



JURIDISKA FAKULTETEN

vid Lunds universitet

Mats Ulfwinger, Christian Öhlin

Arbetslivsinriktad rehabilitering och
Försäkringskassans roll

Examensarbete

20 poäng

Handledare

Ewa Gustafsson

Ämnesområde

Socialrätt

Termin

VT-06

SAMMANFATTNING	1
FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR	5
1 INLEDNING	6
1.1 Syfte	7
1.2 Metod	8
1.3 Disposition	8
1.4 Avgränsningar	9
2 BAKGRUND	10
2.1 Allmänt om framväxten av socialförsäkringen	10
2.2 Tidiga initiativ och startskott	10
2.3 De frivilliga försäkringskassorna	11
2.4 Arbetet med en allmän sjukförsäkring	13
2.5 Summering	15
3 EG-RÄTTEN OCH REHABILITERING	16
3.1 Inledning	16
3.2 EG-rätten och soft law	17
3.3 Amsterdamfördraget	19
3.4 Summering	20
4 TILLHÖRIGHETEN TILL FÖRSÄKRINGEN OCH RÄTTEN TILL ERSÄTTNING VID SJUKDOM	22
4.1 Allmänt om tillhörigheten	22
4.2 Närmare om Socialförsäkringslagen	24
4.2.1 Bosättning och arbete	24
4.2.2 Bosättningsbaserade förmåner	25
4.2.3 Arbetsbaserade förmåner	26
4.3 Rätten till ersättning vid sjukdom	28
4.3.1 Allmänt om ersättningsrätten	28
4.3.2 Materiella krav för rätt till sjukpenning	32
4.3.3 Sjukdomsbegreppet i 3 kap 7 § AFL	36

4.4	Summering	41
5	FÖRSÄKRINGSKASSANS BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGAN	42
5.1	Allmänt om bedömningen	42
5.2	Arbetsförmågebedömning i stegmodellen	43
5.3	Summering	49
6	REHABILITERING OCH ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING	50
6.1	Olika typer och definitioner av rehabilitering	50
6.2	Arbetslivsinriktad rehabilitering	51
6.3	Summering	58
7	FÖRSÄKRINGSKASSANS TILLÄMPNING AV REGELSYSTEMET RÖRANDE ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING	60
7.1	Inledning	60
7.2	Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning	60
7.2.1	Allmänt	60
7.2.2	Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen	61
7.2.3	Den försäkrades roll och ansvar	62
7.2.4	Arbetsgivarens roll och ansvar	64
7.2.5	Försäkringskassans roll och ansvar	65
7.3	Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?	66
7.4	De långtidsjukskrivnas uppfattning	68
7.5	Tillämpningsregler för köp av tjänst	70
7.6	Den ”nya” Försäkringskassans roll	74
7.7	Summering	76
8	OM RÄTTSSÄKERHET	78
8.1	Rättssäkerhet	78
8.2	Grundprinciper och rättighetsskydd	79
8.3	Ramlagstiftning	80
8.4	Rättssäkerhet och arbetslivsinriktad rehabilitering	82
8.5	Summering	83

9	ANALYS OCH SLUTSATSER	84
9.1	Allmänt om analysen	84
9.2	Lagstiftarens intentioner	84
9.3	Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen	86
9.4	Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?	87
9.5	Försäkringskassans och den försäkrades roll vid arbetslivsinriktad rehabilitering	88
9.6	Rättssäkerheten och effektiviteten	90
9.7	Slutsatser de lege ferenda	92
	LITTERATURFÖRTECKNING	95

Sammanfattning

I denna uppsats behandlar vi begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. De frågor som vi ställt oss är:

- Vilka intentioner har lagstiftaren med arbetslivsinriktad rehabiliteringen?

Intentionerna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan än idag spåras tillbaka till den ursprungliga tanken om skydd och trygghet. För den arbetslivsriktade rehabiliteringen är det främst skyddet för utslagning från arbetsmarknad samt upprätthållande av varje enskild persons försörjningsförmåga i enlighet med *arbetslinjen*, som utgör grundintentionen. I förarbetena till 22 kap AFL kan man spåra en stark vilja och ambition att ge den försäkrade goda möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering. Även vikten av att den försäkrade ges möjlighet till delaktighet och insyn i rehabiliteringsprocessen betonas. Vår mening är att mycket av det utrednings - och lagstiftande arbete som skett under andra halvan av 1990-talet och under 2000-talets första år, till största del utgör en intention från lagstiftarens sida om ökad effektivitet. Skyddstanken är kvar, den individrelaterade utvecklingstanken också, men onekligen är det *effektivitetsintentionen* i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som i dagsläget spelar huvudrollen, både i ett individrelaterat och ett samhällsekonomiskt perspektiv.

- Vad är arbetslivsinriktad rehabilitering, och hur får en försäkrad del av arbetslivsinriktad rehabilitering?

Arbetslivsinriktad rehabilitering är ett samlingsbegrepp för olika åtgärder som syftar till att återge den försäkrade arbetsförmåga helt eller delvis. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan delas in i utredningar och aktiva åtgärder. När det gäller arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning är detta en utredning som sker i syfte att klarlägga arbetsförmågan och den

försäkrades behov av rehabilitering. Vad avser aktiva åtgärder, arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, skall den försäkrade vara personligen verksam och engagerad, exempelvis arbetsträning, arbetsprövning eller utbildning. En arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd föregås av en rad olika steg i sjukpenningsprocessen. Det krävs att den försäkrade är att anse som tillhörig till svensk sjukförsäkring, har en sjukpenninggrundande inkomst, har en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst en fjärdedel samt att det konstateras av en handläggare på Försäkringskassan att den försäkrade inte kan återgå i arbete utan en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.

- Vilken roll har den försäkrade respektive Försäkringskassan vid arbetslivsinriktad rehabilitering?

Samspelet mellan den försäkrade och Försäkringskassan vid arbetslivsinriktad rehabilitering är genom lagens konstruktion inte helt okomplicerad. Å ena sidan har den försäkrade skyldighet att medverka efter bästa förmåga och lämna upplysningar som underlättar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen å andra sidan har Försäkringskassan utredningsansvar och samordningsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Alla arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder skall ske i samråd med den försäkrade, men 22 kap. AFL ger otydliga besked om den konkreta tillämpningen. Avgränsningarna av respektive parts rättigheter och skyldigheter är vagt och otydligt formulerade.

- Är regleringen av arbetslivsinriktad rehabilitering rättssäker i sin nuvarande form?

Utformningen av reglerna inom sjukförsäkringen är av ramlagskaraktär. Lagstiftningsmodellen har valts bland annat för att ge utrymme för individuella bedömningar i enskilda ärenden. Detta innebär att centrala rekvisit och begrepp i lagen inte är tydligt definierade. Vi konstaterar att en risk för bristande rättssäkerhet och därigenom även legitimitet i den

arbetslivsinriktade rehabiliteringen föreligger. Vi menar att detta är en direkt följd av att man valt ramlagskonstruktionen för att reglera arbetslivsinriktad rehabilitering. Genom att förutsebarheten och överblickbarheten är bristande, saknas även en korrekt och effektiv möjlighet till kontroll av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Utan en god kontrollmöjlighet kan heller inte genomförandet av arbetslivsinriktad rehabilitering garanteras, vare sig mot enskilda försäkrade eller mot samhällsekonomiska och myndighetsknutna målsättningar. Att återföra människor till arbete, försörjning och aktivt samhällsdeltagande är ett mycket viktigt uppdrag. Vi menar att en större tydlighet i materiell lagstiftning hade tjänat syftena med en allmän sjukförsäkring och med en arbetslivsinriktad rehabilitering. För framtiden är det av avgörande vikt för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt sjukförsäkringen som helhet att detta genomförs och att en bred legitimitet för lagstiftningen och tillämpningen uppnås i samhället.

De lege ferenda

För att en arbetslivsinriktad rehabilitering skall lyckas krävs det att *fyra* huvudfaktorer föreligger och effektivt samverkar;

- *tidiga* insatser
- *tydlig ansvarsfördelning* mellan olika myndigheter och enskilda
- *motivation* och incitament för en rehabilitering
- *förutsebarhet* för den enskilde med avseende på rehabiliteringens syfte, omfattning, utsträckning och mål.

Enligt vår mening är det behövligt att se över *grundförutsättningarna* för hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen regleras. Vi menar att kunskapen finns, att utredningarna är gjorda, att tiden är inne. Det som behövs är ett *samlad, tydlig, enhetligt och konsekvent* regelverk som är *gemensamt* för alla myndigheter och alla försäkrade. En karta som stämmer med verkligheten.

Förord

Uppsatsen som här presenteras är ett gemensamt examensarbete i juridik för genomförande av Jur. kand. examen vid Juridiska Fakulteten, Lunds Universitet. Vi arbetar båda på försäkringskassan med utredning, rehabilitering av sjukskrivna och som föredragande. Den juridiska sfär vi möter och har mött i vårt dagliga arbete kan närmast liknas vid ett kontinuerligt skiftande eldorado av juridiska bedömnings- och rättighetsfrågor. Från att ursprungligen hanterat en allmän inkomstbortfallsförsäkring vid sjukdom och dödsfall, administrerar försäkringskassan numera 47 ärendeslag. De lagar och förordningar som styr Försäkringskassans verksamhet har över åren vuxit ut och utgör idag ett av de mest svåröverskådliga regelkomplexen i det svenska samhället. Det rättsliga regelkomplex som finns inom sjukförsäkringen väcker många juridiska frågeställningar. En viktig fråga som vi har tagit fasta på gäller begreppet rehabilitering. Detta begrepp har under en i sammanhanget kort tid vuxit ut till att bli ett av de mest återopade och likväl otydliga begrepp som det finns många tolkningar av. Begreppet används exempelvis i samband med medicinsk behandling, vid arbetsprövning och arbetsträning och vid sjuk och aktivitetsersättning. Det förekommer även i olika myndigheters verksamhet som arbetsförmedling och sociala myndigheter. Vi har båda ansett att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering varit värt att redogöra för och undersöka närmre från ett juridiskt perspektiv. Ett stort tack till vår handledare Ewa Gustafsson vars kloka synpunkter, tålamod och hjälp varit ovärderlig. Tack Ewa! Vi vill också rikta ett stort tack till våra kära hustrur, Gunilla och Anne, för att de stått ut med att lyssna på ändlösa monologer om arbetslivsinriktad rehabilitering under cirka ett års tid. Ni har varit en stor hjälp för oss! Sist men inte minst, ett tack till våra underbara barn Agnes o Bea samt Rebecca o Eric som nu får ha sina pappor helt och fullt, utan konkurrens av iuridicum i Lund. *Sustine et abstine – Ut sementem feceris, ita metes*

Förkortningar

AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
Ds	Departementsserien
FL	Förvaltningslagen
FÖD	Försäkringsöverdomstolen
LAF	Lag (1976:380) om arbetsskadeförsäkring
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
RFV	Riksförsäkringsverket
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
RiR	Riksrevisionen
SofL	Socialförsäkringslagen (1999:799)
SOU	Statens Offentliga utredningar

1 Inledning

Denna uppsats avser att behandla vissa frågor om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Försäkringskassan är den myndighet som administrerar sjukpenningförsäkringen. Som ett led i detta har Försäkringskassan ett uppdrag att verka för att sjukskrivna återfår sin arbetsförmåga. Ett verktyg i detta arbete är arbetslivsinriktad rehabilitering, vilken regleras främst i 22 kap. AFL. Själva syftet med 22 kap. AFL är att reglera hur Försäkringskassan skall hantera arbetslivsinriktad rehabilitering.

Möjligheten till arbetslivsinriktad rehabilitering framgår av 22 kap.1 § AFL i vilket det anges att en sjukskriven har rätt till rehabiliteringsersättning och möjlighet till rehabilitering. Detta innebär i praktiken att det först och främst krävs att Försäkringskassan gör en bedömning av om den sjukskrivne kommer att kunna försörja sig själv eller stå till arbetsmarknadens förfogande efter en insatt rehabiliteringsåtgärd. Försäkringskassan har även ett klart formulerat samordningsuppdrag vilket framgår av 22 kap. 5 § AFL, i vilken anges att Försäkringskassan har en samordnande roll när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering till sjukskrivna och det är Försäkringskassan uppgift att driva de andra aktörerna så att ett positivt resultat uppnås.

I den pågående samhällsdebatten har allt större fokus lagts på sjukskrivningar och de kostnader detta fört med sig för samhället. I Sverige har antalet sjukfall och sjukskrivna personer ökat kraftigt sedan 1997. Det antal personer som varit sjukskrivna i 15 dagar eller mer var 1997 ca 135 000 personer. I slutet av 2002 var de 296 300, en ökning med 119 procent. Antalet långtidssjukskrivna med sjukskrivning ett år eller längre, ökade under samma tid från 44 800 till 126 100 personer, motsvarande en ökning med 182 procent. Antalet personer med förtidspension omfattar idag över 550 000 personer i en population om 9 miljoner. Regering och riksdags mål är att ohälsotalet skall halveras till år 2008 i jämförelse med 2002.¹ Hur målen skall nås är dock fortfarande en delvis öppen fråga. Genom att

¹ SOU 2003:106, Slutbetänkande från ANSA, Försäkringskassan Den nya myndigheten, s. 86.

Försäkringskassan fr.o.m. 1 januari 2005 är en enda statlig myndighet är det meningen att målet om en halvering av ohälsotalet skall nås via en bättre styrning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och sjukskrivningarna.

För att en person (fortsättningsvis kallad *den försäkrade*) skall bli föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 22 kap AFL krävs det att denne först och främst måste anses som kvalificerad för aktuell lagstiftning. För sjukpenning som är en arbetsbaserad förmån krävs att den försäkrade har ett arbete eller står till arbetsmarknadens förfogande och det krävs att den försäkrade har en registrerad sjukpenninggrundande inkomst. Vidare krävs att det finns en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst en fjärdedel. När nämnda omständigheter föreligger erhåller den försäkrade sjukpenning. I de fall den försäkrade går från sjukpenning till rehabiliteringsersättning (som utges vid arbetslivsinriktad rehabilitering) krävs att handläggare hos försäkringskassan gör bedömningen att den försäkrade inte kan återgå i sitt tidigare arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande utan vidare åtgärder. Det skall vidare antas att den försäkrade efter någon typ av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd skall kunna försörja sig själv genom arbete.

1.1 Syfte

Uppsatsens syfte är att ur ett juridiskt perspektiv utreda och granska innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom sjukförsäkringen. Frågeställningar som diskuteras i uppsatsen är ;

- vilka intentioner har lagstiftaren med arbetslivsinriktad rehabilitering?
- vad är arbetslivsinriktad rehabilitering, och hur får en försäkrad del av arbetslivsinriktad rehabilitering?
- vilken roll har den försäkrade respektive Försäkringskassan vid arbetslivsinriktad rehabilitering?
- är regleringen av arbetslivsinriktad rehabilitering rättssäker i sin nuvarande form?

1.2 Metod

Den metod som använts följer traditionell juridisk metod med genomgång och utredande av rättskällorna, det vill säga lagtext, förarbeten, rättsfall, försäkringskassans interna föreskrifter och doktrin. En speciell omständighet vid utredningen av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är sociallagstiftningens ramlagskaraktär med de inslag av social rättighets- och skyddslagstiftning som omgärdar begreppet. En annan speciell omständighet är den betydelse som försäkringskassans egna interna arbetsdokument och rekommendationer har och som får stort genomslag i tillämpningen.

1.3 Disposition

Uppsatsen inleds i kapitel 2 med en allmän historisk återblick över den allmänna sjukförsäkringens framväxt och bakgrund till dagens socialrättsliga regelsystem. Vi är av uppfattningen att en redogörelse för hur sjukförsäkringen utvecklats över en längre tid bidrar till en ökad förståelse för dess speciella karaktär samt hjälper helhetssynen när man läser den del av uppsatsen som behandlar nuläget för sjukförsäkringen. Vi redogör sedan i kapitel 3 kort för EG-rättsliga reglers inverkan på begreppet rehabilitering. Därefter redogörs i kapitel 4 för kvalificerings- och grundkrav avseende tillhörigheten till sjukförsäkringen samt rätten till ersättning vid sjukdom. Speciellt rätten till sjukpenning är av central betydelse för rehabiliteringen, då det inte finns en separat, fristående rehabiliteringsreglering som är oavhängig frågan om sjukpenningens rätten. Det har därför från vårt perspektiv varit behövligt att även utreda de regler som egentligen är mer sjukpenningbetonade än rehabiliteringsbetonade. I kapitel 5 presenterar vi hur försäkringskassans modell för bedömning av arbetsförmågan i ett sjukfall med den s.k. stegmodellen sker. I kapitel 6 diskuteras lagstiftarens intentioner och vad som framkommit i olika förarbeten i detta avseende när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Kapitel 7 behandlas dels de materiella reglerna som rör arbetslivsinriktad rehabilitering i 22 kapitlet

AFL och dels försäkringskassans styrdokument för tillämpningen av densamma. I kapitel 8 belyser vi rättssäkerhetsaspekter i lagstiftning och tillämpning. Slutligen presenterar vi i kapitel 9 analys och slutsatser av de frågeställningar vi undersökt samt ger ett kort förslag till de lege ferenda.

1.4 Avgränsningar

Ett problem inom rehabiliteringsområdet är att rehabilitering återfinns som begrepp inom ett antal skilda vetenskapliga discipliner. Utöver den rättsliga regleringen i AFL återfinns begreppet inom de medicinska vetenskaperna, både inom somatik och inom psykosomatiken. Rehabilitering diskuteras vidare inom sociologi, personal och administrationsvetenskap, inom företagsekonomi och human resourcing samt inom den dagliga politiken som ett samhällsekonomiskt instrument. Listan kan göras längre, men ett gemensamt problem är att man i de flesta framställningar inom skilda discipliner diskuterar ett begrepp som allmänt benämns ”rehabilitering”, och därvid utgår från att man diskuterar samma begrepp och företeelse. Under arbetets gång har vi tvingats inse att en undersökning av hela begreppet rehabilitering inom alla dess betydelser och områden inte är möjlig utan vi har koncentrerat oss på den arbetslivsinriktade rehabiliteringen enligt AFL och då framförallt försäkringskassans och den enskildes roll i tillämpningen av 22 kapitlet AFL. När det gäller arbetslösas rätt till rehabilitering genom arbetsförmedlingar och allmänna arbetsmarknadsåtgärder, har detta inte behandlats då detta är reglering som tangerar andra myndigheters ansvarsområden. Samverkansfrågor mellan Försäkringskassan och andra myndigheters ansvarsområden har av utrymmesskäl ej ansetts möjliga att behandla i uppsatsen. Någon komparativ studie av andra rättsordningar har ej avsetts. Då sjukförsäkringen kontinuerligt genomgår förändringar, kan denna uppsats inte göra anspråk på annat än att vara en situationsbild av det rättsliga läget hösten 2005.

2 Bakgrund

2.1 Allmänt om framväxten av socialförsäkringen

Den svenska sjukförsäkringen har utvecklats starkt med start från och med 1920-talet och framåt. Den *allmänna* sjukförsäkringen som blev verklighet under 1900-talet tillkom först efter decennier av utredning och allmän debatt. En huvudförutsättning för dess tillkomst var att Sverige fick en ekonomi som möjliggjorde ökade kostnader för samhället i socialt avseende. En politisk vilja till förändring växte fram ur framförallt ett tryck underifrån, från de grupper som var i behov av ekonomiskt stöd. När det gäller stöd och hjälp till sjukskrivna människor så var det tidigare under 1800-talet främst de olika hantverksskråna som gav sina medlemmar stöd via s.k. sjuk- och begravningskassor. Dessa sjukkassor får sägas vara fröet till dagens sjukförsäkring och ingick i forandet av de senare tillkomna allmänna försäkringskassorna.

2.2 Tidiga initiativ och startskott

Genom en motion i riksdagen 1884 av SA Hedin sattes frågan om en svensk socialförsäkring på agendan. I en riksdagsdebatt 1889 uttalade samme man att skyddet vid olycksfall i arbetet var ett sätt att göra sjukförsäkringen, som han ansåg vara socialförsäkringens ryggrad, mer tillförlitlig och säker.² Under 1800-talet hade hjälpåtgärderna inom ramen för socialpolitiken handlat om hjälp till självhjälp och vissa förebyggande insatser, någon arbetslivsinriktad rehabilitering i dagens mening förekom ej. Det fanns krafter som ansåg att en utökning av det allmännas ansvar skulle verka kontraproduktivt på viljan att hjälpa sig själv, samhället borde enligt denna

² Montgomery A, Svensk socialpolitik under 1800-talet, s. 190-192, samt Westerhäll L, Den svenska socialrätten, s. 35.

åskådning inte intervensera i människors liv i någon större utsträckning. För att genomföra en utökad socialpolitik krävdes också ökade ekonomiska resurser, något som blev praktiskt möjligt i takt med att den svenska ekonomin utvecklades och blev starkare i slutet av 1800-talet. Den förbättrade svenska ekonomin tillsammans med intryck från omvärlden, (främst Tyska Preussen) samt att arbetarklassen ökade i antal, medförde att en förändring och utveckling av socialförsäkringen och sjukförsäkringen bara var en tidsfråga.³ SA Hedins motion från 1884 resulterade i att en utredning tillsattes som kom med sitt betänkande 1893. Denna utredning ledde inte till några lagstiftningsåtgärder men medförde att debatten i frågan utvecklades. Lagstiftningsarbetet på social och sjukförsäkringsområdet tog ytterligare fart under början av 1900-talet, men det var redan under 1800-talet sista decennier som grunden lades för de reformer som senare skulle komma. Framväxten av en svensk arbetarklass bidrog till att ljuset föll på de sociala problem som fanns i Sverige. Tillsammans med att den svenska ekonomin blev starkare samt att de sociala problemen debatterades öppet både politiskt och i fack- och skönlitteratur bidrog detta till att föra utvecklingen framåt inom socialförsäkringsområdet.⁴ Alla nu nämnda faktorer bildar således den grund ur vilken socialrätten och sjukförsäkringen under 1900-talet växer fram.

2.3 De frivilliga försäkringskassorna

Många olika sätt att se på hur en socialförsäkring och sjukförsäkring skulle utformas fanns i debatten vid sekelskiftet, *försäkringsprincipen*⁵ respektive *invaliditetsprincipen* var båda olika synsätt som fördes fram. Lagstiftningen som genomfördes handlade främst om de som råkat ut för olycksfall i arbete. I en lag från 1901 reglerades exempelvis bland annat arbetsgivarens skyldighet att utge ersättning till arbetare som skadats i arbetet och det

³ Montgomery A, Svensk socialpolitik under 1800-talet, s. 185-187.

⁴ Montgomery A, Svensk socialpolitik under 1800-talet, s. 200-2003.

⁵ I England lanserades vid denna tidpunkt Beveridgeplanen som innebar att sjukförsäkringen skulle finansieras och ordnas enligt *försäkringsprincipen* inte via skatteintäkter.

handlade då främst om arbetare i industrin. När det gällde sjukdom som orsakats av andra faktorer hänvisades den enskilda människan till de sjukkassor som faktiskt fanns. Dessa sjukkassor började som frivilliga sjukkassor utan inblandning från det allmänna. Genom lagen den 30 oktober 1891 om sjukkassor tillkom något som liknade en sjukförsäkring i Sverige. Lagen som var blygsam till omfattningen reglerade främst på vilket sätt sjukkassorna skulle registreras för att få tillgång till förvaltningsbidrag.⁶ Under slutet av 1890-talet förbättrades det ekonomiska stödet till de registrerade sjukkassorna vilket medförde att de ökade i antal och därigenom fick fler människor del av den ”trygghet” de gav.⁷ En bredare grund för en utveckling till en allmän försäkringskassa fanns nu.

Under början av 1900-talet tillkom ytterligare lagstiftning som reglerade sjukkassornas verksamhet. Enligt lagen av den 4 juli 1910 om sjukkassor var det endast registrerade sjukkassor med över 100 medlemmar som kunde få bidrag från det allmänna. Rätten till ersättning vid sjukdom var också kopplad till en extensiv karenstid. Vid riksdagen 1910 lades förslag om att det borde införas ett försäkringstvång för att frågan om försäkringsskydd vid sjukdom skulle få en varaktig lösning. Detta röstades emellertid ned men det förekom uttalanden vid denna riksdag om att tiden för en obligatorisk sjukförsäkring skulle komma. Efter 1910 års riksdag tillsattes en utredning som 1913 föreslog skapandet av en allmän sjukförsäkring. Med hänsyn till det ekonomiska läget lades emellertid förslaget aldrig fram i riksdagen. Under hela 1920-talet utreddes frågan, motioner lades och lobbyarbete utfördes i frågan om en ny sjukförsäkring. 1928 uttalade Sveriges allmänna sjukkasseförbund att man ville ha ytterligare utredning av socialförsäkringen i sin helhet, målet var en obligatorisk sjukförsäkring.⁸

⁶ Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 12.

⁷ Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 13.

⁸ Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 14-17.

2.4 Arbetet med en allmän sjukförsäkring

1929 tillsattes en utredning vilken gavs uppdraget att söka finna lösningar för hur en allmän sjukförsäkring skulle utformas.. Under hösten 1929 lade utredningen fram sitt betänkande och i detta menade man att sjukförsäkringen organisatoriskt skulle bestå av ett antal centralsjukkassor (geografiskt utplacerade i Sverige) och under dessa lokalsjukkassor. Detta innebar att de erkända sjukkassorna var skyldiga att inkludera de människor som bodde inom respektive kassas upptagningsområde om denne uppfyllde vissa kriterier.⁹ Förslag lades i frågan och efter justeringar bifölls förslaget i 1931 års riksdag. Den 1 januari 1934 var landets alla centralsjukkassor redo att börja sitt arbete.¹⁰

1938 tillsattes socialvårdskommittén som hade uppdraget att utreda socialförsäkringens alla delar. I utredningens uppdrag ingick också att reformera sjukförsäkringen. I april 1944 lades förslag fram om en allmän sjukförsäkring som innebar att i princip alla människor som var bosatta i Sverige skulle vara sjukförsäkrade. Försäkringen bestod av två delar, sjukvårdsförsäkring och sjukpenningförsäkring.¹¹ I förslaget menade utredningen att sjukförsäkringen skulle administreras av allmänna sjukkassor enligt modellen med centralsjukkassor och lokalsjukkassor som i och med förslaget skulle ombildas till allmänna sjukkassor.¹² Förslaget som lades 1944 byggde på att den enskilda förmånstagaren skulle få ersättning på grundval av inkomstbortfallsprincipen. Frågan om inkomstbortfallsprincip eller ej blev föremål för livlig debatt. Socialvårdskommitténs förslag remissbehandlades och därefter lade socialdepartementet fram en promemoria där man skissade på två olika alternativ. Det första tog sikte på inkomstbortfallsprincipen och det andra hade det engelska systemet som förebild med samma ersättning till alla. I

⁹ Christensen A, Grunderna i socialförsäkringsrätten, tredje upplagan höstterminen 1999, s. 29.

¹⁰ Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 14-15.

¹¹ Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 32-33.

¹² Broberg R, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-1972, s. 34.

den proposition som lades 1946 (nr 312) var sjukpenningförsäkringen utformad enligt det senare alternativet som innebar samma ersättning till alla. Vidare skulle alla yrkes- och fabrikkassor förbjudas och sjukförsäkringen skulle exklusivt hanteras av centralsjukkassorna och lokalsjukkassorna.¹³

I slutet av 1951 tillsattes socialförsäkringsutredningen som den 4 november 1952 lade fram sitt betänkande om sjukförsäkring (och yrkesskadeförsäkring). Enligt betänkandet skulle sjukpenningen baseras på inkomstbortfallsprincipen och därmed lämnades minimistandardprincipen som innebar samma ersättning till alla.¹⁴ Den 1 januari 1955 trädde den nya allmänna sjukförsäkringen i kraft och de erkända sjukkassorna blev därmed allmänna sjukkassor. Detta innebar också att staten tog en aktivare roll i hanteringen av sjukförsäkringen genom den tillsynsmyndighet som utövade kontroll av de allmänna sjukkassorna¹⁵

Den nya allmänna sjukförsäkringen av 1955 var nu ikraft men trots detta fortsatte ett kontinuerligt utredningsarbete i sjukförsäkringsfrågor och 1958 tillsattes en kommitté av dåvarande socialministern. Kommitténs arbete resulterade i SOU 1961:69 och proposition nr 90 som lades fram för 1962 års riksdag vilken antogs i maj 1962. Lag om allmän försäkring trädde kraft den 1 januari 1963. Detta innebar också att de allmänna sjukkassorna blev allmänna försäkringskassor.¹⁶ Namnet ”lag om allmän försäkring” var en markering att den nu handlade om en allmän, bred socialförsäkring för alla.¹⁷ Under resterande del av 1900-talet har arbetet med att utreda, förändra och komplettera sjukförsäkringen inom lagen om allmän försäkring fortsatt.¹⁸

¹³ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s. 38-40.

¹⁴ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s. 42.

¹⁵ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s. 179, samt Westerhäll L, Den svenska socialrätten, s. 35.

¹⁶ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s.49-52.

¹⁷ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s. 77.

¹⁸ Broberg R, Så formades tryggheten, 1973, s. 81-91.

2.5 Summering

Med drygt hundra års tillbakablick på sjukförsäkringen kan det i ett historiskt perspektiv konstateras att skyddet för medborgarna har gått från en mycket blygsam nivå till ett omfattande skydd. I slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet var man rädd för att intervensera med för mycket lagstiftning då man trodde att detta kunde motverka individens egen vilja att bli frisk. Genom framväxten av en arbetarklass och den politiska makt det medförde innebar detta att de sociala problem som fanns för denna ”klass” kom på agendan. Det blev politiskt gynnsamt att söka en lösning och ge trygghet till fler människor. Den trygghet som gavs medborgarna i takt med att sjukförsäkringen byggdes ut innebar visst ekonomiskt skydd när väl ett sjukfall inträffat. En aktiv arbetslivsinriktad rehabilitering där man fokuserar på att återföra den sjukskrivne till arbetslivet lyste med sin frånvaro under sjukförsäkringens tidiga dagar.

Genom utvecklingen av den svenska ekonomin blev det också möjligt att realisera en utökning av sjukförsäkringen. Så sent som vid 1950 ansågs dock ekonomin fortfarande vara för dålig för införandet av en allmän sjukförsäkring. Till slut blev den svenska ekonomin så stark att det gick att införa en allmän sjukförsäkring. I dagens läge är sjukförsäkringen omfattande och det finns stora problem med höga sjukskrivningstal som söker sin lösning. Ett steg på vägen är formerandet av de tidigare fristående regionala försäkringskassorna till en statlig myndighet, Försäkringskassan, så som har gjorts den 1 januari 2005. Detta innebär att staten genom kraftigare styrning av Försäkringskassan försöker skärpa arbetet med bl.a. arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁹ Genom att samhället som ovan redovisats allt eftersom tagit på sig ett större ansvar för den enskildes skydd vid sjukdom innebär detta också stora utmaningar i vår tid att hantera samhällets stöd vid sjukdom på ett enhetligt, effektivt och rättssäkert sätt. Däri ligger sjukförsäkringens stora utmaning av idag.

¹⁹ SOU 2003:106, Försäkringskassan den nya myndigheten, slutbetänkande från ANSA, s. 85 ff.

3 EG-rätten och rehabilitering

3.1 Inledning

En kort inblick i de EG- rättsliga regleringar i olika former som har betydelse för definitionen av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering har ansetts nödvändigt med hänsyn till EG-rättens tolkningsföreträde över nationell rätt. Artikel 2 i Romfördraget anger att ett av gemenskapens mål är att sträva efter ett bra socialt skydd för medborgarna.²⁰ På det sociala området finns det dock ingen enhetlig terminologi och flera olika begrepp används, social policy, social security samt social protection (socialt skydd). Den term som bäst överensstämmer med sjukpenningområdet och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är i dag *socialt skydd (social protection)* som avser inkomstersättning vid sjukdom och där det också ingår rehabiliterande åtgärder.²¹ Termen socialt skydd används därför i detta kapitel för att beteckna det området inom EG-rätten som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen lyder under.

Arbetslivsinriktad rehabilitering regleras i svensk rätt främst genom 22 kap. AFL. Därutöver krävs att en konstaterad rätt till sjukpenning föreligger enligt 3 kap 7 § AFL. Det regelverk som framförallt aktualiseras inom gemenskapen, är förordning 1408:71(EEG). Reglerna i förordningen har två huvudsyften, dels att säkerställa att den arbetstagare som rör sig mellan medlemsländerna verkligen är försäkrad i något land, dels att förebygga och förhindra en dubbelförsäkring. Vidare kan sägas att en person på vilken förordningen är tillämplig skall omfattas av lagstiftningen i endast ett land åt gången, vilket i praktiken följer av hindret mot dubbelförsäkring. I förordningens artikel 18 regleras en EU-medborgares rättigheter och förmåner vid sjukdom. Bindande rättsakter (hard law) har framförallt fattats

²⁰ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s. 9.

²¹ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s. 26-27.

genom att 1408:71 (EEG) löpande har förändrats.²² Förordning 1408:71 är således tänkt att koordinera gemenskapsländernas olika socialförsäkringssystem och ge en likriktning inom gemenskapen.²³ Sjukpenning är enligt 1408:71(EEG) en *arbetsbaserad förmån*. I och med införandet av Socialförsäkringslagen (1999:799), SofL, gäller detta även i Sverige. Att en förmån är arbetsbaserad betyder att en person omfattas av arbetslandets lagstiftning oavsett bostadsort. Detta följer av *lex loci laboris principen*. 1480:71(EEG) innehåller vidare bestämmelser om *exportabilitet* av förmånen sjukpenning, vilket reglerar det sätt en person kan ”ta med sig” sin sjukpenning till annat land.²⁴

Med ovan nämnda EG-rättsliga ram i beaktande placeras sjukpenningen samt därmed den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom Förordning 1408:71 (EEG) kompetens. Emellertid har inte gemenskapens lagstiftning (hard law) utvecklats djupare rent materiellt när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

3.2 EG-rätten och soft law

För att kunna stifta gemenskapsrättsliga lagar inom området socialt skydd krävs enligt artikel 137 3 p i Amsterdamfördraget enhällighet i rådet. Med anledning av detta har det inte varit möjligt att stifta gemenskapsrättsligt bindande rättsakter. Alternativet har varit att utveckla *soft law* i stället. Att en rättsakt har formen soft law innebär att den inte är juridiskt bindande. Kommissionen står för det mesta av denna normgivning även om också rådet och parlamentet utfärdar soft law.²⁵ På det sociala området (under vilket rehabiliteringsområdet kan sägas finnas) har istället olika protokoll, stadgor o dyl. utvecklats. 1989 antogs den sociala stadgan, vilken alla

²² Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s.15.

²³ Berg E, Welander J, Fri rörlighet och social trygghet, Förordningen (EEG) nr 1408/71 och den svenska socialförsäkringen i tillämpning, s. 133.

²⁴ Berg E, Welander J, Fri rörlighet och social trygghet, Förordningen (EEG) nr 1408/71 och den svenska socialförsäkringen i tillämpning, s. 130-131.

²⁵ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s.9.

medlemsstater förutom Storbritannien ställde sig bakom.

Avsiktsförklaringen i stadgan innebar att man genom sociala insatser skulle främja en närmare politisk och ekonomisk samverkan mellan medlemsstaterna.²⁶ Den sociala stadgan av 1989 var främst till för att tillförsäkra arbetstagarna sociala rättigheter i vilket rätt till socialt skydd ingår.²⁷ Genom Maastrichtfördraget 1993 antogs det sociala protokollet som i sin tur var ett införande av den sociala stadgan. Till det sociala protokollet fogades ett avtal om socialpolitik som innebar att gemenskapens länder (utom Storbritannien) kunde gå vidare i harmoniseringen av det sociala området.²⁸ Efter införandet av Maastrichtfördraget har medlemsstaterna sökt uppnå enhällighet i de sociala målsättningarna. Detta eftersom man upptäckt att skillnaderna i ländernas olika sociala system innebär problem för den gemensamma marknaden med fri rörlighet av varor, tjänster och i sammanhanget framförallt arbetskraft. En av målsättningarna är att det allmänna sociala skyddet för gemenskapens arbetstagare skall bli bättre. Målsättningar av detta slag är dock allmänt hållna och ganska oklara.

Ovan har nämnts att soft law på detta område framför allt har varit protokoll, stadgor osv. Exempelvis utfärdades Grönboken 1993 i vilken kommissionen anger att begreppet social politik framöver skulle definieras som ”alla åtgärder som vidtas på det sociala området...”. Arbetet med Grönboken ledde så småningom fram till att Vitboken lades fram 1994. I denna anges att under området socialt skydd bör gemenskapens länder övergå från passiva inkomstöverföringar till mer aktiva arbetsmarknadsåtgärder. Vitboken innehöll få förslag då en del av medlemsstaterna ansåg att Grönboken gick för lång i sina ambitioner. I samband med Vitbokens färdigställande utfärdade rådet en resolution (OJ C 368 23/12/94) vilken uttryckte att det var av vikt att

²⁶ Landelius Ann-Charlotte, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s. 12-13.

²⁷ Landelius Ann-Charlotte, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s. 38.

²⁸ Landelius Ann-Charlotte, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s.13-14.

*subsidiaritetsprincipen*²⁹ upprätthölls på alla nivåer när det gäller socialt skydd.³⁰ Kommissionen har också i ett par meddelanden under 1990-talet givit uttryck för hur kommissionen anser att framtidens sociala skydd skall utformas. Det första meddelandet som kom 1995 hade syftet att i första hand skapa debatt hur de sociala skyddssystemens skall främja *arbetslinjen* på bästa samt bli mer effektiva. I det andra meddelandet ger också kommissionen förslag på hur medlemsstaternas sociala skyddssystem kan främja arbetslinjen. Enligt kommissionen måste sambandet mellan socialt skydd och sysselsättning belysas. I det tredje meddelandet som lades fram 1999 slår kommissionen fast att goda sociala skyddssystem är en del av den europeiska modellen. Genom EMU knyts också medlemsstaterna närmare varandra och det sociala skyddet blir allt mer en fråga för gemenskapen.³¹ År 2000 lämnade kommissionen ett förslag till rådet om att inrätta en kommitté för socialt skydd. Kommittén skall ha som sin uppgift att via årliga rapporter följa utvecklingen i medlemsstaterna när det gäller socialt skydd. Kommissionen syfte är att integrera socialpolitik och sysselsättningspolitik i framtiden.³²

3.3 Amsterdampfödraget

Amsterdampfödraget som trädde i kraft 1999 innebar att avtalet om socialpolitik från 1989 infördes i fördraget.³³ De materiella reglerna återfinns i fördragets artiklar 136-148 Trots att detta innebar en ökad möjlighet att fatta beslut med majoritet när det gäller vissa gemenskapsrättsliga aspekter av social lagstiftning kvarstår det faktum att när det gäller just socialt skydd så är det enhälliga beslut som gäller. I

²⁹ Anges i artikel 3b Maastricht fördraget, enligt vilken subsidiaritetsprincipen innebär att på områden med delad lagstiftningskompetens skall medlemsstaterna i första hand stifta rättsakter. Gemenskapen skall endast agera på dessa områden om det behövs för att för uppfylla målen med fördraget. EC law, text, cases & materials, Paul Craig, Crainne de Burca, sid. 113.

³⁰ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, sid. 45-48.

³¹ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie s. 58-62.

³² Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie s. 63.

³³ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie s. 14.

artiklarna 43-45 i unionsfördraget finns dock bestämmelser om flexibel integration. Detta innebär att om en majoritet av medlemsstaterna vill gå vidare inom ett område så är det möjligt. Det ursprungliga avtalet om socialpolitik som antogs 1989 och som nu införlivats i Amsterdamfördraget är ett exempel på flexibel integration. Troligen kommer allt mer av harmoniseringen i en utvidgad union att ske via just flexibel integration, något som troligen minskar förekomsten av väl utvecklad och tydlig EU-rättslig hard-law på det sociala området.³⁴

3.4 Summering

Med ovan tecknade bild av den EG-rättsliga lagstiftningen inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering kan man alltså säga att den lagstiftning som får betydelse när det gäller sjukpenningområdet är fortsatt Förordning 1408/71 (EEG). Denna har som ovan nämnts syftet att koordinera medlemsstaternas socialförsäkringssystem. Inget av det EG-rättsliga regelverk som ovan nämnts kan dock sägas ha avgörande inverkan på den svenska definitionen och tillämpningen av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering. EG rättens hard law och soft law rör sig fortfarande på ett mer övergripande plan och så länge den gemensamma lagstiftningen är beroende av enhällighet, så länge kan man troligen inte förvänta sig att den kommer att fokusera på detaljer som arbetslivsinriktad rehabilitering. Det som vidare kan konstateras är att det finns en klar vilja hos gemenskapens institutioner att arbeta med det sociala skyddet för medborgarna, vilket i framtiden kan innebära att EG-rätten tar rehabiliteringsområdet i större anspråk. Ännu så länge får det anses att subsidiaritetsprincipen skall gälla för det aktuella området. En anledning till detta kan antas vara att medlemsstaternas socialförsäkringssystem är så pass olika att en harmonisering av dessa ännu inte är möjlig. EG har genom många olika dokument som sociala stadgan till exempel visat ett ökat intresse för området och det är säkerligen inte omöjligt att det i framtiden kan komma

³⁴ Landelius A-C, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en EG-rättslig studie, s. 69, 71.

gemensamma regleringar inom området om enhällighetskravet för att stifta rättsakter på området försvinner. Med den ålderstruktur och liknande problematik med sjuktal och krackelerande sociala skyddssystem som finns bland många av unionens medlemsländer idag, är vår gissning att en gemensam EG-reglering inom socialt skydd och då även inom rehabiliteringsområdet och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är betydligt närmre än vad som tidigare verkat möjligt. En effektiv och fungerande arbetslivsinriktad rehabilitering som återför människor till arbete ligger i medlemsstaternas och gemenskapens intresse.

4 Tillhörigheten till försäkringen och rätten till ersättning vid sjukdom

4.1 Allmänt om tillhörigheten

Den svenska allmänna sjukförsäkringen innebär en grundtrygghet för varje person som tillhör försäkringen. Även om försäkringen är konstruerad för att uppfylla en mycket bred täckning på individnivå, finns det dock flera kriterier som måste vara uppfyllda för att en person skall kunna anses vara försäkrad och erhålla en sådan grundtrygghet. För att en enskild överhuvudtaget skall kunna komma ifråga för någon del av sjukförsäkringen måste man vara kvalificerad i någon bemärkelse, kvalifikationen uttrycks vanligen som att man är ”försäkrad”. I Sverige rådde inför EG-medlemskapet den 1 januari 1995 principen om *lex domicili*, det vill säga en bosättnings och nationalitetsbaserad tillhörighet till de sociala trygghetssystemen som även krävde en inskrivning vid en allmän försäkringskassa. I Utredningen om socialförsäkringen och EG³⁵ rekommenderades en samlad översyn av begreppet *försäkrad* i den svenska socialförsäkringen samt av de svenska reglerna för avgifter satta i relation till EG-rättens förordning nr 1408/71 och förordning nr 574/72. Av remissbehandlingen framgick att så gott som samtliga instanser som tog upp frågan biträdde utredningens förslag. Genom att det EG-rättsliga regelverket fick fullt genomslag genom Sveriges inträde i gemenskapen, blev även EG-reglerna om social trygghet för varje gemenskapsmedborgare direkt tillämpliga. De bestämmelser om social trygghet som härigenom aktualiserades återfinns i ovan nämnda förordning 1408/71.³⁶ Den EG – rättsliga huvudregeln som aktualiserades för svensk del är att den enskilde

³⁵ SOU 1993:115, Social trygghet och EES.

³⁶ Till denna förordning finns även knutet en tillämpningsförordning (EEG) nr 574/72.

EG-medborgaren skall omfattas av *arbetslandets lagstiftning*, dvs. lagstiftningen i det land där arbetet faktiskt utförs, *lex loci laboris*. Detta stod i kontrast till den svenska huvudregeln om *lex domicili*. Genom Sveriges anslutning till gemenskapen, behövde nu den svenska regleringen även omfatta personer som inte var bosatta här i landet, men som uppfyllde 1408/ 71-kraven på arbete. De svenska kraven på bosättning och inskrivning vid allmän försäkringskassa som en förutsättning för tillhörighet till den allmänna sjukförsäkringen kunde inte längre upprätthållas. Lagstiftarens lösning på problemet blev Socialförsäkringslagen (1999:799), SofL vilken bland annat infördes för att reglera konflikten mellan den svenska *lex domicili*-principen och den EG-rättsliga *lex loci laboris* principen samt harmonisera den svenska lagstiftningen med den EG-rättsliga. Arbetet med lagen påbörjades 1995, genom att regeringen³⁷ tillsatte en utredning som inledningsvis fick till uppdrag att göra en samlad översyn av begreppet *försäkrad* i de olika författningarna som reglerade socialförsäkringen. En målsättning var vidare att utredningen skulle presentera förslag med en inriktning på att *enhetliga försäkringsvillkor* skulle gälla för likartade förmåner.³⁸ De regler som presenteras i SofL bygger på en pragmatisk lösning över vilka förmåner som skall hänföras till socialförsäkringen. Till socialförsäkringen hänförs flertalet trygghetssystem som administreras av Försäkringskassan.³⁹ Man har valt att definiera myndigheten som administrerar generella förmåner istället för att definiera själva förmånerna i sig.

Avsaknaden av närmare definierade förmåner innebär att förmånerna kan ändras över tid utan att en kollision med huvudreglerna i SofL uppstår. Om denna lagteknik har bidragit till att uppnå en ökad klarhet kan möjligen diskuteras.

³⁷ Socialdemokratiska regeringen med Göran Persson som statsminister.

³⁸ Detta uttrycktes senare som att..” Förmånssystemen är komplexa, vilket har medfört ett komplicerat försäkringssystem, som kan vara svårt för enskilda att förstå. Vid försäkringskassorna får därför mycket tid och energi ägnas åt att förklara gällande bestämmelser. Mot bakgrund av det anförda är det angeläget att begreppet *försäkrad* inom socialförsäkringen ges en tydligare innebörd i syfte att åstadkomma mer enhetliga försäkringsvillkor för likartade förmåner.” se prop. 1998/99:119, s. 72-73f.

³⁹ Socialförsäkringslagen (1999:799) 1§ 2 st med hänvisning till 3 kap.

4.2 Närmare om Socialförsäkringslagen

Grundtillhörigheten till den allmänna sjukförsäkringen regleras materiellt genom SofL.⁴⁰ Här anges grundförutsättningarna för när en enskild skall anses tillhöra den svenska socialförsäkringen. Det är sedan den 1 januari 2001 den huvudlag som reglerar den allmänna tillhörigheten till ett flertal svenska socialrättsliga trygghetssystem. SofL, innebär ett nytt, tudelat försäkringssystem. Enligt detta system delas socialförsäkringen in i en *bosättningsbaserad* försäkring avseende garantibelopp och bidrag samt en *arbetsbaserad* försäkring avseende inkomstförlust.⁴¹ Varken svenskt medborgarskap eller inskrivning hos försäkringskassan är längre något försäkringsvillkor.⁴²

4.2.1 Bosättning och arbete

SofL reglerar som ovan angivits två typer av tillhörighet till den allmänna sjukförsäkringen, antingen genom bosättning eller genom arbete. Frågan om vem som kan anses *bosatt* behandlas i 2 kapitlet SofL. Enligt 2 kap. 1 § 1st. Sofl, är en person att anse som bosatt i Sverige om han eller hon kan anses ha sitt *egentliga hemvist* här i landet. Intressant är att frågan om *egentlig hemvist* inte omedelbart anknyter till den allmänt vedertagna och därtill grundligt prövade skatterättsliga definitionen av bosättning. Istället anges i 2 kap. 1 § 2 st. SofL, att den som kan antas vistas i Sverige längre tid än ett år skall anses vara bosatt här om inte synnerliga skäl talar emot det. Vidare anges att en i Sverige bosatt person som lämnar landet skall fortfarande anses bosatt här om utlandsvistelsen kan antas vara längst ett år. Ett antal undantag och specialfall av bosättning för exempelvis, statsanställda

⁴⁰ Se för den följande framställningen prop. 1998/99:119 s 72 ff. samt Socialdepartementet faktablad nr 12, sep 2004.

⁴¹ Se för den följande framställningen prop. 1998/99:119 s 72 ff. samt Socialdepartementet faktablad nr 12, sep 2004.

⁴² Se för den följande framställningen prop. 1998/99:119 s 72 ff. samt Socialdepartementet faktablad nr 12, sep 2004.

utsända, diplomater, biståndsarbetare m.fl. listas sedan i 2 kap. 2-10 §§ SofL.

En viktig definition följer av 2 kap. 7 § SofL som definierar vad som menas med *arbete*. Enligt denna definition är vid tillämpningen av SofL angående en *löntagares* arbete detsamma som förvärvsarbete i verksamhet här i landet. I 2 kap 7 § 1 st SofL anges inte närmare vad som räknas eller var gränsen går för så kallat *förvärvsarbete*. För en *företagare* gäller dock enligt 2 kap. 7 § 2 st. SofL att de inkomstskatterättsliga reglerna vägleder hur definitionen av arbete skall fastställas. För företagaren får således 2 kap Inkomstskattelagen (1999:1229), SIL, en uttalad och direkt betydelse. De rekvisit som styr inkomstskatteregleringen har tydligt och åskådligt definierats i ett eget kapitel, samt getts en konkret, tämligen enkel och lättförståelig form. Rekvisiten i SIL har även en lång historik av rättslig prövning samt prövas kontinuerligt. Att man i SofL valt att inte knyta arbetsbegreppet även för *löntagare* mer direkt till den omfattande skatterättsliga lagstiftningens rekvisit kan anses som beklagligt och möjligen mindre genomtänkt.⁴³ Det får möjligen också anses som uttryck för en bristande koherens i lagstiftningstekniken hos lagstiftaren när det gäller grundläggande definitioner av begrepp och regelrekvisit inom den sociala lagstiftningen.

4.2.2 Bosättningsbaserade förmåner

För den som kan anses vara bosatt i Sverige följer enligt SofL ett antal förmåner med bosättningen, de så kallade *bosättningsbaserade* förmånerna. Enligt 3 kap. 1 § SofL gäller de *bosättningsbaserade* förmånerna enligt vad som närmare anges i Lag (1962:381) om allmän försäkring, AFL.⁴⁴ Denna

⁴³ Jfr. Inkomstskattelag (1999:1229) 1 och 2 kap. , då främst genomgången av rekvisitdefinitionerna i 2 kap.

⁴⁴ 3 kap. SofL, *Socialförsäkringskyddet* . Enligt 3 § 1 st SofL gäller att ;
Den som är bosatt i Sverige är försäkrad för följande förmåner som anges i lagen (1962:381) om allmän försäkring:

1. ersättning för sjukvård /.../.
2. föräldrapenning på lägstanivå och grundnivå
3. sjukersättning och aktivitetsersättning i form av garantiersättning, samt
4. Rehabilitering och särskilt bidrag enligt 22 kap. (AFL, egen anm.) i fråga om förmåner som beslutats av Försäkringskassan.

skrivning medför således att en person som enligt SofL tillskrivs rätten till en viss bosättningsbaserad förmån, egentligen måste uppfylla framförallt de krav som följer av AFL för att förmånen skall inträda. För den enskilde individen är det därmed möjligen inte helt överskådligt vilka rättigheter som egentligen kan anses följa av SofL, då AFL:s regler kommer att ställa betydligt mer långtgående krav på individen än vad som framgår av SofL. Enligt 3 kap. 1 § 4 punkten SofL är den som är *bosatt* i Sverige bland annat försäkrad för *rehabilitering och särskilt bidrag* enligt 22 kap. AFL, ifråga om förmåner som beslutats av försäkringskassan. Detta innebär dock i realiteten endast *möjligheter* till rehabilitering, vilket tydligt framgår av skrivningen i 22 kap. 1 § AFL. Om sådan rehabilitering beviljas har den enskilde dock *rätt till* rehabiliteringsersättning. Den rehabilitering som kan komma ifråga har inte konkret definierats men inte heller begränsats genom uttryckliga undantag eller specialreglering avseende rehabiliteringsinsatsens omfattning och karaktär. Det får därför antas att de *möjligheter* till rehabilitering som erbjuds inom de bosättningsbaserade förmånerna i stort är de samma som erbjuds inom de *arbetsbaserade* förmånerna. Dock är utformningen av *ersättningsnivåerna* klart fördelaktigare för den enskilde inom de arbetsbaserade förmånerna, inte minst mot bakgrund av att de bosättningsbaserade förmånerna utgår från *grundnivåer*, medan de arbetsbaserade förmånerna utgår från *en tänkt sjukpenninggrundande inkomst*.⁴⁵

4.2.3 Arbetsbaserade förmåner

I den arbetsbaserade försäkringen ingår sådana förmåner som betalas ut på grund av förlorad arbetsinkomst (*inkomstbortfallsprincipen*). Hit räknas bland annat sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

Rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag kan utges även vid endast bosättningsbaserade förmåner, medan sjukpenningen är helt avhängig att tillhörighet till de arbetsbaserade förmånerna kan anses föreligga. Arbetet

I 3 kap. 2 § SofL anges ytterligare 15 förmåner som tillfaller den som är bosatt i Sverige.

⁴⁵ Se denna uppsats avsnitt 4.3.1 samt jfr. 3 kap. 1 § SofL med 3 kap. 1, 2, 5 samt 7 §§ AFL, angående rätten till sjukpenning samt sjukpenninggrundande inkomst.

kan vara som anställd, som uppdragstagare eller egenföretagare för att man skall ha rätt till sjukpenning. Att ”arbeta i Sverige” innebär att arbetet faktiskt måste utföras i här i landet. Arbetets varaktighet, personens bosättning eller medborgarskap saknar betydelse vid bedömningen. För anställda gäller försäkringen från första dagen av anställningen, för egenföretagare och uppdragstagare från och med den dag då arbetet påbörjades. Försäkringen upphör i regel att gälla tre månader efter den dag då arbetet upphört permanent. Dessa tre månader kallas för *efterskyddstid*.

I 3 kap. 4 -5 §§ SofL anges de *arbetsbaserade* förmånerna i detalj. I 3 kap. 4 § SofL anges att förmånerna gäller enligt lydelse och krav som uppställs av AFL. Den skillnad som finns mellan de bosättningsbaserade förmånerna och de arbetsbaserade förmånerna följer av SofL 3 kap. 4 § och SofL 3 kap. 5 §. I den *arbetsbaserade* förmånen har man således enligt 3 kap. 4 § SofL rätt till sjukpenning och havandeskapspenning samt rätt till att få en *inkomstrelaterad* sjuk och aktivitetsersättning. Man har även enligt 3 kap 5 § rätt till arbetsskadeförsäkring m.m. I 3 kap 6 § anges tidsramar för när de arbetsbaserade förmånerna börjar respektive upphör.⁴⁶

Den *rehabilitering* som den enskilde har möjligheter till enligt de *arbetsbaserade* förmånerna regleras liksom de *bosättningsbaserade* i 22 kap. AFL. Det kan således fastställas att SofL inte har någon detaljreglering alls vad gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, denna detaljreglering får istället helt sökas i AFL.

⁴⁶ Av de övriga reglerna i 3 kap SofL kan främst nämnas 3 kap 12 § som anger att en person som uppbär en inkomstrelaterad sjukersättning eller aktivitetsersättning är försäkrad enligt AFLs allmänna kriterier för en inkomstgrundad ålderspension, således över garantinivån. I 3 kap 13 § anges en vidare grupp som åtnjuter samma förmån. I 3kap 16 § återges det nämnda förbudet mot dubbelförsäkring för gemenskapsmedborgare. Övrig reglering SofL har ej bedömts vara av vikt för den arbetslivsinriktade rehabiliteringens vidkommande.

4.3 Rätten till ersättning vid sjukdom

4.3.1 Allmänt om ersättningsrätten

Av 1 kap 2 § AFL framgår att det numera är den samlade statliga myndigheten Försäkringskassan som handhar den allmänna försäkringen.⁴⁷ Som ovan redogjorts för är man att se som tillhörig till socialförsäkringen i Sverige om man är antingen bosatt eller arbetar i Sverige.⁴⁸ För sjukpenningen gäller att den är en *arbetsbaserad förmån*, men även om arbetskriteriet är uppfyllt skall detta inte tas för givet för att man har en ovillkorlig rätt till sjukpenning. Även om arbetskriterierna för tillhörighet enligt SofL är uppfyllda, följer ytterligare krav genom AFL som gör att rätten till sjukpenning kan medges eller avslås av handläggare på Försäkringskassan.

För försäkringskassans handläggning av den enskildes ersättning vid sjukdom är främst 3 kap AFL av vikt.⁴⁹ I 3 kap. 5 § AFL anges att det är Försäkringskassan som skall besluta om en försäkrads tillhörighet till sjukpenningförsäkringen och fastställa den sjukpenninggrundande inkomsten, SGI⁵⁰. Av beslutet skall framgå i vad mån den sjukpenninggrundande inkomsten är att hänföra till *anställning* eller till *annat förvärvsarbete*. Ett grundkriterium för sjukpenningen är att den utgör ersättning för förlorad arbetsinkomst. Ett grundläggande villkor för att en person skall kunna ta del av de arbetsbaserade förmånerna i socialförsäkringen som täcker *inkomstbortfall* är att han eller hon arbetar i

⁴⁷ 1 kap 2 § AFL i dess lydelse som trätt i kraft den 1 januari 2005.

⁴⁸ 1 kap 1 § 2 st. AFL

⁴⁹ 3 kap. AFL bör för vissa rekvisit läsas i ljuset av 7 kap. AFL, främst 7 kap. 3 § gällande arbetsförmågan. Även 20 kapitlet AFL som reglerar bland annat nedsättning och indragning av ersättning för den enskilde får betydelse.

⁵⁰ Sjukpenningförsäkringen skall omprövas i ett flertal olika fall vilka anges i 3 kap.5 § 1 st AFL, punkterna a) -f). Sådan ändring skall gälla från och med den dag då anledningen till ändringen uppkommit. Enligt 3 kap. 5 § 3 st p. 1-6. SGI-skyddet gäller exempelvis under vissa livssituationer. Dessa anges i 5 § 3 st p. 1-6. SGI-skyddet gäller exempelvis under vissa studier, vid deltagande i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande (arbetslös), är gravid eller är hemma för vård av barn om den försäkrade är förälder till barnet eller likställs med förälder.

Sverige⁵¹. Enligt 3 kap 1 § AFL behöver inkomsten från arbetet uppgå till minst 24 procent av prisbasbeloppet⁵². Om så är fallet skall en sjukpenninggrundande inkomst, SGI, fastställas av Försäkringskassan. SGI är den årliga inkomst i pengar som en person tills vidare kan antas få för eget arbete här i landet, antingen som arbetstagare i allmän eller enskild tjänst (inkomst av anställning) eller på annan grund (inkomst av annat förvärvsarbete), vilket framgår av AFL 3 kap. 2 § 1 st. SGI är ett beräkningsunderlag för ersättningar som enligt den arbetsbaserade försäkringen betalas ut per dag. SGI har betydelse för flera ersättningar från den allmänna försäkringen utöver sjukpenningen som exempelvis rehabiliteringspenning, föräldrapenning, havandeskapspenning och närståendepenning. SGI har även betydelse vid fastställande av livränta.⁵³

Rätten till sjukpenning i den allmänna sjukförsäkringen är således helt beroende av att en försäkrad utför ett inkomstgenererande arbete här i landet. Den enskilde måste kunna påvisa tillräckliga arbetsinkomster eller inkomst som ersätter sådan inkomst för att kunna komma i åtnjutande av de inkomstrelaterade förmånerna.

I 3 kap. 6 § AFL regleras den försäkrades skyldighet att vid anspråk på sjukpenning *anmäla ändring i sina inkomstförhållanden*, eller andra omständigheter som påverkar rätten till sjukpenning eller sjukpenningens storlek. Enligt 3 kap. 6 § 2 st AFL har *försäkringskassan en skyldighet* att i den utsträckning det skäligen kan påkallas genom förfrågningar hos de försäkrade eller på annat lämpligt sätt *inhämta uppgifter* om den försäkrades

⁵¹ Prop. 1998/99:119 s 100-105.

⁵² Prisbasbeloppet skall enligt 3 kap. 6 § AFL fastställas varje år av regeringen. Det framräknade beloppet avrundas till närmaste hundratal kronor. Sådan inkomst som inverkar på sjukpenningens storlek kommer i allmänhet direkt eller indirekt från en anställning eller ett annat därmed jämförligt förvärvsarbete. Det högsta belopp en försäkrad kan åberopa för sin sjukpenning är 7,5 basbelopp. Detta anges i 3 kap. 2 § AFL 2 st. 3 kap. 2 § AFL reglerar vidare en mängd specialfall av ersättningar som i vissa fall medför, i andra fall inte medför en rätt till ersättning. Dessa specialfall utelämnas här.

⁵³ RFV Vägledning Nr 2004:5, s.12. Livräntesambandet framgår av 4 kap 6 § Lag (1976:380) om arbetskadeförsäkring, LAF.

inkomstförhållanden, arbetstid och andra omständigheter som har betydelse för sjukpenningförsäkringen.

3 kap. 6 § AFL är intressant ur flera perspektiv. Enligt denna paragrafs första stycke *åläggs den försäkrade* en klart uttryckt *anmälningsskyldighet* och enligt andra stycket har Försäkringskassan en *utredningsskyldighet* att inhämta information angående den försäkrades förhållanden. Vilken part har då det primära ansvaret?

Försäkringskassan lyder under de allmänna förvaltningsrättsliga principer som följer av Förvaltningslagen (1986:223). Förvaltningslagen (FL) är avsedd att garantera den enskilde medborgarens rättsäkerhet i dennes kontakt med en förvaltningsmyndighet. Genom att traditionellt de fristående försäkringskassorna har haft en särställning som *särskilda offentligrättsliga subjekt*, en slags myndighetsklassificering sui generis,⁵⁴ har FL ansetts tillämplig för kassornas verksamhet och de enskilda försäkringskassorna har setts som förvaltningsmyndigheter,⁵⁵ något som numera är helt ostridigt i och med förstatligandet och bildandet av en central statlig myndighet den 1 januari 2005, Försäkringskassan. Reglerna i FL är basregler för hur myndigheter i stat och kommun skall handlägga sina ärenden och sköta kontakterna med allmänheten. Reglerna skall även medföra att beslutande myndigheter får så korrekt beslutsunderlag som möjligt vilket skall medföra god kvalitet i besluten. Även tiden för en prövning enligt ett förvaltningsförfarande skall säkerställas på en god nivå då man allmänt utgår från att rättssäkerheten främjas av snabba, enkla och entydiga besked.

Övergripande grundprinciper gällande Förvaltningslagens syften fastslogs redan genom den tidigare Förvaltningslagen av 1971 (1971:290), den så kallade Äldre Förvaltningslagen, ofta förkortad som ÄFL. I ÄFL formulerades de traditionella rättsäkerhetskraven som *opartiskhet*,

⁵⁴ Se angående de tidigare fristående försäkringskassornas rättsliga ställning, Strömberg H, Allmän Förvaltningsrätt, 16 uppl. Lund 1992, s.28 f samt även Bramstång G, Förvaltningsrättens begreppsbildning och grundläggande principer i konkret belysning, s.125-127.

⁵⁵ Prop. 1985/86:80, s. 11-12.

omsorgsfull handläggning och *enhetlig bedömning*. Dessa grundprinciper är alltjämnt giltiga men har kompletterats även med ovan angivna effektivitetskrav samt även en mer uttalad serviceskyldighet för myndigheter att bistå den enskilde.⁵⁶ För fastställandet av var ansvaret enligt ovan nämnda 3 kap. 6 § 1 och 2 st AFL skall placeras, får sålunda ledning sökas i FL⁵⁷. Reglerna i FL utgår från att den enskilde oftast befinner sig i en beroendeställning eller underläge i samband med att Försäkringskassan bedriver sin myndighetsutövning. I enlighet med ett av FL:s huvudregler har Försäkringskassan också en service- och utredningsskyldighet⁵⁸.

Som myndighet har Försäkringskassan att beakta sina skyldigheter i enlighet med *officialprincipen*. Officialprincipen utgår från att varje ärende inom en myndighets rättsliga prövningsutrymme måste *beredas*. Beredningen av ett ärende syftar då till att förse myndigheten med tillräckligt underlag för att kunna fatta beslut. Beredningen kan då innehålla införskaffande av upplysningar om sakförhållande och relevanta fakta, argumentering av parterna samt även utredande av innehållet gällande rättsregler. Förvaltningslagen utgår från att ett normalt beredningsförfarande är ett *skriftligt förfarande*, även om ett muntligt förfarande förekommer. Beredningsförfarandet skall förutom att förse myndigheten med korrekt beslutsunderlag även ge vederbörande parter *möjlighet att tillvarata sina intressen*.⁵⁹ Detta sker främst genom regler om partsinsyn och kommunikation.

Reglerna om partsinsyn och kommunikation framgår av 16 och 17 §§ FL samt av 43 § Förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL. Enkelt uttryckt gäller då att en enskilde bär huvudansvaret för att partsinsyn kommer till stånd genom att bevaka och aktivt ta del av den utredning som myndigheten färdigställer. Omvänt gäller ett huvudansvar för myndighet att en

⁵⁶ Hellners T, Malmqvist B, Förvaltningslagen med kommentarer, s.11-13.

⁵⁷ RFV Vägledning 1999: Försäkringskassorna och förvaltningslagen, s.7-11.

⁵⁸ Se Förvaltningslagen (1986:223) främst paragraferna 4 och 7.

⁵⁹ Lundell B, Strömberg H, Allmän förvaltningsrätt, 22 uppl. Malmö 2003, s.100-101.

kommunikation i varje enskilt fall äger rum. Huvudregeln för kommunikering innebär att ett ärende som avser myndighetsutövning mot en enskild får inte avgöras utan att en sökande, klagande eller annan part underrättats om en uppgift som tillförts ärendet genom någon annan än honom själv och att den enskilde fått yttra sig över uppgiften.⁶⁰ Men för myndighetens vidkommande innebär officialprincipen även att *ansvaret för att en utredning blir så fullständig som erfordras för att ett korrekt beslut skall kunna tas åvilar främst myndigheten*. Koncentrerat innebär detta att *myndigheten skall leda utredningen* och se till att *erforderligt material* kommer in. Detta kan sägas vara officialprincipens huvudregel. När en enskild ansöker om en förmån ankommer det dock i första hand på den enskilde att i första hand styrka att det föreligger ett legitimt anspråk. Myndigheten skall dock medverka även i en sådan situation för att hjälpa och anvisa den enskilde till hur anspråken skall formuleras och vart det skall ställas⁶¹. Regleringen i FL innebär att *Försäkringskassan har primärt ansvar* för att samtliga uppgifter som behövs för att ett korrekt beslut sammanställs, men också att detta primära ansvar kan övergå på den enskilde efter att Försäkringskassan vidtagit de åtgärder som kan anses skäligen för att utreda de faktiska förhållandena. Dokumentation och kommunikering blir då mycket viktiga inslag i övergången av primäransvaret, exakt var skiljelinjen går blir fråga om en helhetsbedömning i varje enskilt fall.

4.3.2 Materiella krav för rätt till sjukpenning

En av de mest centrala och mest rekvisittyngda reglerna i AFL är 3 kap. 7 §. Regeln är av så central betydelse att den i tillämpningssammanhang inom försäkringskassans organisation kort och gott betecknar rätten till sjukpenning, då benämnd som ”3:7-rätten”. Det är den materiella reglering utifrån vilken vederbörande handläggare på Försäkringskassan bifaller eller avslår rätten till sjukpenning och därmed tillhörande rehabiliteringspenning.

⁶⁰ Lundell B, Strömberg H, Allmän förvaltningsrätt, 22 uppl. Malmö 2003, s.107-109.

⁶¹ Lundell B, Strömberg H, Allmän förvaltningsrätt, 22 uppl, Malmö 2003, s.100-101 samt s.107-109.

I 3 kap. 7 § 1 st. AFL anges att sjukpenning utges vid sjukdom. Enligt 3 kap. 7 § AFL får man ersättning från den allmänna sjukförsäkringen för att man har en *nedsatt arbetsförmåga*. Det är således en prövning i varje enskilt ärende som består av två huvudsteg. En *sjukdom* måste föreligga, samt vid bedömningen av om sjukdom föreligger (i sjukpenninghänseende) skall vidare enligt 3 kap. 7 § 1 st. AFL *bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden*. *Nedsättningen* av arbetsförmågan måste också på grund av sjukdom vara nedsatt med *minst en fjärdedel*, vilket är 10 timmar/vecka av en tänkt heltidsarbetsförmåga, 40 timmar/vecka. Sjukpenning skall utges endast vid sjukdom, eller ett därmed jämförligt tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom, för vilken sjukpenning utgetts och som kvarstår efter det att sjukdomen upphör. Denna skrivning hör samman med lagstiftarens önskan om att tydliggöra den allmänna sjukförsäkringen som just en *inkomstbortfallsförsäkring vid sjukdom* och inte en allmän inkomstförlustförsäkring till följd av andra faktorer som exempelvis arbetslöshet.⁶²

3 kap. 7 § 4 och 5 st. AFL är centrala framförallt för hur en försäkrads *möjligheter till rehabilitering* skall bedömas. Enligt 3 kap. 7 § 4 st. AFL skall det vid bedömningen av arbetsförmågan hos en försäkrad som inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete eller till annat arbete hos arbetsgivaren, *särskilt beaktas* om den försäkrade kan försörja sig genom *sådant arbete*, det vanliga eller annat hos arbetsgivaren förekommande, efter *förebyggande*⁶³ eller *rehabiliterande* åtgärd enligt 22 kap AFL.

I 3 kap. 7 § 5 st. AFL anges vidare att om det, efter en *prövning av arbetsförmågan* enligt fjärde stycket, bedöms att den försäkrade inte kan återgå i något arbete hos ordinarie arbetsgivare så skall det bedömas om den försäkrade kan försörja sig själv genom annat förvärvsarbete som är *normalt förekommande på arbetsmarknaden*. Vidare skall då bedömas om den

⁶² Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s 10-ff.

⁶³ Regleringen om förebyggande åtgärd återfinns i 3 kap. 7b § AFL.

försäkrade *efter rehabilitering* kan försörja sig i ett sådant på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller genom annat lämpligt arbete som är *tillgängligt* för den försäkrade.

Vad som avses med *normalt förekommande arbete* är inte helt klart. I förarbetena till lagen sägs det att man skulle kunna bedöma en försäkrads arbetsförmåga gentemot *varje typ av arbete* som är förekommande på arbetsmarknaden. Detta anses dock ge alltför långtgående konsekvenser och istället uttalas att ; ”...den krets av arbeten som den försäkrades arbetsförmåga skall bedömas i förhållande till måste ges en praktisk och rationell avgränsning”.⁶⁴ Hur en sådan praktisk och rationell avgränsning skall göras är ej uttalat. Man anger dock att *faktorer* (ej närmare angivna vilka) som påverkar bedömningen av vad som är normalt förekommande arbeten inte är *statiska*. Detta anses vara av godo då det medför att tillämpningen av reglerna kan anpassas till förändringar på arbetsmarknaden utan att reglerna behöver ändras. Omfattningen och det förvärvsmässiga värdet av den trots sjukdomen bibehållna arbetsförmågan anses vara beroende av vilken sjukdom eller skada som drabbat den försäkrade. Den förvärvsförmåga som finns kvar trots sjukdomen *kan* behöva bedömas i förhållanden till arbeten som på en rad skilda sätt ställer fysiska eller psykiska krav. Av denna anledning anses det inte möjligt att närmare definiera ”normalt förekommande arbeten”. Arbetsmarknaden skall dock bedömas utefter ett nationellt perspektiv. Någon begränsning till att låta bedömningen endast omfatta arbetsmarknaden på lokal eller regional nivå bör inte ske. Ur ett telelogiskt tolkningsperspektiv synes det därför vara så att ett normalt förekommande arbete inte är helt detsamma som *varje* förekommande arbete. Bedömningen i ett enskilt fall måste göras med utgångspunkt i den försäkrades sjukdom. Om en försäkrad bedöms endast klara ett speciellt arbete som endast förekommer i mycket begränsad utsträckning anses det inte rimligt att bedöma den försäkrades

⁶⁴ Prop. 1996/97:28, s. 17.

arbetsförmåga till sådant arbete med mindre än att den försäkrade faktiskt erbjuds det arbetet.⁶⁵

I den praktiska handläggningen av sjukpenningsrätten finns normalt inget krav på att ett sådant normalt förekommande arbete *finns erbjudet* i det enskilda fallet, utan det räcker att det rent faktiskt *finns* sådana specifika arbeten på arbetsmarknaden för att de skall kunna anses vara normalt förekommande. Begreppet normalt förekommande arbete är således tämligen svårgenomträngligt.

För att en försäkrad skall kunna anses berättigad att utfå ersättning från den allmänna sjukförsäkringen måste denne dock uppfylla även ett antal formella krav utöver grundrekvisiten *sjukdom* och *nedsatt arbetsförmåga*. Enligt 3 kap. 8 § AFL måste en försäkrad ge in en *skriftlig försäkran* för sjukpenning till försäkringskassan för att en sådan ersättning skall kunna utbetalas. Sådan försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter samt den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan. Uppgifterna i denna försäkran skall lämnas på heder och samvete. Ersättning till den enskilde kommer inte att utbetalas före det att en sådan skriftlig försäkran inkommit. Det är försäkran som styr den första utbetalningen i tidshänseende, se vidare 3 kap. 14 § AFL.

Vidare skall den enskilde enligt 3 kap. 8 § 2 st. AFL till Försäkringskassan ge in ett *läkarintyg* för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Detta intyg skall omfatta tiden senast från och med den sjunde dagen efter insjuknande för att sjukpenningrätten skall gälla.

Försäkringskassan kan även enligt 3 kap. 8 § 3 st. AFL begära in en *skriftlig särskild försäkran* från den enskilde avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Denna skall innehålla en *utförligare* beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och en egen bedömning av

⁶⁵ RFV Vägledning 1999: Försäkringskassorna och förvaltningslagen, s.7-11.

arbetsförmågan än originalförsäkringen. Den särskilda försäkringen inges även den på heder och samvete.

Enligt 3 kap. 8a § AFL kan Försäkringskassan begära att den enskilde skall genomgå utredning eller delta i ett särskilt möte, *avstämningsmöte*.

Utredningen och/ eller avstämningsmötet syftar till att bedöma det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt inte minst behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

3 kap.17 § 1st. AFL reglerar Försäkringskassans *rätt att dra in eller sätta ned ersättning* om omständigheterna motiverar det. Sådana omständigheter som motiverar indragning eller nedsättning föreligger då en försäkrad;

- a) underlåter att meddela Försäkringskassan sin vistelseadress när han under sjukdomsfall vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angivits till Försäkringskassan, eller
- b) underlåter att enligt 3 kap. 6 § 1 st. AFL anmäla sådan ändring som är av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek.

3 kap.17 § 2 st. AFL anger vidare att för nedsättning eller indragning i andra fall än vad som avses i första stycket, finns regleringen i 20 kap.3§ AFL.

4.3.3 Sjukdomsbegreppet i 3 kap 7 § AFL

Det finns ingen klar definition av begreppet *sjukdom* i AFL. Innebörden av begreppet inom sjukförsäkringen får därför sökas med ledning av såväl en historisk grund som i den utveckling som skett av begreppet genom decenniernas utredningar och förarbeten. Bland de tidigaste försöken att forma en definition finns uttalandet från socialvårdskommittén 1944.⁶⁶ Enligt denna definition borde man vid bedömning av om sjukdom föreligger hålla sig till ”vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom”.⁶⁷ Kommittén ansåg också att med

⁶⁶ SOU 1944:15

⁶⁷ Hamdahl B, Danielson G, Lidbom C, Lagen om allmän försäkring, s. 25.

denna utgångspunkt kunde en sjukdom beteckna ” varje onormalt kropps - eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.” Kommittén ansåg vidare att efter en sjukdomsprocess kvarblivande missbildningar eller stymplingar utan samband med sjukliga symptom inte borde räknas som sjukdom, ett kroppslyte skulle således inte ses som en sjukdom. Å andra sidan ansåg man att inte bara själva sjukdomsprocessen som sådan, utan även efter sjukdomsprocessen kvarstående nedsättningar eller rubbningar av det fysiska eller psykiska tillståndet kunde räknas som sjukdom. Störningar och fysiologiska förändringar som sammanhörde med det naturliga åldrandet eller med havandeskap och barnsbörd var inte att se som sjukdom, då dessa ingick i en normal livsprocess⁶⁸.

Vad socialvårdskommittén 1944 gav uttryck för är att se som ett uttryck för det *biologiska sjukdomsbegreppet*. Detta begrepp bygger på synen att ställande av rätt diagnos är en förutsättning för att avgöra vilken behandlingsmetod som skall kunna ordinerats. I synsättet ligger att för en sjukdomsdiagnos skall kunna ställas fordras inte endast subjektiva symptom utan även objektivt påvisbara tecken på sjukdom. Synsättet kallas även för ”apparatsfels-modellen”. Företrädare för det biologiska sjukdomsbegreppet vänder sig mot en integrering i sjukdomsbegreppet av sådana synsätt som poängterar en helhetsbild, inte endast ur medicinsk utan även ur psykosocial synvinkel. En utvidgning av sjukdomsbegreppet till att gälla även tillstånd med stort inslag av social funktionsvikt uppfattas då som otillfredsställande.⁶⁹

Mot det biologiska sjukdomsbegreppet kan det *socialmedicinska sjukdomsbegreppet* ställas. Detta betonar vikten av att utreda de sociala faktorernas inverkan på en sjukdoms uppkomst och förlopp. Företrädare för detta synsätt menar att ett samtidigt beaktande av sociala och psykologisk-

⁶⁸ Hamdahl B, Danielson G, Lidbom C, Lagen om allmän försäkring, s. 25.

⁶⁹ Den gamla socialförsäkringens nya kläder, forskarseminarium, Fakta 1:1999, Försäkringskassaförbundet FKF 1999: Westerhäll L, Vem är sjuk och arbetsförmögen? s. 47-55.

psykiatriska aspekter på sjukdomens uppkomst och behandling är nödvändigt för att man skall kunna få ett en komplett diagnos och ett fullgott behandlingsresultat.⁷⁰

När det gäller att fastställa vad sjukdom är finns det alltså i huvudsak två olika riktningar och sätt att definiera sjukdom. Det biologiska sjukdomsbegreppet utgår ifrån att en människa, för att kallas sjuk, skall ha ett *objektivt* påvisbart tecken på sjukdom. Det socialmedicinska sjukdomsbegreppet å sin sida innebär att det inkluderas en helhetssyn på människan i begreppet. *Den enskildes subjektiva upplevelse* av sin situation anses då också viktig, och man bör beakta de sociala faktorer som kan ligga till grund för en sjukdom. Det är utan tvivel mycket svårt att *objektivt* mäta besvär som smärta, värk, svaghet och trötthet samt exempelvis andra känslor som fruktan för sjukdom eller känslan av allmän otillräcklighet.⁷¹

Det medicinska sjukdomsbegreppet var och är ett dynamiskt begrepp som förändras med tillämpningen över tiden, sjukdomar som tidigare ej ansetts som sjukdomar ex. kosmetiska störningar har inlemmats i sjukdomsbegreppet genom rättstillämpningen. Under 1970-80 talen började ett nytt sätt att se på sjukdom växa sig starkare. Det socialmedicinska sjukdomsbegreppet vann insteg och enligt detta synsätt skulle man se på människan som en helhet i sitt sammanhang. Utvecklingen av detta begrepp tillkom främst genom rättstillämpningen.⁷²

1995 ändrades sjukdomsbegreppet i 3 kap 7 § AFL till det nu gällande. Ändringen innebar att man gjorde *ett tillägg* i 7 § som gäller vid Försäkringskassans bedömningen av om en *sjukdom* som nedsätter arbetsförmågan föreligger. Tillägget i 7 § anger då att man *i det enskilda fallet vid bedömning av om sjukdom föreligger eller ej, skall bortse från*

⁷⁰ Den gamla socialförsäkringens nya kläder, forskarseminarium, Fakta 1:1999, Försäkringskassaförbundet FKF 1999: Westerhäll L, Vem är sjuk och arbetsoförmögen? s. 48.

⁷¹ Westerhäll L, Den starka statens fall, s. 257-258.

⁷² Westerhäll L, Den starka statens fall, s. 264-267.

*arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.*⁷³ Grunden för ändringen av sjukdomsbegreppet var enligt lagstiftaren att en *glidning i tillämpningen* av begreppet hade ägt rum hos såväl Försäkringskassan som läkare och försäkrade. Vid Försäkringskassans bedömning av om sjukdom föreligger eller ej, är då lagstiftarens intention att andra faktorer än rent medicinska inte som huvudregel skall beaktas. Viktigt är också att man genom den nya definitionen av sjukdomsbegreppet fastslår att kriterierna för arbetsförmågebedömningen skall *vara lika* oavsett om det gäller *rätt till sjukpenning* eller *rätt till förtidspension*, d v s oavsett *prognosen och varaktigheten* i arbetsförmågans nedsättning.⁷⁴ I prop. 1994/95:147 anges flera skäl för lagstiftarens förtydligande av sjukdomsbegreppet. Ett skäl var att AFL inte innehöll någon klar definition av begreppet sjukdom, utan tolkningen av vad som skulle betraktas som sjukdom hade skett utifrån principer fastslagna så tidigt som 1944. Ett annat skäl angavs vara att sjukdomsbegreppet som ovan nämnts successivt utvidgats. Vidare ansågs det viktigt för tilltron till socialförsäkringssystemets legitimitet att det *försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet* tillämpas så att det förbehålls de personer som uppfyller vissa uppställda kriterier, vari sociala och generella livsproblem inte kan anses ingå.⁷⁵

Intressant att notera är att före 1995 års lagändring hade tidigare en *utvidgning* av sjukdomsbegreppet mot en mer socialmedicinsk definition föreslagits genom 1988 års rehabiliteringsberedning.⁷⁶ Rehabiliteringsberedningens förslag innebar att *ytterligare* orsaksrekvisit skulle tillföras sjukdomsbegreppet i 3 kap. 7 § AFL. Utöver *sjukdom* skulle även ”annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan” ge rätt till sjukpenning enligt förslaget. Rehabiliteringsberedningen anförde till stöd för den föreslagna utvidgningen att denna i stor utsträckning endast skulle innebära en anpassning till hur orsaksrekvisitet sjukdom redan

⁷³ 3 kap 7 § 1 st. 2 meningen AFL.

⁷⁴ Prop. 1996/97:28, s.8.

⁷⁵ Prop. 1994/95:147, s.20-21.

⁷⁶ SOU 1988:41.

tillämpades i praktiken. Vidare ansågs utvidgningen ge bättre förutsättningar för tidiga och mer adekvata rehabiliteringsinsatser. Som ovan angetts infördes aldrig den förslagna utvidgningen av år 1988. Huvudargumentet mot införandet av utvidgningen var att sjukpenningförsäkringen riskerade att få en karaktär av allmän inkomstbortfallsersättning istället för att vara en sjukförsäkring med ersättning för nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Det får därför anses att lagstiftarens intentioner för den allmänna sjukförsäkringen att i första hand ses som en inkomstbortfallsförsäkring *på grund av sjukdom* och *inte* en *allmän inkomstbortfallsförsäkring* har framhävts och även styrkts i och med det nya sjukdomsbegreppet. De problem som inte har medicinsk grund skall därför heller inte hanteras av sjukförsäkringen, något som tydligt påtalas i prop. 1996/97:28.⁷⁷

Sådana problem som är att hänföra till andra orsaker än sjukdom skall *hanteras hos den myndighet som har ansvaret för det aktuella området*. Anledningen till detta är att regering och riksdag skall kunna få rätt underlag och information om hur prioriteringar och satsningar inom olika områden av välfärdspolitiken bör ske. Sjukskrivande instanser skall också fortlöpande under sjukskrivning intyga att det handlar om rent medicinska grunder för sjukskrivning. Vid misstanke om att det finns andra orsaker till individens önskan om sjukskrivning såsom konflikt på arbetsplatsen, existensiella livsproblem o s v skall inte anses omfatta det försäkringsmedicinska sjukdomsbegreppet.⁷⁸

För närvarande kan det därför klart sägas att det sjukdomsbegrepp som gäller i AFL är ett *biologiskt sjukdomsbegrepp*, där en objektivt fastställbar diagnos ligger till grund för om en enskild kan anses vara sjuk eller ej.

Viss möjlighet till avsteg från det biologiska sjukdomsbegreppet finns dock kvar. Enligt lagstiftaren bör en viss möjlighet att väga in annat än enbart medicinska förhållande när det gäller en försäkrads förmåga eller möjlighet

⁷⁷ Prop.1996/97:28, s.9-10.

⁷⁸ Prop. 2002/03:89, s. 22-25.

att försörja sig genom förvärvsarbete. Det handlar då dels om ett individuellt hänsynstagande till det faktum att en och samma sjukdom sätter ned olika individers arbetsförmåga olika mycket, dels om att hänsyn skall tas till de särskilda skäl som alltjämnt finns kvar i AFL, varvid åldersfaktorn är den enskilt viktigaste. Sjukdomsbegreppet är vidare starkt knutet till frågan om *arbetsförmåga*, som är det andra centrala rekvisitet i 3 kap. 7 § AFL.

4.4 Summering

Sammanfattningsvis kan sägas att 3 kapitlet AFL är centralt vid bedömningen av rätten till sjukpenning och får därmed en central betydelse även för rätten till rehabilitering. Flertalet bedömningar och gränsdragningar i det enskilda fallet som skall göras för att en sjukpenningrätt skal anses föreligga sker i ett gränsland där rätt eller fel kan vara svårt att definitivt fastställa. Att ”3:7 rätten” är av sådan vikt för förevarande framställning handlar främst om att det i normalfallet krävs att en rätt till sjukpenning har fastslagits för att en rehabilitering skall inledas. En anledning till att rätt till sjukpenning ej föreligger kan vara att det brister i något av rekvisiten som skall vara uppfyllda enligt 3 kap. 7 § AFL, varav de viktigaste är sjukdom och därmed förenad arbetsförmåga. Exempelvis, kan ett sjukdomstillstånd visserligen föreligga och vara styrkt, men av försäkringskassan bedömer att detta tillstånd inte sätter ned den försäkrades arbetsförmåga. Utan nedsatt arbetsförmåga finns heller inte rätten till sjukpenning. Ett annat exempel är att arbetsförmåga visserligen anses nedsatt, men att detta inte beror av ett tillstånd som kan jämföras med sjukdom. Med nuvarande definition av sjukdomsbegreppet i 3 kap. 7 § AFL skall det vid bedömningen av om sjukdom föreligger bortses från allmänna livsproblem, arbetslöshet och social problematik och ekonomiska faktorer. Som var och en förstår är det en svår uppgift att dra gränsen för var ett sjukdomstillstånd *börjar* eller *slutar* i förhållande till just allmänna livsproblem eller social problematik.

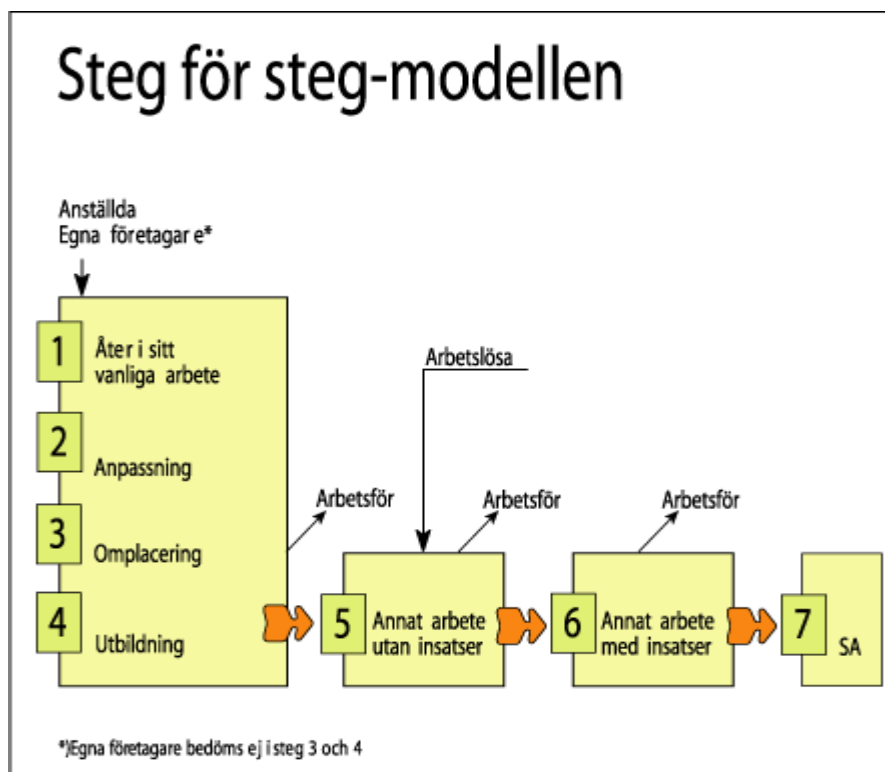
5 Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan

5.1 Allmänt om bedömningen

När väl ett sjukfall är anmält och de grundläggande kriterierna är uppfyllda för att en sjukdom är för handen, följer ytterligare krav för att den sjukskrivne skall ha rätt till sjukpenning och arbetslivsinriktad rehabilitering. När sjukdom är konstaterad vidtar försäkringskassans uppgift med att bedöma huruvida den sjukskrivnes sjukdom också medför att denne har nedsatt arbetsförmåga. I proposition 1996/97:28 föreslog lagstiftaren en ny metodik för att renodla grunderna för när en sjukskriven skulle kunna erhålla sjukpenning och rehabilitering. Det man betonade var att den försäkrades *arbetsförmåga* skulle bedömas striktare mot en medicinsk bakgrund och försäkringskassans möjligheter att väga in andra faktorer minimeras. Det föreslogs också att en försäkrads arbetsförmåga i sista hand skulle bedömas mot *hela arbetsmarknaden* och de arbeten som normalt förekommer där.⁷⁹ För att sjukförsäkringen skulle bli enklare att tillämpa föreslogs en s.k. *stegmodell*. Enligt denna skall bedömningen som försäkringskassan gör av den försäkrades arbetsförmåga, bedömas i sju olika steg vilka redogörs för nedan i figur 1 där vi antar att den försäkrade följer stegen i den ordning de är angivna.

⁷⁹ Prop. 1996/97:28 s. 1.

Figur 1



Stegen framgår av bilden. I början av ett sjukfall är den försäkrade normalt i steg 1. Även arbetslösa befinner sig i detta steg om de är inskrivna vid arbetsförmedling och är att anse som aktivt arbetssökande. Det stora flertalet sjukskrivna hamnar endast i steg 1 och går sedan tillbaka i arbete. För ett mindre antal (procentuellt mot samtliga sjukskrivna) kan återgång i det vanliga arbetet inte ske direkt. Tanken är då att man skall följa de olika stegen i stegmodellen för att guida den försäkrade tillbaka till arbete. Anpassning handlar således om en anpassning av befintliga uppgifter, omplacering om nya arbetsuppgifter, utbildning om att främst arbetsgivaren skall vara behjälplig med kompetenshöjande utbildning som i sin tur kan leda till ny tjänst hos arbetsgivaren. I steg 5 bedöms den försäkrade mot hela arbetsmarknaden och i steg 6 är det konstaterat att en återgång i varje normalt förekommande arbete inte kan ske utan insatser. Till slut i steg 7 är det konstaterat att ingen arbetsförmåga finns och om varaktigheten av arbetsförmågenedsättningen är minst ett år skall den försäkrade tillerkännas sjukersättning.

5.2 Arbetsförmågebedömning i stegmodellen

Stegmodellens syfte är att beskriva hur tillämparen bör göra bedömningen av arbetsförmåga med olika arbeten som grund och de ställningstaganden som tillämparen bör göra när rätten till ersättning skall bedömas.⁸⁰ För stegmodellens vidkommande kan sägas att stegen ligger i kronologisk

⁸⁰ Prop. 1996/97:28, s. 18.

ordning, samt huvudregeln är att varje steg skall ha övervägts och prövats innan nästa steg kan inledas. Modellen har även betydelse i den praktiska tillämpningen av sjukförsäkringens rehabiliteringsbegrepp. Begreppet ”rehabilitering” används i detta sammanhang i betydelsen arbetslivsinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering ingår i benämningen nödvändig behandling och konvalescens.⁸¹ Nedan följer ett återgivande av de olika stegen i modellen samt vad det innebär i tillämpningshänseende.

Steg 1 Återgå till sitt vanliga arbete

Kan den försäkrade utföra sitt ordinarie arbete efter nödvändig behandling och konvalescens?

Om försäkringskassan bedömer att den försäkrade efter att ha fått medicinsk behandling och tid för att återhämta sig kan återgå till sitt normala arbete utan vidare åtgärder har denne rätt till sjukpenning enligt steg 1.⁸² Om den försäkrade inte kan anses kunna återgå till sitt normala arbete, kan rehabilitering eller annan åtgärd komma ifråga. De åtgärder som då skall begrundas följer av de vidare stegen i modellen.

Steg 2 Anpassning av ordinarie arbete

Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?

I steg 2 har det då konstaterats att den försäkrade inte kan återgå till sitt normala arbete utan vidare åtgärder. Försäkringskassan skall då utreda frågan om den försäkrade skulle kunna återgå till sitt normala arbete genom en successiv återgång i arbete och/eller med hjälp av en anpassning av arbetsuppgifterna. En anpassning kan exempelvis vara att arbetsgivaren köper in ergonomiska hjälpmedel för att underlätta arbetsuppgifterna för den försäkrade så att denne skall kunna återgå. I steg 2 anges också att maxtiden för vilken rehabiliteringsersättning kan utgå är tre månader, varefter den

⁸¹ Prop. 1996/97:28, s. 18.

⁸² Prop. 1996/97:28, s. 18, Vägledning 2004:2 version 2, s. 52-55.

försäkrade förväntas kunna utföra sitt ordinarie arbete.⁸³ Fortfarande utgår man i steg 2 från att den försäkrade kommer att kunna återgå till sitt normala arbete efter åtgärdernas genomförande.

Steg 3 Omplacering till annat arbete hos ordinarie arbetsgivare

Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?

I steg 3 har Försäkringskassan slagit fast att den försäkrade inte kan återgå till sitt tidigare ordinarie arbete, inte ens om rehabilitering sker eller arbetshjälpmedel finns. I detta fall krävs en utredning där försäkringskassan har kontakt med arbetsgivaren för en genomgång av dennes möjligheter till omplacering av den försäkrade till nya arbetsuppgifter. Arbetsgivaren är skyldig att redovisa vilka möjligheter som finns för omplacering.⁸⁴ I omplaceringsskyldigheten ligger dock inte att arbetsgivaren behöver inrätta ny tjänst eller att flytta på befintlig personal. Det är alltså befintliga lediga tjänster hos arbetsgivaren som ingår i dennes omplaceringsskyldighet. Om det finns en tjänst som den försäkrade skulle kunna få bedöms arbetsförmågan i förhållande till denna. Omplaceringen bör kunna ske inom en relativt kort tid. Kan den försäkrade utföra den direkt men det är en väntetid innan den försäkrade får tillgång till arbetet finns ingen rätt till sjukpenning under väntetiden.⁸⁵

Steg 4

Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?

Om den försäkrade erbjuds ett annat arbete hos sin arbetsgivare men det krävs en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats för att denne skall kunna utföra arbetsuppgifterna har den försäkrade rätt till ersättning från sjukförsäkringen under högst cirka ett år i form av rehabiliteringsersättning.

⁸³ Prop. 1996/97:28, s. 18, Vägledning 2004:2 Version 2, s. 56-58.

⁸⁴ Enligt AD 1981 nr 51.

⁸⁵ Prop. 1996/27:28 s. 19, Vägledning 2004:2 Version 2, s. 58-60.

För att den försäkrades arbetsförmåga skall kunna bedömas i detta steg krävs att det finns ett arbete som s a s väntar på den försäkrade eller det skall vara troligt att det blir på det viset.⁸⁶

Steg 5

Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser?

I detta steg befinner sig den försäkrade efter att det är klarlagt att den försäkrade *inte kan återgå till sitt ordinarie arbete oavsett åtgärder*. Den försäkrade kan inte heller omplaceras direkt eller med hjälp av rehabiliteringsåtgärder hos arbetsgivaren. Arbetsförmågebedömningen skall då utvidgas och avse en större krets av arbeten, sådana arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Begreppet *normalt förekommande arbete* som lanserades i samband med prop. 1996/97:28 har som ovan angivits⁸⁷ i förarbeten eller lagtext inte ansetts möjligt att definiera precist då det är beroende av faktorer som är rörliga, d v s hur arbetsmarknaden ser ut, vilka arbeten som är tillgängliga o s v. Det har vidare ansetts att praxis genom domstolarnas bedömningar i det enskilda fallet, oftast grundar sig på en försäkringsläkares bedömning och uttalande.⁸⁸ Vanligt är då att det i försäkringsläkarens bedömning framgår att den försäkrade exempelvis kan utföra ett *lättare anpassat arbete* utan repetitiva arbetsmoment, det vill säga ett annat ”lämpligt” arbete. Domstolarna utgår då från presumtionen att detta ”lämpliga” arbete vanligtvis finns på arbetsmarknaden, vilket gör att en *allmän presumtion* för existens avgör om ett arbete kan anses normalt förekommande eller inte, snarare än dess *faktiska* existens. Resultatet av denna rundgång innebär att

⁸⁶ Prop. 1996/97:28, s. 15, 19, Vägledning 2004:2 Version 2 s.60-62.

⁸⁷ Se kapitel 4.3.2 i uppsatsen.

⁸⁸ Se vidare om detta i Stendahl S, Renodlingens konsekvenser - en rättsfallsundersökning, Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten red. Vahlne Westerhäll L.

det inte heller i rättspraxis finns någon tydlig vägledning om vad ett normalt förekommande arbete är⁸⁹.

I tillämpningen utgår man vanligen från den försäkrades sjukdom, hur sjukdomen påverkar den försäkrade i fråga om dennes möjligheter att arbeta. För att erhålla denna information krävs både en god social utredning och ett fullgott medicinskt underlag, där det beskrivs av läkaren vilka arbetshinder den försäkrade har. Efter att försäkringskassan konstaterat sjukdomen och vilka arbetshinder den ger skall försäkringskassan bedöma om den försäkrade trots detta har en arbetsförmåga som kan användas i ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Om den försäkrades nedsättning av arbetsförmågan medför att denne endast kan utföra ett ovanligt speciellt arbete krävs det att den försäkrade erbjuds detta jobb för att arbetsförmåga skall anses föreligga. Annars poängteras i förarbetena att med arbetsmarknad menas hela den nationella arbetsmarknaden, inte endast den lokala. I såväl denna bedömning som den övriga sjukpenningbedömningen finns det en s.k. säkerhetsventil enligt vilken viss hänsyn *kan* tas till den försäkrades utbildning, tidigare verksamhet, ålder, bosättningsförhållanden och andra liknande förhållanden. Kan den försäkrades anses kunna ta ett normalt förekommande arbete direkt har denne ej rätt till ersättning från sjukförsäkringen⁹⁰

Steg 6

Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser t.ex. utbildning eller omskolning?

I steg 6 bedöms den försäkrades arbetsförmåga utifrån om den försäkrade bedöms kunna ta ett arbete som är normalt förekommande arbete efter rehabiliteringsåtgärd som får ta maximalt cirka ett år. I detta fall har den

⁸⁹ Se Stendahl S, uppsats, Renodlingens konsekvenser - en rättsfallsundersökning. Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, s. 180.

⁹⁰ Prop. 1996/97 s. 13, 17, 20, Vägledning 2004:2 Version 2, s. 62-64.

försäkrade rätt till ersättning från sjukförsäkringen under den arbetslivsinriktade åtgärden i form av rehabiliteringsersättning. När den arbetslivsinriktade åtgärden är avslutad och den försäkrade bedöms kunna ta ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden utges ej längre någon ersättning från sjukförsäkringen.⁹¹

Steg 7

Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsförmögen?

Den prövning som bör göras i steg 7 motsvarar den som sker när den försäkrade ansöker om sjukersättning/tidsbegränsad sjukersättning. En rätt till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning anses föreligga när en försäkrads arbetsförmåga har prövats enligt de olika stegen i stegmodellen och man trots denna prövning inte har lyckats påvisa en arbetsförmåga. Det är dock ett krav att arbetsförmågenedsättningen skall anses gälla med en varaktighet om minst ett år för att sjukersättning skall prövas.

Försäkringskassan kan byta ut den försäkrades sjukpenning mot sjukersättning när som helst under ett sjukfall om rekvisiten för sjukersättning är uppfyllda. När det gäller arbetsförmåga och normalt förekommande arbeten utgår man från den öppna arbetsmarknaden. Det finns dock så kallade *skyddade arbeten*⁹² där sysselsättning anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga utanför den normala arbetsmarknaden. Det krävs att den försäkrade rent faktiskt erbjuds ett konkret sådant skyddat arbete med lön för att han eller hon inte längre skall ha rätt till ersättning från försäkringen. I annat fall kan den försäkrade i avvaktan på att sådan skyddad anställning kommer till stånd ha rätt till fortsatt ersättning.

⁹¹ Prop. 1996/97:28 s. 20, Vägledning 2004:2 Version 2 s. 64-65.

⁹² Tidigare administrerade av Samhall, som numera är ett vanligt företag med produktionskrav. De skyddade anställningarna administreras idag av arbetsförmedlingarna. Sådana skyddade anställningar är synnerligen sällsynta.

5.3 Summering

Stegmodellen är således den modell som försäkringskassan skall använda vid bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga, rätt till sjukpenning samt behov av rehabiliteringsinsatser. Modellen är framtagen för att underlätta ett likformigt hanterande av de fakta som följer i varje sjukfall och som skall bedömas för vidare åtgärder. Stegmodellen är till det yttre enkel och klar att tillämpa samt framstår som tydlig och konkret. Vid en närmare undersökning finner man dock att det finns en kvarstående problematik vid bedömningen av enskilda rekvisit i lagen och modellen exempelvis frågan om vad som är sjukdom eller normalt förekommande arbete. Definitioners vaghet och bedömningsfrågornas tillämpningsproblem har byggts in i modellen och osäkerheten kvarstår. Modellen tjänar således primärt till att rätt frågor ställs vid rätt tillfälle, kronologiskt sett. Svaren är dock knappast givna. Eftersom modellen i viss mån är att se som ett flödesschema, kommer en felaktig slutsats i ett enskilt ärende i ett av stegen att fortplantas vidare in i nästföljande steg. Som flödesschema och tankestöd är stegmodellen därför ett bra och likformande dokument, men som ett vidareutvecklat juridiskt instrument för säkrare och enhetligare bedömningar i enskilda fall, finns alltjämnt tveksamheter kvar.

6 Rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering

6.1 Olika typer och definitioner av rehabilitering

Som konstaterats i uppsatsens andra kapitel föregicks lagen om allmän försäkring av ett omfattande arbete under hela 1900-talet som till slut ledde till lagens ikraftträdande 1 januari 1963. Den nya allmänna försäkringen fortsatte dock att utvecklas vidare. På 70-talet ställdes det politiska siktet in på ytterligare förstärkning av arbetarskydd och så småningom arbetsmiljö. 1970-talets utredning av arbetsmiljön blev grunderna för den fortsatta utvecklingen av rehabiliteringsbegreppet, något som med tiden även kom att innefatta dagens tankar om arbetslivsinriktad rehabilitering. Den syn på begreppet rehabilitering som var förhärskande under 1970- och 80-talets utredningar och lagstiftningsarbete var en syn som enklast kan beskrivas som en tydlig uppdelning av begreppet *rehabilitering*, beroende av inom vilket huvudområde som rehabiliteringen kunde anses föreligga. Man skilde då på tre huvudformer av rehabilitering, medicinsk, yrkesinriktad samt social rehabilitering. Gränserna var dock i viss mån flytande. Exempelvis förelåg inget hinder för att parallellt med yrkesinriktad rehabilitering även medicinsk och social rehabilitering pågick.⁹³

Medicinsk rehabilitering anses omfatta vanlig sjukvård och även andra undersöknings- och behandlingsformer såsom sjukgymnastik, sysselsättnings- och arbetsterapi, tillhandahållande av ortopediska hjälpmedel samt rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

⁹³ Se vidare Bratthall K, Stenberg; AM, Lagen om allmän försäkring, lagtext och kommentarer, s 58-63.

Yrkesinriktad rehabilitering tar fasta på rehabilitering av handikappade och från arbetssynpunkt svårbedömda personer. Genom samhällets åtgärder i form av arbetsprövning och arbetsträning skulle dessa personer återföras till arbetslivet. *Arbetsprövningen* syftar då till att kartlägga individens intressen och anlag samt fysiska, psykiska och sociala funktions - och arbetsförmåga i förhållande till kraven och utvecklingen på arbetsmarknaden. *Arbetsträning* innebär en systematiskt bedriven träning av den fysiska, psykiska och sociala funktions - och arbetsförmågan. Såväl arbetsprövning som arbetsträning ansågs utgöra ett led i den totala rehabiliteringen av den enskilde individen.⁹⁴

Social rehabilitering avser närmast de åtgärder som kunde komma ifråga genom socialtjänstens åtgärder. Det bistånd som enskilda kan få ersättning för är främst bistånd till sin försörjning och livsföring i övrigt. En förutsättning är då att den enskilde själv saknar förmåga att tillgodose det föreliggande behovet. En person hade som regel inte heller rätt till bistånd om behoven kan tillgodoses av annan huvudmans försorg.⁹⁵ Rehabiliteringsfrågan har stor betydelse när beslut om bistånd avhandlas. Bistånd skall utformas så att den enskildes förutsättningar i framtiden att klara sin försörjning tas tillvara.

6.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering

När det gäller begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering kan det sägas ha introducerats i svensk lagstiftning med rehabiliteringsreformen 1991/92, detta skedde via SFS 1991:1940, då ett nytt kapitel infördes i AFL. Det nya kapitlet, 22 kap AFL innebar möjligheter till rehabilitering och rätt till

⁹⁴ Den gamla socialförsäkringens nya kläder, forskarseminarium, Fakta 1:1999, Försäkringskassaförbundet FKF 1999: Westerhäll L Vem är sjuk och arbetsoförmögen? s. 47-55.

⁹⁵ Reglerna är i stort oförändrade idag.

rehabiliteringsersättning. Lagstiftarens intentioner med den nya regleringen var att *återföra* människor till arbete, *bryta* sjukskrivningsutvecklingen samt *förebygga* ohälsa. I och med införandet av detta nya kapitel i AFL betonades *arbetslinjen* i sjukförsäkringen.⁹⁶ Genom införandet av rehabiliteringsreformen och därmed arbetslinjens uttalade införande i sjukförsäkringen ville lagstiftaren klart betona vikten och betydelsen för varje enskild medborgare att tillhöra arbetslivet.

Arbetslinjen innebär i korthet att människor skall beredas sysselsättning istället för kontantersättning vid arbetslöshet. Denna princip var grundbulten i utbyggnaden av den svenska arbetsmarknadspolitiken under 1970-talets arbetsrättsreformer. *Arbetslinjen*, tillsammans med tankar om *rehabilitering istället för sjukskrivning* och utslagning samt *arbetsmiljöns betydelse* och *arbetsgivarens ansvar* för arbetsmiljöns utformning kan sägas vara de grundtankar som formade dagens rehabiliteringslagstiftning och som fortfarande är giltiga.

22 kapitlet AFL föregicks av ett omfattande utredningsarbete. Stor betydelse får tillmätas tillsättandet av den så kallade Rehabiliteringsberedningen, vilket skedde år 1985. Enligt Rehabiliteringsberedningens direktiv var dess uppgift att undersöka om det gick att samordna rehabiliteringsinsatserna på ett bättre sätt, att klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skulle ges en mer aktiv och pådrivande roll. Beredningen skulle även överväga om försäkringskassorna skulle ges huvudansvaret för att rehabiliteringsarbetet genomfördes i de enskilda fallen.

Beredningen avlämnade 1988 sitt betänkande.⁹⁷ Beredningen konstaterar i sin inledning att genom förändringarna i

⁹⁶ Christensen A, grunderna i socialförsäkringsrätten, s. 34.

⁹⁷ SOU 1988:41, Tidig och samordnad rehabilitering -samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m.

arbetsmiljölagen 1986⁹⁸ fanns nu ett större ansvar för arbetsgivarna för arbetsanpassning och rehabilitering. Genom de nya reglernas införande i Arbetsmiljölagen uttalades under utredningsarbetet att arbetsförmedlingens insatser för rehabilitering skulle tas i anspråk först när arbetsgivarens egna resurser kunde anses uttömda eller helt saknas. Situationen vid tiden var att ca 85 procent av de långtidssjukskrivna hade en anställning, vilket sågs som ett av de främsta skälen att knyta anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten till arbetsplatserna.⁹⁹ Ett annat tungt vägande skäl var behovet av att en rehabiliteringsinsats kom igång så fort som möjligt.

Beredningen var vidare i sitt betänkande enig om att samhällets rehabiliterande insatser behövde utvecklas och förstärkas samt att ökade insatser på arbetsplatserna var en viktig del av denna utveckling. Beredningen ansåg vidare att en effektivare rehabilitering var något som alla skulle tjäna på, såväl den enskilde som samhället i stort i både socialt och samhällsekonomiskt perspektiv.¹⁰⁰

Beredningen ansåg att rehabilitering var en splittrad verksamhet med många aktörer och med en brist på samordning som innebar att samhällets resurser inte utnyttjades på bästa sätt. Den tekniska utvecklingen som lett till ökade krav på arbetstagarna och till en ökad specialisering inom arbetslivet innebar påtagliga problem för rehabiliteringen av långtidssjuka och handikappade. Ökande kostnader, inte minst för långa sjukfall om ett år eller längre, innebar att kraftfulla åtgärder för att minska sjukfrånvaron och förtidspensioneringen var samhällsekonomiskt motiverat. En effektivare rehabilitering förutsatte således att de olika åtgärder som kunde komma ifråga samordnades och riktades mot samma mål.

⁹⁸ Regler om företagshälsovård samt om arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamhet i 3 kap 2 §, 6 kap 9 § och 7 kap 13§ Arbetsmiljölagen, samt upphävandet av kommunal tillsyn av arbetsmiljön på mindre arbetsplatser, 7 kap 2 § Arbetsmiljölagen.

⁹⁹ SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering, s.13.

¹⁰⁰ Almqvist J, Olsson E, Tidig och samordnad rehabilitering, s. 3 ff.

Den uppdelning som rått mellan de olika samhällsorganen gällande rehabiliteringen såg man som en klar brist, vilket en samordning skulle råda bot på. Genom att olika målsättningar för rehabilitering fanns bland de olika ansvariga samhällsorganen försvårades rehabiliteringen. *Sjukförsäkringens* rehabiliteringsmål var knutet till den försäkrades inkomst före sjukdom/skada och byggde på inkomstborfallsprincipen. *Sjukvårdens* rehabiliteringsmål var att så långt möjligt återställa funktionsförmågan eller förbättra en nedsatt funktion alternativt träna kompenserande funktioner, utan att väga in en fråga om försörjning eller ersättning. *Kommunerna* hade genom socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att varje kommuninvånare fick det stöd och hjälp den behövde. *Arbetsmarknadsverkets* mål för den yrkesinriktade rehabiliteringen var att den sökande skulle finna och behålla ett lämpligt arbete.¹⁰¹

Skillnader i rehabiliteringens mål riskerade således att leda till intressekonflikter mellan olika aktörer. Exempelvis beskrev man den intressekonflikt som uppstår när en försäkringskassas bedömning angående en försäkrads restarbetsförmåga kolliderar med arbetsförmedlingens syn på att en sådan eventuell restarbetsförmåga inte kan tillvaratas på den allmänna arbetsmarknaden, kanske inte ens på den skyddade arbetsmarknaden. Denna intressekonflikt av olika målsättningar ansågs känd sedan många år. I det specifika fallet innebar det också att försäkringskassorna avsatte resurser för att utreda ett rehabiliteringsbehov som arbetsförmedlingen sedan ansåg orealistiska och tillbakavisade. Förutom ett resursslöseri innebar det även svåra situationer för de enskilda berörda. För att förbättra samordningen mellan olika myndigheter och för att få till stånd en mer behovsanpassad och sammanhållen rehabilitering föreslog därför beredningen en för rehabiliteringsaktörerna gemensam definition av vad som skulle avses med samordnad rehabilitering. Denna definition

¹⁰¹ SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering, s. 188-189.

uttrycktes då som följer: ”Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbas av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av individens arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med den enskilde och utgå från hans individuella förutsättningar och behov.”¹⁰²

Med den nya definition av begreppet rehabilitering och med en tanke om en ökad samordning förslåg Rehabiliteringsberedningen ett antal åtgärder som man ansåg nödvändiga för att rehabiliteringsarbetet skulle bli så effektivt som möjligt. När det gäller rehabilitering på arbetsplatsen ansåg beredningen att en grundläggande tanke i beredningens förslag var att rehabilitering i största möjliga mån skulle bedrivas på arbetsplatserna. För att detta skulle underlättas och förbättras listades ett antal förslag med avseende på att arbetsgivarens ansvar för rehabilitering skulle klargöras och lagstadgads. I dessa förslag ingick bland annat tanken om att arbetsgivaren skulle klarlägga rehabiliteringsbehov och vidta de åtgärder som behövdes för en effektiv rehabilitering, att genomföra en arbetsplatsutredning i samråd med den försäkrade och med dennes medgivande samt lagstadgad skyldighet att delta i överläggningar med försäkringskassan om åtgärder för att förändra arbetsförhållanden för en försäkrad med nedsatt arbetsförmåga.

Ett problem som definierades på arbetsplatserna var att rehabiliteringsinsatserna sattes in för sent. Ett medel för att undvika att en fördröjning uppstod var då förslag om att arbetsgivaren skulle göra en *arbetsplatsutredning* för att klarlägga den anställdes behov på arbetsplatsen. Sådan arbetsplatsutredning skulle upprättas efter

¹⁰² SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering, s. 188-189.

upprepad korttidsfrånvaro, efter sjukfrånvaro i mer än fyra veckor eller när den anställde begärde det. För ansvaret i samverkande rehabilitering föreslogs försäkringskassorna få en mer framskjuten roll.

I samband med införandet av det 22 kapitlet i AFL ändrades även vissa andra regler i AFL. Den tidigare rehabiliteringsregeln i 2 kap 11 § AFL upphörde, 3 kap 8 § AFL fick ändrad lydelse, och innebar en reglering av bedömningen vid korta respektive långa sjukfall. För medicinsk behandling i förebyggande syfte infördes en ny bestämmelse genom 3 kap 7 b § AFL. Genom den nya regleringen ansågs att en *gränsdragning* gjorts mellan *arbetslivsinriktad rehabilitering* och *medicinsk rehabilitering*, dvs. behandling eller annan åtgärd av medicinsk art. Skiljelinjen är då enligt denna tanke att vid en arbetslivsinriktad rehabilitering utges *rehabiliteringspenning* enligt 22 kap AFL, medan ersättningen vid den medicinska rehabiliteringen utges i form av *sjukpenning* enligt 3 kap AFL. En åtgärd ansågs vara arbetslivsinriktad om den behövs för att den försäkrade skall kunna få eller behålla ett arbete, således genom *syftet* med den föreslagna åtgärden.

De nya regler som infördes i 22 kap AFL är i stort giltiga i dagsläget. Olika strömningar och grundtankar har genomsyrat utredningsarbeten och utvecklingen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Genom prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, togs ytterligare steg mot dagens lagstiftning när det gäller urvalskriterier, genomförande och effektivisering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De ändringar som föreslogs i propositionen rörde främst införandet av den så kallade *stegmodellen* för bedömning av arbetsförmågan¹⁰³ och

¹⁰³ Prop. 1996/97: 28 s. 13ff, se kapitel 5 för redovisning av stegmodellen och hur de olika ”stegen” tillämpas.

av arbetsförmågans nedsättning¹⁰⁴. Utredningstakten fortsatte under 1990- och 2000-talet att vara hög inom rehabiliteringsområdet. Efter förändringar av 1995-1997 avseende rätten till sjukpenning och sjukersättning riktades ytterligare fokus från regeringsmakten på arbetslivsinriktad rehabilitering. Startskottet för de pågående förändringarna och senare års utveckling av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kom genom att regeringen 3 juni 1999 beslutade att tillsätta en särskild utredare, Gerhard Larsson, som skulle se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Anledningen var att regeringen var missnöjd med hur rehabiliteringsreformen som infördes 1992 slagit ut.¹⁰⁵

Gerhard Larssons utredning som presenterades i SOU 2000:78 innebar att han föreslog omfattande förändringar när det gällde den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I nämnda utredning ville man kraftigt förstärka den enskildes plattform i rehabiliteringsprocessen. Alla åtgärder som vidtas i ett ärende skulle vara diskuterade och klarlagda med den försäkrade.¹⁰⁶ Vidare föreslogs att begreppet rehabilitering skulle omfatta alla typer av rehabilitering som krävs för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete. En uppdelning på olika typer av rehabilitering ansågs otidsenlig.¹⁰⁷ Övriga förslag som lades i SOU 2000:78 med anknytning till arbetslivsinriktad rehabilitering var att en ny myndighet bildades, rehabiliteringsstyrelsen med där underlydande försäkringskassa, med ansvar för all offentlig rehabilitering, ökat utbud av rehabiliteringsresurser, likvärdiga möjligheter till rehabilitering över landet samt att inblandande aktörer gavs tydliga drivkrafter, den enskilde skulle exempelvis ha rätt till rehabilitering.¹⁰⁸ Gerhard Larssons förslag till förändring av arbetet med sjukskrivna var till sin natur omfattande och hade om de blivit

¹⁰⁴ Prop. 1996/97:28 s.1.

¹⁰⁵ SOU 1999:08, s. 1.

¹⁰⁶ SOU 2000:78, s. 62.

¹⁰⁷ SOU 2000:78, s. 111-112.

¹⁰⁸ SOU 2000:78, s. 224-225.

verklighet inneburit en stor förändring i hur arbetet med sjukskrivna skulle vara organiserat.

Emellertid har ansatserna i SOU 2000:78 ej realiserats. Vi kan enbart spekulera i varför det blivit så. En anledning kan vara att förslaget var för omfattande och innebar en för stor förändring mot hur det hittills sett ut, dels materiellt men också organisatoriskt med en enda offentlig huvudaktör.

De senaste årens utredningsarbete har inneburit en fokusering på arbetsmiljön, arbetsplatsen och arbetsgivarnas inverkan på sjukförsäkringen och främst kostnaderna förknippade med detta.¹⁰⁹ Vidare har man också diskuterat på vilket sätt arbetsgivarna skall finansiera sjukfrånvaron.¹¹⁰ Fokus har också lagts på hur försäkringskassorna/kassan skall utveckla sina metoder för hantering av rehabilitering/arbetslivsinriktad rehabilitering.¹¹¹

6.3 Summering

Problemet som alla utredningar vi nämnt har brottats med har varit hur man på bästa sätt skall hantera den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vem skall ha ansvaret och för vad? Vem har möjligheten att på bästa sätt hantera den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och sist men inte minst hur skall den enskildes intresse bäst tillgodoses? Det konstateras att utredningstakten inom området rehabilitering/arbetslivsinriktad rehabilitering varit mycket hög. Under 1970- och 1980-talen delade man på begreppet

¹⁰⁹ Se Ds 2002:63, s 41.

¹¹⁰ Numera är arbetsgivarnas medfinansiering införd när det gäller kostnader för anställda sjukskrivna. En kostnad som arbetsgivaren kan slippa om den sjukskrivne anställd exempelvis är deltidssjukskriven eller deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.

¹¹¹ Försäkringskassans samordningsuppdrag, delprojekt 1: uppdrag och yrkesroll 2004-01-07, s. 3. Detta skedde bl a genom regeringens 11-punktsprogram som lades fram hösten 2001. Genom detta tilldelades försäkringskassan medel att utveckla gemensamma och nya metoder. Ett av uppdragen som sedermera i december 2001 gavs till riks-försäkringsverket vara att genomföra en enhetlig metodik i försäkringskassans handläggning av den samordnande (arbetslivsinriktade) rehabiliteringen.

rehabilitering beroende på vilken huvudman som ansvarade för den. Detta innebar en svårighet då en försäkrad mycket väl kan vara föremål för rehabilitering från flera olika huvudmän med sinsemellan olika mål. I takt med att 1980-talet fortskred fick arbetsplatsen och arbetets inverkan allt större inflytande på rehabiliteringsdiskussionen. I och med rehabiliteringsreformen 1991/92 fick slutligen arbetslinjen sitt genomslag i sjukförsäkringen genom att begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering introducerades. Med rehabiliteringsreformen ville man stärka sjukförsäkringen och inriktade strävandet mot att få de försäkrade åter till arbetslivet. Allt sedan rehabiliteringsreformens införande har frågan om rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering varit fortsatt aktuell. Uppdelningen på olika huvudmän består än i dag. Det finns visserligen olika former för samarbete mellan exempelvis arbetsförmedlingen och försäkringskassan men uppdelningen består. Vid millennieskiftet föreslogs en rad olika åtgärder som hade till syfte att bryta uppdelningen av ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen mellan olika huvudmän, dock utan att lyckas. I stället har man valt att fortsätta reformsträvandena inom befintlig ramar. Det har handlat om att utöka arbetsgivarnas ansvar och ge dessa förbättrade ekonomiska incitament att arbeta med rehabilitering och förebyggande arbete, förbättra försäkringskassans arbete med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen genom att utveckla förbättrade metoder och verktyg. Den enskilde sjukskrivne har tilldelats olika stor roll genom de olika utredningarna och slutsatsen är att den sjukskrivne inte har givits någon tyngre roll förutom i SOU 2000:78.

7 Försäkringskassans tillämpning av regelsystemet rörande arbetslivsinriktad rehabilitering

7.1 Inledning

Arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell om den försäkrade inte kan återgå till sitt tidigare arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren eller om den försäkrade inte omedelbart kan stå till arbetsmarknadens förfogande. I det fall den försäkrade bedöms kunna klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter en rehabiliteringsinsats så är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell. Generellt bör inte den arbetslivsinriktade åtgärden ta mer än ett år.¹¹²

I det följande redogörs för den rättsliga regleringen av 22 kapitlet AFL i de delar det är intressant för en förståelse för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

7.2 Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

7.2.1 Allmänt

22 kapitlet AFL reglerar på vilket sätt försäkringskassan skall hantera den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för en sjukskriven försäkrad. I 22 kap.1§ AFL anges att en försäkrad har *möjligheter* till rehabilitering och *rätt* till rehabiliteringsersättning enligt vad som anges i 22 kapitlet AFL. Att lagstiftaren valt att ange att det för en försäkrad är *möjligt* att få rehabilitering kan tyckas som en svagt formulerad rättighet. Den försäkrade

¹¹² RFV, vägledning 2004:2, s. 64-65.

har således enligt lagtexten ingen laglig rätt till rehabilitering. Om dock den försäkrade de facto får rehabilitering så har denne rätt till rehabiliteringsersättning. Regleringen av rehabilitering i 22 kapitlet AFL kan ses som ett försök från statmaktens sida att betona vikten av aktiva åtgärder mot ohälsan samt också ett försök till att betona ansvaret för sådana aktiva åtgärder hos både myndigheter inom området och arbetsgivare. 22 kapitlet AFL sågs som ett initiativ och färdriktning mot ett 90-talets arbete för ett bättre arbetsliv åt alla. Full sysselsättning, bred kompetens, ansvar och utveckling var grunden för det goda arbetet. Utslagningen (från arbetslivet, egen anm.) skulle förhindras och ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner hejdas.¹¹³ Arbetslinjen i arbetsmarknadspolitiken skulle stärkas. Man ansåg att utslagningsprocessen från arbetslivet skulle vändas till en rehabiliteringsprocess som öppnar möjligheterna tillbaka in i arbetslivet.¹¹⁴

Regleringen i 22 kap AFL syftar till att bryta utslagningsprocessen i ett tidigt skede. Vidare finns en stark tilltro till arbetsplatsens möjligheter, en aktiv socialförsäkring och en starkare ställning för försäkringskassorna. Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen förskjuts mot arbetslivet.¹¹⁵

7.2.2 Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Enligt 22 kap. 2 § AFL syftar rehabilitering till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Arbetsförmågan likställs därmed mer eller mindre med en försörjningsförmåga. Medan *rehabilitering* generellt uttryckt anses vara ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade personer att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv¹¹⁶, så anses

¹¹³ Prop. 1990/91:141, s. 35.

¹¹⁴ Prop. 1990/91:141, s. 36.

¹¹⁵ Prop. 1990/91:141, s. 36.

¹¹⁶ Se Almqvist J, Olsson E, Tidig och samordnad rehabilitering, s 5-10.

arbetslivsinriktad rehabilitering vara ett begrepp som omfattar det stöd och de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga efter det att läkning och rent medicinsk behandling har avslutats. Vad som skall ses som en arbetslivsinriktad rehabilitering får enligt bestämmelsen i fråga avgöras av behovet i det enskilda fallet och med utgångspunkt i vad målet/syftet med en enskild rehabiliteringsåtgärd är.¹¹⁷

7.2.3 Den försäkrades roll och ansvar

Av 22 kap.1 § AFL framgår att den försäkrade har *möjligheter* till rehabilitering och *rätt* till rehabiliteringsersättning. Det har hävdats att den försäkrade enligt lagtexten inte har en klar och tydlig *rätt* till rehabilitering.¹¹⁸ Innan en regeringsrättsdom 1996 (mål nr 10057-1995) kunde den försäkrade inte heller *överklaga* en eventuellt önskad men utebliven rehabiliteringsåtgärd. I målet i fråga ansågs ett beslut om avslag vara ett beslut i ärende enligt lag om allmän försäkring och i och med detta överklagningsbart. Trots överklagbarheten kan det inte sägas att det finns en legal rätt till rehabilitering då det inte finns preciserat i lagen vilka rättigheter som tillkommer den försäkrade.¹¹⁹ I 22 kap 2 §. AFL anges att åtgärder skall planeras i *samråd* med den försäkrade och utgå från *individuella förutsättningar och behov*. Bakom denna skrivning ligger tanken om att en försäkrad är den som bäst känner sina resurser och begränsningar. Med detta menas att man skall ta hänsyn till den enskildes ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och andra särskilda omständigheter. Individens medverkan och motivation i rehabiliteringen ses som en central förutsättning för en lyckad rehabilitering.¹²⁰ Försäkringskassan har som uppgift att motivera och uppmuntra den enskilde att delta i rehabiliteringen, detta ger bäst effekt.

¹¹⁷ RFV Allmänna råd 1991:12, s. 10.

¹¹⁸ Birkehed C, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?, uppsats, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten (Westerhäll Vahlne L), s. 196-197.

¹¹⁹ Birkehed C, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade rehabilitering?, uppsats, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten (Westerhäll Vahlne L), s. 196-197.

¹²⁰ Prop. 1990/91: 141, s.47-48 samt RFV 1991:12, s. 8.

Enligt 22 kap. 4 § AFL skall en försäkrad lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering. Den enskilde skall även *aktivt medverka* i rehabiliteringen. I förarbetena till 22 kap AFL betonas av flera remissinstanser vikten av att individen medverkar för att uppnå ett positivt resultat av insatta rehabiliteringsåtgärder.¹²¹ Det framhölls också att utredning, planering och genomförande av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör ske i nära samråd med den försäkrade. De utökade och förstärkta möjligheterna till rehabilitering ansågs av statsmakterna innebära att rimliga krav kunde ställas på den försäkrade att delta i utredning och planering av en lämplig rehabilitering.¹²²

Åtgärder för rehabilitering får inte förhindras av att den försäkrade inte medverkar. En vägran från den försäkrade att delta i utredning och planering av lämplig rehabilitering så att en sådan åtgärd inte kan genomföras skall inte godtas utan vidare, och försäkringskassan har i sådant fall ha möjlighet att dra in eller sätta ned ersättning. Det lagrum som Försäkringskassan har att tillgå när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering är främst 20 kap. 3 § 2 st. AFL som anger att Försäkringskassan, efter erinran har rätt att tills vidare vägra rehabiliteringsersättning om den försäkrade utan giltigt skäl uteblir från arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd.¹²³

När det gäller den försäkrades direkta deltagande i rehabiliteringsåtgärd enligt upprättad plan bör utgångspunkten vara att försäkrade accepterar att rehabiliteringsåtgärderna genomförs.¹²⁴ Ända sedan 1919 har det i socialförsäkringarna uppställts krav på medverkan av den enskilde. I lag om allmän sjukförsäkring på 1940-talet infogades en bestämmelse om indragning av ersättning när den försäkrade vägrade att delta i sjukvårdande eller yrkesutbildande åtgärder. I socialvårdskommitténs förslag till lag om allmän försäkring 24§ 5 mom. (1944:15) framkommer att detta motiverades av den ekonomiska skada en sjukkasse skulle kunna lida om en försäkrad

¹²¹ Prop. 1990/91:141, s.47.

¹²² Prop. 1990/91: 141, s. 48.

¹²³ Se vidare 20 kap. 3 § AFL för fullständig förteckning angående på det sätt ersättning enligt AFL kan dras in eller sättas ned.

¹²⁴ Prop. 1990/91:141, s. 48.

utan giltig anledning vägrar genomgå rehabiliteringsåtgärder.¹²⁵ Vid rehabiliteringsreformen och införandet av 22 kap i AFL 1992 behölls bestämmelsen om den försäkrades skyldighet att medverka i rehabiliteringen. Detta motiverades med att lagstiftaren ville råda bot på den ”passivisering och bidragsanspassning” som ökat inom socialförsäkringssystemet.¹²⁶

Rehabiliteringsreformen innebar att sjukskrivna fick större möjligheter till rehabilitering och i samband med detta ansågs det lämpligt att avkräva individen ett medansvar för att delta aktivt i rehabiliteringsåtgärder och rehabiliteringsutredningar.¹²⁷

7.2.4 Arbetsgivarens roll och ansvar

I 22 kap. 3 § AFL regleras *arbetsgivarens förstahandsansvar* att i samråd med den försäkrade klarlägga rehabiliteringsbehovet och vidta åtgärder för en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering. Inriktningen är att en anställd skall beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren och att andra alternativ prövas först när arbetsgivarens möjligheter är uttömda.¹²⁸ Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren skall avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl den anställdes som arbetsgivarens förutsättningar vägs in.¹²⁹

Arbetsgivaren skall enligt 22 kap. 3 § 2 st. AFL påbörja en rehabiliteringsutredning och tillställa försäkringskassan denna inom 8 veckor. I en rehabiliteringsutredning klarläggs det vilka olika åtgärder som behövs för att den försäkrade skall kunna återfå sin arbetsförmåga. Det kan vara fråga om åtgärder som genomförs både på den egna arbetsplatsen och utanför den. En del av dessa är förenade med inkomstbortfall helt eller

¹²⁵ Vahlne Westerhäll L, Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, s. 198-199.

¹²⁶ Vahlne Westerhäll L, Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, s. 199.

¹²⁷ Vahlne Westerhäll L, Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten, s. 202-202.

¹²⁸ Prop. 1990/91:141, s. 3.

¹²⁹ Prop. 1990/91: 140, s. 52.

delvis för den försäkrade medan andra inte är det.¹³⁰ Från och med den 1 juli 2003 är en rehabiliteringsutredning obligatorisk vilket innebär att arbetsgivaren alltid skall göra rehabiliteringsutredningen även i fall där det uppenbarligen inte finns behov av rehabiliteringsåtgärder. Sådan utredning kan då begränsas till att ange varför åtgärder inte behövs. Om skäl finns till det, skall försäkringskassan överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen.

7.2.5 Försäkringskassans roll och ansvar

Försäkringskassan har enligt 22 kap. 5 § AFL ett tydligt *samordnings- och tillsynsansvar* över rehabiliteringen. I förarbetena till 22 kap AFL ansåg lagstiftaren att Försäkringskassan skulle ges ett ökat administrativt och samordnande ansvar för att rehabilitering genomförs i varje enskilt fall. Intressant är i detta sammanhang att notera att den enda remissinstans till förslaget om 22 kap AFL som *avstyrkte* förslaget om Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar var Riksrevisionsverket, med motiveringen att Försäkringskassan inte gavs faktiska förutsättningar för att ta ett samordnat ansvar för dessa frågor.¹³¹ Ett starkt skäl till att förtydliga ansvaret för Försäkringskassorna var dels de brister i samordning som påtalats i tidigare utredningar¹³² samt önskan om en snabbare aktiv handläggning av sjukfall och återgång till arbete. Väsentliga inslag i den nya rehabiliteringsprocessen är att den försäkrades behov av rehabilitering och åtgärder klarläggs och att den försäkrade motiveras till att delta i rehabiliteringen på ett tidigt stadium.

Samordningsansvaret innebär att Försäkringskassan skall verka för att olika rehabiliteringsåtgärder som en försäkrad behöver och som olika myndigheter och arbetsgivare ansvarar för, fogas samman. Samordna är då att aktivt arbeta med att tydliggöra hur rehabiliteringsåtgärder kan sammanfogas så att de länkar i varandra, löper parallellt, eller på annat sätt bildar en välfungerande helhet. En förutsättning för samordning är att det

¹³⁰ RFV Allmänna råd 1991:12, s. 14.

¹³¹ Prop. 1990/91: 141, s. 49.

¹³² Se SOU 1988: 41 och SOU 1990:49.

behövs åtgärder från mer än en aktör, d v s åtgärder behövs utöver den medicinska behandling och medicinska rehabilitering som hälso- och sjukvården svarar för.¹³³ När arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell är det självklart viktigt att det läggs upp någon form av planering för det som skall ske. I 22 kap. 6 § AFL anges att i de fall en försäkrad är i behov av en arbetslivsinriktad åtgärd skall en rehabiliteringsplan upprättas. Meningen med rehabiliteringsplanen är att dels ge försäkringskassan ett underlag för beslut om rehabiliteringsersättning och planering, dels att tillförsäkra den försäkrade den nödvändiga åtgärden. Rehabiliteringsplanen skall innehålla planering för vad som skall hända, vem som ansvarar för vad och vilken tidsplan som skall råda. Rehabiliteringsplanen skall också upprättas tillsammans med den försäkrade. Således kan sägas att rehabiliteringsplanen ur arbetslivsinriktad rehabiliteringssynpunkt fyller en mycket viktig funktion och kan vara ett bra planeringsinstrument för uppföljning.¹³⁴

7.3 Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?

Enligt 22 kap. 7 § AFL skall rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Hösten 2004 lämnade Riksrevisionen en rapport¹³⁵ i vilken man drog slutsatsen att *syftena* för hur köp av arbetslivsinriktade tjänster skall gå till är vaga och inte ger någon bra vägledning. I praktiken är det upp till varje enskild handläggare att prioritera vem som skall få en arbetslivsinriktad åtgärd samt att det också är upp till varje handläggares skicklighet i att förhandla med arbetsgivarna om hur kostnaderna skall fördelas. Detta är inte förenligt med likformighet och rättvisa i tillämpningen av socialförsäkringen. Riksrevisionen ansåg att det behövs

¹³³ Se RFV Im. 1999:128, Försäkringskassans samordningsuppdrag.

¹³⁴ Prop. 1990/91, s. 51-53, 1990/91: SfU16, s. 13, Vägledning 2004:2, s. 112-113.

¹³⁵ RiR 2004:21.

riktlinjer för vem som skall få en arbetslivsinriktad åtgärd, när den skall sättas in och hur kostnaderna skall fördelas.¹³⁶

Riksrevisionens slutsatser var dock inte unika eller först i signalerna över ett förändringsbehov av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Tidigare undersökningar¹³⁷ hade redan påpekat liknande problem. Enligt reglerna i 22 kapitlet AFL krävs det för att en försäkrad skall bli föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering att försäkringskassan gör bedömningen att den försäkrade *inte av sig själv* kan återgå till sitt arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande. Det krävs i princip att den medicinska behandlingen är avslutad eller inte beskaffad så att det hindrar en arbetslivsinriktad rehabilitering. I de fall den försäkrade förväntas återfå arbetsförmågan efter avslutad medicinsk behandling är inte arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell. Den typ av arbetslivsinriktad rehabilitering som är vanligast är arbetsträning, en aktuell siffra i detta avseende är att 55 % av dem som erhåller arbetslivsinriktad rehabilitering får arbetsträning.¹³⁸

En viktig fråga är vilka försäkrade som får del av arbetslivsinriktad rehabilitering och kring detta finns det flera undersökningar gjorda.¹³⁹ Enligt undersökningarna kan det konstateras att en aktiv försäkrad som tar kontakt med Försäkringskassan och kommer med egna förslag till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ökar sin chans för att arbetslivsinriktad rehabilitering skall komma till stånd.¹⁴⁰ Detta gäller både för män och kvinnor. Vidare framgår dock att det finns en ojämlikhet mellan könen på det sättet att männens önskemål om rehabilitering tas i beaktande i högre grad än kvinnornas.¹⁴¹ Trots denna diskrepans fick män och kvinnor enligt nämnda undersökningar i lika stor utsträckning arbetslivsinriktad

¹³⁶ Försäkringskassan, Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst version 1.13, s. 9.

¹³⁷ RFV redovisar 1994:5 och 1997:10 som behandlar frågeställningen vem som erhåller arbetslivsinriktad rehabilitering samt Rehabiliteringens verklighet av Hetzler A m. fl.

¹³⁸ Ur boken Sjuksverige, 2004, se Hetzler A mfl. Rehabiliteringens verklighet, s. 4.

¹³⁹ bl a RFV redovisar 1994:5, 1997:10.

¹⁴⁰ RFV 1997:10, s. 42.

¹⁴¹ RFV 1997:10, s. 6-17.

rehabilitering.¹⁴² Vidare framgår att desto *längre* ett sjukfall pågått ju *större* är sannolikheten för att arbetslivsinriktad rehabilitering skall ske.¹⁴³ Mellan 1987-1991 erhöll 11 % av de sjukskrivna arbetslivsinriktad rehabilitering. Mellan 1991-1994 var andelen 17 %, vilket talar för en successiv ökning av rehabiliteringsinsatserna.¹⁴⁴ Vad avser den försäkrades *ålder* så är den faktorn av betydelse för männen. Män över 50 har klart sämre möjligheter att få arbetslivsinriktad rehabilitering än män yngre än 50 år. När det gäller kvinnor så har *diagnosen* större betydelse än åldern för om en arbetslivsinriktad rehabilitering skall komma till stånd.¹⁴⁵

Av undersökningarna framgår att faktorer som avgör om arbetslivsinriktad rehabilitering skall realiseras är inte en utan flera; ålder, kön, egen motivation, diagnos och yrke. Spridningen av dessa faktorer talar för ett svåröverskådligt urvalssystem gällande arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Av Hetzlers rapport ”rehabiliteringens verklighet” framgår att i fallande skala är det ålder, årsinkomst, diagnos och sedan *sjukskrivande instans* som avgör om den försäkrade erhåller arbetslivsinriktad rehabilitering¹⁴⁶. Enligt rapporten har frågan om en försäkrad erhåller arbetslivsinriktad rehabilitering eller ej inte någon signifikant betydelse för om den försäkrade faktiskt återgår i arbete. Enligt samma rapport är det främst *sjukfalllets längd* som avgör om den försäkrade återgår i arbete eller ej.¹⁴⁷

7.4 De långtidsjukskrivnas uppfattning¹⁴⁸

Det statistiska materialet som ligger till grund för RFV:s rapport 2004:8 vilken avser hur långtidssjukskrivna upplever sin situation och på det sätt myndigheterna fungerar i rehabiliteringsprocessen är stora enkätundersökningar 2002 (RFV-HALS) och 2003. I rapporten 2004:8

¹⁴² RFV 1997:10, s. 34.

¹⁴³ RFV 1997:10, s. 27.

¹⁴⁴ RFV 1997:10, s. 33.

¹⁴⁵ RFV 1997:10, s. 40.

¹⁴⁶ RFV Allmänna råd 1991:12, s. 10.

¹⁴⁷ RFV Allmänna råd 1991:12, s. 21.

¹⁴⁸ RFV Analyserar 2004:8.

framkommer att det är en låg andel av de långtidssjukskrivna som upplever att de fått hjälp från någon av de inblandade aktörerna, det vill säga främst då sjukvården, arbetsgivaren, företagshälsovården och försäkringskassan.

Rapporten slog fast att en engagerad och motiverad försäkrad är en huvudförutsättning för en lyckad rehabilitering.¹⁴⁹ En viktig roll för försäkringskassan synes då vara att motivera den enskilde för återgång i arbete.

Vidare fastslogs att tidiga insatser är av avgörande vikt för en lyckad rehabilitering, dröjer insatsen är möjligheterna för rehabilitering betydligt sämre ju längre tiden går. En försäkrad som är aktiv har betydligt större möjlighet att få arbetslivsinriktad rehabilitering än den som är passiv, vilket även påpekats i tidigare rapporter..¹⁵⁰

Enligt RFV-HALS har var tredje långtidssjukskriven (över 60 dagar) haft kontakt med försäkringskassan för att diskutera hur den försäkrade skall kunna återgå i arbete. Enligt samma undersökning anser 16 % av de intervjuade att det varit försäkringskassan som tagit initiativ till rehabiliteringsåtgärder. En förklaring till att de intervjuade uppfattar försäkringskassan som inaktiv är att rollen som samordnande myndighet är otydlig.¹⁵¹ Den vanligaste formen av arbetslivsinriktad åtgärd som försäkringskassan initierar är enligt RFV-HALS arbetsträning, lite drygt 60 % av dem som erhållit arbetslivsinriktad rehabilitering har erhållit arbetsträning, antingen på det egna företaget eller på en annan arbetsplats. 10 % av de intervjuade uppger att försäkringskassan inlett eller genomfört utredning om arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁵²

Slutsatserna som dras i RFV analyserar 2004:8 är att för att rehabilitering skall lyckas krävs att två huvudfaktorer samverkar;

- tidiga insatser i sjukfallen är av största vikt

¹⁴⁹ RFV analyserar 2004:8, s. 11-12.

¹⁵⁰ RFV analyserar 2004:8, s. 13-20.

¹⁵¹ RFV analyserar 2004:8, s. 35, 38, 46.

¹⁵² RFV analyserar 2004:8, s. 35, 38, 46.

- mycket viktigt att upprätthålla den försäkrades motivation och vilja att återvända till arbetslivet för att rehabiliteringen skall få ett lyckat resultat. Det är viktigt att den försäkrade känner att de parter som är involverade i rehabiliteringsprocessen gör vad de kan för att återge den försäkrade sin arbetsförmåga.¹⁵³

En vidare slutsats som görs i rapporten är att försäkringskassan har en viktig roll att spela när det gäller att motivera den försäkrade samt att se till att rätt personer får arbetslivsinriktad rehabilitering och att detta sker vid rätt tidpunkt i sjukfallet. Frågan är hur detta rent konkret skall realiseras, vad är rätt försäkrad och vad är rätt åtgärd i rätt tid?

7.5 Tillämpningsregler för köp av tjänst

Ovan har redogjorts för ett flertal oroväckande signaler som pekar på möjliga brister i försäkringskassans tillämpning av reglerna avseende arbetslivsinriktad rehabilitering, enligt dess lydelse i 22 kapitlet AFL. För Försäkringskassans vidkommande är det i den dagliga verksamheten en omfattande sidoreglering som styr mycket av de beslut och insatser som påverkar Försäkringskassans tillämpningen av lagens föreskrifter. Det kan inte heller anses som att vare sig lagstiftaren eller Försäkringskassans ledning är omedvetna om att behovet av ytterligare insatser på rehabiliteringsområdet behövs. Ett led i de ansträngningar som pågår för att förstärka Försäkringskassans handlägningsrutiner av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, är den detaljreglering som styr köp av tjänst i rehabiliteringssyfte. Sådana tjänster köps då av Försäkringskassan av de fristående leverantörer som har ett avtal med Försäkringskassan. Avtalen omförhandlas genom offentlig upphandling årsvis. Under september 2005

¹⁵³ RFV analyserar 2004:8, s. 46.

publicerades en rapport¹⁵⁴ om nya riktlinjer för köp av tjänst. Dessa riktlinjer förtjänar att närmare granskas.

Sedan den 1 juli 1990 har Försäkringskassan erhållit ekonomiska medel till att köpa in arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster till sjukskrivna i syfte att återge dem arbetsförmågan och förmåga att försörja sig själva. Med de nya riktlinjerna för köp av tjänst anges det sätt på vilken den enskilde handläggaren på försäkringskassan skall köpa ”tjänster” bl. a. arbetslivsinriktade tjänster. Försäkringskassan kan för de s.k. ”köp av tjänst” pengarna köpa *fyra typer* av rehabiliteringsåtgärder. Dessa är;

-*utredningstjänster*, som syftar till att ge försäkringskassan ett fullgott underlag för bedömning om arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell och vilken typ av åtgärd som kan bli aktuell.

- *försäkringsmedicinska utredningar* som syftar till att ge ett underlag för bedömningen om rätt till ersättning finns från sjukförsäkringen samt om detta är för handen skall utredningen innehålla lämpliga rehabiliteringsåtgärder.

Dessa två första tjänster faller inte under paraplyet arbetslivsinriktad rehabilitering, det gör däremot de följande.

-*arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning* som syftar till att ge försäkringskassan information om vilken typ av arbetslivsinriktad åtgärd den försäkrade är i behov av.

-*arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd*, denna typ av åtgärd är en aktiv åtgärd i vilken den försäkrade själv är verksam i, ex en utbildning.¹⁵⁵

Riktlinjerna anger *personkretsen* för vilka försäkringskassan skall köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. När det gäller kretsen av försäkrade som försäkringskassan kan köpa arbetslivsinriktade tjänster till

¹⁵⁴ Slutrapport Riktlinjer för köp av tjänst version 1.13, 2005-09-19.

¹⁵⁵ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst version 1.13, s. 12 samt prop. 1998/99:76, avsnitt 5.1, s. 11-12.

så består denna av anställda och egenföretagare. Köp av arbetslivsinriktade åtgärder till arbetslösa är arbetsförmedlingens ansvar, ansvaret övergår till arbetsförmedlingen i och med att en anställning upphör.¹⁵⁶ För dessa försäkrade som försäkringskassan i och för sig också har det samordnande rehabiliteringsansvaret för får endast *utredningstjänster* köpas.

Den grupp av försäkrade som är första prioritet när arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster skall köpas in av försäkringskassan är de anställda försäkrade som inte bedöms kunna återgå i arbete hos nuvarande arbetsgivare.¹⁵⁷ Det skall också vara klarlagt att en försäkrad i detta fall inte *direkt* kan bereda sig ett uppehälle genom ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan den försäkrade skall ha ett behov av en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Försäkringskassans ansvar för att köpa in en arbetslivsinriktad rehabiliteringstjänst är *s a s subsidiär*. Om det finns annan finansiär, exempelvis den försäkrades arbetsgivare, har denne förstahandansvar. Det är först när inte någon annan aktör står för kostnaden som försäkringskassan träder in.¹⁵⁸

I det fall försäkringskassan står inför ett val där man skall köpa in en arbetslivsinriktad rehabiliteringstjänst till en försäkrad har myndigheten inte obegränsat med ekonomiska resurser att köpa in sådana tjänster till alla försäkrade. Någon form av prioritering görs av handläggarna på försäkringskassan. Enligt förarbeten och riktlinjer framgår vikten av att *mångfaldsperspektivet*, jämställdhet mellan könen, är viktiga aspekter för den enskilde handläggaren att hålla i minnet. Vidare skall alla försäkrade behandlas lika med avseende på ålder.

Den starkaste faktorn i bedömningen om en försäkrad skall ha rätt till en inköpt arbetslivsinriktad tjänst är att bedöma om den försäkrade efter inköpt tjänst kan beräknas återgå i arbete eller klara ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Självklart får också en prioritering göras i varje

¹⁵⁶ Prop. 1990/91:141, avsnitt 3.1, s. 59.

¹⁵⁷ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, s. 11-14.

¹⁵⁸ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, s. 16, prop. 1989/90:62, avsnitt 3, s. 12, prop. 1990/91:141, avsnitt 2.5, s. 50.

enskilt fall vilka förutsättningar som finns för en förväntad lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering.¹⁵⁹

Arbetsgivaren ansvarar för att initiera och klarlägga behovet av rehabilitering men försäkringskassan har bestämmanderätt när det gäller tidpunkt för arbetslivsinriktade åtgärder.¹⁶⁰ Det är alltså arbetsgivaren som har det primära ansvaret för att klarlägga rehabiliteringsbehov och finansiera arbetslivsinriktade åtgärder.¹⁶¹ Undantag till denna huvudregel är att en arbetsgivare som har mindre än 50 anställda kan slippa kostnaden som i stället tas av försäkringskassan. I det fall arbetsgivaren har mer än 50 anställda men arbetsgivaren till exempel kan visa att denne inte har resurser att betala för åtgärden i fråga, kan försäkringskassan stå för kostnaden.¹⁶²

Arbetslivsinriktade tjänster för egenföretagare skiljer sig något från vanliga företagare och arbetstagare. I det fall en egenföretagare har en nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel och har behov av rehabilitering skall egenföretagaren själv stå för den arbetslivsinriktade åtgärden om denna krävs för att egenföretagaren skall kunna utföra sitt vanliga arbete. I undantagsfall kan försäkringskassan stå för kostnaden om egenföretagaren inte själv eller via bidrag kan betala för åtgärden eller om försäkringskassan bedömer att egenföretagaren kan återgå i arbete helt eller delvis efter åtgärden. I det fall det är klarlagt att egenföretagaren inte kan återgå till sitt normala arbete skall försäkringskassan stå för eventuell arbetslivsinriktad åtgärd i de fall egenföretagarens företag är aktivt. För detta krävs också att försäkringskassan konstaterar att egenföretagaren inte direkt kan stå till arbetsmarknadens förfogande utan bedöms behöva en arbetslivsinriktad åtgärd för att detta skall kunna realiseras.¹⁶³

¹⁵⁹ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, s. 13-14, prop. 1990/91:141, avsnitt 10.1, s. 85.

¹⁶⁰ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, sid. 16, prop. 1990/91, avsnitt 4.2, s. 73.

¹⁶¹ Prop. 1996/97:63, avsnitt 7, s. 37.

¹⁶² Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, s.19-20.

¹⁶³ Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst, 2005-09-19, s. 19-22.

Målet för en inköpt arbetslivsinriktad rehabiliteringstjänst är att den försäkrade skall kunna återgå till arbetslivet eller stå till arbetsmarknadens förfogande efter denna. Som en konsekvens av detta är det också ett mål att minska socialförsäkringens kostnader i och med inköpet av arbetslivsinriktade åtgärder.¹⁶⁴

7.6 Den ”nya” Försäkringskassans roll

I den vidare diskussionen kring reglerna i 22 kapitlet AFL och begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är det vår uppfattning att det också är viktigt att se på vilka *interna förutsättningar* tillämpande myndighet, Försäkringskassan, har i sitt arbete. Den försäkrade som befinner sig en rehabiliteringssituation är beroende av hur det ser ut på organisationsnivå. Micronivån där den försäkrade befinner sig är hela tiden beroende av macronivån d v s organisationens förutsättningar i det stora perspektivet. I arbetet med att minska sjukskrivningarna är ett effektivt användande av arbetslivsinriktad rehabilitering ett viktigt verktyg för att nå det uppsatta målet om en halvering av antalet sjukskrivna år 2008.

I slutet av 2002 tilldelades en särskild utredare ett uppdrag att utreda den framtida socialförsäkringsadministrationen. En viktig del i detta uppdrag var att utforma socialförsäkringsadministrationen så att sjukskrivningarna hålls nere.¹⁶⁵ I slutet av 2003 lämnade utredningen, kallad ANSA-utredningen sitt förslag som innebar att Försäkringskassan som hittills bestått av 21 olika myndigheter från och med den 1 januari 2005 blev en enda sammanhållen myndighet. En av ANSA-utredningens viktigaste punkter var att utreda på vilket sätt Försäkringskassan kunde effektivisera arbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I ANSAS slutbetänkande tas inte frågan upp om hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall skötas av Försäkringskassan i framtiden i någon större utsträckning. Utredningen

¹⁶⁴ Prop. 1989/90:62, avsnitt 3, s. 13.

¹⁶⁵ SOU 2003:106, s. 3.

stälde sig dock bakom RFV:s och AMV:S förslag om förändrade roller vad avser den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för sjukskrivna som har anställning, men som behöver nytt arbete. Vidare innebär RFV:s och AMS förslag att ett utökat ansvar för de sjukskrivna som saknar anställning aktualiseras. I nu nämnda fall är det de båda myndigheternas förslag att AMV får utökade resurser för dessa målgrupper och att AMV styr rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan skall dock vara den som identifierar behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering även för dessa grupper.¹⁶⁶ Den föreslagna ordningen vad avser försäkrade med en anställning som behöver nytt arbete, har inte realiserats utan fortfarande ansvarar Försäkringskassan för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av dessa personer. I ANSA utredningens slutbetänkande hänvisas till att ett omfattande utredningsarbete och förändringsarbete pågår inom socialförsäkringen som syftar till att Försäkringskassan i hela landet skall använda samma effektiva metoder.¹⁶⁷

När det gäller den ”nya” Försäkringskassans arbete med *arbetslivsinriktad rehabilitering* har denna varit föremål, i likhet med andra ärendeslag inom Försäkringskassan för en process där en riksgemensam metod tagits fram för hur ett ärende på ett enkelt, rättssäkert och snabbt sätt skall handläggas, de s.k. ENSA processerna. I dessa processer har syftet varit att ta fram ett handlägningsstöd för Försäkringskassans handläggare av arbetslivsinriktad rehabilitering. Genom att ha en enda gemensam metod som alla arbetar efter är tanken att lagstiftningen skall hanteras på ett effektivare och mer rättssäkert sätt. Utrymmet för enskilda, lokala varianter av handläggning, tolkning av rättskällorna på området och tillämpningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall på detta sätt minimeras. I bakgrunden till ENSA - S processen gällande sjukförmåner, ligger det uttalade målet att halvera ohälsotalet till 2008.¹⁶⁸

¹⁶⁶ SOU 2003:106, s. 99.

¹⁶⁷ SOU 2003.106, s. 88.

¹⁶⁸ Slutrapport ENSA-S 2004-10-15 s. 4. ENSA-S står för ENSA sjukpenning.

Här kan man säga att ett politiskt uttalat krav om minskade kostnader i sjukförsäkringen skapat en press på Försäkringskassan att tillämpa lagstiftningen kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på ett bättre och mer rättssäkert sätt. Det är i sig en bra effekt enligt vår mening att Försäkringskassan får ett krav på sig att hantera sjukförsäkringen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på ett för medborgarna bra sätt. Medborgarna skall kunna lita på att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hanteras likadant över hela landet. ENSA processen när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering innehåller många detaljerade steg för den enskilde handläggaren i bedömningsprocessen och blir därmed ett tydligt stöd i bedömningen av det enskilda fallet. Man kan säga att ENSA dokumentet fungerar som en elektronisk guide i handläggning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.¹⁶⁹ Förutsatt att Försäkringskassan tillämpar ENSA - metoden och att detta följs upp på ett bra sätt är det vår bedömning att detta borde kunna likrikta handläggningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, vad avser Försäkringskassans ansvarsområden. Utan att i detta avsnitt diskutera reglernas utformning vidare, är det vår uppfattning att där en gemensam metod följs upp och där det finns en kraftig styrning till den ”enda” metoden, kommer detta medföra att rättstillämpningen av 22 kapitlet AFL förbättras. En stor organisation är som bekant svårare att ”hålla ordning på” än en liten organisation och ett tydligt och klart instrument i den dagliga handläggningen kan troligen enbart vara positivt.

7.7 Summering

22 kapitlet AFL kan välvilligt ses som ett försök från statmaktens sida att betona vikten av rehabilitering vid sjukfall som en aktiv åtgärd mot ohälsa. Vidare kan sägas att det är ett försök att tydliggöra *ansvaret* för sådana aktiva åtgärders genomförande hos både myndigheter, arbetsgivare och den

¹⁶⁹ Se Processinformation, processen för att utreda och genomföra samordning, Försäkringskassan, 2005-02-08.

enskilde. Av AFL 22 kap. 1 § följer att lagstiftaren har valt att uttrycka rätten till en arbetslivsinriktad rehabilitering som en *möjlighet* till rehabilitering. Detta har kritiserats som en svagt formulerad rättighet, vilken inte upprätthåller den samsyn som återfinns i utredning efter utredning om vikten av rehabilitering. Vidare kan urvalskriterierna och rekvisiten för att en rehabilitering skall komma tillstånd kritiserats som att vara alltför godtyckligt definierade och inte uppfylla kraven på förutsägbarhet och likformighet i ett rättssäkerhetsperspektiv.

De undersökningar som gjorts rörande tillämpningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen av bland annat RFV, visar att det inte finns en sådan grad likformighet som hade varit önskvärd. Bland annat behandlas män och kvinnor olika, detsamma gäller för ålder och diagnos.

Vidare följer av de långtidssjukskrivnas egen uppfattning, att i kontakten med försäkringskassan upplever man myndighetens aktivitet och genomförandegrad är alltför låg. I samtliga rapporter och undersökningar som redogjorts för i uppsatsen är det vidare ett faktum att man anser att den enskildes motivation och medverkan är en central faktor för återgång i arbete. Fråga är om tillämpningen fram till dags dato har hittat lösningarna för hur detta skall säkerställas.

8 Om rättsäkerhet

8.1 Rättssäkerhet

Rättssäkerhet och rättighetskydd är faktorer som utgör några av de mest centrala delarna av en rättsstats lagstiftning och maktutövning.

Rättssäkerhetsbegreppet är ett centralt men också omstritt begrepp inom lagstiftningen och i rättsteori. Många olika faktorer kan anföras som ingående i ett rättsäkerhetsbegrepp. Bland dessa märks bland annat legalitetsprincipen, förbud mot retroaktiv strafflag, objektivitetsprincipen, förbud mot godtycke, rätt till försvar, kommunikationsprincipen med aktinsyn, rätt att ta del av vad som tillförts saken, rätt att yttra sig, skyldigheten att motivera beslut, rätt att överklaga, kontrollmöjligheter, offentlighetsprincipen, förbud mot otillbörlig maktanvändning. Listan kan göras längre. Vilka av de respektive faktorerna som ingår i rättssäkerhetsbegreppet och vilka som i så fall utgör huvudfaktorer är en källa för diskussion.¹⁷⁰

Ett sätt att definiera rättsäkerhetsbegreppet är att inom såväl lagstiftning som tillämpning och beslut skall omfattas av ett *förutsebarhetskrav*. I förutsebarhetskravet finns en tanke om att rättsskipning och myndighetsutövning i en demokratisk rättsstat måste vara *förutsebar* med stöd av rättsreglerna. Förutsebarheten kan normalt anses vara större ju mer *exakt utformade* och *generellt tillämpbara* rättsreglerna är, ju *långsammare förändringstakten* är och ju fler statliga beslut som bestäms av sådana regler. Rättsreglernas öppenhet för allmänhetens och enskilds insyn är också en del av denna definition.

Förutsebarhetskravet som definition på rättssäkerhet kan motiveras genom att varje enskild under i övrigt oförändrade förhållanden effektivare kan planera och genomföra sitt samhällsdeltagande om det är lättare att förutse de rättsliga besluten som reglerar samhället. Lag skapar ordning som

¹⁷⁰ Peczenik A, Vad är rätt?, s. 89-90.

motsats till kaos, och i ett demokratiskt samhälle är lagen förankrad i medborgarnas vilja och intressen.¹⁷¹ I denna framställning ansluter definitionen av begreppet rättsäkerhet till kravet på *förutsebarhet* inom lagstiftning, tillämpning och beslut.

8.2 Grundprinciper och rättighetsskydd

Vid studiet av rättsäkerhetsfrågor i ett svenskt perspektiv har *legalitetsprincipen* en framträdande roll. I svensk grundlag uttrycks legalitetsprincipen i portalparagrafen till Regeringsformen (1974:152). Enligt Regeringsformen 1 kap 1 § 3st utövas den offentliga makten i Sverige under lagarna. Detta innebär att alla offentliga organ - riksdag, regering, domstolar och förvaltningsmyndigheter - är bundna av grundlagar och andra gällande lagar i sin verksamhet. Däremot betyder det inte att en förvaltningsmyndighets beslutanderätt alltid måste grunda sig direkt på en lag. Det kan räcka att beslutanderätten är grundad på en lägre författning som i sin tur har stöd i grundlag eller annan lag.¹⁷²

Av betydelse för rättsäkerhetsfrågor är även *objektivitets* - och *likhetsprincipen*. *Objektivitetsprincipen* uttrycks i 1 kap 9 § RF och anger att domstolar samt förvaltningsmyndigheter skall i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.

Förvaltningsmyndigheter får i sin verksamhet således inte låta sig vägledas av andra intressen än dem som de är satta att tillgodose och inte heller grunda sina avgöranden på hänsyn till andra omständigheter än sådana som enligt gällande författningar får beaktas vid prövningen av ett ärende.

Även *likhetsprincipen* fastslås i 1 kap 9 § RF. Förvaltningsmyndigheter skall beakta *allas likhet inför lagen*. Likhetsprincipen förutsätter för sin tillämpning en klar åtskillnad mellan *relevanta* och *irrelevanta* fakta, mellan behöriga och obehöriga hänsyn. Grundlagsstadgandet ger ingen vägledning i

¹⁷¹ Peczenik A, Vad är rätt?, s. 51-52, s. 89-90.

¹⁷² Strömberg H, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, s. 64.

detta avseende, inget fall är ju exakt likt det andra. Likhetsprincipen måste därför utfyllas med rättsregler som anger vilka omständigheter som får eller inte får läggas till grund för ett beslut. Likhetsprincipen kan sägas uppställa ett *krav på konsekvens* i myndigheters beslutande verksamhet. Kravet på konsekvens kan vara svårt att upprätthålla om beslutanderätten inom ett visst område utövas av ett flertal sidoordnade myndigheter, som var och en för sig utbildar sin egen praxis.¹⁷³

8.3 Ramlagstiftning

Den allmänna sjukförsäkringen är reglerad genom en *ramlagstiftning*. Utmärkande för en *ramlag* är att den inte alls eller i liten omfattning innehåller materiella regler. Ramlagen bildar då en ram som är avsedd att fyllas på annat sätt än genom vanligt lagstiftningsförfarande.¹⁷⁴ En ramlag är ofta *målinriktad* och uppställer då vissa mål som skall förverkligas och vissa allmänna principer som skall iakttas vid lagens utfyllnad och tillämpning. De materiella föreskrifter som skall utfylla lagen meddelas i regel av regeringen eller av den myndighet som regeringen bestämmer. Det är då vanligt att en subdelegation sker, där en central förvaltningsmyndighet får i uppgift att utfylla lagens ram genom föreskrifter.

Tillämpande myndigheter kan ibland även fylla ut lagens ram genom att utbilda sin egen praxis. Detta kan till exempel ske genom utfärdandet av vägledning, som rekommenderar en viss tolkning och tillämpning av föreskrifter och ramlagsregler.¹⁷⁵

Ramlagar kan i viss mån liknas vid portalparagrafer. Portalparagrafer var något som liksom ramlagar gjorde sitt stora intåg i svensk rätt i och med konstruktionen av den nya regeringsformen av 1974. Denna typ av lagstiftning har kallats en slags *leges imperfectae*, och därmed avseende *en*

¹⁷³ Strömberg H, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, s. 66.

¹⁷⁴ Strömberg H, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, s. 188.

¹⁷⁵ Strömberg H, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, s. 188.

*lag utan sanktioner.*¹⁷⁶ Tekniken att lagstifta med hjälp av ramlag anses då innebära en lagstiftning med kompromiss och/eller en målsättning som utgör ramen för en efterföljande mer konkret administrativ förordning. Svagheten med ramlagen är att den dels blir vag och svårtolkad ur ett juridiskt perspektiv, samt mindre förutsägbar för den enskilde med avseende på vägledningen från lagens bokstav. Ramlagens fördelar är att den blir mer flexibel och kan lättare och snabbare förändras efter olika yttre krav.

Ramlagstiftning innebär ofta att en *långtgående delegering* sker till förvaltningsmyndigheter. Ramlagstiftning riskerar genom detta förfarande att leda till en *omfattande och svåröverskådlig* sekundärlagstiftning. Bruket av en ramlag med utfyllnad av föreskrifter meddelade av myndigheter istället för materiella lagar och regler meddelade av riksdag, kan även ses som en *urholkning av folkstyrelseprincipen*, där själva bruket av ramlagstiftning skapar oklarheter mellan lagstiftande, verkställande och dömande instanser. I förlängningen medför detta även *risker för rättsäkerheten.*¹⁷⁷

När ett rättsligt område regleras genom ramlagstiftning, medför detta att rent definitionsmässigt framgår det inte av själva lagstiftningen vad som *materiellt* avses med regleringen. Ramlagen har då tillkommit i behörig ordning men materiellt sett innebär lagen i sig ett sorts *kringgående av en precist uttryckt rättslig reglering*. Man behöver inte vara konspiratoriskt lagd för att inse att upprepade kringgåenden av en tydligt uttryckt materiell lagstiftning, med tiden kan få negativa verkningar för den offentliga maktens legitimitet.¹⁷⁸ Möjligheten till kontroll och övervakning av legitimitet och rättsäkerhet i en ramlag är sämre än för vanlig lag eftersom konkreta lagregler saknas eller är vagt formulerade. Den styrande makten kan även genom exempelvis budgetdirektiv och medelstildelning påverka

¹⁷⁶ Strömholm S, Rätt,rättskällor och rättstillämpning, s. 263-265.

¹⁷⁷ Esping H, Ramlagar i förvaltningspolitiken, s. 9.

¹⁷⁸ Esping H, Ramlagar i förvaltningspolitiken, s. 11.

konkretiseringarna och bedömningsgrunderna i själva handläggningen av ramlagens tillämpningsföreskrifter.¹⁷⁹

Genom en långtgående delegering finns risken att en ramlags *konkreta* innebörd att bestäms långt ner i en förvaltning, i själva *tillämpningsledet*. Förskjutningen av de materiella reglernas konkretisering neråt i förvaltningsnivå medför en klar risk för *bristande överblick*. En ytterligare risk finns också för att *samordningen och koherensen* med annan kringliggande lagstiftning i rättssystemet blir lidande. Summan av ovan nämnda kan då bli att olika formella *rättsäkerhetsgarantier* för den enskilde blir otillräckliga.¹⁸⁰

8.4 Rättssäkerhet och arbetslivsinriktad rehabilitering

Vad gäller arbetslivsinriktad rehabilitering och rättssäkerhet får ovan återgivna resonemang aktualitet då Försäkringskassan är skyldig att beakta RF:s principer om legalitet, likhet, objektivitet och konsekvens i myndigheters beslut. Kravet på förutsebarhet innefattas enligt vår mening däri. Med detta synsätt är upprätthållandet av förutsebarhet i tillämpningen av reglerna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen en viktig uppgift för Försäkringskassan.

Vid betraktelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens reglering kan konstateras att såväl Socialförsäkringslagen (1999:799) som lagen om allmän försäkring (1962:381) är ramlagar. För båda gäller att själva tillämpningen och tolkningen av ramlagarnas regler om arbetslivsinriktad rehabilitering till viss del sker genom utfärdandet av myndigheters tillämpningsföreskrifter och vägledningar.

¹⁷⁹ Esping H, Ramlagar i förvaltningspolitiken, s. 12.

¹⁸⁰ Esping H, Ramlagar i förvaltningspolitiken, s. 12.

Vi menar att på den *arbetslivsinriktade rehabiliteringens område* har det rent faktiskt skett en långtgående delegering till förvaltningsmyndigheter avseende regleringen. Vi menar också att detta i ett längre perspektiv har inneburit att en *omfattande och svåröverskådlig regelmassa* har uppkommit i form av ständigt nya och uppdaterade tillämpningsföreskrifter och vägledningar. Förändringstakten i dessa föreskrifter är hög. Förskjutningen neråt i organisationen av *konkretiseringen* av flera centrala begrepp inom regleringen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, innebär ett kringgående av en precist uttryckt rättslig reglering. Genom bruket av ramlagar på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens område har därmed ett flertal begrepp lämnats antingen odefinierade eller vaga. Detta rör även ett flertal centrala begrepp som exempelvis sjukdom, arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

8.5 Summering

För den enskilde innebär den nuvarande regleringen och myndighetstillämpningen brister i överskådlighet och förutsebarhet. Ramlagstiftningen inom det aktuella området för arbetslivsinriktad rehabilitering medför risker och oklarheter inom tillämpningen vilka tyder på ett stort behov av materiella och konkretiserade lagregler med större grad av förutsebarhet. De garantier som den enskilde egentligen skall åtnjuta enligt både grundlag och allmänna rättsprinciper blir mycket svåra att kontrollera och upprätthålla. I samordningshänseende, så verkar flera sidoordnade myndigheter inom samma område och har även utvecklat en egen praxis för tolkning och tillämpning. *Förutsebarheten* i myndigheternas handläggning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen blir för den enskilde genom detta otillräcklig. Koherensen med omkringliggande lagstiftningen blir bristande. Genom detta är även *rättsäkerheten* hotad. När rättsäkerheten brister är även *legitimiteten* i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hotad. Bristande rättssäkerhet och legitimitet måste motverkas om en allmän och effektiv socialförsäkring samt den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall kunna upprätthållas.

9 Analys och slutsatser

9.1 Allmänt om analysen

Denna uppsats syfte har varit att ur ett juridiskt perspektiv utreda och granska innebörden av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering inom sjukförsäkringen. I analysen och slutsatserna har vi valt att ta fasta på de frågeställningar som inledningsvis ställts i uppsatsen och då valt att redovisa dem var och en för sig.

9.2 Lagstiftarens intentioner

Med drygt hundra års tillbakablick på sjukförsäkringen kan det i ett övergripande perspektiv konstateras att skyddet för medborgarna har gått från en mycket blygsam nivå till ett omfattande skydd. Det blev och är politiskt gynnsamt att söka en lösning på utslagning från arbetsmarknad och att erbjuda en social trygghet vid sjukdom till varje enskild medborgare. Intentionerna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan än idag spåras tillbaka till den ursprungliga tanken om skydd och trygghet. För den arbetslivsriktade rehabiliteringen är det främst skyddet för utslagning från arbetsmarknad samt upprätthållande av varje enskild persons försörjningsförmåga i enlighet med *arbetslinjen*, som utgör huvudintentionen. Man måste dock även i lagstiftarens intentioner för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen väga in de samhällsekonomiska krav som präglar mycket av främst senare decenniernas utredningsarbete och lagstiftning. Parallellt med en skydds- och trygghetstanke finns även en samhällsekonomisk realitet som påverkar lagstiftarens intentioner. Detta är även ett historiskt tydligt faktum. På 1950-talet ansågs den svenska ekonomin alltför svag för att stödja en allmän sjukförsäkring. På 1960-talet hade samhälls ekonomin förbättrats i sådan grad att möjligheten till en allmän sjukförsäkring fanns. Genom införandet om lag om allmän försäkring realiserades denna möjlighet. Under 1970-talet byggdes den

sociala - såväl som den arbetsrättsliga lagstiftningen ut i enlighet med lagstiftarens intentioner om ett jämlikt, rättvist och socialt tryggt samhälle. Samtidigt kom genom oljekrisen ett omvärldsrelaterat avbräck i de samhällsekonomiska förutsättningarna för den vidare utvecklingen. Under 80-talet inleds utrednings - och lagstiftningsarbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. De samhällsekonomiska förutsättningar som då påverkade lagstiftarens intentioner i det tidiga utredningsarbetet skiljer sig nämnvärt från senare decenniers förutsättningar.

22 kapitlet AFL trädde i kraft 1 januari 1992, men var vid sitt införande redan en produkt av 1980-talets samhällsekonomiska förutsättningar och byggde därmed till stor del på andra förutsättningar än de som gällde vid lagens ikraftträdande. I förarbetena till 22 kap AFL kan man spåra en stark vilja och ambition att ge den försäkrade goda möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering. Även vikten av att den försäkrade ges möjlighet till delaktighet och insyn i rehabiliteringsprocessen betonas. Den samhällsekonomiska kris som präglade 1990-talets första år och även en chockhöjd arbetslöshet, satte den nya lagstiftningen om arbetslivsinriktad rehabilitering under tryck från två fronter. Dels *minskade* de samhällsekonomiska resurserna för den faktiska handläggningen av den nya lagstiftningen, dels *ökade behovet* av en arbetslivsinriktad rehabilitering för bland annat den snabbt växande gruppen av arbetslösa med sjukdomsbesvär. Andra omvärldsfaktorer som lagstiftaren även i dagsläget måste väga in i ett tillämpnings - och regleringsarbete är exempelvis medicinsk utveckling och diagnostik, ett allt högre arbetstempo och en globaliserad arbetsmarknad samt utvecklingen mot ett tjänstesamhälle före ett produktionssamhälle. Gamla sanningar är inte lika giltiga. Kartan stämmer inte helt med verkligheten.

Vi menar att lagstiftarens intentioner med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att erbjuda ett stöd för den försäkrade att återfå och behålla en arbetsförmåga samt egen försörjningsförmåga. Denna intention överensstämmer med arbetslinjen som innebär arbete före bidrag. Vad som

nu sker är dock att en ekonomisk verklighet tvingar sig på och utsätter trygghetssystemen för tidigare aldrig kända påfrestningar. Detta ger utslag även i lagstiftarens intentioner för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Behovet av att icke arbetande enskilda på alla tänkbara sätt återförs till arbetsmarknaden och därmed även kan nå en högre grad av självförsörjning är trängande. För lagstiftarens vidkommande ökar detta kraven både på omfattningen, hastigheten och utfallet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det är vår mening att mycket av det utrednings- och lagstiftande arbete som skett under andra halvan av 1990-talet och under 2000-talets första år, till största del utgör en intention från lagstiftarens sida om ökad effektivitet. Skyddstanken är kvar, den individrelaterade utvecklingstanken också, men onekligen är det *effektivitetsintentionen* i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som i dagsläget spelar huvudrollen, både i ett individrelaterat och samhällsekonomiskt perspektiv.

9.3 Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Rehabilitering generellt uttryckt kan anses vara ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social art som sker i syfte att hjälpa sjuka och skadade personer att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Denna typ av rehabilitering tar alltså sikte på den enskildes kroppsliga och mentala förutsättningar, det är en åtgärd som främst riktar sig strikt till en enda person och dennes väl och ve.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är däremot ett begrepp som omfattar det stöd och de åtgärder som sker i syfte att en person skall återfå eller behålla sin *arbetsförmåga*. Vidare är tanken att personen med denna återställda arbetsförmåga skall kunna erhålla ett arbete och försörja sig själv. Annan typ av rehabilitering, främst medicinsk, syftar till att återställa kroppsliga funktioner. I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan den kroppsliga funktionen fortfarande vara nedsatt, men en arbetsförmåga skall förhoppningsvis uppnås via arbetslivsinriktad rehabilitering. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är alltså riktad mot den enskilde

försäkrade, men tar mer fasta på hur den försäkrade interagerar med samhället i stort, före den medicinska hälsan. Detta är den egentligt stora skillnaden mellan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och all annan rehabilitering. I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen eftersträvas återställandet och upprätthållandet av den försäkrades arbetsförmåga *trots* en eventuell ohälsa. Populärt uttryckt koncentrerar man sig på det friska före det sjuka. Man kan också säga att det handlar om att återplacera den försäkrade arbetsmässigt och socialt i det allmänna samhällslivet, med målet om ett ömsesidigt utbyte för både den försäkrade och för samhället. Det är inte ett återställande till ruta ett som eftersträvas, utan att underlätta en förflyttning till en ny ruta, med nya förutsättningar, nya möjligheter.

9.4 Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?

Reglerna för arbetslivsinriktad rehabilitering kan inledningsvis framstå som klara och koncisa. Men såväl en genomgång av den materiella lagstiftningen som rapporter och utredningar¹⁸¹ visar att så inte är fallet. Det verktyg som handläggarna på Försäkringskassan använder i handläggning och tillämpning är *stegmodellen* (beskriven i kap. 5). Enligt stegmodellen är den försäkrades ”resa” genom ett sjukfall normalt linjär, okomplicerad och på tydliga grunder. En försäkrad behöver för att få del av arbetslivsinriktad rehabilitering en enskild handläggares godkännande. Handläggaren har då gjort bedömningen att den försäkrade är i behov av arbetslivsinriktad åtgärd och att åtgärden kommer att underlätta återgång i arbete. Varje handläggare måste göra sin egen bedömning om vem som skall erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering. En sådan bedömning behöver i sig inte vara oklar om det är tillräckligt tydligt för varje handläggare på vilka grunder en arbetslivsinriktad rehabilitering kan beviljas. Handläggarna har emellertid otydliga riktlinjer och vaga regler för vilka dessa grunder egentligen är. Detta innebär onödiga svårigheter att göra bedömningar när det gäller en försäkrads tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering.

¹⁸¹ Se kapitel 7.4 uppsatsen samt däri citerade RFV analyserar 2004:8 Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser.

Att regelverket kring arbetslivsinriktad rehabilitering är otydligt visar inte minst de undersökningar som vi åberopat över tillämpningen av regelsystemet. I dessa framgår att sådan förutsebarhet och likformighet som hade varit önskvärd alltjämnt saknas. Vi konstaterar att det råder stor variation på det sätt den försäkrade får del av arbetslivsinriktad rehabilitering med hänsyn till urvalskriterier. Faktorer som kön, ålder, diagnos och sjukfallens längd har inte kunnat fastställas vare sig som absoluta kriterier eller i rangordning. Gällande den försäkrades egen motivation, aktivitet och medverkan kan dessa faktorer inte heller sägas utgöra absoluta urvalskriterier. Istället framstår det som om för stort mått av godtycke styr tillträdet till en arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det återstår att se om nya interna riktlinjer och tillämpningsföreskrifter inom Försäkringskassan kan motverka sådant godtycke samt förändra och effektivisera urvalsprocessen till en mer rättssäker process för den försäkrade.

9.5 Försäkringskassans och den försäkrades roll vid arbetslivsinriktad rehabilitering

Den enskilde försäkrades roll när arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell skall vara central enligt AFL:s förarbeten. Den försäkrade skall ges möjlighet att vara delaktig och påverka sin egen rehabilitering. Försäkringskassan skall möjliggöra för den försäkrade att återfå sin arbetsförmåga. En förutsättning för att försäkringskassan skall kunna uppfylla kraven som ställs är att den försäkrade medverkar aktivt i den process som rehabiliteringen innebär. Samspelet mellan försäkringskassan och den försäkrade är av största vikt för att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall bli effektiv. För såväl den försäkrade och försäkringskassan är de inbördes rollerna otydliga. Det finns ingen lagfäst rättighet för den försäkrade att erhålla arbetslivsinriktad rehabilitering enbart en möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett exempel på detta är 22 kap. 4 § AFL som anger att den försäkrade skall lämna upplysningar som underlättar rehabiliteringen samt att den försäkrade skall medverka aktivt i

sin egen rehabilitering. I 22 kap. 5 § AFL anges vidare att Försäkringskassan är den som samordnar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Tänkta åtgärder skall ske i samråd med den försäkrade. Dessa två paragrafer tilldelar den försäkrade och Försäkringskassan vissa skyldigheter i rehabiliteringsprocessen. Var de konkreta gränserna går för respektive part, samt när en försäkrad kan ställa krav på rehabilitering eller Försäkringskassan kan anse att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda, är oklart. Avsaknaden av objektiva fastställbara bedömningsgrunder i genomförandefasen av arbetslivsinriktad rehabilitering visar ytterligare på den problematik som finns. Den försäkrade åläggs å sin sida att efter bästa förmåga bidra till rehabiliteringen och Försäkringskassan å sin sida skall verka för att rehabiliteringen utförs effektivt. Konklusionen av inbyggd otydlighet blir att *samspelet* mellan Försäkringskassan, den försäkrade samt myndigheter emellan *försvåras* av otydligt utformade lagregler, det är helt enkelt inte tillräckligt klart definierat vilka skyldigheter och rättigheter som varje part har i rehabiliteringsprocessen.

Många utredningar har uppmärksammat problemen med olika aktörers ansvar i rehabiliteringsprocessen och försökt lösa dem genom att ge de olika aktörerna i rehabiliteringsprocessen olika roller som inte alltid låter sig koordineras på ett effektivt sätt. Ett problem med Försäkringskassans roll och tillämpning av regelverket i 22 kap AFL är att Försäkringskassan har den samordnande rollen utan egentliga sanktionsmöjligheter mot någon förutom den enskilde.¹⁸² Vad gäller samordningen mellan olika myndigheter och Försäkringskassan är exempelvis detta inte ens reglerat i ramlagsform. Istället sker sådan samordning genom avtal myndigheter emellan. Om då ramlagslagstiftningen i sig kan vara vag och oförutsebar i sin tillämpning, är det för en försäkrad än mer otydligt enligt vilka grunder olika myndigheter samarbetar. Detta gäller såväl mot sociala som vårdgivande myndighetsorgan och organisationer. Detta medför att

¹⁸² Den sanktionsmöjlighet som Försäkringskassan har tillgripa mot försäkrade som inte bidrar till rehabiliteringsprocessen när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering är 20 kap. 3§ AFL och för att detta lagrum skall vara tillämpligt krävs ett aktivt obstruerande av den försäkrade.

Försäkringskassans möjlighet att på ett effektivt sätt tillämpa 22 kap AFL försvåras. Försök har också gjorts att samla all rehabiliteringsverksamhet under ett tak¹⁸³ något som dock ej lyckats. Man har i stället valt att fortsätta reformsträvandena inom befintliga ramar. Det har handlat om att utöka arbetsgivarnas ansvar och ge dessa förbättrade ekonomiska incitament att arbeta med rehabilitering och förebyggande arbete och att förbättra försäkringskassans arbete med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen genom att utveckla förbättrade metoder och verktyg. Den försäkrade har tilldelats olika stor roll genom de olika utredningarna. Fortfarande kan man dock säga att den försäkrade har en förhållandevis svag ställning genom att denne inte tilldelats klara och precisa rättigheter och skyldigheter.

Inom området rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering har utredningstakten varit mycket stor framför allt från slutet av 1980-talet och framåt. I takt med att problemet med ökade kostnader för sjukskrivningar och konsekvenser för medborgarna har också Försäkringskassan genomgått kontinuerligt förändrade förutsättningar. Det ständiga förändringsarbetet som kan tillskrivas de ökade kostnaderna och politiska aspekter innebär svårigheter att få en *långsiktighet* i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vi är av uppfattningen att de inblandade parterna i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på ett bättre sätt måste få *styrning* och tillräckliga resurser för att kunna verka. Det behövs enligt vår uppfattning fastare strukturer med större långsiktighet, inom vilka varje försäkrads ärende kan hanteras på ett bättre sätt.

9.6 Rättssäkerheten och effektiviteten

Vi har ovan konstaterat att det finns skäl att anta att en risk för bristande rättssäkerhet och därigenom även legitimitet i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen föreligger. Vi menar att detta är en direkt följd av att man valt *ramlagskonstruktionen* för att reglera arbetslivsinriktad rehabilitering.

¹⁸³ SOU 2000:78.

Genom att förutsebarheten och överblickbarheten är bristande saknas även en korrekt och effektiv möjlighet till kontroll av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. En sådan *kontrollmöjlighet* är helt nödvändig för att svara på effektiviteten av regleringen på området, en effektivitet som är en bärande del av lagstiftarens intentioner för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen under senare tid. Vi menar att utan god kontrollmöjlighet kan heller inte genomförandet garanteras, vare sig mot de enskilda försäkrade eller mot samhällsekonomiska och myndighetsknutna målsättningar. Ett grundkrav borde vara att man på tillämpningsnivå har konkretiserade och materiella regler om vem som skall få och när det skall ske en arbetslivsinriktad rehabilitering. Bland annat Antoinette Hetzlers undersökningar av dessa förutsättningar indikerar att svaren på dessa frågor är godtyckliga. I avsaknad av tillräckligt exakta och generella regler är genomförandet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen knuten till en tillämpning och konkretisering så pass långt ner i förvaltningsmyndigheternas organisationsnivå, att en överblickbarhet och förutsebarhet inte blir möjlig. För den enskilde innebär detta såväl osäkerhet som risk för rättsförluster. För förvaltningsmyndigheter och i förlängningen staten innebär det en ineffektiv modell för ett mycket angeläget uppdrag, att återföra människor till arbete, försörjning och aktivt samhällsdeltagande. Vi menar att det även föreligger en klar risk för rättssäkerheten och effektiviteten av verksamhetsmässiga mål leder till en *bristande legitimitet*. När legitimiteten försvagas finns även en risk för att arbetslivsinriktad rehabilitering blir ifrågasatt i sin helhet. Detta hade varit en mycket olycklig utveckling.

Vi menar att en *större tydlighet i materiell lagstiftning* hade tjänat syftena med en allmän sjukförsäkring och med en arbetslivsinriktad rehabilitering bättre än de nu tillämpade reglerna. Genom att klart slå fast vilka krav som kan ställas på såväl försäkringskassan som den enskilde, och samtidigt säkerställa både förutsebarhet och effektivitet i arbetslivsinriktad rehabilitering kan man på ett enklare sätt se var det brister, när det brister. Detta gäller såväl i det enskilda fallet som i ett övergripande perspektiv. På

grund av sjukförsäkringens stora påverkan på samhällsekonomin har det hittills ansetts vara lämpligt att ha en lätttrörlig försäkring, färdig att snabbt parera samhällsbehov. Detta är det egentliga motivet till en ramlagstiftning per se. Det kan konstateras att denna lätttrörlighet har för såväl den enskilde som för myndigheterna klara negativa effekter. Olika myndigheters verksamheter måste enas. Utformningen av reglerna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste vara enhetliga och även upprätthålla rättssamhällets grundläggande krav och värderingar för en effektiv lagstiftning och tillämpning. För framtiden är det av avgörande vikt för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt sjukförsäkringens som helhet att detta genomförs och en bred legitimitet för lagstiftningen och tillämpningen uppnås i samhället.

9.7 Slutsatser de lege ferenda

Det är uppenbart så att den indelning av ansvarsområden som finns för dagens arbetslivsinriktade rehabilitering, där Försäkringskassan ansvarar för en del, Arbetsförmedlingen för en annan del, arbetsgivaren har sitt ansvar och även de sociala myndigheterna har sin del, utgör ett effektivitets och legitimitetsproblem. De olika aktörerna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kan egentligen sägas ha ett enda gemensamt mål, att få den försäkrade ut i arbetslivet. Emellertid är det faktum att de olika aktörerna är statliga, kommunala men också privata, en grogrund för en strid om vilken ”kassa” som skall betala. Samverkansprojekt i all ära, och det finns projekt som fungerar bra, men i pressade situationer tenderar de olika aktörerna att se till sina egna förutsättningar och inte minst egna interna målsättningar. Om man tittar på hur organiseringen av Försäkringskassans verksamhet som tidigare bestått av 21 stycken länsorganisationer, alla med sin egen kultur och sitt eget sätt att lösa uppgiften på, tror vi att den tidigare macronivån i organisationsformen har försvårat utvecklingen av riksgemensamma metoder inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Det samordningsansvar som myndigheten Försäkringskassan har innebär att olika rehabiliteringsåtgärder som en försäkrad behöver men som olika myndigheter och arbetsgivare ansvarar för, skall fogas samman. Att samordna blir då att aktivt arbeta med rehabiliteringsåtgärder som kan sammanfogas så att de länkar i varandra, löper parallellt, eller på annat sätt bildar en välfungerande helhet.

För att en arbetslivsinriktad rehabilitering skall lyckas krävs det att *fyra* huvudfaktorer föreligger och effektivt samverkar;

- *tidiga* insatser
- *tydlig ansvarsfördelning* mellan olika myndigheter samt för enskilda
- *motivation* och incitament för en rehabilitering
- *förutsebarhet* för den enskilde med avseende på rehabiliteringens syfte, omfattning, utsträckning och mål, såväl önskade som realistiska, samt inte minst förutsättningarna för rehabiliteringens upphörande.

Enligt vår mening är det behövt att se över *grundförutsättningarna* för hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen regleras. Vi menar att kunskapen finns, att utredningarna är gjorda, att tiden är inne.

Det som behövs är ett *samlad, tydlig, enhetligt och konsekvent* regelverk som är *gemensamt* för alla myndigheter och alla försäkrade.

En *central myndighet* bör ha ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som alla bör ha rätt till, inte bara möjlighet.

Rehabiliteringsmyndighetens uppgifter bör då helt koncentreras på genomförande och utveckling av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, inte ersättnings och tillhörighetsfrågor.

Ersättningen under den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör vara neutral i förhållande till andra trygghetssystem, en *grundtrygghetsnivå* bör införas och finnas för dem som inte kvalificerar sig enligt vanliga kvalifikationsregler.

Stimulering av den viktigaste faktorn – arbetsmarknaden - måste ske i bred skala. För att arbeten och arbetslivsinriktad rehabilitering skall ha en verklig möjlighet att lyckas måste det finnas jobb på arbetsmarknaden. Utan jobb hjälper inga rehabiliteringsinsatser i världen.

Den försäkrade, förvaltningsmyndigheter, arbetsgivare och företag, alla har man ytterst *samma mål* med en arbetslivsinriktad rehabilitering. En bättre situation för den enskilde, ett humanare och samhällsekonomiskt lönsammare användande av gemensamma resurser på enskildas väg tillbaka till arbete och social trygghet. En åtgärd som är motiverad och förutsägbar för den enskilde och som i slutänden leder till goda effekter för alla parter. Ett stöd i detta är en tydlig, enhetlig och rättssäker lagstiftning utifrån vilken alla parter vet vilka rättigheter och skyldigheter som är tilldelade respektive part. En lagstiftning som kan bli kartan för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, en karta som stämmer med både verklighet och terräng.

Litteraturförteckning

Offentligt tryck

Offentliga utredningar

- SOU 1944:15 Utredning och förslag angående Lag om allmän sjukförsäkring
SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering
SOU 1990:49 Arbete och hälsa; betänkande av arbetsmiljökommissionen
SOU 1993:115 Social trygghet och EES
SOU 1999:08 Invandrarskap och medborgarskap; demokratiutredningen
SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete; en reform med individen i centrum
SOU 2003:106 Försäkringskassan den nya myndigheten

Propositioner

- Prop. 1962:90 Förslag till lag om allmän försäkring
Prop. 1985/86:80 Om ny förvaltningslag
Prop. 1989/90:62 Om insatser för aktiv rehabilitering
Prop. 1990/91:141 Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning
Prop. 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension
Prop. 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m.
Prop. 1998/99: Socialförsäkringens personkrets
Prop. 2002/03: 89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet
Prop. 2004/05:21 Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro

Departementsserien

- Ds 2002:63 Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron

Myndighets interna föreskrifter och utredningar

- RFV Allmänna råd 1991:12 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt AFL
RFV Redovisar 1994:5 En studie av rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan
RFV Redovisar 1997:10 Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?
RFV Im meddelande 1999:128 Försäkringskassans samordningsuppdrag
RFV Vägledning 2004:2 Version 2, Sjukförsäkring och rehabilitering

RFV Vägledning 2004:5 Sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid

RFV analyserar 2004:8 Långtidssjukskrivnas uppfattning om
rehabiliterande åtgärder

RFV: Försäkringskassans samordningsuppdrag, delprojekt 1, Uppdrag och
yrkesroll, 2004-01-07

RiR 2004:21 Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering

Försäkringskassaförbundet : Fakta 1:1999

Försäkringskassan huvudkontoret: Slutrapport ENSA S, 2004-10-15

Försäkringskassan huvudkontoret : Processinformation, 2005-02-08

Försäkringskassan huvudkontoret: Slutrapport riktlinjer för köp av tjänst,
2005-09-15

Övrig litteratur

Almqvist, Olsson, Tidig och samordnad rehabilitering, Stockholm, 1988

Berg Emma, Welander Jenny, Fri rörlighet och social trygghet,
Förordningen (EEG) nr 1408/71 och den svenska socialförsäkringen i
tillämpning, Juristförlaget i Lund, 2003

Birkehed Cecilia, Är det acceptabelt att påtvinga den försäkrade
rehabilitering?, uppsats införd i boken Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten
(Westerhäll Vahlne) Norstedts juridik, 2002

Bramstång Gunnar, Förvaltningsrättens begreppsbildning och
grundläggande principer i konkret belysning, Lund 1993

Broberg Rolf, Så formades tryggheten, Socialförsäkringens historia 1946-
1972, Försäkringskassaförbundet, 1973

Craig Paul, De Burca Grainne, EC law-text,cases & materials, Oxford 1997

Christensen Anna, Grunderna I socialförsäkringsrätten, tredje upplagan,
höstterminen 1999, Juridiska fakulteten Lunds universitet

Hamdahl B, Danielson G, Lidbom C., Lagen om allmän försäkring,
Stockholm 1965

Landelius Ann-Charlotte, Om soft law på det sociala skyddsområdet, en
EG-rättslig studie, Norstedts juridik 2001

Lundell Bengt, Strömberg Håkan, Allmän förvaltningsrätt, 22 uppl, Malmö
2003

Montgomery Arthur, Svensk socialpolitik under 1800-talet, andra
omarbetade upplagan, KF:s bokförlag, 1951

Peczenik Aleksander, Vad är rätt? Fritzes, Göteborg 1995

Rehabiliteringens verklighet, (ur boken sjuksverige 2004), A Hetzler m. fl.

Stendahl, Sara, Renodlingens konsekvenser, en rättsfallsundersökning, uppsats införd i boken Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten, (Westerhäll Vahlne) Nordstedts juridik, 2002

Strömberg Håkan, Allmän Förvaltningsrätt, 16 uppl. Lund 1992

Strömberg Håkan, Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, 2 uppl, Juristförlaget i Lund 1989

Strömholm Stig, Rättskällor och rättsillämpning, 5 upplagan Nordstedts juridik, 1996

Westerhäll Lotta, Den svenska socialrätten, Norstedts förlag, 1993

Westerhäll Vahlne, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten Nordstedts juridik, 2002

Westerhäll Vahlne, Den starka statens fall, En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000, Nordstedts juridik, 2002