Här måste vi hitta system där man kan komma in tidigare för att förhindra utslagning som blir effekten av långa sjukskrivningar. Från Läkarförbundet har vi föreslagit en sänkt tid för vårdgarantin, en månad för bedömning, möjligen att man kan ha kvar tre. I Danmark har man två månaders vårdgaranti, inkluderande både bedömning och behandling. Jag tror att vi måste sträva efter det också. Det är rimligt.

Sedan en kort kommentar till den tidigare frågan om nekad sjukersättning. Det har varit någonting som naturligtvis inte bara upprört patienterna utan också läkarkåren att man får sina intyg avslagna. Ibland beror det på att vi helt enkelt gjort ett för dåligt jobb. Det är en av de vanliga anledningarna. I andra fall kan det naturligtvis bero på att det inte finns underlag för att man ska kunna beviljas sjukpenning.

Jag vill komma tillbaka till det jag sade i inledningen, att man måste vara tydlig med att läkarna skriver ett underlag. Det är Försäkringskassan som fattar beslut. Sedan måste det finnas en nära samverkan mellan Försäkringskassan och primärvården. Vi hade i Jönköping väldigt mycket protester från läkarkåren därför att intygen avslogs. Sedan började man diskutera det här och tog kontakt med varandra och började fundera: Varför? I vilket sammanhang är det så att intygen avslås? Var brister det?

Utbildning och samverkan i det här fallet och information till patienterna så att de också vet om att ibland blir intygen avslagna är viktigt. Det är en del av vårt rättssäkerhetssystem.

Mats Bauer, Svenska Läkaresällskapet: Jag är vd för Svenska Läkaresällskapet, men jag är också ortoped sedan många år. Jag tror att förutom regelverken och den byråkratiska hantering som vi nu diskuterar mycket behövs någonting som vi alla måste hjälpas åt med, nämligen en attitydförändring i samhället som påverkar oss själva som individer vad gäller vad som är friskt respektive sjukt. Det påverkar individens förväntan av att man inte ska behöva vara hundra procentigt frisk för att kunna återgå till arbetet och börja arbetsträna. Det är väldigt viktigt för att man ska kunna få tillbaka patienter tidigt på en deltidssjukskrivning. Man är ändå närvarande på sin arbetsplats och faller inte ur de sociala mönstren, även om man inte har full arbetsförmåga.

Det gäller alltså individens förväntan, men det gäller också arbetskamraternas och arbetsgivarens förväntningar på hur frisk man ska vara för att kunna uppträda på en vanlig arbetsplats. Det är också slående hur mycket lättare det ofta är att få tillbaka patienter även efter stora skador eller svåra sjukdomar på små arbetsplatser när man har gott personligt stöd från sina kolleger och av sin arbetsgivare, trots att det många gånger skulle kunna tänkas vara svårare att ordna ett anpassat arbete eller annat arbete hos en mindre arbetsgivare än hos den stora.

Naturligtvis måste man arbeta med attityder även hos yrkesutövare. Vi sänder också omedvetna signaler om hur frisk eller sjuk du ska vara för att kunna återgå i arbetet. Det är en sak som egentligen inte kostar så väldigt mycket pengar, men däremot kostar det lite psykisk möda, att vi måste själva som individer ändra oss.

Gunvor G Ericson (mp): Jag har en fråga kring professionella revirstrider. Det finns ganska gott om det inom sjukvården, i alla fall är det min erfarenhet efter att ha jobbat inom sjukvården i snart 20 år. Vi var tidigare inne på kiropraktorer, Solveig Zander pratade om det. Det finns i dag legitimationer för både naprapater och kiropraktorer, men ändå är det inte fullt ut accepterat. Det var bra att Anders Wahlberg tog upp synen på vem som ska ha rätten att bedöma arbetsförmåga. Är det just läkarna som är de mest lämpade att göra det? Det handlar om bedömningen av hur funktions-tillståndet påverkas såväl fysiskt, psykiskt som socialt eller kanske ur kognitiv synvinkel med hänsyn till individen.

Min fråga går till Anna Hedborg, som jag vet har tittat en hel del på det här: Ska alla läkare ha rätt att bedöma arbetsförmågan? Vad hindrar att även andra yrkeskategorier, till exempel psykologer, sjukgymnaster eller arbetsterapeuter, skulle kunna göra en bedömning av arbetsförmågan även efter det att läkaren har ställt diagnos?

Anna Hedborg, Socialdepartementet: Det var en stor och svår fråga. Det är klart att det ska mycket till för att man ska ändra på den typ av ordning som innebär att alla läkare har möjlighet att skriva sjukintyg. Alla läkare måste på ett eller annat sätt kunna uttala sig om arbetsförmågan hos sina patienter. Det tycker jag verkar rätt så självklart. Men om man till exempel går till en företagshälsovård, som står för mycket av kopplingen till arbetsplatsen för individens del, kan det som längst gå dithän att ett sådant sjukintyg blir en del av diskussionen mellan den andra läkaren och den företagsläkare som finns på plats.

Men det är klart att alla läkare måste få uttala sig. Sedan är det inte ens i dag på det sättet att de bestämmer, utan det gör Försäkringskassan.

Det är en intressant tanke att man skulle kunna tänka sig att fler skulle ha möjlighet att uttala sig. Men då måste det vara en självklar del av en professionell utveckling och hantering. Då handlar det om att man förstår sig på försäkringen, begriper att det är en sjukförsäkring, men givet att man har ett sådant sammanhang är det ingen omöjlighet att även andra grupper skulle kunna uttala sig om hur de uppfattar situationen.

Johnny Johnsson, Svenska Företagsläkarföreningen: Jag kan säga när det gäller hanteringen av andra professioner än bara läkare att det är helt naturligt inom företagshälsovården att samverka i de här frågorna, och i den samverkan gör man en sammanvägd bedömning av arbetsförmågan. Det är också så att företagshälsovården har mycket större förutsättningar att komma in betydligt tidigare än 90 dagar. 90 dagar är en förskräckligt lång tid. I de allra flesta fall måste man efter 14 dagar göra någonting som skulle motsvara ett avstämningsmöte. Där behöver kanske inte alls Försäkringskassan vara med i första hand. Det skulle en professionell företrädare kunna hantera.

Den andra frågan gällde det paramedicinska eller det som inte är tidigare så accepterat – jag tänker på kiropraktorer och andra. Där jag jobbar har vi kiropraktorer som vi samverkar med. Det koordineras av doktorn, och på så vis får vi en gemensam bra bedömning. Där tror jag det är företagshälsovården som har den stora chansen. Man glömmer ofta bort att samverkan måste ske med arbetsgivaren och med chefen. Om det ska kunna göras en bra arbetsförmågebedömning måste man göra det tillsammans med arbetsgivaren eller arbetsledningen och chefen, och – i den attitydfråga som det handlar om – med arbetskamrater. Det där kan utvecklas allra bäst när det finns en väl fungerande företagshälsovård. Det är bara att köpa bra företagshälsovård, så kommer det att fungera.

Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund: Jag vill kommentera det här med revirstrider och om läkarna skulle vara de mest lämpade. Jag tycker att det är viktigt att man försöker lämna detta att hela tiden prata om hierarkier. Vi måste se att vi har olika roller, vi har olika professioner och ska samarbeta för patientens skull. Jag ser inte revirstrider som det stora problemet inom sjukvården. Vi har många andra stora utmaningar som vi jobbar med, och vi börjar komma ifrån att se det som att det skulle finnas en hierarki, utan vi jobbar faktiskt tillsammans. Vi jobbar med olika saker, och det ska vi göra.

Så till frågan om läkarna är de mest lämpade. Vi har haft ett påstående internt inom läkarkåren att vi skulle vilja slippa den uppgiften helt och hållet. För några år sedan hade vi en arbetsgrupp och en utredning kring detta: Vem ska göra det om vi skulle lämna ifrån oss uppgiften? Vi hade svårt att se att någon annan profession har den bredden som läkarna har. Det handlar inte om att vi vill ha den uppgiften därför att vi tycker att den är speciellt kul, utan det handlar om att vi ser att vårt ansvar måste vara att ta den uppgiften, för det täcker över så många olika fält. Vi såg att vi måste ta det som en av våra viktiga uppgifter.

Sedan kan man fundera om alla läkare ska göra det. Alla läkare gör det inte heller. Själv arbetar jag nu enbart på akutmottagningen på Sahlgrenska. Där skriver jag inga sjukintyg alls. Det handlar om den som har en relation med patienten. Det är det vi försöker eftersträva, ett patient-läkare-möte där man har en bra relation som gör att man faktiskt kan skriva välgrundade underlag. Jag tycker att det är oerhört viktigt att man

då inte ser det som att de andra professionerna inte kan bidra. Det kan de definitivt. Jag har försökt trycka på att vi behövs allihop. Den samlade bedömningen tror vi fortfarande ligger naturligt hos läkarna, men vi kan definitivt inte klara det själva, utan vi behöver hjälp i detta.

Anna Hertting, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund: Det skriver vi givetvis också under på. Men vad vi också skulle vilja poängtera är att både vi, psykologer, dietister och så vidare är sakkunniga i olika hälsofrågor. När Socialstyrelsen får uppdraget att utarbeta försäkringsmedicinska riktlinjer, och belastningsskadorna är den dyraste ohälsogruppen fortfarande och har varit så i årtionden, då hade vi önskat att även sjukgymnaster specialiserade inom det området var tillfrågade utifrån de olika diagnoser som vi arbetar med. Vi hoppas att vi finns representerade som sakkunniga i de expertgrupper som bildas. Fortfarande är det inom hälso- och sjukvården väldigt mycket läkardominerat. Det är vår inställning.

Cristina Husmark Pehrssons Carolinaexempel var härresande, den staccars kvinnan hade mött gårdagens läkare och gårdagens sjukgymnast. När det gäller våra insatser idag innebär det att man först gör en analys som är funktionsinriktad och som relateras till arbetet. Sedan görs aktiva interventioner med funktionsinriktad träning. Det ska doseras precis som ett läkemedel. Det är helt förkastligt att få ett sådant läkemedel var fjortonde dag. Där behöver vi inom vår kår verkligen se till att vi får med oss alla på tåget att ta det här samhällsansvaret.

Jag vill poängtera att vi är specialistutbildade gymnaster alltmer. Det är inte vilken sjukgymnast som helst som klarar den här komplicerade uppgiften, och det ska vi rusta kåren för. Men vad jag vill säga är att vi gärna vill få med våra specialutbildade sjukgymnaster i de olika grupper som bildas, utifrån att vi är sakkunniga inom området.

Anders Wahlberg, Sveriges Psykologförbund: Jag kan belysa att revirstriden håller på att ta slut, inte minst i det arbete vi har inom Saco Vård. Där finns ingenting sådant, även om de olika yrkesgruppernas företrädare helt plötsligt uttalar sig nu. Men jag tror att den bredd som Eva Nilsson Bågenholm pratar om stämmer också när det gäller sjukdomar av olika slag. Det finns ingen som på något vis kan slå läkarna på fingrarna när det gäller bredd.

Däremot när det gäller bredd i övrig kompetens, de frågor som vi pratar om och som inte bara handlar om att vara sjuk eller frisk utan att vara arbetsförmögen eller arbetsoförmögen, tror jag att bland annat psykologer har mycket större bredd när det gäller samhälle och arbetsplats. Jag inte bara tror utan också vet att det är så. Det handlar om den psykologiska problematiken, som är stor. Jag har inga intentioner eller menar att någon av mina kolleger ska göra en sjukskrivning kring näthinne lossning. Där tror jag att vi är på läktaren.

Arbetsgivarens respektive arbetsförmedlingens roll

Sofia Bergström, Svenskt Näringsliv: Tack för att jag har fått inbjudan att delta i dag i denna aldrig sinande och mycket viktiga diskussion. Det är bara att konstatera att vi är inne i en period då det händer ganska mycket.

Curt Malmberg sade tidigare att det var lite besvärande att vara talare nummer två. Jag tycker att det är ännu mer besvärande att vara så här sent på programmet. Det har sagts så vansinnigt mycket kloka saker.

Jag tycker att ett ledord här i dag har varit samverkan. Alla talare har använt ordet samverkan. Vi kan nog alla skriva under på att det är väsentligt och nyckeln till att vi ska kunna hantera sjukfrånvaroprocessen. Men det är också viktigt att konstatera att samverkan kan se väldigt olika ut därför att det handlar om individer, och det handlar om arbetsplatser som ser olika ut, det är olika storlek på företagen, och det är olika branscher och sektorer. Det finns nog inte en enda lösning som är rätt, utan vi måste hitta samverkan som passar i olika sammanhang.

De flesta sjukfall både inleds och avslutas under sjuklöneperioden. Det är sådana sjukdomstillstånd som läker av sig själva. Det är förkylning, magsjuka och sådant som vi alla råkar få någon gång per år. Det är arbetsgivaren som står som den grindvakt som Cristina Husmark Pehrsson talade om i sitt anförande i den här perioden. I de flesta fall är det absolut inga problem. Men bland alla de här sjukfallen finns det även de som kommer att bli långvariga. Gemensamt har de alla att alla inleds med en första dag.

Då har jag fått frågan: Har arbetsgivaren tillräckliga verktyg för att kunna bedöma rätten till sjuklön? Den frågan går inte att svara på med ja eller nej, för situationerna ser så olika ut. I de större företagen har man som regel en mycket större erfarenhet av sjukfrånvaro. Man har också personalresurser, man har HR-funktioner, man har utarbetat rutiner för sjukanmälan, man har helt andra förutsättningar att ta hand om den personal som är sjukfrånvarande och också fånga upp signaler som visar på att det här kan komma att bli ett långt sjukfall.

Med vad gäller de mindre arbetsplatserna får vi signaler om att de känner sig ganska ensamma under sjuklöneperioden. Det beror delvis på att sjukfrånvaronivån är lägre på de mindre arbetsplatserna. I normala fall har man inte mycket erfarenhet alls, utan det enda man faktiskt har varit med om är förkylning och magsjuka. Så plötsligt en dag står man med ett sjukfrånvarofall som inte liknar de andra fall som man har varit med om. Vad gör man då? Det är inte så ovanligt att man inte känner till orsaken till frånvaron, och det är inte alls ovanligt att den lilla arbetsgivaren inte vet hur man ska sätta det i relation till arbetsförmågan.

I det sammanhanget kommer bland annat frågan om förstadagsintyg upp. I debatten framstår det oftast som att arbetsgivaren vill använda förstadagsintyget som ett led i misstänksamhet mot den sjukskrivne. Jag menar att så inte alls är fallet. Förstadagsintyget ska man se som ett av de verktyg som arbetsgivaren faktiskt kan använda sig av i de fall där man inte vet hur man ska hantera detta. Det här kan vara någonting som kommer

att bli varaktigt och en lång sjukfrånvaro som jag inte vill ha i mitt företag, för jag behöver den här arbetstagaren, jag behöver mina anställda. I det fallet är möjligheten att begära ett läkarintyg så tidigt som möjligt ett av de verktyg som arbetsgivaren kan använda sig av.

Sedan kan man säga att arbetsgivaren kan låta bli att betala sjuklön. Ja, i teorin kan arbetsgivaren göra det, men i praktiken blir det en lönetvist. Vår erfarenhet är att väldigt få arbetsgivare är beredda att ta den risken. I de fall vi blir kontaktade handlar det ganska ofta de rena rama fuskfallen, det vill säga de mera absurda situationer där man är sjukfrånvarande och alla vet att den här personen är frisk. I de fallen löser det sig oftast på ett eller annat sätt. Men det som är det svåra är de sublima fallen när man inte vet. Då kan det vara ett väldigt bra verktyg att använda sig av när man känner att man inte kan innehålla en sjuklön.

Vi får väldigt många önskemål från våra arbetsgivare att det ska finnas stöd och hjälp under sjuklöneperioden. Försäkringskassan har hittills inte kunnat bidra så mycket med det. Vari ska det stödet bestå? Det kan man tala mera i detalj i annat sammanhang, men det kan till exempel vara en så enkel sak som att beskriva reglerna under en sjuklöneperiod för en arbetsgivare som inte har så stor erfarenhet av sjukfrånvaro.

I samband med att man införde den särskilda sjukförsäkringsavgiften startade Försäkringskassan också ett kundcenter i Åmål och Säffle som gavs till uppgift att vara mellanhanden mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan. Det här mötte oerhört positiva reaktioner hos arbetsgivarna, och vi är tacksamma och glada över att det verkar som att det här ska få fortsätta. Det tror jag att man kan vidareutveckla. För arbetsgivarna var det ett otroligt stort steg att kunna ha *en* ingång, att kunna ringa *ett* samtal till kundcentret och bli återuppringd i det fall man behövde det i ett särskilt ärende. Jag tror att det är den här formen av stöd som många, framför allt de mindre företagen, har behov av.

De privata försäkringsbolagen vittnar om att antalet arbetsplatser som upphandlar privata sjukvårdsförsäkringar ökar. Det tror jag också är ett tecken på att man behöver samverkan. Men var hittar man denna samverkan? Hittar man inte den någon annanstans köper man in till exempel en sjuksköterska som ska ta emot sjukanmälningar eller andra specialister som kan bistå i det här arbetet. Men jag tror att det också är ett tecken på att det kan finnas olika lösningar.

Försäkringskassan kan utveckla sin samverkan, men det finns också andra aktörer. Här i dag har vi talat mycket om företagshälsovården. Den tror vi också kan spela en nyckelroll i hela sjukfrånvaroprocessen. Det är redan i dag så att många arbetsplatser har ett aktivt samspel med sin företagshälsovård. Men detta kan utvecklas på många olika sätt. Det är ett spännande arbete som bedrivs nu.

Sammanfattningsvis kan man säga att en anpassning av verksamheten på arbetsplatsen sker i mångt och mycket i den löpande verksamheten. Detta syns inte i statistiken, men allt det arbete som arbetsgivaren gör för

att förhindra att medarbetarna ska vara sjukfrånvarande pågår hela tiden. Men när det inte räcker ända fram finns de svåra fall som tenderar att bli långvariga och många gånger besvärliga, inte minst för individen själv.

Där behövs det stödinsatser. Där känner arbetsgivaren att man behöver ökad samverkan, i synnerhet tidigt. Avstämningsmötena tror vi kan vara en mycket god plattform. Jag understryker det som tidigare talare sade om att det ska ske tidigt, men också med urskillning i de fall där man bedömer att det är nödvändigt.

Vi konstaterar att vi vill vidareutveckla och bibehålla kundcentret i Åmål och Säffle som Försäkringskassan har. Vi konstaterar vidare att det verkar finnas en öppning och ett önskemål att använda många olika aktörer i sjukfrånvaroprocessen. Där hoppas vi att den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ska ta i beaktande och ta tillfället i akt, när den väl tillsätts, att titta på de olika möjligheter som står till buds och på de olika önskemål som de olika aktörerna har i den här processen.

Sture Nordh, TCO: Tack för möjligheten att få medverka med några synpunkter i dagens viktiga debatt. Vi gläds från TCO:s sida över ert initiativ, över diskussionen om frågorna och över det reformarbete som kommer att fortsätta på det här området. Det är oerhört viktigt att allt görs för att den enskilde så snart som möjligt ska komma tillbaka till arbetet.

Arbetsmarknadens parter har en viktig roll i det här arbetet. Vi samverkar med ansvariga myndigheter. Vi har ett särskilt ansvar som fackliga organisationer, och förstås arbetsgivare, i det förebyggande arbetet, som det inte har talats så mycket om i dag, men också i att åtgärder sätts in så tidigt som möjligt och att det sker på ett sådant sätt att individens integritet säkras i sjukskrivningsprocessen. Ska det här vara möjligt behöver vi redskap och verktyg som ni som lagstiftare i hög grad förfogar över.

När nu arbetsgivarnas medfinansiering i sjukförsäkringen är avvecklad och arbetsgivarnas ansvar för att initiera en rehabiliteringsutredning också är bortplockad skapar detta en ny situation. Det ställer krav på att vi vidtar nya aktiva åtgärder för att säkra en process som kommer i gång tidigt på arbetsplatserna när det gäller att få individen tillbaka i arbete. Vår övertygelse är – och det har flera redan understrukit – att arbetsgivarna och deras medverkan i detta arbete är helt avgörande. Vi måste säkra arbetsgivarnas aktiva medverkan i plan och aktiviteter för återgång i arbete, att det snabbt sker, och vi behöver möjligen också ekonomiska incitament för att det ska bli fallet.

Orsakerna är uppenbara. Det är till den arbetsplats där man har funnits som individen i första hand ska återgå. Det är där eventuella anpassningsåtgärder måste genomföras. Det är också nära arbetsplatsen som kunskapen om arbetsförhållandena och förutsättningen för individen till återgång finns. Företagshälsovården spelar en fullständigt avgörande roll för att det ska vara möjligt. Därför är en av de absolut viktigaste insatserna för att bidra till en snabbare återgång i arbete att stärka och utveckla företagshälsovården.

Men det är också viktigt att vi bidrar till en förbättrad sjukskrivningsprocess som inte låser in den sjukskrivne i arbeten som han eller hon inte kan återvända till. Därför behöver vi bättre förutsättningar än vad vi har i dag för praktik och arbetsträning på andra arbetsplatser utan att anställningsförhållandet hos den första arbetsgivaren har upphört. Vi behöver dessutom se över våra försäkringssystem så att de i sig inte låser in individer, som vi talade om apropå en fråga alldeles nyss. Vi skulle behöva en ökad rörlighet på arbetsmarknaden alldeles frivilligt och totalt sett, till exempel genom att ge arbetsförmedlingen uppdraget att också stödja den som redan har ett arbete men som vill ha ett nytt.

Vi ser från TCO:s sida positivt på tanken bakom etablerandet av försäkringsmedicinska riktlinjer som Försäkringskassan och Socialstyrelsen nu arbetar med. Det kan leda till att vi kommer till rätta med onödigt långa sjukskrivningsperioder. Men det är viktigt att det inte leder till en schablonmässig bedömning av den enskilde individen och hans eller hennes situation eller att den enskildes rättssäkerhet försämras. Vi måste upprätthålla rättssäkerheten. Vi ser att antalet överklaganden mot enskilda beslut i Försäkringskassan ökar. Ungefär en tredjedel av de avkunnade domarna i länsrätterna leder till att Försäkringskassan får ändra sitt beslut. Riktlinjerna blir referenspunkter. Riktlinjerna blir ytterligare ett underlag för ställningstagande. Men den slutliga bedömningen måste utgå från individens förutsättningar.

Vi tillhör inte dem som tror att arbetsgivarnas möjlighet, som nu föreslås, att begära sjuktyg från första sjukdagen kommer att spela någon roll när man vill påverka och förkorta sjukskrivningsprocessen. Vi menar att man i stället måste satsa alla resurser på att minska de långa sjukskrivningsperioderna. Att sjukskrivningsperioderna nu kortas genom att antalet sjukpenningdagar, som visades inledningsvis, sjunker är positivt. Men det får inte leda till att reformarbetet stannar av.

Det är viktigt att i det fortsatta reformarbetet också se att det finns skilda förhållanden för kvinnor och män i många fall i arbetslivet. Det finns fler kvinnor än män i långtidssjukskrivningar, och det är inte lika säkert – det vet vi också av analyser som är gjorda – att kvinnor i samma grad får del av rehabiliteringsinsatser trots detta faktum. Det måste vi ta itu med.

Jag vill bara avslutningsvis igen understryka att om vi ska få fatt på och kunna göra något åt de höga sjuk- och ohälsotalen måste vi få till stånd en fungerande företagshälsovård. Socialförsäkringsministern påpekade inledningsvis att detta i huvudsak är ett ansvar för parterna. Jag delar i hög grad den uppfattningen, men just företagshälsovården är ett område där det ovanligt tydligt finns ett trepartsintresse: för oss som löntagare, för arbetsgivarna men också för samhället, försäkringen eller er som lagstiftare. Vi har stora förväntningar på det arbete som Anna Hedborg nu leder, men vi hoppas också att det finns tillräcklig politisk beslutskraft att kunna

möta de förslagen genom stöd och ramregler som företagshälsovården kommer att behöva för att antligen bli etablerad och få spela den viktiga roll den har i det här sammanhanget.

Vi ska fortsätta att utveckla det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Det behöver systematiskt stärkas och utvecklas. Vi ser också att det finns en samhällelig roll i att stödja detta genom en aktiv arbetslivsforskning men också genom informations- och utbildningsinsatser inom de här områdena.

Siwert Gårdestig, Försäkringskassan: Herr ordförande! Jag tänkte gå in på två punkter. Den ena gäller: Vad kan Försäkringskassan göra för att ge arbetsgivaren ett riktigt bra stöd? Och den andra: Hur ser vi på försäkringsläkarens roll framöver? Jag fastnar för de två frågorna.

Ungefär 80 % av de sjukskrivna har en arbetsgivare. Jag utgår från att de allra flesta arbetsgivare vill ha tillbaka sin arbetskraft så snart det går. Där måste vi kanske flytta fram våra positioner. Hur kan vi på vårt sätt stärka arbetsgivarens möjligheter i sådana lägen? Vi har fått i gång ett ganska bra samarbete med hälso- och sjukvården, och vi har också ett bra samarbete med arbetsförmedlingen generellt. Men vi kanske inte har varit lika framgångsrika med att närma oss arbetsgivaren på det sätt som jag funderar på nu. Vår ambition är att komma in tidigare än vad vi gör i dag, vara närmare arbetsplatsen och arbetsgivaren och anpassa oss lite grann efter de förutsättningar som gäller för arbetsgivaren. Underförstått har vi kanske varit för sena, kommit in för sent i processen och varit för långt från arbetsplatsen. Vi har kanske varit lite stelbenta och fyrkantiga i vårt sätt att umgås med arbetsgivare. Det vill vi ändra på nu.

Det vi vill erbjuda i närtid – då menar jag under 2007 – och som ingår i Försäkringskassans modernisering är kontakteam till stora arbetsgivare som på individnivå kan resonera igenom hur man tacklar det som är närmast liggande när det gäller sjukskrivningsfrågorna. Det andra är att vi på strategisk nivå, på ledningsnivå, vill diskutera och föra upp frågor utifrån den sjukfrånvarobild som finns på företaget och se vad vi kan göra för att förebygga och förbättra den situation som finns i dag och för att se vad det finns av ömsesidigt lärande mellan Försäkringskassan och arbetsgivare för att undan för undan försöka utveckla våra umgängesformer.

Det handlar också om avstämningsmötet, som har varit uppe på tapeten. Det bör komma ännu tidigare än i dag. Det kommer för sent. Vi skulle vilja ha det, som vi har skrivit i förslaget till regeringen före jul, någonstans mellan vecka 4 och 8. Vi kan skippa utredandet. Var och en ska ju i dag utreda sin fråga, men egentligen äger vi frågan om vi sätter oss direkt på arbetsplatsen, arbetsgivaren, den enskilde, läkaren, möjligtvis även arbetsförmedlingen, och Försäkringskassan. Då äger man frågan där. Då kan man lösa mycket av frågan utan att vänta in en massa utredningar. Man skulle kunna klara ut frågan ganska snabbt och upprätta en plan för återgång direkt vid det tillfället. Då har man vunnit mycket tid.

Det finns mer praktiska saker som vi också vill göra. Det finns tekniska lösningar så att vi snabbt från arbetsgivaren kan fånga in vilka som är frånvarande på grund av sjukdom. I dag går ca 70 % av sjukanmälningarna via telefon eller fax. Det tar tid, är otympligt och kräver manuella handläggningar på båda sidor. I dag finns det tekniska lösningar som vi kommer att erbjuda arbetsgivarna så att nästan alla skulle kunna klara detta på ett mycket smidigare, snabbare och enklare sätt. Det kan vi klara under det här året. Vi tror också på att fortsätta med den telefonkundtjänst som vi har i Säffle-Åmål, att hitta vägar att bevara det och utveckla det. När det gäller självbetjäning har vi något som kallas för *Verktöglåda för arbetsgivare* som egentligen är en handbok för arbetsgivare. Vi tror att vi kan fortsätta att utveckla den så att man faktiskt ganska mycket själv kan gå igenom sina förutsättningar och veta rätt mycket. Det är en verktyglåda som har varit mycket efterfrågad. Dessutom tror jag att man i självbetjäningstjänsten ska kunna använda sig av den enskildes möjligheter att själv tala om vad han eller hon kan och komma med sin egen uppfattning så att den enskilde själv kommer med i bilden i ett slags självdeklaration; här står jag.

Det som jag har sagt nu är åtkomligt och kan levereras under innevarande år, vilket är ganska bra. Det vi också gör, vilket är ganska nytt, är att vi för första gången, som jag vet i alla fall, sätter oss tillsammans med vården och arbetsgivarna och går igenom våra olika processer, funderar igenom på vilket sätt vi kan förbättra vårt samarbete. Det kommer att handla om tre saker: Hur kan vi kommunicera snabbare? Hur fungerar systemen, regelverken? Vilket är vårt förhållningssätt till sjukskrivning? Vi vill lyfta in förmågan mycket tidigare och begreppet sjukskrivning. Vad står det för? Är det en bra metod? Är det en bra behandling? Vilken dos är rätt? Vi vill lyfta förmågan och fundera på hur man kan göra för att förstärka det friska utanför det sjuka. Om man gör det klingar det sjuka av. Vi har gärna gjort tvärtom. Vi har förstärkt det sjuka lite grann. Vi funderar på att ta helhetsgreppet och titta på sjuklöneperioden också. Naturligtvis funderar vi på om vi under sjuklöneperioden kan hitta ett bättre samarbete som skulle stärka individens möjligheter. Vi är öppna för att fundera på om det går att göra.

Försäkringsläkarrollen har varit på tapeten av och till. Nu har vi chansen att för första gången organisera vår försäkringsläkarkår, som är ca 400 stycken på nationell bas, och fundera igenom hur vi kan synliggöra dem på ett bra sätt, hur vi kan organisera dem så att vi har rätt kompetens på rätt ställe. I den modernisering som vi nu gör av Försäkringskassan ser vi att det i inkorgen, om jag säger så, krävs viss speciell kompetens för att hantera den problematiken medan det i utkorgen kanske krävs annan medicinsk kompetens som kan hantera frågan. Vi har för första gången tillgång till alla försäkringsläkare och kan organisera dem på ett annorlunda sätt än i dag. Den uppgift som de har är ju att vara balansen mellan medicin, det vill säga läkekonst, och förmåga och försäkring, vara den kunskapsbasen

och balansera problematiken. Det är fortfarande så att försäkringsläkaren har en rådgivande funktion gentemot beslutsfattaren. Även här är ganska mycket på gång när det gäller att förstärka försäkringsmedicinen och kunskapsmassan. Den är undermålig. Vi har utbildningar på gång. Vi har en professur på gång. Vi har en grundläggande magisterutbildning på gång ihop med Karolinska Institutet som startar den 18 september. Vi skulle vilja se att det är en grundutbildning som varje försäkringsläkare måste ha för att kunna ha den kompetensen framöver. Det är också en framgångsfaktor. Men försäkringsmedicinen och den kunskapen behöver fortsatt stärkas och stödjas.

Lars Sjöström, Ams: Jag tackar för inbjudan. Jag ska säga något kort om arbetsförmedlingens roll i det här ämnet. För det första är det utomordentligt angeläget att säga att vi har en stark arbetsmarknad. Det är positivt att arbetsmarknaden utvecklas så väl. Det är positivt att samarbetet med Försäkringskassan successivt förbättras. Och det finns många viktiga saker att jobba med.

Arbetsförmedlingens huvuduppgift är ju att underlätta och förbättra arbetsmarknadens funktion. Det ska vara lätt för arbetsgivaren att hitta arbetskraft. Det ska vara lätt för människor att få jobb. Det betyder att den viktiga matchningsrollen mellan jobb och arbetskraft ligger i fokus för att på det viset också minska de inflationsdrivande flaskhalsar som det riskerar att bli. Hittills i år är det drygt 215 000 människor på arbetsförmedlingen som har fått jobb. Vi har 81 000 färre arbetssökande utan arbete i dag jämfört med samma tid förra året. Det är mycket positivt. Men det är också viktigt för arbetsförmedlingen att medverka till att öka utbudet av arbetskraft. Där kommer inte minst samverkan med Försäkringskassan in i bilden för att vi på olika sätt ska kunna medverka till att fler människor kommer tillbaka till arbetsmarknaden.

Curt Malmberg talade inledningsvis om effekter av sjukskrivning. Han räknade upp försämrad livskvalitet, ökat missbruk och försämrad ekonomi. På den punkten har vi gemensamma erfarenheter. Samma tre punkter kan man lyfta upp när det gäller människor som har lång arbetslöshet bakom sig. Det behöver inte vara så väldigt lång arbetslöshet förrän man kan se sådana tendenser. I det starka arbetsmarknadsläge som vi har är det ännu mer angeläget att genom ett gott samarbete med Försäkringskassan ta vara på möjligheterna för människor som står utanför att komma tillbaka. Vi har nu erfarenheter sedan 2003 av att ha en årlig gemensam handlingsplan som syftar till att fler människor ska komma tillbaka till arbete. Samverkan skulle jag vilja omvandla till att samverkan förutsätter samarbete, och samarbete förutsätter verkstad. Det är ju så att samverkan inte räcker. Det måste omvandlas till något som är tydligt i sitt syfte, där de olika parterna gemensamt är överens om vad samverkan ska gå ut på. Det är väldigt viktigt att komma till konkreta saker.

2006 förstärktes den här samverkan ytterligare. Försäkringskassan fick också ett uppdrag från regeringen i maj 2006 att säkerställa stödet för de enskilda individerna i samarbetet med arbetsförmedlingen så att det skulle gå att få i gång den här processen ännu bättre. Vi kan se effekter av att vårt samarbete har förbättrats, tycker jag.

De insatser som arbetsförmedlingen kan medverka i gäller inom ramen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det handlar om olika typer av vägledningsinsatser, utredning, coaching mot jobb, förberedande utbildningar eller arbetsmarknadsutbildningar. Många av de deltagare som vi arbetar med har behov av arbetspraktik och givetvis i slutändan ett jobb. För att vi ska lyckas med det är det väldigt viktigt att det finns arbetsgivare som vill anställa.

För 2007 har vi en gemensam handlingsplan som omfattar ungefär 15 000 nya deltagare i det gemensamma arbetet. Vi har ett gemensamt mål som innebär att inom tolv månader ska 40 % av dessa personer, alltså 6 000 personer, vara tillbaka i arbete eller i utbildning. Jag läste av nu att fram till och med mars månad har vi i alla fall nått 37 % av dem som ska mätas, så att säga, till den här perioden. Så det finns hyggliga förutsättningar att vi ska nå ända fram.

Vi har ett antal utvecklingsområden i den här samverkan. Många har talat om arbetsförmåga, arbetsförmågebedömning och arbetsförmågebegreppet i dag. Det är väldigt angeläget att ge arbetsförmågebegreppet rätt definition. Jag tror att vi definierar det utifrån lite olika förutsättningar. Vi har ett arbete med Försäkringskassan som är väldigt viktigt för vår del. Det handlar om att medverka till att vi har en gemensam uppfattning om vad arbetsförmåga är för något. Man kan ha arbetsförmåga utifrån ett medicinskt perspektiv. Man kan ha arbetsförmåga utifrån förutsättningen att få ett arbete. Här gäller det att vi tar vara på varandras kompetenser.

Vi har också identifierat ett antal regelhinder. Så sent som i det budgetunderlag som Arbetsmarknadsstyrelsen lämnade till regeringen nu senast lyfter vi upp några saker, till exempel SGI-skyddet, förstärkt högriskskydd för långtidssjukskrivna, försörjning under tiden som Försäkringskassan utreder rätten till sjukpenning samt sjukpenning vid partiell och hel sjukskrivning.

Det som ibland är en bristvara hos oss inom arbetsförmedlingen är möjligheten att kunna subventionera anställningar när en person har förutsättningar att gå tillbaka till en arbetsgivare med eller utan stöd. Då är lönesubventioner många gånger något väldigt lönsamt. Det är en bristvara hos oss.

Om jag skulle räkna upp några framgångsfaktorer som jag tycker är viktiga att nämna avslutningsvis är det för det första väldigt angeläget att det är en intresserad person som vill ha ett jobb och som tror att han eller hon kan få det, alltså att vi har en väldigt viktig människa i centrum. För det andra handlar det om ett utomordentligt bra samarbete mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Där är vi på väldigt god väg. För det

tredje är det en gemensam uppfattning om arbetsförmågan. Det är kanske inte konstigt att jag nämnde det. För det fjärde handlar det om bra och tillräckliga instrument och resurser för utveckling och stöd till individen. För det femte är det en intresserad arbetsgivare plus eventuella subventioner, och för det sjätte, inte minst, tydliga mål och tydlig uppföljning.

Utfrågning

Siw Wittgren-Ahl (s): Det har varit en väldigt intressant genomgång, och man ställer sig många frågor. Jag vill bara säga att arbete är för oss svenskar väldigt centralt. Vi identifierar oss ofta med det arbete vi har. Man frågar: Vad gör du? Då menar man: Vad arbetar du med? Därför var det viktigt, tycker jag, att Eva Nilsson Bågenholm tog upp individen. Det är ändå så att vi har 4,2 miljoner människor som går till arbetet varje dag. Jag är en av dem som går till arbetet varje dag fast jag är sjuk. Jag är kroniskt sjuk. Men jag går till arbetet för att jag känner att jag kan påverka. Jag kan vara med och påverka även en sådan här fråga. Att gå till arbetet fast man är kroniskt sjuk är det många svenskar som gör. Men vi pratar om de svenskar som är inne i systemet som inte kan gå till sitt jobb.

Det är viktigt att ta reda på varför 4,2 miljoner människor går till jobbet fast de är sjuka. Det gjorde Karolinska Institutet. Då kom man fram till att man kunde påverka sitt arbete. Man blir synliggjord på sitt arbete. Man hade en arbetsledare som såg till att man hade en bra arbetsmiljö. Man fick vidareutbilda sig. Man hade bra arbetskamrater, och man kände att man gjorde nytta på jobbet. Det är de fem kriterierna bland annat som gör att jag går till jobbet. Men här pratar vi om hur vi ska få andra människor att gå till jobbet. Det är en väldigt viktig process. Jag tror att de flesta människor vill ha ett arbete så att de ska kunna försörja sig själva.

Då tittar vi på sjukskrivningsprocessen. Jag vill kommentera det som näringslivet sade om sjukintyg från första dagen. I *En ny och bättre sjukskrivningsprocess* står det att ni ska utbilda 3 000 läkare till i försäkringsmedicin. Men i det förslaget ligger också att arbetsgivare kan få oss att gå till doktorn första dagen vi är sjuka. Som socialdemokrat har jag tyckt att den ordning vi har i dag på den svenska arbetsmarknaden med kollektivavtal har varit väl så bra, att vi inte lagstiftar för lagstiftningens skull. Det är bättre att vi samverkar, även arbetsgivare med fackföreningar. Jag kan inte förstå varför man inte kan ha kollektivavtal på de flesta arbetsplatser, och jag kan inte tänka mig att Svenskt Näringsliv skulle vara emot kollektivavtal. Så därför vill jag fråga om man är emot rätten att kunna teckna kollektivavtal för att bevara freden på arbetsmarknaden, för det är viktigt även för oss som står utanför arbetsmarknaden. Det är en förutsättning för att komma in.

Jag vill också ställa en fråga till TCO och LO. Tycker ni när det gäller sjukskrivningsprocessen att man på ett bra sätt tillvaratar den enskilda människans intressen i planmötena? Vi vet att många är sjukskrivna på grund

av psykiska problem. Man känner att man inte passar in på arbetsplatsen. Även på små arbetsplatser kan det vara ett stort problem, också för arbetsgivaren. Jag ställer frågan till Curt bland andra. Vad gäller personen som hade ont i ryggen som var lastbilschaufför och till slut hade varit sjukskriven så många gånger så har småföretagaren svårt att omplacera en person med återkommande ländryggsbesvär. Vad ska vi göra med honom i denna sjukskrivningsprocess? Arbetsgivaren måste ha bra arbetskraft som gör jobbet. Hur ska lastbilschauffören få en omskolning utan att hamna i den borgerliga alliansens utanförskap när han omskolar sig till barnskötare?

Sture Nordh, TCO: När det gäller den första frågan om sjukintyg från första dagen finns det grunder och överenskommelser i många avtal redan på arbetsmarknaden. Jag menar, precis som jag tycker känns ligga i din fråga, att det är en bra metod. Vårt motstånd till införandet av detta generellt ligger just i risken att det innebär en felaktig användning av läkarresurser och andra resurser i hälso- och sjukvården. De långa sjukskrivningarna är viktiga.

När det gäller avstämningsmötena menar vi att det är ett viktigt instrument för att få i gång och följa upp processen för den enskilde och, i anpassningen mellan den enskilde och arbetet, få möjligheten att komma tillbaka. Skälet till att jag talade rätt mycket om rörligheten på arbetsmarknaden är ju det som du tar upp. Vi ser att jobben växer fram i mycket hög grad i små företag. Möjligheten till anpassning är åtminstone i vissa fall svårare hos de företagen. Vi behöver utveckla system med arbetsgivar-ringar. Vi behöver utveckla system där människor får chans att pröva ett arbete hos en annan arbetsgivare under en kvarvarande anställning hos den tidigare arbetsgivaren för att visa det du började med att säga, att det inte är farligt att ha en kronisk sjukdom. Man kan vara fullt arbetsför men inte i just den arbetsuppgift som man hade tidigare.

Sofia Bergström, Svenskt Näringsliv: Herr ordförande! Jag uppfattade att jag fick frågan om förstadagsintygen. Väldigt många kollektivavtal har en bestämmelse om att arbetsgivaren har rätt att begära in sjukintyg från första dagen. Det upplevs i de fall där man använder det som ett väldigt gott verktyg. Det är det vi talar om här i dag. Vad behöver vi för verktyg för att vi ska kunna ha en bra och effektiv sjukskrivningsprocess? Om man lagstiftar om det innebär det att alla arbetsgivare har den möjligheten. Det görs inte så i dag, och det ska heller inte ske i framtiden, att man använder detta i samtliga fall. Det är i de fall där man anser att det är nödvändigt för att man vill veta vad det rör sig om. Vad för insatser kan jag som arbetsgivare göra på ett tidigt stadium? Det är precis som Sture Nordh säger. Det är de långa sjukskrivningsfallen som är viktiga. Men alla börjar med dag ett.

Solveig Zander (c): Jag vänder mig till Försäkringskassan, sedan till Läkarförbundet och Svenskt Näringsliv i första hand, en i varje grupp, om man får uttrycka sig så. Vi har pratat om verktyg för att förkorta sjukskrivnings-

processen och förenkla den. Vi ska samverka och samarbeta, och vi ska hitta gemensamma sjukskrivningsperioder i diagnoser och så för att vi ska hitta bättre, lättare och enhetligare instrument. Något vi har snuddat vid, precis som Siw sade här alldeles nyss, är att vi går till jobbet för att vi ska försörja oss själva. Då undrar jag: Vilken roll tycker ni att sjukpenningnivån spelar i den här processen? Det är bland annat det som vi från socialförsäkringsutskottet har till uppgift att titta på. Det har inte nämnts, mer än perifert, kan man väl säga. Var är sjukpenningnivån i detta? Vad har den för betydelse?

Curt Malmberg, Försäkringskassan: Det var en svår fråga. När det gäller nivån på sjukpenning finns det belagt i forskning att den påverkar attityden till sjukskrivning. Det gäller att hitta rätt nivå där den ger tillräckligt skydd för att det ska vara verkningsfullt och samtidigt inte leder till felaktiga incitament.

Från mina utgångspunkter, och jag talar inte om Försäkringskassan, tycker jag att den ligger på en bra nivå.

Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund: Jag vill inte kommentera sjukpenningnivån. Det är inte riktigt min uppgift i det här sammanhanget.

Däremot vill jag mycket kort säga att det vi har talat om här tidigare, plan för återgång i arbete, är ett väldigt genialiskt grepp.

Vi har lurat många av försäkringstagarna med diverse rehatredningar och rehabiliteringar där ordet har förlätt tanken. Rehabilitering är ett av de mest missbrukade ord som finns.

Rätt rehabilitering vid rätt tillfälle är naturligtvis bra. Men vi har lurat oss själva. Plan för återgång i arbete talar om precis vad det är. Det är till för att individen ska kunna återvända så snart som möjligt.

Sofia Bergström, Svenskt Näringsliv: Nivåfrågan är onekligen ett ämne för sig. Jag tror inte att det finns något korrekt svar. Vad är en korrekt nivå?

Dåvarande Riksförsäkringsverket gav för några år sedan ut en rapport där man jämförde olika sjukförsäkringssystem. En av slutsatserna i den rapporten var att system som erbjuder höga ersättningsnivåer har man ofta försett med många kontrollmekanismer som omger systemet. I de system som erbjuder lägre ersättningsnivåer behöver man inte ha lika mycket kontroll.

Man konstaterade också att i Sverige hade vi vid det tillfället höga ersättningsnivåer och låg kontroll. I rapporten menade man att det var en av orsakerna till utvecklingen av sjukfrånvaron har sett ut som den gör.

Om man utgår från att arbetslinjen ska vara dominerande i ett inkomstersättningssystem bör det vara en skillnad mellan inkomst av arbete och inkomst ur ett sjukförsäkringssystem.

Irène Wennemo, LO: I dag har de flesta av oss våra bilar, båtar och sommarstugor betydligt bättre försäkrade än vad vi har våra inkomster, som är det mest avgörande för vår framtida ekonomi.

Det finns en väldig vilja att försäkra det som är viktigast och inte bara det som är lite mer perifert som båtarna och bilarna. Det är väldigt viktigt att vi har en bra försäkring som ger bra skydd.

Sedan är det precis som Sofia sade. Man måste också försöka styra upp att det inte utnyttjas på fel sätt och att man har en bra grindvakt, som socialförsäkringsministern tog upp.

Bra ersättningsnivåer är verkligen något som man vill ha. Det är väldigt viktigt för att vi ska känna oss trygga. Men vi måste också se till att försäkringen används på rätt sätt och till rätt saker.

Ordföranden: Tack så mycket. Det får bli slutorden från våra inbjudna gäster. Jag lämnar över ordet till utskottets vice ordförande Tomas Eneroth för att avrunda denna utfrågning. Varsågod.

Avslutning

Vice ordföranden Tomas Eneroth (s): Tack för det. Denna utfrågning var ett led i riksdagsbehandlingen av bland annat en proposition från regeringen om vissa sjukförsäkringsfrågor men också ett led i utskottets regelmässiga uppföljnings- och utvärderingsarbete.

Vi har sett ganska många av er i dessa sammanhang tidigare. Jag är alldeles övertygad som att vi kommer att ses även framöver, eftersom vi ständigt behöver återkomma till de här frågeställningarna.

Som ni märker är det vissa saker i den politiska debatten som faktiskt är gemensamma. Det gäller diskussionen om riktlinjer för sjukskrivningar eller för den delen landstingsmiljarden. Det är saker som den föregående regeringen påbörjade och som den nuvarande fortsätter med. Det finns delar som förenar oss.

Sedan kommer vi in på frågor som sjukintyg från första dagen, medfinansieringen och lite andra frågor. Där är det klart att vi skiljer oss ganska ordentligt. Vi har en tydlig politisk värdering och diskussion om detta.

Det är vad som är bra med den här typen av utfrågningar. Ni som har deltagit har bidragit till att förbättra, förstärka och utvidga diskussionen om sjukskrivningsprocessen.

Det gäller vikten av samverkan mellan de olika professionerna inom sjukvården – sjukgymnaster, psykologer och läkare – och hur man kan utveckla det på olika sätt.

Det gäller vikten av att Försäkringskassan och arbetsförmedlingen ser till att ingen hamnar mellan stolarna utan att de har ett väl fungerande samarbete.

Det gäller vikten av att utveckla företagshälsovården. Det har väldigt många återkommit till. Det kommer att vara centralt i den politiska debatten under de närmaste åren, skulle jag gissa.

Det gäller inte minst vikten av ett starkt engagemang hos arbetsmarknadens parter både i det förebyggande arbetet och också i hur människor får en chans att komma tillbaka till arbetslivet. Det gäller oavsett om det är där de är anställda eller där de kommer att bli anställda.

Den här utfrågningen har gett mig och säkert alla oss i utskottet både tips och idéer för både motioner och propositioner. Det är väl poängen med den här typen av utfrågningar.

Jag är övertygad om att det också är ett välkommet tillskott till den gemensamma diskussion vi alla behöver föra om socialförsäkringarna i deras hela vidd och den reformering som vi gemensamt kommer att diskutera framöver.

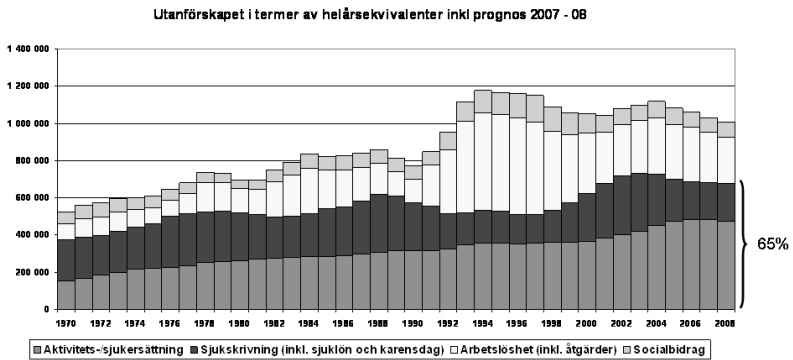
Jag vill tacka er allihop för medverkan. Tack för lysande anföranden men också för att ni har svarat väl på ledamöternas alla frågor.

Vi ses säkerligen igen. Därmed avslutar jag denna utfrågning.

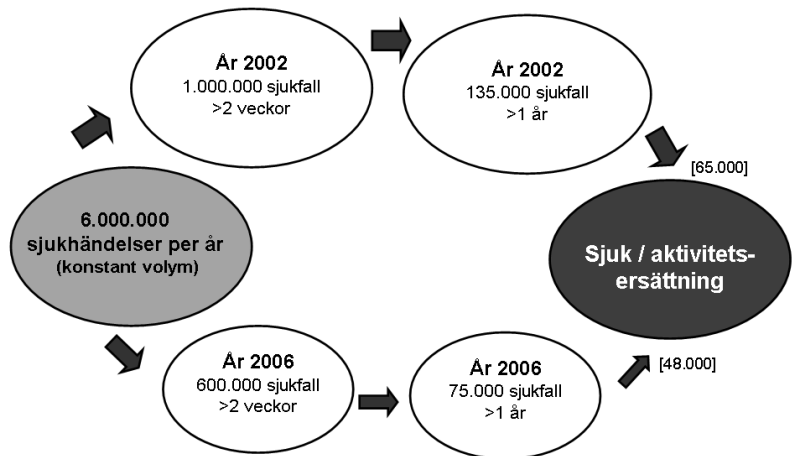
BILAGA 5

Bilder från utfrågningen om sjukskrivningsprocessen

(Bild 1)



(Bild 2)



(Bild 3)

Regeringens medel

- Sjukintyg från första dagen
- Avskaffad medfinansiering
- Mer effektiv sjukskrivningsprocess
- Sjukvårdsmiljarden
- Förändringar i skatte- och bidragssystem

Socialdepartementet



(Bild 4)

Framtiden?

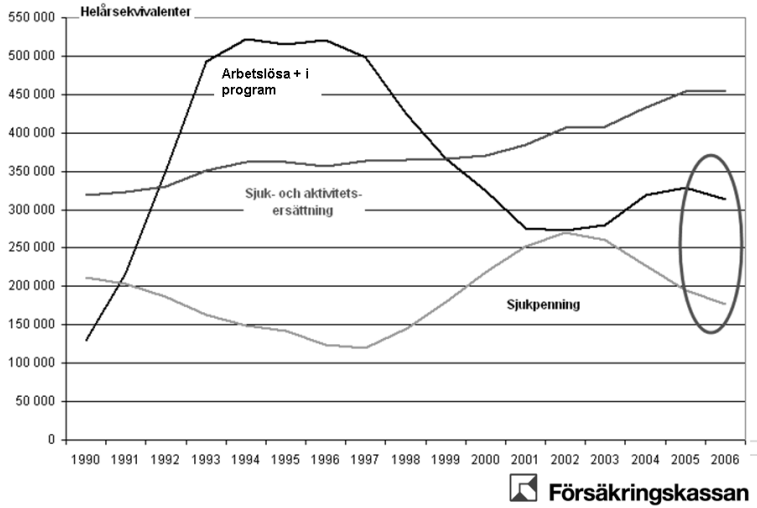
- Minska marginaeffekter för personer med SA (från och med 2008)
- Ytterligare skatteförändringar som ökar arbetsutbudet
- Viktigt att kommuner och landsting arbetar med ohälsfrågorna – även som arbetsgivare
- Framgång med ohälsarbetet ger ytterligare resurser för andra satsningar inom vård, omsorg

Socialdepartementet



(Bild 5)

Trendbrott?

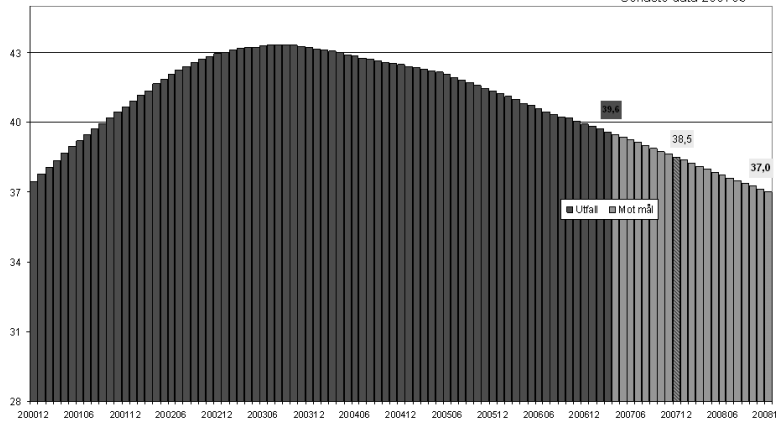


(Bild 6)

Ohälsotalets utveckling mot målet 2008

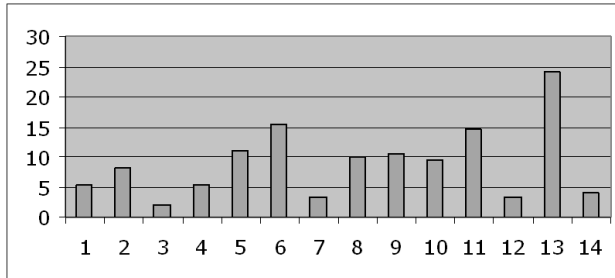
Riket

Senaste data 200703



(Bild 7)

Antal heltidssjukskrivna patienter per heltidsläkare

 Socialstyrelsen