

Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro

Förord

Under de senaste två decennierna har sjukfrånvaron av anställda varit hög och varierat kraftigt över tiden i Norge och Sverige medan den har varit låg och stabil i Danmark, Finland och Island. Även förtida utträde ur arbetskraften genom förtidspension eller motsvarande har på senare år varit högre i Norge och Sverige än i Danmark, Finland och Island.

I denna rapport identifieras faktorer som kan ha bidragit till skillnader i sjukfrånvaro och förtidspensionering mellan de nordiska länderna. Såväl socialförsäkringsadministrationernas strategier för tillämpning av sjukförsäkringen och förtidspensionen som regelverken för ersättning för inkomstbortfall under tillfällig och varaktig arbetsoförmåga är i fokus. Även utvärdering av tillämpningen i de fem länderna belyses.

Rapporten har tagits fram i nordiskt samarbete kring utvärdering av socialförsäkringen. Arbetet har initierats av den svenska Försäkringskassan och letts av Sisko Bergendorff och Hanna Larheden med stöd av Ylva Eklund på Försäkringskassan. Sisko Bergendorff och Hanna Larheden ansvarar för de svenska kapitlen och för helheten i rapporten. Underlagen till rapporten har tagits fram av Kirsten Draiby, Center for Arbejdsfastholdelse och Karen Soerensen, Center for Folkesundhed (Danmark), Mikko Pellinen, Pensionsskyddscentralen och Marketta Rajavaara och Kirsi Vainiemi, Folkpensionsanstalten (Finland), Guðmundur Hjaltalín, Auðbjörg Ingvarsdóttir och Sigríður Lillý Baldursdóttir, Tryggingastofnunar ríkisins (Island) samt av Ulla Gulbrandsen och Per Kristoffersen, NAV (Norge). De ansvarar också för sina respektive landsspecifika kapitel i rapporten.

Annika Sundén
Chef för enheten för utvärdering

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning och bakgrund	9
2 Syfte	11
Definitioner och avgränsningar.....	11
Rapportens innehåll.....	12
3 Nedsatt arbetsförmåga och socialförsäkring i de nordiska länderna 1990–2006	13
Sjukfrånvaro, förtidspensionering, arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet i siffror 1990–2006.....	13
Den nordiska välfärdsstaten i förändring.....	19
En teoretisk betraktelse över de frågeställningar som har format sjukförsäkringen och förtidspensionen i Norden sedan 1990-talet.....	20
4 Regelverket och dess tillämpning	25
Danmark	25
Reglerne på sygedagpengeområdet.....	25
Administration af lovgivningen.....	30
Finland	39
Regelverket i socialförsäkringen.....	39
Rehabilitering.....	46
Island	48
Regelverket inom socialförsäkringen.....	48
Åtgärder som möjliggör återgång i arbete.....	51
Norge	53
Regelverket i socialförsäkringen.....	53
Administrasjon og tillämpning av regelverket.....	56
Sverige	63
Administration og tillämpning av regelverket.....	69
Nordiska länder i jämförelse	76

5 Utvärdering	82
Danmark	82
Strategier for evaluering	82
Evalueringemetoder	84
Resultat	85
Udfordringer for evalueringen.....	86
Finland.....	87
Strategier och metoder för utvärdering.....	87
Några forsknings- och utvärderingsresultat	89
Island	91
Strategier för utvärdering.....	91
Norge	94
Strategier for evaluering	94
Evalueringemetoder	95
Noen resultater	96
Udfordringer for evalueringen.....	96
Sverige.....	99
Strategier för utvärdering.....	99
Utvärderingsmetoder	100
Några resultat	101
Utmaningar för utvärdering.....	102
Utvärdering i nordisk jämförelse	104
6 Strategier för att begränsa sjukfrånvaro och främja återgång i arbete i de fem nordiska länderna – en jämförande analys och några slutsatser	105
Välfärdsstrategier i den postexpansiva fasen	106
Genomförande av politiken – tillämpningen av regelverket för sjukförsäkringen	109
Effekter av politiken	110
Diskussion	110
Referenser	113
Danmark	113
Finland.....	115
Island	117
Norge.....	119
Sverige	121
Statistikbilaga.....	125
Bilaga 1	139
Ansvarsfördelningen för åtgärder för att främja hälsa, arbetsförmåga och återgång i arbete	139
Danmark	139
Norge.....	140
Sverige	142

Sammanfattning

Sjukfrånvaron av anställda har varit hög och varierat kraftigt över tiden i Norge och Sverige under större delen av perioden 1990–2006 medan den har varit låg och stabil i Danmark, Finland och Island. Sjukfrånvaron har under många år varit dubbelt så hög i Norge och Sverige som i Finland och tre gånger så hög som i Danmark och Island. Mer än var tionde person i förvärvsaktiv ålder har på senare år utträtt ur arbetskraften genom uførepensjon (förtidspension) i Norge och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) i Sverige. I de övriga nordiska länderna är andelen 7–8 procent.

Den övergripande frågan i denna rapport är om vi kan identifiera några faktorer i de nordiska socialförsäkringsadministrationernas strategier för tillämpningen av sjukförsäkringen och förtidspensionen¹ som kan ha bidragit till skillnader i sjukfrånvaro och förtidspensionering mellan länderna. Frågan analyseras mot bakgrund av det regelverk som finns i ländernas lagstiftning för sjukförsäkring men också för förtidspension. Syftet är vidare att beskriva skillnader i strategier för utvärdering av dessa försäkringssystem och deras tillämpning.

På senare år har de nordiska ländernas välfärdspolitik tvingats genomgå anpassningar och omstruktureringar för att minska de offentliga utgifterna och begränsa välfärdsstatens expansion. Sammanfattningen av vilka uttryck strategierna har tagit i dessa socialförsäkringar och deras tillämpning struktureras efter Piersons² tre metoder för att begränsa expansionen:

I Mer marknadslösningar, ekonomiska drivkrafter och fokus på individens eget ansvar

• Ekonomiska drivkrafter i sjukförsäkring är i allmänhet svaga

Kompensationgraden i sjukförsäkringen är hög i samtliga nordiska länder. De ekonomiska drivkrafter som finns i försäkringen för att motverka felaktigt nyttjande av dess förmåner är därför tämligen svaga. Ett undantag är Finland, där full lön enligt avtal efter ett par månaders sjukfrånvaro ersätts med betydligt lägre ersättning från sjukförsäkringen. Även arbetsgivaren ges ekonomiska drivkrafter i Finland för att förebygga sjukfrånvaro och underlätta återgång i arbete genom arbetsgivarens ansvar för betydande kostnader för sjukfrånvaron och förtidspensionerna.

¹ Den finska sjukpensionen och invalidpensionen, den norska uførepensjonen och den svenska sjuk- och aktivitetsersättningen kallas här för förtidspension.

² Pierson (2001).

- **Ökat arbetsgivaransvar för åtgärder i Norge och Sverige**

Förenklad har Norge och Sverige satsat på att ge arbetsgivaren ett ökat ansvar under sjukskrivning. I Norge är arbetsplatsen en tydlig huvudarena för arbetet att planera och vidta åtgärder samt följa upp sjukskrivning. Den svenska strategin har på senare tid tagit bort arbetsgivarens skyldighet att utreda arbetstagarens behov av rehabilitering men arbetsgivarens ansvar att vidta och finansiera åtgärder kvarstår. I Danmark har arbetsgivaren inget uppdrag att genomföra åtgärder under sjukskrivning. I Finland har arbetsgivaren ett indirekt ansvar för åtgärder genom sin skyldighet att anordna och delfinansiera företagshälsovård men också ett direkt ansvar att genomföra åtgärder som denna föreslår.

- **Ökade krav på individen i Danmark**

Det danska systemet utmärker sig genom att det lämnar den sjukskrivne individen med ett stort eget ansvar för att så fort som möjligt ta sig tillbaka till arbetslivet. Det innehåller också regelbundna och täta uppföljningstidpunkter under sjukskrivningen. Hotet om uppsägning vid sjukskrivning i Danmark är för nordiska förhållanden ett unikt fenomen och den danska sjukförsäkringen är att betrakta som en omställningsförsäkring. I Finland och Sverige begränsar sig kraven på individen huvudsakligen till skyldighet att medverka i utredningar av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov samt att delta i planerade åtgärder.

II Begränsning av välfärdsförmånernas tillgänglighet

- **En stark portvaktsfunktion har saknats i sjukförsäkringen i Norden – med Finland som undantag**

Frågan om portvaktsfunktionen i sjukförsäkringen, det vill säga försäkringsadministrationens uppgift att bevaka att endast de som har rätt till försäkringens förmåner tar del av dem, har varit central i de flesta nordiska länder. Läkarna har en viktig roll som portvakter i Finland, Norge och Sverige även om försäkringsadministrationen fattar beslut om ersättning. I Island gör läkarna bedömningen av och beslutar om rätten till både sjukpenning och förtidspension. Det utgör kontrast till det danska systemet där kommunerna som försäkringsadministration bär ensamma ansvaret som sjukförsäkringens portvakt. I Norge, Sverige och Island har portvaktsfunktionen för förtidspension stärkts genom att striktare medicinska krav för bedömningen av rätten till ersättning har införts i omgångar. I Finland fungerar portvaktsfunktionen väl och är särskilt stark för förtidspensionen.

Gemensamt för den danska, norska och svenska portvakten är att den ofta har otillfredsställande kunskap om arbetets krav och har därför svårt att sätta aktuell arbetsförmåga i relation till det faktiska arbetet. I Finland stödjer den lagstadgade företagshälsovården portvakten. Arbetsgivaren är skyldig att anlita företagshälsovård som tillhandahåller såväl förebyggande insatser som sjukvård. Företagshälsovården har till uppgift att utreda, utvärdera och följa upp arbetstagarnas hälsotillstånd och arbetsförmåga. Läkarnas roll som

portvakter har ägnats ökad uppmärksamhet i Norge och Sverige på senare år och särskilda utbildningar har anordnats för läkare i hur sjukskrivning bör användas.

III Effektivisering av välfärdsinstitutionernas serviceproduktion

- **Finland satsar förebyggande, Danmark söker snabb väg tillbaka**

Danmark och Finland visar två olika vägar att begränsa sjukfrånvaro. I Finland är tonvikten på förebyggande åtgärder för att främja och upprätthålla hälsa och arbetsförmåga i olika skeden av arbetslivet. Företagshälsovården har här en viktig uppgift. Socialförsäkringen finansierar mer än hälften av företagshälsovårdens åtgärder i förebyggande syfte. Yrkesinriktad rehabilitering är en rättighet, en lagstadgad arbetspensionsförmån, i Finland om det bedöms finnas risk för framtida arbetsförmåga inom fem år.

I Danmark däremot råder en stark ”tillbaka-i-arbete-kultur”, vilket innebär att arbete alltid kommer före bidrag. Införandet av så kallade fleksjob och skånejob, lönesubventionerade arbeten med lägre krav på arbetsförmågan än på den ordinarie arbetsmarknaden, representerar ett nytänkande för att återfå sjukskrivna och förtidspensionärer i arbete i Danmark.

- **Organisationsförändringar för effektivisering av insatser för de sjukskrivna**

Danmark och Norge har nyligen genomfört en strategisk förändring och slagit samman arbetsmarknadsmyndigheten och socialförsäkringsadministrationen för att bättre kunna nå sina mål och effektivisera insatser för de sjukskrivna. I Norge har det skett i form av en ny myndighet, NAV, som även omfattar delar av socialtjänsten. I Danmark har arbetsförmedlingen och delar av kommunens administration ombildats till lokala jobcenter. Stora strukturella förändringar planeras även i Island. I Sverige har en ny myndighet, Försäkringskassan, bildats av 21 självständiga försäkringskassor. Försäkringskassan samverkar med arbetsförmedlingen. Inga slutsatser kan ännu dras i något land om vilken effekt organisationsförändringarna har.

Bristande kunskap om politikens effekter

I samtliga nordiska länder finns stora kunskapsluckor i vilka resultat som uppnås i tillämpningen av sjukförsäkringen och med andra åtgärder i sjukskrivningsprocessen. Framför allt är den *evidensbaserade* kunskapen fortfarande begränsad om vilka effekter särskilda program och åtgärder har för att personer med nedsatt arbetsförmåga ska kunna arbeta. Eftersom tillämpningen av försäkringen ofta innebär en hög grad av bedömningar har handläggarna inte bara stor inverkan på implementeringen av lagstiftning utan bestämmer även den slutliga utformningen av politiken och politikens utfall.

Sverige är det enda land i Norden som har en lång tradition av analyser av åtgärder i sjukskrivningsprocessen, på senare tid med alltmer ökat fokus på

försäkringsadministrationens tillämpning av försäkringen. Resultaten visar att den svenska tillämpningen varken förmår följa regelverkets tidsramar eller tillfredsställa dess krav på omfattning av insatser. I Norge är socialpolitikens måluppfyllelse bristfällig. Det har visat sig vara knutet till svag tillämpning på lokal nivå. När tillämpningen av försäkringen brister minskar möjligheten att utvärdera välfärdspolitiken effekter.

Länder med låg sjukfrånvaro har valt andra strategier än länder med hög sjukfrånvaro

I inledningen noterades att sjukfrånvaron har varit låg och stabil i Danmark, Finland och Island medan den har varit hög och varierat kraftigt i Norge och Sverige. Danmark är ett land med svag anställningstrygghet. Den danska sjukförsäkringen fungerar i hög grad som en omställningsförsäkring och lönesubventionerade arbeten erbjuds dem som har nedsatt arbetsförmåga. I Finland finns en stark portvaktsfunktion, bland annat genom företagshälsovårdens expertroll, och det satsas på att främja och upprätthålla hälsa och arbetsförmåga. Arbetsgivaren har starka ekonomiska drivkrafter att förebygga arbetsrelaterad ohälsa.

I Norge och Sverige förefaller portvaktsfunktionen hittills ha varit svag, företagshälsovården ha en begränsad roll och omfattning, arbetsgivaren ha svaga drivkrafter att arbeta förebyggande och satsningar på subventionerade arbeten för personer med nedsatt arbetsförmåga vara begränsade.

1 Inledning och bakgrund

På senare år har sjukfrånvaron stått högt på den politiska dagordningen i flera nordiska länder. I Norge och Sverige har kraftigt ökade utbetalningar av ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro och varaktigt nedsatt arbetsförmåga aktualiserat frågan om hur återgång i arbete kan ökas och kostnader för sjukförsäkringen respektive uförepensionen (förtidspensionen) minskas. I Island har uppmärksamheten framför allt varit riktad på ökningen av förtidspensioner och i Finland mot förtidspensionerna och arbetslösheten. Åtgärder för att minska sjukfrånvaron har haft stor politisk tyngdkraft även i Danmark på senare år på grund av stigande utgifter för sjukpenning. Danmark tog därför initiativ till att utse sjukfrånvaron som ett satsningsområde under sitt ordförandeskap i Nordiska Ministerrådet år 2005. Initiativet resulterade i en rapport som gav en överblick över de politiska processer som pågick och de politiska initiativ som hade tagits i de nordiska länderna för att minska sjukfrånvaron (Nordiska Ministerråd 2005).

De nationella politiska initiativen styr utvecklingen av de sociala trygghetssystemen och är därför intressanta att studera i ett internationellt perspektiv. Politikens resultat hänger dock samman med genomförandet. Resultaten beror på hur lagstiftningen tillämpas och dess reformer genomförs, vilket i sin tur påverkas av faktorer såsom den ansvariga myndighetens resurser, ledarskap, strategier³ och arbetsmetoder samt personalens kvalifikationer och kompetens. En genomförandeprocess kan bli mer eller mindre framgångsrik beroende på typ av organisation och den inblandade personalens inflytande över beslut (Maynard-Moody m.fl. 1990). I sista hand har myndighetsutövningen av välfärdsbyråkratiers handläggare (frontlinjebyråkratier⁴) inte bara stor inverkan på implementeringen av lagstiftning utan bestämmer även den slutliga utformningen av politiken och politikens utfall (Lipsky 1980, Hvinden 1994).

Inga större granskande jämförelser har ännu genomförts av socialförsäkringsadministrationernas tillämpning av lagstiftningen för sjukförsäkring i de nordiska länderna och deras tillämpning av lagstiftningen för förtidspension i Danmark och Island, uförepension i Norge och sjuk- eller invalidpension i Finland. Administrationernas samverkan med övriga aktörer som gör insatser för att bevara och öka de sjukskrivnas arbetsförmåga och möjlighet till egen försörjning har inte heller utsatts för mera omfattande kritiska nordiska jämförelser. Det saknas således gemensam kunskap om vilka strategier och arbetsmetoder som används i de nordiska länderna i tillämpningen av regelverk för att öka de sjukskrivnas välfärd och i möjligaste mån ta vara på

³ Strategi definieras som ett långsiktigt övergripande tillvägagångssätt (Nationalencyklopedin).

⁴ Frontlinjebyråkrat, även kallad gräsrotsbyråkrat, definieras som en tjänsteman som snarare än att vara nära samhällsmedborgarna bildar en front i mötet med samhällsmedborgarna. Se även Rothstein (1994) och Schierenbeck (2003).

deras arbetsförmåga och om vilka resultat som uppnås. Denna kunskap skulle vara ett värdefullt komplement till de politiska initiativen och översiktliga beskrivningar av trygghetssystemen. Kunskapen om hur strategier och arbetsmetoder i sjukskrivningsprocessen utvärderas i Norden är också knapp.

2 Syfte

Den övergripande frågan som har gett upphov till detta projekt är varför några nordiska länder lyckas bättre än andra att begränsa omfattningen av sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetskraften genom sjuk- eller aktivitetsersättning eller förtidspension⁵ och kostnaderna för dessa. Denna studie syftar till att öka kunskapen om sjukförsäkring och förtidspension och de insatser som de nordiska socialförsäkringsadministrationerna gör för att minska sjukfrånvaro.

Mera specifikt uttryckt syftar projektet till att klarlägga skillnader mellan de fem nordiska länderna i försäkringsadministrationens strategier och arbetsmetoder, såväl i egen verksamhet som i samverkan med andra aktörer, för att effektivt återskapa de sjukskrivnas och förtidspensionerades arbetsförmåga. Regelverk för sjukförsäkring respektive förtidspension samt arbetsgivarnas och berörda myndigheters roller och ansvar ska beskrivas för att öka förståelsen för den institutionella kontexten för strategier och arbetsmetoder. Syftet är vidare att beskriva skillnader i strategier för utvärdering av dessa försäkringssystem och deras tillämpning.

Studien är beskrivande till sin karaktär men identifierar några faktorer som skulle kunna förklara en del av skillnaderna mellan länderna. Ökad kunskap om skillnaderna kan ge inspiration till förbättringar i verksamheten för att få fler i arbete och färre som försörjer sig med sjukpenning eller förtidspension.

Definitioner och avgränsningar

I rapporten används vanligen Försäkringskassa som en gemensam benämning på de myndigheter som administrerar sjukförsäkringen och förtidspensionen i respektive land. I nationella texter används de aktuella benämningarna i respektive land.

Sjukfrånvaro mäts som andelen anställda som är frånvarande på heltid grund av egen sjukdom eller skada under en hel mätvecka oavsett om ersättningen av inkomstbortfall betalas ut av arbetsgivaren eller sjukförsäkringen. Kortare sjukfrånvaro, partiell sjukfrånvaro eller sjukfrånvarons varaktighet utöver mätveckan ingår inte i statistiken. Arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet och mäts på motsvarande sätt under en vecka⁶.

⁵ Sjukpension och invalidpension i Finland, uførepensjon i Norge.

⁶ Arbetskraftsundersökningar (Labour Force Surveys), EUROSTAT. Denna källa används även för statistik som publiceras av Nordisk socialstatistisk komité, NOSOSKO. Arbetskraftsundersökningar baseras på stora urval av befolkningen. I april 2005 infördes en ny EU-anpassad AKU i Sverige, vilket medför att resultaten inte därefter är helt jämförbara med de tidigare undersökningarna.

I övergripande texter som handlar om de fem länderna samtagna kallas den finska sjukpensionen och invalidpensionen och den norska uførepensjonen för förtidspension för att underlätta för läsaren. Detsamma gäller den svenska sjuk- och aktivitetsersättningen som till och med år 2002 kallades för förtidspension och sjukbidrag. I nationella texter används de aktuella benämningarna i respektive land.

Förtidspension syftar till en långvarig eller varaktig ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Förtidspension ska dock inte förväxlas med förtida uttag av (ålders)pension.

Beskrivningar avser sjukförsäkring och förtidspension för anställda, som utgör en stor majoritet av sjukskrivna och förtidspensionerade i samliga fem länder. Även arbetslösa sjukskrivna berörs. Däremot ingår inte egna företagare, studeranden eller hemarbetande i beskrivningarna.

Rapportens innehåll

I kapitel tre ges en kortfattad beskrivning av sjukfrånvarons och förtidspensioneringens utveckling i de nordiska länderna. Kapitlet innehåller också en teoretisk betraktelse över de huvudsakliga frågeställningar som har format sjukförsäkring och förtidspension i Norden sedan 1990-talet som en bakgrund till utvecklingen och dagens försäkring, strategier och arbetssätt. Två av de följande kapitlen är strukturerade i sammanhängande redovisningar för respektive land. Kapitel fyra innehåller beskrivningar av regelverk och ansvarsfördelning för åtgärder för att göra återgång i arbete möjlig efter en sjukfrånvaroperiod. I kapitlet ingår också socialförsäkringsadministrationens tillämpning av regelverket och dess arbetssätt och metoder samt ett sammanfattande avsnitt med jämförelser mellan länderna. I kapitel fem redovisas hur försäkringssystemen och insatser för återgång i arbete utvärderas. Rapporten avslutas med ett gemensamt kapitel för de fem länderna. Strategier för återgång i arbete diskuteras och jämförs. Slutligen diskuteras fördelar och nackdelar med olika strategier och hur den nya kunskapen kan inspirera till förändringar och skapa möjligheter för flera sjukskrivna och förtidspensionerade att återgå i arbete och försörja sig själva.

3 Nedsatt arbetsförmåga och socialförsäkring i de nordiska länderna 1990–2006

I detta kapitel ges en bakgrund till utvecklingen av sjukförsäkring och förtidspension samt de åtgärder som har format dessa försäkringar i de nordiska länderna sedan 1990-talets början. Inledningsvis beskrivs sjukfrånvarons och förtidspensioneringens utveckling mot bakgrund av förändringar på arbetsmarknaden.

Sjukfrånvaro, förtidspensionering, arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet i siffror 1990–2006

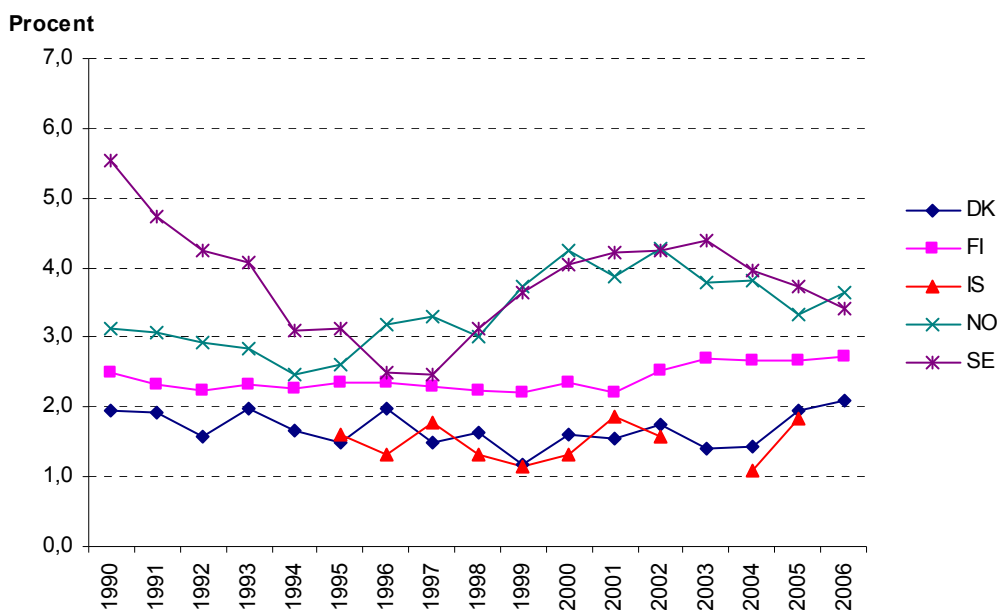
Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom berättigar till en ersättning av inkomstbortfallet vid både tillfällig och varaktig oförmåga att arbeta. När sjukpenning och förtidspension beviljas bestäms av de nationella regelverken. Kriterierna för förmånerna hänger dock nära samman i samtliga nordiska länder. De är så kallade kommunicerande kärn och relationen mellan dem motiverar att sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetskraften genom förtidspension studeras tillsammans för att skapa en helhetsbild av ersättningar på grund av arbetsförmåga. Arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet kan också påverka nivån på sjukfrånvaro och förtidspensioner och presenteras därför som en bakgrundsinformation till nyttjandet av dessa två förmåner.

Sjukfrånvaro

Diagram 1 visar sjukfrånvarons utveckling bland anställda i åldern 20–64 år i de nordiska länderna under perioden 1990–2006. Sjukfrånvaro mäts i diagrammet som andelen anställda som är frånvarande från arbetet på heltid på grund av sjukdom eller skada under den vecka då mätningen gjordes⁷.

⁷ Källa: Arbetskraftsundersökningar (AKU, Labour Force Surveys), Eurostat. Statistiken avser sjukfrånvaron oavsett om inkomstbortfallet har ersatts av arbetsgivaren eller sjukförsäkringen. Sjukfrånvaro på deltid och heltidsfrånvaro som är kortare än en vecka ingår inte i statistiken.

Diagram 1 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år, 1990–2006



Källa: Labour Force Surveys. Eurostat

Sjukfrånvaron av anställda var betydligt lägre i Danmark, Finland och Island än i Norge och Sverige under hela perioden 1990–2006. I genomsnitt var mindre än två procent av de anställda i Danmark och Island och mindre än 2,5 procent i Finland årligen frånvarande på heltid under minst en vecka. Sjukfrånvaron var betydligt högre, på senare år kring fyra procent, bland anställda i Norge och Sverige. Variationerna av sjukfrånvaron över tiden har också varit mycket små i Danmark, Finland och Island i jämförelse med Norge och Sverige.

Anställda kvinnor var sjukfrånvarande i högre grad än anställda män under perioden 1990–2006 i alla fem länder. Skillnaden mellan kvinnor och män var störst i Norge och Sverige. Dessa två länder utmärker sig genom att kvinnor i åldern 25–44 år, men också i åldern 55–64 år, hade en betydligt högre sjukfrånvaro än män i motsvarande åldrar år 2006 (se tabell 1 och 2 i statistikbilagan).

Skillnaden mellan länderna och könen förstärks om jämförelsen i stället görs mellan samtliga kvinnor och män som har mottagit *sjukpenning* från socialförsäkringen⁸. Sjukpenning betalades ut till en betydligt större andel (87 procent) kvinnor än män i Sverige år 2005. I Norge var andelen kvinnor med sjukpenning 59 procent, i Danmark 50 procent och i Finland 16 procent högre än andelen män (NOSOSCO 2007).

Tabell 1 visar sjukfrånvarons varaktighet för sjukfallen som är längre än 14 dagar i Danmark, Finland, Norge och Sverige år 2005.

⁸ Sjukpenningmottagare (samtliga försäkrade) uttryckt i helårsekvivalenter i procent av arbetskraften. Detta mått beaktar även ersättningstidens längd och sjukpenningens omfattning under sjukfallet. De som endast har fått ersättning för inkomstbortfallet från arbetsgivaren ingår inte i denna jämförelse.

Tabell 1 Sjukfrånvarons varaktighet, samtliga sjukpenningförsäkrade år 2005, procent

Antal dagar	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
15–29	30,8	41,6	.	34,7	26,7
30–89	35,5	38,6	.	34,9	33,3
90–179	15,0	9,1	.	13,4	12,6
180–359	10,1	9,8	.	10,6	9,2
360 +	8,6	1,7	.	6,4	18,2
Totalt	100,0	100,0	.	100,0	100,0

Anm. Avslutade sjukskrivningsperioder (längre än 16 dagar i Norge och huvudsakligen längre än 14 dagar i övriga länder).

Källa: NOSOSCO, 2007

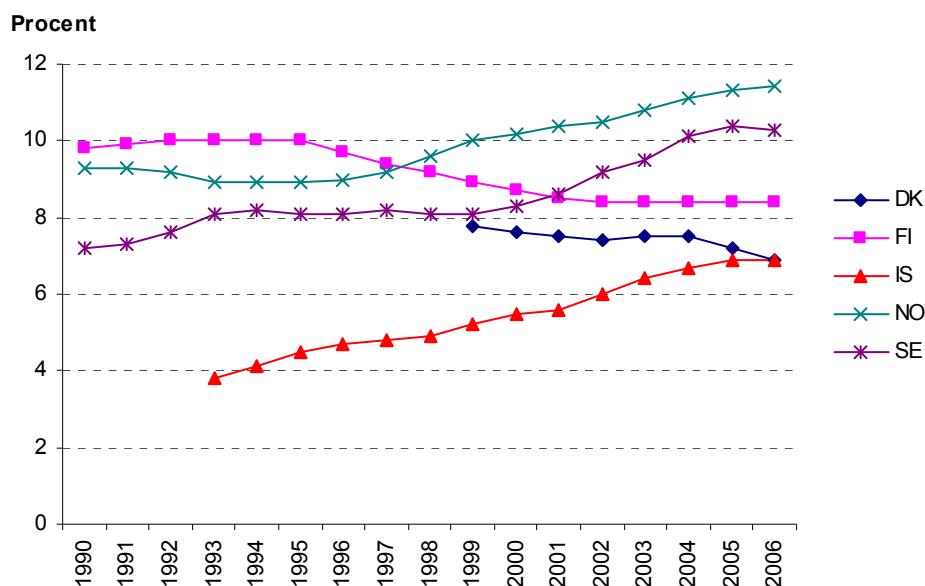
Sjukskrivningsperioderna var kortast i Finland och längst i Sverige. I Sverige finns ingen formell gräns för hur länge sjukpenning kan betalas ut. I andra länder är den begränsad till cirka ett år.

Förtidspensionering

Diaram 2 visar utvecklingen av andelen personer med förtidspension sedan 1990-talets början.⁹ Andelen har ökat i Island, Norge och Sverige. Ökningen har varit kraftigast i Island där andelen förtidspensionärer har nästan fördubblats. Utvecklingen har varit den motsatta i Danmark och Finland där trenden är nedgående. År 2006 var andelen personer med förtidspension högst i Norge och Sverige där mer än var nionde respektive tionde person i de aktuella åldrarna hade denna förmån. I Finland hade var tolfte och i Danmark och Island var fjortonde person förtidspension.

⁹ Danmark: förtidspensionärer i åldern 18–66 år t.o.m. juli 2004, 18–64 år därefter, Finland: 16–64 år, Island: 20–66 år, Norge: 20–66 år (även ”tidsbegränsat uförestönad”) fr.o.m. 2004 och Sverige: 16–64 år t.o.m. 2002, 19–64 år därefter, Island och Norge: 20–66 år, Danmark 18–66 år till och med juli 2004, 18–64 år därefter.

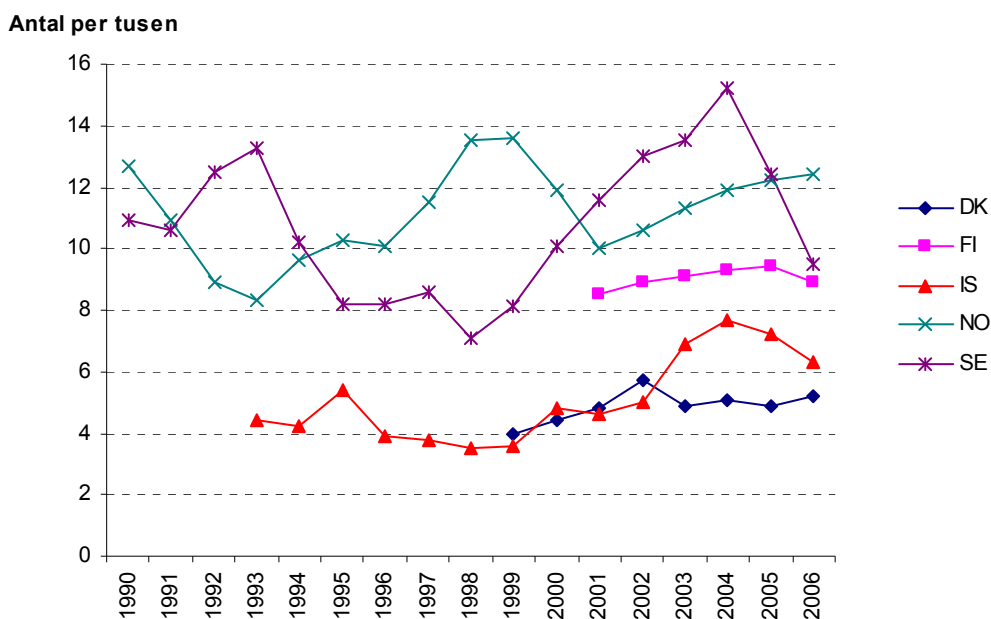
Diagram 2 Förtidspensionärer¹⁰ som andel av befolkningen i motsvarande ålder 1990–2006, procent



Av diagram 3 framgår att nybeviljandet av förtidspensioner har varit mest omfattande i Norge och Sverige under perioden 1990–2006. Det har också varierat kraftigt över tiden. Variationen i Sverige följer mönstret av sjukfrånvaron, dock med ungefär ett års fördröjning. I Norge är förtidspensionering inte lika tydligt kopplad till sjukfrånvarons nivå. Den aktuella trenden pekar på en fortsatt ökning av nybeviljandet i Norge och en relativt kraftig minskning i Island och Sverige. Danmark visar en svagt stigande trend.

¹⁰ Danmark: förtidspensionärer i åldern 18–66 år t.o.m. juli 2004, 18–64 år därefter, Finland: 16–64 år, Island: 20–66 år, Norge: 20–66 år (även ”tidsbegränsat uförestönad” fr.o.m. 2004) och Sverige: 16–64 år t.o.m. 2002, 19–64 år därefter

Diagram 3 Personer med ny förtidspension¹¹ år som andel av befolkningen under risk i motsvarande ålder 1990–2006, antal per tusen



Anm. Befolkningen under risk = befolkning minus personer som senast under föregående år har beviljats förtidspension

Arbetskraftsdeltagande

Arbetskraftsdeltagandet¹² i åldersgruppen 20–64 år är högt i samtliga nordiska länder: knappt 90 procent i Island, drygt 80 procent i Danmark, Norge och Sverige och knappt 80 procent i Finland (2006)¹³. Eftersom de äldre löper större risk än de yngre att drabbas av hälsoproblem som medför nedsatt arbetsförmåga har arbetskraftsdeltagandet i äldre åldersgrupper betydelse för sjukfrånvarons och förtidspensioneringsnivå. Arbetskraftsdeltagandet i åldern 55–64 år har varit konstant högt under det senaste decenniet i Island och ökat i övriga nordiska länder. Ökningen har varit störst i Finland och Danmark. Arbetskraftsdeltagandet i denna åldersgrupp ligger dock fortfarande 5–10 procentenheter högre i Norge och Sverige jämfört med Danmark och 10–15 procentenheter högre jämfört med Finland.^{14 15} Andelen äldre som kan sjukskrivas är således lägre i Danmark och Finland än i Norge, Sverige och Island.

Arbetslöshet

Historiskt har sjukfrånvaron i många länder varit hög under perioder med låg arbetslöshet och omvänt låg under perioder med hög arbetslöshet. Sam-

¹¹ Danmark: förtidspensionärer i åldern 18–66 år t.o.m. juli 2004, 18–64 år därefter, Finland: 16–64 år, Island: 20–66 år, Norge: 20–66 år (även ”tidsbegränsat uförestonad” fr.o.m. 2004) och Sverige: 16–64 år t.o.m. 2002, 19–64 år därefter

¹² Till arbetskraften räknas sysselsatta och arbetslösa. Arbetskraftsdeltagande mäts under en vecka. Källa: Arbetskraftsundersökningar (AKU, Labour Force Surveys), Eurostat.

¹³ Se tabell 3 i statistikbilagan.

¹⁴ Den allmänna pensionsåldern var 67 år i Danmark till juli månad 2004. I Norge och Island är den fortfarande 67 år.

¹⁵ Se tabell 4 och 5 i statistikbilagan.

bandet har varit särskilt tydligt i Sverige (Finansdepartementet 2002). En hypotes säger att sammansättningen av de sysselsatta kan förklara dessa variationer av sjukfrånvaron (sammansättningshypotesen). Vid goda tider kan även personer med nedsatt hälsa kan få arbete, vilket tenderar att öka sjukfrånvaron. På motsvarande sätt ger minskad sysselsättning färre möjligheter för den här gruppen att finna och behålla ett arbete. Denna selektionsmekanism skulle således kunna ligga bakom sammansättningen av de sysselsatta och sjukfrånvarons variationer. En annan teori handlar om arbetslöshetens disciplinerande effekt. Hög arbetslöshet ökar risken för uppsägning, vilket minskar benägenheten att sjukskriva sig. För disciplinerings effekten finns det stöd i forskning (till exempel Arai & Skoman Thoursie 2001, Askildsen m.fl. 2002). Forskning har också visat att arbetslösheten i sig påverkar hälsan negativt, vilket i sin tur leder till att sjukskrivning och förtidspensionering ökar (se till exempel Diderichsen & Janlert 1993).

Under större delen av 1990-talet och 2000-talet har arbetslösheten, uttryckt i andelen arbetslösa av arbetskraften under en mätvecka¹⁶, i åldersgruppen 20–64 år varit lägst i Island (2–3 procent) och i Norge (3–5 procent). Vidare har arbetslösheten i Danmark och Finland minskat kraftigt från höga nivåer i mitten av 1990-talet och låg på 3,5 procent i Danmark och sju procent i Finland år 2006. I Sverige har arbetslösheten varierat över tiden och låg på sex procent år 2006 (se diagram 1 i statistikbilagan). Variationen av arbetslöshet och sjukfrånvaro har följt mönstret hög arbetslöshet – låg sjukfrånvaro och låg arbetslöshet – hög sjukfrånvaro i Sverige under hela perioden 1990–2005. I dag är det ännu för tidigt att uttala sig om år 2006, då båda för första gången minskade samtidigt sedan 1980-talet, kan betecknas som ett trendbrott.

Arbetslösheten är generellt högre bland yngre än bland äldre. Sedan tidigt 1990-tal har arbetslösheten i åldersgruppen 20–24 år varit högst i Sverige och Finland. I den mån de äldre i åldern 55–64 år fortfarande deltar i arbetskraften är de arbetslösa i störst utsträckning i Finland följt av Sverige och Danmark.¹⁷

Kostnader för kompensation av inkomstbortfall under sjukfrånvaro, arbetslivsinriktad rehabilitering och förtidspension

Kostnader för sjukpenning, rehabiliteringspenning vid arbetslivsinriktad (yrkesinriktad) rehabilitering och för förtidspensioner var högst i Norge och Sverige i förhållande till sin bruttonationalprodukt (BNP) under perioden 1990–2006. Danmark och Finland hade betydligt lägre kostnader¹⁸.

¹⁶ Källa: Arbetskraftsundersökningar (AKU, Labour Force Surveys), Eurostat.

¹⁷ Se tabell 7 och 8 i statistikbilagan.

¹⁸ Under perioden 2000–2006 i Danmark och perioden 1997–2006 i Finland.

Tabell 2 Kostnader för sjukpenning/rehabiliteringspenning vid yrkesinriktad rehabilitering från socialförsäkringen och förtidspensioner som andel av bruttonationalprodukt (BNP) 1990–2006, procent

År	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
1990	.	.	.	5,1	4,4
1991	.	.	.	5,2	4,1
1992	.	.	.	5,1	3,5
1993	.	.	0,8	4,9	3,2
1994	.	.	0,9	4,5	3,1
1995	.	.	0,9	4,5	2,9
1996	.	.	0,9	4,6	2,7
1997	.	3,1	1,0	4,7	2,6
1998	.	2,8	1,0	4,9	2,8
1999	.	2,7	1,0	4,8	3,4
2000	3,6	2,5	1,1	5,3	3,7
2001	3,6	2,4	1,1	5,5	3,9
2002	3,6	2,5	1,2	6,0	4,0
2003	3,6	2,5	1,3	6,5	4,2
2004	3,4	2,4	1,4	6,3	4,0
2005	3,2	2,4	1,5	6,0	3,9
2006	3,0	2,3	1,5	5,9	3,6

Anm. Kostnaderna är inte helt jämförbara. I tre länder ingår även personer i åldern 65–66 år (i Danmark 2000–2003, i Norge 1990–2006 och Island 1993–2006).

Danmark: Endast dagersättningar sjukpenning och rehabiliteringspenning (uddannelse) samt förtidspension ingår. Utgifter till rehabilitering, fleksjob och fleksydelse ingår inte.

Island: Endast Tryggingastofnuns (TR, Försäkringskassan) kostnad (sjukpenning, rehabilitering och förtidspension). Arbetsgivarnas, sjukersättningsfondernas och pensionsfondernas del i sjuklön, sjukpenning och invalidpension har varit ca 50 procent större än TR-delen.

Norge: BNP för Norge anges exklusive oljeinkomster. Rehabiliteringspenning inte begränsad till yrkesinriktad rehabilitering.

De totala kostnaderna i Island (se anmärkning) torde ligga mellan de norska och svenska kostnaderna.

Kostnaderna uppvisar en minskande trend i Danmark och Finland på senare år, en kraftigt ökande trend Island och ett varierande mönster i Norge och Sverige. Inte överraskande har kostnaderna ökat under perioder av hög sjukfrånvaro i Norge och Sverige. Relativt stabil sjukfrånvaro och minskat antal förtidspensionärer torde förklara minskade kostnader i Danmark och Finland över tiden.

Den nordiska välfärdsstaten i förändring

Sett i ett historiskt internationellt perspektiv karakteriseras de nordiska länderna av hög sysselsättning vilket varit en förutsättning för att kunna upprätthålla en generös välfärd. Arbetsmarknadskrisen på 1990-talet drabbade dock Finland och Sverige hårt. Hjälpbehoven i samhället ökade och förutsättningarna att vidmakthålla en lika hög nivå på offentliga transfereringar och tjänster minskade. Både Finland och Sverige tvingades till sparåtgärder och upplevde nivåer av hög arbetslöshet och låg sysselsättning som var jämförbara med den verklighet som rådde i många andra europeiska länder. Även Island upplevde en markant ökad arbetslöshet i början av 1990-talet. Situa-

tionen i Danmark och Norge var bättre och ländernas ekonomiska utveckling var gynnsam under den här perioden. Norge expanderade sina välfärdsystem medan Finland och Sverige tvingades till stora nedskärningar i de offentliga utgifterna. Under senare delen av 1990-talet återhämtade sig dock Finland och Sverige från den djupa lågkonjunkturen (SCB 2007).

I dag är de nordiska länderna fortfarande internationellt ledande ifråga om välfärd med uppvisad låg fattigdom, små inkomstskillnader och gynnsam konkurrensförmåga jämfört med många andra industriländer (*ibid.*, UNDP 2003). Men den ekonomiska krisen och dess efterverkningar i Finland och Sverige har rest frågor om hållbarheten i de nationella välfärdssystemen. I en globaliserad värld där arbetsmarknaden genomgått en strukturomvandling ställs nya krav och en åldrande befolkning medför ett ökat tryck på välfärdssystemen.

För att beskriva de anpassningar och omstruktureringar som välfärdspolitikerna tvingats genomgå i Norden på senare år kan begreppet ”postexpansiv välfärdsstat” användas (Julkunen 2001a; 2001b, jämför Pierson 2001). När välfärdsstatens ekonomiska villkor karakteriseras av ”konstant knapphet” (permanent austerity) riskerar diskrepansen mellan å ena sidan medborgarnas förväntningar och behov av service och å andra sidan välfärdsstatens möjlighet att tillfredsställa behoven att öka. Pierson definierar tre olika metoder att begränsa välfärdsstatens expansion. En är att nyttja marknadslösningar inom socialpolitiken, betona vikten av ekonomiska drivkrafter och individens eget ansvar för sin välfärd (recommodification). Den andra metoden är att begränsa välfärdsförmåner i nivå, omfattning, kvalitet och tillgänglighet (cost-containment). Den tredje är att med hjälp av innovativa lösningar effektivisera välfärdsinstitutionernas ”serviceproduktion” genom exempelvis nya rehabiliteringsmodeller (recalibration).

Det är tydligt att de nordiska ländernas välfärdspolitik har inslag av samtliga tillvägagångssätt och att den balanserar mellan dessa för att upprätthålla en god välfärd med dagens krav. De frågeställningar som varit centrala i de nordiska länderna under den här tiden och som format sjukförsäkringarna och förtidspensionerna beskrivs i nästa avsnitt.

En teoretisk betraktelse över de frågeställningar som har format sjukförsäkringen och förtidspensionen i Norden sedan 1990-talet

Mer marknadslösningar, ekonomiska drivkrafter och fokus på individens ansvar

I alla de nordiska länderna är tanken om arbetslinjen en grundbult i synen på den enskilde individen i socialförsäkringen. Idén om arbetslinjen har en stark historisk tradition och begreppet är flertydigt. Det inbegriper dels arbetsmoral och ansvar, dels den enskildes rätt till arbete. Grunddefinitionen av arbetslinjen är att aktiva åtgärder för att hjälpa människor att försörja sig själva är att föredra framför passivt utbetalande av stöd (Socialförsäkringsutredningen 2005). Tanken om arbetslinjen fick förnyad kraft i början på

1990-talet då portvaktsfunktionen¹⁹ i sjukförsäkringen betonades samtidigt som vikten av aktiva åtgärder blev centrala politiska frågor i Danmark, Norge och Sverige. En politisk diskussion om vikten av rehabiliterande åtgärder för att öka arbetsförmåga och återgång i arbete väcktes först tio år senare i Island, in på 2000-talet.

Kraven på den enskilde individens aktiva medverkan under sin sjukskrivning har förtydligats och i både Danmark och Norge har snarlika regler om aktivitetskrav införts som innebär att den sjukskrivne kan förlora sin ersättning om kravet inte uppfylls. Samtidigt har handläggningen av sjukfallsärenden inom de olika ländernas försäkringsadministrationer utvecklats och förhållningssättet gentemot den enskilde individen förändrats. Nya metoder och bedömningsinstrument betonar individens styrkor och delaktighet för att främja att den sjukskrivne tar ett större ansvar för sin egen återgång till arbetslivet. Faktisk funktions- och arbetsförmåga lyfts fram medan sjukdom och dess begränsningar får mindre vikt. Handläggarna av sjukförsäkringen ska ha en mer handledande roll som ger individen utrymme och förutsättningar att ta kommandot över sin egen situation.

Ersättningsnivåerna i det svenska systemet är generellt sett höga men har sänkts i omgångar under perioden 1991–1997 och 1993 infördes dessutom en karensdag vilket saknas i de andra länderna. Sänkningarna berodde i första hand på besparingskrav under krisåren men är samtidigt ett sätt att öka individens drivkraft att återgå i arbete och lämna försäkringen. Den nuvarande regeringens politik betonar drivkrafter för den enskilde och förslag om ytterligare karensdagar och sänkning av ersättningsnivåer har förts fram.

Det danska systemet har i jämförelse med de andra nordiska länderna en kärvare hållning gentemot den enskilde individen i ett par avseenden. Dels är anställningsskyddet vid sjukdom svagt och anställda kan sägas upp²⁰ under sjukskrivning. Dels innebär en nyligen genomförd omarbetning av lagstiftningen om sjukpenning att sjukförsäkringen i praktiken kan beskrivas som en omställningsförsäkring i vilken den enskilde får ta stort eget ansvar för att så fort som möjligt återvända till arbetsmarknaden.

Arbetsmiljön som orsak till ohälsa har varit en central fråga i den norska och den svenska debatten om de ökande sjukskrivningarna ända sedan slutet på 1980-talet, vilket tydligt återspeglas i ländernas politik som successivt ökat arbetsgivarens ansvar och kostnader för sjukfrånvaron.

I Sverige genomfördes en rehabiliteringsreform 1991 som gav arbetsgivaren förstahandsansvaret för att utreda rehabiliteringsbehov och vidta åtgärder för en effektiv rehabilitering. Ytterligare en del i reformen var införandet av en

¹⁹ Med portvaktsfunktion avses uppgiften att bevaka att endast de som har rätt till försäkringens förmåner tar del av dem.

²⁰ Tidigare gällde endast en månads uppsägningstid vid avskedande efter 120 dagars sjukskrivning. Det har ändrats och idag gäller normal uppsägningstid för de allra flesta vid avskedande på grund av sjukdom. Tjänstemän har dock ett lite starkare skydd än arbetare på så sätt att den anställdes hälsosituation ska värderas av en hälsonämnd innan ett avskedande kan verkställas.

generell sjuklöneperiod på 14 dagar²¹. I Norge var arbetsgivarperioden 14 dagar fram till 1998 och har därefter varit 16 dagar.

Mot bakgrund av den stadigt ökande sjukfrånvaron i Norge på 1990-talet diskuterades både ersättningsnivåer och arbetsgivarnas medfinansieringsansvar. För att motverka ytterligare ökning av sjukfrånvaro och hoten om ändring av sjuklönelagen ingick parterna på arbetsmarknaden och myndigheterna hösten 2001 ett samarbetsavtal som förpliktigade dem till att arbeta för att reducera sjukfrånvaron. Detta samarbete mellan parterna är fortfarande grunden för uppföljningen av sjukfrånvaron i Norge. Även i Sverige har arbetsgivarna haft ett medfinansieringsansvar under en kortare period åren 2005–2006.

I Danmark finns det en tradition av att engagera arbetsgivare genom olika påverkansinsatser och ekonomiska drivkrafter i form av ”rehabiliteringsbidrag”, ”fleksjobb” och andra ekonomiska lättnader. Fleksjobben innebär försumbara kostnader för statliga arbetsgivare. Frågan om sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetsmiljö har varit viktig även i Danmark men strategin har varit annorlunda. Nationella kampanjer och olika utvecklingsprojekt har genomförts för att stärka möjligheter till arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga. I mitten på 1990-talet ledde kampanjen: ”Virksomhedernes sociale ansvar” fram till ett tätare samarbete lokalt mellan kommuner och arbetsgivare utifrån mottot att sjukfrånvaron angår alla och att det inte endast är myndigheternas ansvar att stå för försörjningen när arbetsförmågan är nedsatt.

De danska, finska och isländska systemen är mest marknadsorienterade. I Danmark har staten endast en begränsad ekonomisk inblandning i sjukförsäkringen. Huvudansvaret för sjukfrånvaron vilar på kommunerna och arbetstagaren. I Finland bär arbetsgivaren ett stort kostnadsansvar som inte begränsas till sjukskrivningarna utan även till del omfattar förtidspensioner och rehabiliteringsersättning. I Island står arbetsgivaren utöver sjuklönen även för en stor del av kostnaderna för såväl sjukpenning som förtidspension.

Begränsning av välfärdsmånenas tillgänglighet

I början av 1990-talet kom portvaktsfunktionen att betonas allt mer i främst Norge och Sverige men något senare även i de andra nordiska länderna. Striktare regler för att begränsa inflödet i försäkringen har införts och ett ökat fokus har riktats mot läkarna i deras roll som portvakter i försäkringen. Framför allt har olika åtstramningar av beviljandereglerna för förtidspension genomförts. Möjligheten att av andra skäl än strikt medicinska så som sociala, ekonomiska eller arbetsmarknadsmässiga, få förtidspension har strypts.

I Danmark, Norge och Sverige har läkarnas roll diskuterats och förändrats. Nya läkarintyg fokuserar på arbetsförmågan och det har gjorts stora satsningar på utbildning i försäkringsmedicin för sjukskrivande läkare.

²¹ Sjuklöneperioden har ändrats flera gånger under perioden 1997–2007 till 28, 14, 21 och återigen 14 dagar.

I Finland har sjukskrivande läkare sedan länge haft en central roll som portvakter. På senare tid har det satsats stort på utbildning för sjukskrivande läkare i bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

I Island är situationen i någon mening den omvända. Läkarna har traditionellt en stark och självständig roll i bedömningen av rätten till ersättning. På senare tid har denna rätt ifrågasatts och behovet av kompletterande specialistexpertis i bedömningarna har påtalats.

Debatten i Finland har på 2000-talet haft den bredare ansatsen att på olika sätt skapa ett arbetsliv som främjar medborgarnas fullvärdiga deltagande under ett helt förvärvsaktivt liv. En viktig målsättning har varit att minska tidigt utträde från arbetskraften och den relativt stora andelen förtidspensionärer har varit en viktigare samhällsfråga än sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron har på senare tid ökat i Finland och i och med det har frågan fått visst utrymme i den finska debatten. Ökningen är ett trendbrott eftersom sjukfrånvaron historiskt varit stabil. Den finska ansatsen har även inneburit stora satsningar på förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att ta tillvara och upprätthålla arbetsförmåga. Fokus är därmed koncentrerat till ett tidigare steg i processen jämfört med de andra nordiska länderna. Det kan förmodligen förklara varför sjukförsäkringens roll som portvakt för att begränsa inflödet till försäkringen inte är en lika framträdande fråga i den finska debatten. Desto centralare har den höga arbetslösheten och sysselsättningsfrågan i stort varit i Finland under 1990-talet och fram till idag.

Effektivisering av välfärdsinstitutionernas serviceproduktion

I Norge och Sverige har effektiviseringsarbetet av välfärdsinstitutionerna främst bestått av samarbete mellan arbetsmarknadsmyndigheten och socialförsäkringsadministrationen. Även Danmark har genomfört liknande förändringar. Som konkreta åtgärder för sjukskrivna och förtidspensionerade infördes så kallade flexjobb och skånejob i slutet på 1990-talet i Danmark. Slutligen har Finland utan jämförelse den mest utvecklade serviceproduktionen i form av förebyggande och arbetslivsinriktade åtgärder och program för främjandet av arbetsförmågan.

Norge har en lång historia av samarbete mellan tidigare Aetaten och Trygdeetaten (motsvarande Arbetsmarknadsmyndigheten och Försäkringskassan). I och med sammanslagningen av de båda myndigheterna samt delar av Sosialetaten (motsvarande socialtjänsten) till den nya Arbeids- og velferdsetaten (NAV), fick samarbetet en permanent lösning på nationell, regional och lokal nivå i juli 2006. En viktig orsak till reformen var att många ”föll mellan stolarna” och åtgärder sattes in utan att se den enskildes samlade behov. Det erkändes öppet att uppdelningen av hjälpinsatser mellan flera myndigheter ledde till inläsningseffekter.

Några år tidigare, 2001, skedde en omorganisering på departementsnivå i Danmark. Ansvar för frågor rörande arbetslösa, sjukskrivna, rehabilitering, flexjobb och förtidspensionerade var tidigare fördelade på två olika departement, Arbejdsministeriet (Arbetsdepartementet) och Socialministeriet (Socialdepartementet). Frågorna samlades på det nya Beskæftigelsesministeriet (Arbetsdepartementet). Några år dessförinnan etablerades ett lokalt samverkansorgan i Danmark som kan beskrivas som en samverkanskommit-

té i vilken representanter från kommunen, arbetsgivarna, de fackliga organisationerna, läkare och handikapporganisationer ingår. Kommittén tilldelas medel som ska användas till lokala projekt som på olika sätt främjar hälsa på arbetsplatserna och skapar arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga. I januari 2007 genomfördes en strukturreform av kommunerna i vilken arbetsförmedlingen och kommunens arbetsmarknadsavdelning ombildades till lokala jobbcenter. Det tidigare samverkansorganet ersattes då av ett beständigt samarbetsorgan – ett lokalt så kallat beskæftigelsesråd (LBR) – som tillhör de lokala jobbcentren.

Eftersom intentionerna i den svenska rehabiliteringsreformen inte fått det genomslag som lagstiftaren förväntade har flera statliga utredningar²² haft i uppdrag att föreslå förändringar. I uppdragen har ansvarsfördelningen inom rehabiliteringsverksamheten mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård, Försäkringskassa, arbetsmarknadsmyndigheter och kommuner varit i fokus. Utredningarnas förslag har dock inte lett till genomgripande förändringar i ansvarsfördelningen eller i rehabiliteringsverksamhetens villkor och innehåll. Det som däremot skett är förstatligandet av Försäkringskassan och bildandet av en sammanhållen myndighet 2005 med syfte att skapa bättre förutsättningar att styra och leda arbetet. Olika former av samverkan mellan berörda myndigheter har prövats i omgångar sedan flera decennier. Sedan 2002 har samarbetet mellan Arbetsmarknadsmyndigheten och Försäkringskassan intensifierats och formaliserats i nationella handlingsplaner. Åren 2006–2008 får sjukvårdshuvudmännen en miljard kronor per år att använda för att effektivisera sjukskrivningsprocessen. De åtgärder som vidtas ska ske efter överenskommelse med Försäkringskassan. Målet är att minska sjukskrivningarna.

I Island saknas lagstiftning eller nationella regler kring ansvar för rehabilitering eller åtgärder. Frågan är dock aktuell och en regelstruktur för hur ansvarsfördelning och finansiering av rehabiliteringsåtgärder ska se ut diskuteras på regeringsnivå och inom arbetsmarknadsmyndigheterna.

Utöver de organisationsförändringar som genomdrivits i syfte att effektivisera försäkringsadministrationerna i de olika länderna har ett omfattande utvecklingsarbete för enhetliga och effektiva handläggningsprocesser genomförts i Danmark, Norge och Sverige. De nya processerna innebär tätare uppföljningstidpunkter i sjukfallen med starkt fokus på att ta tillvara arbetsförmåga och verka för successiv återgång i arbete.

²² 1998, 2000, 2001 och 2006.

4 Regelverket och dess tillämpning

Danmark

Reglerne på sygedagpengeområdet

Økonomiske ydelser ved sygdom

I Danmark finansierer arbejdsgiveren fuldt ud de første 15 dage af en sygdomsperiode. Herefter er det afhængig af hvilke overenskomst, der er indgået mellem arbejdsmarkedets parter om arbejdsgiveren har yderligere lønudgifter. Hovedparten af danske lønmodtagere har aftaler i deres overenskomst, der betyder at de får udbetalt fuld løn under hele sygdomsforløbet, så længe de har deres ansættelse i behold. Den resterende del af arbejdsstyrken, typisk ufaglærte grupper og løst ansatte, har en lønnedgang efter de første 15 dages sygdom til 90 procent af lønnen, dog maksimalt sygedagpengebeløbet, der i 2006 udgør 107,06 kr. i timen.

Betaler arbejdsgiveren løn under sygdom, er det arbejdsgiveren der får udbetalt sygedagpengebeløbet fra kommunen. Hvis arbejdsgiveren ikke udbetaler løn, udbetaler kommunen sygedagpengebeløbet direkte til lønmodtageren.

Arbejdsgiverne i Danmark kan afskedige ansatte på grund af sygdom og under sygdom.

De økonomiske ydelser under sygdom udbetales af kommunerne og finansieres via skattesystemet i Danmark. Den økonomiske byrde er fordelt mellem stat og kommune, således at det er kommunen, der administrerer og bevilger ydelserne, med refusion fra staten. Refusionen fra staten er forskellig afhængig af ydelsen.

De økonomiske ydelser ved sygdom er sygedagpenge, revalideringsydelse/løntilskud og kontanthjælp. Viser det sig at sygdomsforløbet fører til en varig nedsættelse af arbejdsevnen i et hvert erhverv, svarende til 50 procent eller 1/3, er der i Danmark desuden ydelser i form af løntilskud til brug for at skabe ansættelse på særlige vilkår i fleksjob eller ledighedsydelse indtil opnåelse af fleksjob. Er arbejdsevnen nedsat i et omfang, så fleksjob ikke er realistisk, kan der bevilges førtidspension, eventuelt kombineret med en ansættelse med løntilskud (skånejob). Er der tale om en kronisk eller langvarig fysisk/psykisk lidelse kan der til arbejdspladsen eller den ansatte ydes økonomisk støtte til personlig assistance og hjælpemidler.

Ydelserne ved midlertidig sygdom og nedsat arbejdsevne:

Sygedagpenge ydes til sygemeldte ansatte, sygemeldte selvstændige eller sygemeldte arbejdsløse. Ved overenskomst der berettiger til fuld løn under sygdom, udbetaler arbejdsgiveren den sædvanlige løn og får sygedagpengene fra kommunen. Ellers får sygemeldte sygedagpengebeløbet, som maksimalt beregnes som beregnes som 90 % af hidtidig løn, dog maksimalt 107,06 kr. i timen (2006). Denne beregningsform indebærer, at jo højere løn man har, des mindre bliver dækningen ved sygemelding. En sygemelding kan både ske på hel tid eller deltid. En delvis sygemelding skal være på mere end 4 timer ugentlig, men timetallet er derudover afhængig af situationen. Tilsvarende kan man delvis raskmelde sig efter en fuldtidssygemelding. Som hovedregel kan man maksimalt modtage sygedagpenge i 1 år, men der er mulighed for forlængelse, hvis man eksempelvis afventer revalidering, søger pension eller har en meget alvorlig lidelse hvor den medicinske rehabilitering ikke kan gennemføres indenfor varighedsgrænsen. Forlængelse kan ske i op til 2 år.

Revalideringydelse/løntilskud kan bevilges ved nedsættelse af arbejdsevnen i situationer hvor revalidering kan bidrage til, at den sygemeldte kan blive hel eller delvis selvforsørgende. Målet er altid den korteste vej tilbage til arbejdsmarkedet. Revalideringsydelse kan udbetales i maksimalt 5 år. Ved revalidering i form af uddannelse udbetales en fast månedlig ydelse svarende til sygedagpenge. Ved praktisk revalidering på en virksomhed udbetaler arbejdsgiveren som minimum begyndelseslønnen for arbejdsområdet. Virksomheden modtager i sådanne tilfælde løntilskud fra kommunen. Størrelsen af løntilskuddet er afhængig af arbejdsevnen.

Kontanthjælp kan bevilges i de situationer, hvor man er sygemeldt, men ikke har ret til sygedagpenge. Kontanthjælpens størrelse er afhængig af familiens økonomiske situation, hvilket kan betyde en nedsættelse eller helt bortfald af ydelsen. Niveaue kan maksimalt ligge på niveau med sygedagpengebeløbet.

Oversigt over samtlige ydelser ved sygdom og nedsat arbejdsevne

Ydelse	Vilkår	Niveau	Tidsperiode
Sygedagpenge	Forhindret i at arbejde på grund af sygdom Krav til borger om aktiv medvirken Opfølgingsplan fra kommunen	Er den sygemeldte ansat, afholder arbejdsgiver den fulde lønudgift de første 15 dage. Har den ansatte en overenskomst der berettiger til fuld løn under sygdom, udbetaler arbejdsgiveren den sædvanlige løn og får sygedagpengene fra kommunen, svarende til 90% af indkomst, maksimalt 107,06 kr. i timen (2006) Betaler Arbejdsgiver fuld løn, har arbejdsgiveren en lønudgift svarende til forskel mellem lønniveau og refusionsstørrelse. Modtager man ikke løn får man udbetalt 90% af indkomst, maksimalt 107,06 kr. i timen (2006) fra kommunen Ved delvis sygemelding og delvis raskmelding sker udbetalingen for de timer man er sygemeldt.	Indtil et år, men kan forlænges
Revalidering	Arbejdsevnen er nedsat og revalidering kan betyde hel/ delvis selvforsørgelse Revalideringsplan	Ved praktisk revalidering får revalidenden udbetalt begyndelsesløn fra arbejdsgiver, som modtager løntilskud afhængigt af arbejdsevne, maksimalt 107,06 kr. i timen (2006). Ved uddannelse får revalidenden udbetalt revalideringsydelse af kommunen, 14.452 kr. pr. måned (2006).	Max 5 år. Målet er altid den korteste vej tilbage i arbejde
Fleksjob	Arbejdsevnen er varigt nedsat til maksimalt 50%. Ingen minimumskrav	Fleksjobbereren får udbetalt løn fra arbejdsgiver, som fra kommunen får refusion af lønudgiften på enten 1/2 eller 2/3 af mindste overenskomstmæssige løn for faget, afhængigt af arbejdsevnen. Arbejdsgiver kan maksimalt få udbetalt refusion på 395.000 kr. (2006) årligt. Arbejdsgiveren får refunderet sygedagpenge allerede fra 1. sygedag	Ubegrænset Aftalen følges op og justeres som samarbejde mellem kommune, virksomhed og fleksjobber
Ledighedsydelse	Udbetaling kræver at man har fået tilkendt fleksjob, men ikke har ansættelse Arbejdssøgende Opfølgingsplan	Ledighedsydelsen udbetales af kommunen og beregnes i forhold til forudgående indtægt, men maksimalt 3.035 pr. uge (2006), hvilket svarer til 91% af arbejdsløshedsunderstøttelsen. Minimumsbeløbet er 2.735 pr. uge, hvilket svarer til 82% af understøttelsen	Ubegrænset. Krav til aktivitet mhp. Opnåelse af job
Kontanthjælp	Aktiv medvirken til forbedring af jobmuligheder	Beløbsstørrelsen afhænger af familiens økonomiske situation. Niveauet kan maksimalt ligge på niveau med det maksimale sygedagpengebeløb /understøttelse	Ubegrænset. Krav til aktivitet til opnåelse af job
Personlig assistance	Fysisk eller psykisk lidelse	Kommunen yder arbejdsgiver refusion af udbetalt mindsteløn (106 kr. i timen) til ansættelse af hjælp til udførelse af konkrete arbejdsopgaver, maksimalt 20 timer ugentlig. Mulighed for refusion på faglært niveau, hvis denne faglighed kræves.	Ubegrænset, men behovet vurderes 1 gang årligt
Førtidspension	Arbejdsevnen er varigt nedsat i et sådant omfang, at uanset muligheder for støtte efter lovgivningen, herunder fleksjob, vil personen ikke være i stand til at blive selvforsørgende ved arbejde.	Fra den 1. januar 2003 er der kun én sats for førtidspension. Den svarer til højeste dagpengesats, (14.452 pr. måned, 2006 niveau). Dertil kan ydes økonomisk støtte ved behov for praktisk hjælp i hjemmet m.m.	
Ansættelse med løntilskud til førtidspensionister	Tilkendt førtidspension	Lønudbetaling fra arbejdsgiver. Lønstørrelse afhængig af aftale mellem virksomhed og medarbejder. Arbejdsgiver får refusion af lønudgiften fra kommunen, til 21,42 kr. I timen (2006 niveau)	Ubegrænset

De danske lovregler omkring udbetaling af ydelser og indsatser fra myndighed, arbejdsgiver og den enkelte person er reguleret i flere forskellige love, se referenceliste.

Ansvarsfordeling

I Danmark er det kommunerne, der har opgaven med administration af sociale ydelser og ordninger. Varetagelsen af samarbejde med den sygemeldte og arbejdsgivere ligger i kommunens jobcenter.

For at få udbetalt sygedagpenge, er det et krav, at den sygemeldte udfylder spørgeskema og møder op til en personlig samtale, så kommunen kan vurdere risiko for længerevarende sygemelding og behov for hjælp. Der er krav i lovgivningen om, at den sygemeldte borger selv er aktiv medvirkende til behandling og aktiviteter med henblik på at opnå raskmelding.

I Danmark kan man afskediges på grund af sygdom og under sygdom. Sygefraværsområdet i Danmark er derfor præget af stor forskel på ansattes muligheder, beroende på den enkelte arbejdsgivers holdning til og håndtering af sygdom. Der er i Danmark ikke krav til virksomhederne om aktiv medvirken overfor sygemeldte ansatte. Det eneste krav, der eksisterer i lovgivningen, er, at virksomhederne overholder tidsfrist ved anmeldelse af sygdom til kommunen for at kunne få udbetalt sygedagpengerefusionen. Som et nyt initiativ er der lavet en internetportal www.virk.dk som servicerer virksomhederne mht. blanketter, ansøgninger og rådgivning om initiativer på områder som fravær og arbejdsfastholdelse. Men lovgivningen indeholder ikke tilbud om en egentlig rådgivning til og inddragelse af arbejdsgiver i en konkret sygdomssituation.

Kommunen kan vælge at inddrage sundhedsvæsenet (egen læge, Arbejdsmedicinsk klinik, behandlende sygehuslæge og andre), revalideringscentre, arbejdsgivere og andre aktører i opfølgningen af sygedagpengeudbetalingen, men kommunikationen og koordineringen mellem de forskellige involverede instanser og aktører sker ikke automatisk. Tilbagemeldinger og løbende opdateringer i forhold til sundhedsvæsen, andre aktører og arbejdsgiver er heller ikke en integreret del af forløbet. Risikoen i Danmark er således at kommunens opfølgning bliver ”punktvis”, afventende og ukoordineret. Det betyder at de muligheder arbejdsgiveren har for eksempelvis at finde andre egnede arbejdsopgaver, så en hel eller delvis raskmelding kan fremskyndes ikke anvendes.

I lovgivningen lægges blot op til at arbejdsgiver, faglig organisation og andre aktører inddrages med det formål at skabe en mere tværfaglig og helhedsorienteret opfølgning.

Forskellige nyere forsøg i Danmark, på tværs af den nuværende ansvarsfordeling, viser, at en sygemelding kan undgås, eller at en raskmelding fremskyndes, gennem en tidlig og tværfaglig rådgivning til både arbejdsgiver og den ansatte. Et samarbejde, der giver grundlag for at finde en arbejdsmæssig løsning.

Information omkring detaljerne i ansvarsfordeling fremgår af bilag 1.

Hvilke indsatstyper udbyder de forskellige aktører?

Arbejdsmiljøaktiviteter, herunder forebyggelse af sygefravær, er i Danmark et arbejdsgiveransvar. Arbejdsgiverne kan indhente rådgivning fra Arbejdstilsynet og private arbejdsmiljørådgivere omkring forebyggende initiativer. Arbejdstilsynet er samtidig den statslige myndighed, der fører tilsyn med virksomhederne. Ved sygdom er det arbejdsgivers pligt at anmelde fraværet til kommunen inden 4 uger, hvis der ønskes refusion. Er sygefraværet forårsaget af en arbejdsskade eller arbejdsulykke, skal der ske en anmeldelse til arbejdstilsyn /arbejdsskadestyrelse.

Det er kommunen der har ansvaret for den arbejdsmæssige rehabilitering i samarbejde med den sygemeldte, mens det er den praktiserende læge, der er tovholder for sundhedsvæsenets behandling.

Forebyggelse af fravær og hjælp under sygefravær

	Opgaver	Ansvarlig aktør	Finansiering af opgaver
Forebyggelse på arbejdspladsen	Vurdering af arbejdspladsens sikkerheds- og sundhedsforhold (APV) Indretning af arbejdspladsen, arbejdsredskaber og fordeling af arbejdsopgaver Arbejdstilsynet udfører screening, som kontrol af arbejdsmiljøet	Arbejdsgiver Arbejdsgiver Arbejdstilsynet	Arbejdsgiver Arbejdsgiver Staten betaler Arbejdstilsynet Arbejdsgiver betaler arbejdsmiljørådgivere
Opgaver på arbejdspladsen under sygemelding	Sygemelding pga. arbejdsbetingede lidelser /ulykke skal enten anmeldes til Arbejdstilsynet, forsikring eller Arbejdsskadestyrelsen. Sygemelding skal anmeldes til kommunen senest ved 4 ugers sygdom for at få refusion.	Arbejdsgiver Arbejdsgiver	Virksomheden har pligt til at tegne arbejdsskadeforsikring. Ved sygdom har arbejdsgiver den fulde udgift de første 15 dage.
Opgaver udenfor arbejdspladsen under sygemelding	Udredning af behandlingsbehov og behandling Opfølgning ved samtale, vurdering af behov for udredning. Refusion af udgift ved sygdom Opfølgende samtaler Vurdering af arbejdsevne Arbejdsprøvning Personlig assistance Revalidering Fleksjob	Sundhedsvæsenet Kommune Kommune Kommune Kommune Kommune Kommune Kommune Kommune Kommune Personen er ansvarlig for at udøve en aktiv indsats.	Region/stat Kommune/stat Kommune/stat Kommune/stat Kommune/stat Kommune/stat Kommune/stat Kommune/stat
Opgaver for at få et nyt arbejde (skånejob)	Afklaring af arbejdsevnen, jobsøgning, kvalificering, revalidering eller jobskabelse	Kommune Personen er ansvarlig for at udøve en aktiv indsats – slet respen af sætningen	Kommune/stat

Administration af lovgivningen

På centralt niveau er den beskæftigelsesmæssige indsats samlet i Beskæftigelsesministeriet, hvor Arbejdsmarkedsstyrelsen og Arbejdsdirektoratet bl.a. har ansvaret for koordination af opgaver på sygedagpengeområdet. I kommunerne er der oprettet jobcentre, hvor borgere uanset forsørgelsesgrundlag skal henvende sig.

Organisation, arbejdsgang och skema for sygedagpengeforløb for tilbagevenden i arbejde

Kommunens første opgave ligger ved 4 ugers sygefravær, hvor den sygemeldte skal udfylde et spørgeskema. Spørgsmålene drejer sig om årsagen til sygefraværet, om der er behandling i gang eller eventuelt. afventes undersøgelse eller behandling, ansættelsesforhold samt den sygemeldtes egen vurdering af den fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet. Spørgeskemaet anvendes i første omgang til vurdering af, om der skal indhentes supplerende oplysninger for eksempel lægeattester. I Danmark er det ikke lovpligtigt at der foreligger lægelig dokumentation for at kommunen kan udbetale sygedagpenge.

Oversigt over opfølgnings tidspunkter

1. fraværsdag	4. fraværsuge	4.–8. fraværsuge	Senest 8. uge	Herefter hver 4. uge
	Sygemeldte udfylder spørgeskema til jobcentret	Jobcentret vurderer behovet for indhentning af oplysninger	Visitering til kategori 1, 2 eller 3 Opfølgning	Opfølgningskontakt af "risikosager"

I 8. uge skal den sygemeldte til personlig opfølgningssamtale på jobcentret, hvor efter sagsbehandleren visiterer den sygemeldte til kategori 1, 2 eller 3:

Kategori 1 er "Glatte sager", hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet formodes at være nært forestående. Opfølgning: Senest efter 8 uger og som minimum ved telefon samtale, og herefter hver 8. uge

Kategori 2 er "Risikosager", hvor den sygemeldte er i risiko for at miste arbejdsevnen

Opfølgning: Senest efter 8. uger og ved en personlig samtale. Herefter hver 4. uge og mindst hver anden gang ved personlig samtale.

Kategori 3 er "Langvarige sager", hvor sygdommens karakter betyder, at sygemeldingen må formodes at være langvarig. Opfølgning: Senest efter 8 uger og opfølgning skal som minimum ske ved telefon samtale, efterfølgende bestemmer kommunen selv formen på opfølgning.

Gennem sygedagpengeperioden skal kommunen løbende vurdere om der er sket ændringer, der gør at den sygemeldte skal visiteres til en anden kategori og hvilke initiativer der bør iværksættes med henblik på opnåelse af tilbagevenden til arbejde/arbejdsmarkedet.

Den metode der anvendes i alle Danmarks kommuner kaldes Arbejdsevne-metoden :

Arbejdsevne-metoden. Kilde: Arbejdsmarkedetsstyrelsen, www.minarbejdsevne.dk



Metoden indeholder, at sagsbehandleren /jobkonsulenten laver en ressourceprofil sammen med den sygemeldte mhp. udredning og planlægning – herunder stillingtagen til arbejdsprøvning, revalidering, fleksjob m.m.

Ressourceprofilen. Kilde: Arbejdsmarkedetsstyrelsen, www.minarbejdsevne.dk



I samtalen med den sygemeldte og i vurderingen af arbejdsevnen tager sagsbehandler/jobkonsulent udgangspunkt i ressourcerne i figurens 5 områder. Jobcentrene har i opfølgingsarbejdet pligt til at inddrage relevante samarbejdspartnere.

Den praktiserende læge er en primær samarbejdspartner i forhold til udredning af den sygemeldtes helbredsforhold og hvilken betydning helbredsgenerne har i forhold til arbejdsevnen. Herudover indhentes speciallægeerklæringer samt evt. vurdering fra Arbejdsmedicinsk klinik. Endvidere har de fleste kommuner tilknyttet lægekonsulenter, som de kan rådføre sig med.

Jobcentret kan på eget initiativ vælge at inddrage andre samarbejdspartnere fra sundhedssystemet enten til undersøgelse eller behandling.

I forhold til udredning af sygemeldtes arbejdsevne kan jobcentrene indgå aftaler med enten den sygemeldtes tidligere arbejdsplads eller andre virksomheder vedrørende arbejdsprøvning, optræning eller andet. I de mere komplicerede sager er revalideringsinstitutionerne og de arbejdsmedicinske klinikker hyppigt en central samarbejdspartner.

Revaliderings klinikkerne har i dag en bred vifte af tilbud af tilbud, gående fra tværfaglig udredning, afklaringsforløb og konkrete afprøvninger i arbejdsfunktioner.

De arbejdsmedicinske klinikker indgår med arbejdsmedicinske erklæringer om helbredsforholdenes betydning for arbejdsevnen og i stigende grad også en aktiv tværfaglig medvirken i forhold til samarbejde med arbejdspladsen.

Kritiske røster

Fra kommunernes side har der lydt en del kritik af kravet om udsendelse af spørgeskema i uge 4. For de personer der modtager løn under sygdom får kommunen først kendskab til den aktuelle sygemelding, når arbejdsgiveren anmoder om refusion, hvilket kan forsinke processen et par uger. Har den sygemeldte ikke returneret spørgeskemaet efter 8 dage, skal der udsendes en rykker, hvor den sygemeldte får en ny frist på 1 uge, hvilket indebærer at tidspunktet for opfølgning og visitering er overskredet.

Fra arbejdsgivere, sygemeldte og andre aktørers side har der lydt meget kritik af en for langsom sagsbehandling i kommunerne. De ovenbestemte opfølgningstidspunkter er ikke det samme som at der handles fra sagsbehandlerens side. Kritikken er at sagsbehandlingstiden i sig selv bidrager til risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet skyldes blandt andet, at de erfaringer, som både arbejdsgiver og den ansatte har fra det daglige arbejde, ikke inddrages og at der igangsættes mange arbejdsprøvninger, som ikke giver ny viden.

Den danske lovgivning har i højere grad fokus på aktivering af arbejdsløse på arbejdsløshedsdagpenge eller kontanthjælp end på aktiviteter i forbindelse med opfølgning af sygedagpenge. Sygedagpengeopfølgningen bliver mere og mere styret af dokumentationskrav og opfølgningen kan ofte karakteriseres som punktvis og alt for afventende. Afventende på udredning hos læge, afventende på udfærdigelse af ressourceprofil før der kan handles, automatiske henvisninger til afklaringsforløb hos aktører for at få dokumentation, men uden fremtidigt perspektiv og uden inddragelse af eksisterende arbejdsplads.

Arbejdspladsens handlemuligheder anvendes ikke og selve dagpenge-systemet risikerer at bidrage til at den sygemeldte udstødes fra arbejdsmarkedet. Usikkerheden og udstødningen er stor. Den danske model betyder, at den sygemeldte kan afskediges på grund af og under sygdom. Sålænge man er sygemeldt, går man ikke bare lige ud og får et andet job. Det er svært at byde sig til, hvis man i en periode ikke kan yde fuldt ud. Man mister selvværd.

Derved forspildes de handlemuligheder der kan opstå ved at lave en tidlig, tværfaglig og parallel indsats. Det vil sige ændre arbejdstid eller opgaver,

ergonomi, fremme kompetence, drøfte muligheder, afprøve muligheder på egen arbejdsplads med henblik på omplacering med mere.

Ligeledes er der fra både sygemeldte og fagfolk givet udtryk for bekymring over den nye linie – ”den korteste vej tilbage til arbejdsmarkedet”. Bekymringen går på, at det ikke er kommunens opgave at finde ”den bedste” løsning i forhold til en holdbar løsning på arbejdsmarkedet, hvor en revalidering måske var hensigtsmæssig på lang sigt. Fra flere sygemeldte lyder det, at deres aktuelle sygemelding er begrundet i tilbagefald af en lidelse de tidligere har været sygemeldt for, men at de blev følte sig presset til at gå i arbejde før de var parate til det.

De lovændringer, der er gennemført i 2006 viser en øget central styring og kontrol af kommunernes arbejde. Dette pålægger sagsbehandlere meget administrativt arbejde, der fragår den tid de skulle have brugt i den direkte klient kontakt (Damgaard og Boll 2006).

Nye perspektiver

Siden begyndelsen af 1990erne har der været afsat centrale midler til gennemførelse af projekter der bla. udvikler og afprøver nye metoder indenfor sygedagpenge – og revalideringsområdet. Disse projekter er finansieringsmæssigt karakteriseret ved, at de startes op med fondsmidler og efterhånden overgår til at fungere som indtægtsdækket virksomhed.

Det har bla. drejet sig om arbejdsfastholdelse, hvor der har været set et behov for en bedre koordinering mellem de forskellige aktører, eller at virksomheder har brug for konsulentbistand til enten at forebygge sygdom eller være behjælpelig med afklaring af en medarbejder, der ikke magter sædvanlige jobfunktioner.

I en videnskabelig afprøvning af koordineret tværfaglig indsats for arbejdsfastholdelse er det dokumenteret, at man effektivt kan forkorte sygemeldingsperioden med betydelig økonomisk gevinst for kommunerne og virksomhederne og menneskelige gevinster for de sygemeldte (Kilsgaard 2006).

Projektet "Tværfaglig rådgivning til lægen og dennes patient" viser ligeledes perspektiverne ved en tværfaglig koordineret indsats, gennem afprøvning af den praktiserende læges rolle og mulighed for at henvise den patient, der har besvær med at klare det daglige arbejde til en tværfaglig koordineret rådgivning, også før der foreligger en sygemelding (Nielsen 2007). Det viser bla. øgede muligheder for styrkelse af arbejdsevnen og arbejdsfastholdelse og at mange danskere går syge på arbejde.

Fra 1. juli 2006 har kommuner lovgivningsmæssigt fået bemyndigelse til også at inddrage en ekstern aktør i sygedagpengeopfølgningen, med det formål at opnå en større grad af helhedsorientering, koordinering og tværfaglighed i sygedagpengeopfølgningen.

Det er således blevet tydeligt, at en sagsbehandlers social/revalideringsfaglige viden, kombineret med indhentelse af helbredsmæssige oplysninger, ikke kan stå alene. Det er efterhånden velunderbygget, at sygemeldingsårs-

agen (diagnosen) ikke er velegnet til at forudsige noget om varigheden af sygefraværet, men at andre ting har indflydelse på sygefraværets længde.

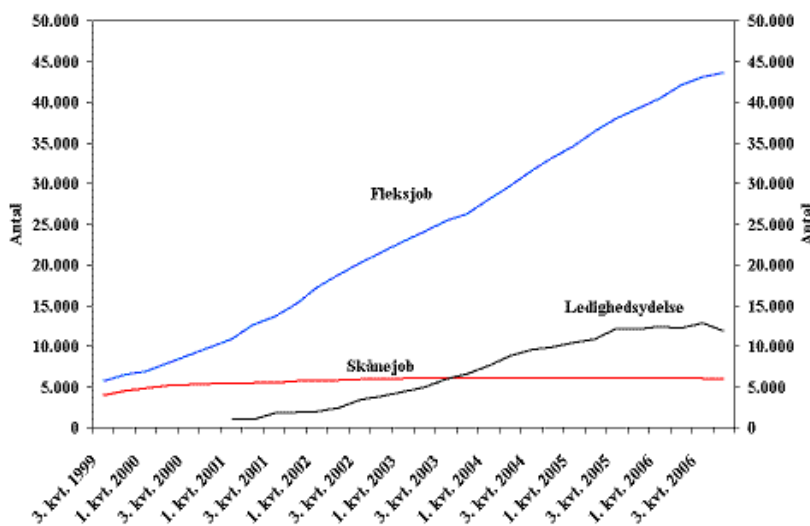
Meget tyder også på, at der ydes en meget forskellig rådgivning fra almen mediciner/ praktiserende speciallæge/lægekonsulent/sygehuslæger i forhold til vurderinger af krav, udviklingsmuligheder og belastninger i forskellige fag og på konkrete arbejdspladser. Der kan være et behov for i højere grad at inddrage arbejdsmedicinsk ekspertise i forhold til at kunne genvinde og fastholde en arbejdsmarkedstilknytning. Et forskningsprojekt i København fra 2006–2007 viser at alene en arbejdsmedicinsk undersøgelse nedsætter sygedagpengeperioden med op til 5 uger (Mortensen m.fl. 2007).

Den kommunale sagsbehandling bør i langt højere grad kombineres med viden om arbejdspladsen, med lægefaglig/ergonomisk viden i det konkrete samarbejde med den enkelte ansatte og dennes arbejdsgiver. Vurdering af arbejdsmiljøet og arbejdsforholdene på arbejdspladserne bør inddrages i arbejdet med ressourceprofilen, som nu anvendes af kommunen i sygedagpengesager.

På den måde kan ressourcerne belyses i forhold til krav og belastninger i arbejdet. Ved at ændre og påvirke arbejdskrav og arbejdsvilkår, vil arbejds- evnen kunne øges.

Også fleksjobordningen har været til diskussion i Danmark. Der har været mistanke om, at kommunerne bevilligede fleksjob, før revaliderings- mulighederne var udtømte. Var der ikke et fleksjob til den pågældende person, blev der udbetalt ledighedsydelse. På den måde blev et stort antal personer ”parkeret” på en forsørgelsesydelse, uden der skete andet.

Udvikling i antal personer i fleks- og skånejob samt med ledighedsydelse, 3. kv. 1999–4. kv. 2006



Anm.: Antallet af personer med ledighedsydelse fordelt på kvartaler er beregnet som et gennemsnit på baggrund af månedlige data fra Nyt fra Danmarks Statistik <http://www.dst.dk/Statistik/Nyt/Emneopdelt.aspx?si=16&msi=5>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Dette medførte at regeringen i juli 2006 strammede op på reglerne. Kommunerne er nu forpligtiget til at foretage opfølgning og udarbejde

handleplaner på personer, der modtager ledighedsydelse. Samtidig har personer med ledighedsydelse ret til kursusaktiviteter, og skal dokumentere, at de er reelt arbejdssøgende. Således fungerer ledighedsydelsen nu som en parallel til understøttelsessystemet med samme rettigheder og forpligtigelser. Samtidig har det kraftigt stigende antal fleksjobbevillinger parallelt med nedgang i bevillinger af revalidering betydet, at der er strammet op på dokumentationskravet for om nedsættelsen af arbejdsevne er varig eller evt. kan forbedres.

Sammenfatning af den danske strategin

De stigende udgifter til sygedagpenge og marginalisering på området har været en grundlæggende årsag til, at der har været fokus på området. Målet er færrest muligt på overførselsindkomst, alle skal bidrage til arbejdsmarkedet med det de kan.

Midlet til at opnå dette mål har dels været

- at indføre et enstrengt system
- en stærkere styring og kontrol overfor kommunerne fra centralt hold
- en række lovgivningsmæssige initiativer
- kampagner og udviklingsprojekter

Arbejdsmarkedsreformen indeholdende det enstrengede system, de tidligere beskrevne styringsredskaber og lovgivningsmæssige ændringer er gennemført i løbet af de sidste par år.

Aktuelle særlige satsninger og planlagte forandringer

Sygefraværet i Danmark er på godt 140.000 fuldtidspersoner om året og koster arbejdsgiverne omkring 22 mia. og det offentlige 10 mia. kr. Der er store variationer i sygefraværet mellem sammenlignelige virksomheder, kommuner og faggrupper.

De stigende udgifter til sygedagpenge og marginalisering på området har været en grundlæggende årsag til, at der har været fokus på dette område siden 2003, hvor regeringen satte sygefraværet på den politiske dagsorden med handlingsplanen: "Det gør vi ved sygefraværet", der indeholder initiativer, som er rettet mod myndigheder og virksomheder.

Den nye sygedagpengelov er som tidligere nævnt fulgt op med en statslig finansieret hjemmeside ww.virk.dk som skal inspirere og guide virksomhederne omkring håndtering af sygdom.

Ligeledes er der i 2007 lavet en visitationsguide til brug for sagsbehandlerne i de lokale jobcentre. Guiden er et elektronisk redskab, der har fokus på risikosager og understøtter behandlingen af det samlede sygedagpengeforløb. Guiden bidrager med information og opmærksomhedspunkter, der kan vejlede og inspirere ved de faglige vurderinger i alle sygedagpengesagens faser.

Som det er nævnt i kapitel 3, har Danmark været igennem en gennemgribende arbejdsmarkedsreform i løbet af de sidste par år.

I forbindelse med kommunalreformen, som arbejdsmarkedsreformen er en del af, så er der kommet et øget fokus på kommunernes nye forpligtigelser på sundhedsområdet, hvor forebyggelses- og sundhedscentre eller lignende tilbud er blevet nævnt som en hensigtsmæssig ramme for kommunernes sundhedstiltag. Kommunerne er endnu ikke så langt, men flere har påpeget det hensigtsmæssige i at koble de nye sundhedscentres genoptræningstilbud sammen med en arbejdsmæssig rehabilitering.

I foråret 2007 er der blevet etableret en central Forebyggelsesfond med det overordnede mål at støtte projekter, som kan forbedre den forebyggende indsats i virksomheder og hos myndigheder. Aktuelt med vægt på projekter der forebygger og forhindrer fysisk og psykisk nedslidning i jobgrupper med risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet.

Der kan i 2007 gives midler til projekter inden for følgende 3 hovedformål:

Projekter, der forbedrer arbejdsmiljøet inden for nedslidningstruede brancher og jobgrupper.

Projekter, der forbedrer genoptræning og rehabilitering.

Projekter, der øger bevidstheden om risikoen ved rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet.

Med Forebyggelsesfonden bliver de statslige udviklingsmidler i højere grad knyttet til både den beskæftigelsesmæssige indsats og den arbejdsmiljøforbedrende indsats, idet fonden støtter projekter til udvikling af arbejdsmetoder, som både har fokus på belastninger i arbejdsmiljøet på indsatsen for styrkelse af rehabilitering og sundhedsfremme.

Kampagnen "Flere i Arbejde" er efterfulgt af regeringens beskæftigelsesstrategi for personer med handicap i 2004, der indeholder forskellige initiativer, der skal gøre det nemmere for personer med et handicap at få et aktivt arbejdsliv. Som noget nyt er der sat mål for, hvad strategien skal munde ud i – nemlig at hvert år skal 2.000 flere personer med handicap have et arbejde og andelen af virksomheder, der har personer med handicap ansat, skal stige med 1 procentpoint.

I Danmark har ledigheden været faldende i en årrække og er i 2007 nede på 99.600. Og parallelt med andre lande, så har der været en debat omkring behovet for ændringer i tilbagetrækningsalderen. Den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder er i Danmark på 62 år.

Med det formål at flere bliver et par år længere på arbejdsmarkedet er igangsat kampagnen "Et par år ekstra gør en forskel" fra november 2005. Kampagnen lægger derfor op til, at arbejdsgivere, seniorer og organisationer tænker i seniorpraksis. Senioraftaler er en mulighed for gradvis tilbagetrækning og et alternativ til at gå på efterløn eller tidlig pension.

Arbejdsmiljøområdet har også været genstand for flere forandringer igennem de senere år. I 1990'erne var der lovkrav om indenfor hvilke brancher arbejdsgiverne skulle være medlemmer af en bedriftssundheds-

tjeneste og den tidligere regering prioriterede et mål med at samtlige brancher skulle omfattes af denne forpligtigelse.

Ved regeringsskiftet i 2001 ændredes denne kurs ved en total ophævelse af forpligtigelsen og omlægning af området således, at tilsyn og screening på arbejdsmiljøområdet ligger i det statslige Arbejdstilsyn, som dog gennem konkrete påbud kan kræve at arbejdsgiveren anvender arbejdsmiljørådgivere til at løse bestemte spørgsmål.

Regeringen har fra 2006 fastsat en ramme for den samlede arbejdsmiljøindsats frem til udgangen af 2010. Det vil sige hvilke arbejdsmiljøproblemer der skal prioriteres frem til 2010 med reduktionsmål forhold til henholdsvis arbejdsulykker (20 procent) målt på nedsættelse af mén, erhvervsevnetab og sygefravær og psykisk arbejdsmiljø (10 procent) målt på nedsat sygefravær. Der er ligeledes sat mål på støjreduktion (10–15 procent) samt mål på skader og muskel og skeletbesvær, målt på sygefravær.

Finland

Regelverket i socialförsäkringen

Alla som är bosatta i Finland omfattas av *sjukförsäkringen*. I sjukförsäkringen ingår arbetsinkomstförsäkring, sjukvårdsförsäkring och företagshälsovård. *Arbetsinkomstförsäkringen* ersätter inkomstbortfall på grund av sjukdom, graviditet, förlossning eller vården av ett allvarligt sjukt barn. *Sjukvårdsförsäkringen* ersätter nödvändiga kostnader i samband med sjukvård samt graviditet och förlossning. Ersättning betalas för läkar- och tandläkarordinerade läkemedel, för anlåtande av privatläkar- och privattandläkartjänster, för undersökning och behandling, resor och övernattningskostnader. *Företagshälsovården* har till uppgift att förebygga ohälsa och att främja personalens arbets- och funktionsförmåga på arbetsplatserna. Arbetsgivarna är skyldiga att ordna företagshälsovård för sina anställda. Företagare och andra som utför eget arbete kan själva ordna företagshälsovård för sig. Folkpensionsanstalten betalar ersättning för nödvändiga och skäligena kostnader föranledda av företagshälsovården (förebyggande verksamhet 60 procent, sjukvård 50 procent av kostnaderna).

Finansieringen av sjukförsäkringen har från början av 2006 indelats i finansiering av sjukvårdsförsäkring och arbetsinkomstförsäkring. Arbetsinkomstförsäkringen finansieras av arbetsgivare, löntagare och företagare samt av staten. Staten finansierar ensam den sjukdagpenning, föräldrapenning, specialvårdspenning och rehabiliteringspenning som betalas till minimibeloppet. Löntagares dagpenningsskatt är 0,75 procent av lönen och företagares dagpenningsskatt 0,91 procent av arbetsinkomsten. Arbetsgivares sjukförsäkringsavgift är 2,05 procent av lönen. De försäkrades sjukvårdspremie är 1,28 procent av den förvärvsinkomst som beskattas i kommunalbeskattningen och 1,45 procent av pensions- och socialförmånsinkomster som beskattas i kommunalbeskattningen (år 2007). Av sjukförsäkringens intäkter kom 38 procent från de försäkrade, 33 procent från arbetsgivare och 28 procent från staten (år 2006).

Med *rehabilitering* avses åtgärder som syftar till att främja funktionshämjade eller handikappade personers återgång till arbetslivet och deras förutsättningar att klara sig i arbetet samt att främja den sociala funktionsförmågan och förmågan att så bra som möjligt reda sig på egen hand. Rehabiliteringen kan vara pedagogisk, medicinsk, yrkesinriktad eller social. Försäkrings- och pensionsanstalterna, Folkpensionsanstalten, arbetsförvaltningen, företagshälsovården, social- och hälsovården samt skolväsendet är de viktigaste aktörerna inom det finska rehabiliteringssystemet.

Pensionsskyddet består av två pensionssystem som kompletterar varandra. Folkpensionen är avsedd att trygga en minimiutkomst för de pensionstagare som har små eller inga pensionsinkomster. Arbetspensionen baserar sig på förvärvsinkomster och är avsedd att trygga den konsumtionsnivå som upp-

nått före pensioneringen. Folkpensionen minskar med växande arbetspension.

Ekonomiska förmåner

Arbetsgivaren betalar enligt arbetsavtalslagen full lön för insjuknandedagen och för de nio följande vardagarna (d.v.s. för karenstiden för sjukdagpenning). Förutsättningen är att anställningen varat minst en månad. Därefter betalar arbetsgivaren lön under sjukfrånvaron enligt kollektivavtal. Arbetsgivarens skyldighet att betala lön varierar enligt bransch och längden på arbetsförhållandet (vanligen 1–3 månader).

Ekonomiska förmåner

Förmån	Kriterier	Nivå	Period
Sjuklön	Oförmåga att utföra sitt arbete	100 %	1+9 vardagar, 1–3 månader
Sjukdagpenning	16–67 år, bosatt i Finland; när den försäkrade har arbetat under de 3 månader som föregått arbetsoförmågans inträde och är oförmögen att utföra sitt vanliga arbete eller därmed nära jämförbart arbete	Cirka 70 % av arbetsinkomsten, minimibeloppet 15,20 e/dag	Karenstid insjuknandedagen + 9 vardagar, högst 300 dagar
Partiell sjukdagpenning	När en sjukdom varat minst 60 dagar med rätt till sjukdagpenning	50 % av den närmast föregående sjukdagpenningen	12–72 dagar
Rehabiliteringspenning (FPA)	16–67 år, bosatt i Finland, förhindrad att förvärvsarbeta på grund av rehabilitering	75 % av den sjukdagpenning grundade arbetsinkomsten som dividerats med 300, minimibeloppet 17,51 e/dag Om klienten fått arbetslöshetsförmån, utbildningsstöd eller arbetsmarknadsstöd i samband med arbets träning: minst 86 % av den tidigare förmånen som höjs med 10 % 8,00 e/dag	Självrisktid: dagen då rehabiliteringen inleds plus 9 närmast följande vardagar, ingen självrisktid om klienten har sjukdagpenning, arbetslöshetsdagpenning eller arbetsmarknadsstöd strax före rehabiliteringen Betaltas för de dagar som klienten deltar i rehabiliteringen
Ersättning för uppehälle (FPA) Rehabiliteringsunderstöd (FPA)			

Förmån	Kriterier	Nivå	Period
Rehabiliteringspenning för ungdomar (FPA)	Ungdomar i åldern 16–19 som är långtidssjuka eller har kraftigt nedsatt funktionsförmåga, i stället för sjukpension; en studie- eller rehabiliteringsplan behövs	17,51 e/dag	
Rehabiliteringspenning (arbetspension)	Försäkrade arbetstagare (18–67 år) som konstaterats löpa risk att bli arbetsoförmögna och är tillräckligt etablerade i arbetslivet och har arbetsinkomster, betalas under den aktiva rehabiliteringstiden	Personens fulla invalidpension höjd med 33 %	Ingen särskild tidsgräns, så länge den aktiva rehabiliteringen fortsätter
Partiell rehabiliteringspenning (arbetspension)	Om förvärvsinkomsterna under rehabiliteringstiden överstiger hälften av inkomsten för återstående tid	50 % av full rehabiliteringspenning	
Sjukpension (FPA)	Långvarig arbetsförmåga, 16–64 år, för personer under 20 år efter att hans eller hennes rätt till rehabiliteringspenning upphör	Folkpension: ensamstående 524,85 e/mån Arbetspension som berättigar till full folkpension: 48,12 e/mån Arbetspension som inte berättigar till folkpension 1 074,63 e/mån	Efter sjukdagpenningperioden, ingen sjukdagpenningperiod krävs efter 63 år Sjukpension beviljas tills vidare, rehabiliteringsstöd för en viss tid
Rehabiliteringsstöd (FPA)	Sjukpension som beviljats för viss tid, för att främja sökandens rehabilitering (Inom arbetspensionssystemet definieras arbetsförmåga något annorlunda än inom folkpensionssystemet)		
Invalidpension (arbetspension)	Arbetstagare i åldern 18–62 år som har en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan och vars arbetsförmåga beräknas fortgå minst ett år	Personens fulla invalidpension	Invalidpension beviljas tills vidare
Rehabiliteringsstöd (arbetspension)	Förutsätter minst ett års arbetsförmåga och en vård- eller rehabiliteringsplan		Betalas för en så lång tid som personen anses vara förhindrad att utföra förvärvsarbete på grund av arbetsförmåga eller är oförmögen att sköta sin tjänst

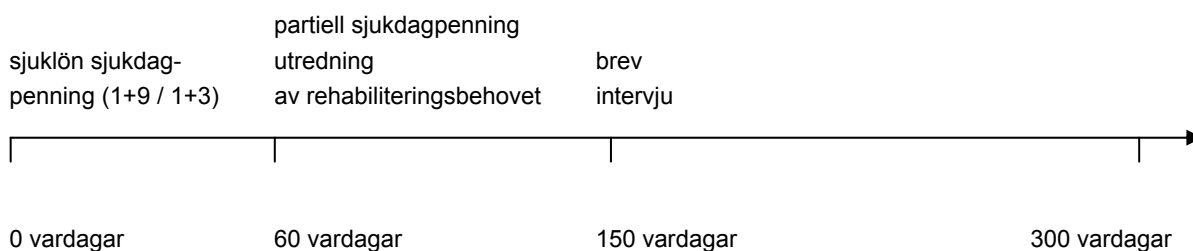
Sjukdagpenning utgör ersättning för inkomstbortfall. Den betalas till personer mellan 16 och 67 år som på grund av sjukdom inte kan utföra sitt vanliga arbete eller därmed nära jämförbart arbete. Den som är utan inkomst och som varit arbetsförmögen 55 dagar i sträck kan få sjukdagpenning med minimibelopp. Sjukdagpenningen utges endast för vardagar, inklusive lördagar och den är skattepliktig inkomst. Minimibeloppets ersättningsnivå är låg, 15,20 euro/dag. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Vanhanens II regering höjs sjukdagspenningens miniminivå till samma nivå som arbetsmarknadsstödet från och med 1.1.2009. Beslutet är en del av en större reform av den sociala tryggheten som regeringen inleder stegvis i landet.

För ansökan om sjukdagpenning behöver den sökande ett läkarutlåtande av vilket arbetsförmågan framgår. Utgående från ett kortfattat utlåtande A kan Folkpensionsanstalten (FPA) i allmänhet bevilja dagpenning för högst 60 dagar. För längre arbetsförmåga krävs utlåtande B. För dagpenningen beräknas s.k. primärtid när antalet dagar med sjukdagpenning för första gången uppgår till minst 150. Efter 150 dagar med sjukdagpenning får sökanden ett brev med information om rehabiliterings- och pensionsmöjligheter. Det är också meningen att sökanden skall intervjuas. Dagpenningen betalas för högst 300 vardagar (se figur).

Från 1.1.2007 kan partiell sjukdagpenning beviljas. Syftet med den partiella dagpenningen är att underlätta återgången till arbetet efter sjukledigheten. Den finska partiella sjukdagpenningen avviker från motsvarande förmåner i den övriga Norden på så sätt att bedömningen av arbetsförmågan inte är graderad utan samma kriterier används för såväl hel som partiell dagpenning. Den partiella dagpenningen är avsedd för anställda eller företagare som arbetar heltid och som fått sjukdagpenning utan avbrott i minst 60 dagar omedelbart före utbetalningen av partiell sjukdagpenning. Den som får partiell sjukdagpenning arbetar deltid parallellt med dagpenningen. Arbets-tiden och lönen skall minska till 40–60 procent av det tidigare. Partiell sjukdagpenning utbetalas för högst 72 vardagar.

Enligt FPA:s uppföljning utnyttjas partiell sjukdagpenning mindre än väntat. En orsak är kanske att det vid bedömningen av rätten till partiell dagpenning tillämpas samma kriterier avseende arbetsförmågan som vid rätten till hel dagpenning. En annan orsak kan vara att FPA kan betala partiell sjukdagpenning först efter 60 dagar med sjukdagpenning, d.v.s. i praktiken efter cirka 80 dagar. I övriga Norden är den partiella sjukdagpenningen ett alternativ redan i början av sjukskrivningen.

Processbeskrivning av hanteringen av sjukdagpenning



Hur utkomsten tryggas under *rehabilitering* fastställs enligt den instans som står för rehabiliteringen. *Arbetspensionssystemet* har ansvaret för den yrkesinriktade rehabiliteringen och för tryggheten av utkomsten under rehabiliteringstiden för människor som har en nära anknytning till arbetslivet. Rehabiliteringspenning, vars syfte är att förhindra arbetsförmåga, betalas till personer vars yrkesinriktade rehabilitering stöds av en arbetspensionsanstalt. Rehabiliteringspenningen är lika stor som invalidpension i enlighet med arbetspensionslagarna höjd med 33 procent. Arbetsgivaren kan betala lön för rehabiliteringstiden till arbetstagaren, och i sådana fall utbetalas rehabiliteringspenningen till arbetsgivaren.

Partiell rehabiliteringspenning kan utbetalas för en person som delvis fortsätter förvärvsarbete vid sidan av rehabiliteringen. När arbetspensionsanstalten börjar stödja den yrkesinriktade rehabiliteringen av en person som erhåller rehabiliteringsstöd eller en person som redan fått invalidpension, utbetalas till denne för rehabiliteringstiden även rehabiliteringstillägg. Prövningsbaserat rehabiliteringsunderstöd kan också betalas till rehabiliteringsklienten för den tid det tar att utarbeta en rehabiliteringsplan och för tiden från rehabiliteringsbeslutet till den dag då rehabiliteringen börjar samt för tiden mellan rehabiliteringsperioderna. Prövningsbaserat rehabiliteringsunderstöd betalas för högst tre månader på basis av respektive orsak. Den arbetspensionsanstalt som sköter om rehabiliteringen betalar också den som

rehabiliteras ersättning för andra nödvändiga kostnader som föranleds av rehabiliteringen, t.ex. resekostnader eller kostnader för studier.

Rehabiliteringspenningförmånerna enligt lagen om FPA-rehabilitering (lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner) är rehabiliteringspenning, ersättning för uppehälle och prövningsbaserat rehabiliteringsunderstöd. För rehabiliteringstiden utbetalas rehabiliteringspenning om syftet med rehabiliteringen är att hålla kvar personen i arbetslivet, göra det möjligt för honom att återvända till arbetet eller att placera sig i arbetslivet. Rehabiliteringspenning kan utöver till personer som deltar i FPA:s rehabilitering också utbetalas till personer, vars rehabilitering grundar sig t.ex. på folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om företagshälsovård eller lagen om missbrukarvård.

Rehabiliteringspenning utbetalas till försäkrade i åldern 16–67 år som bor i Finland och som är förhindrade att utföra sitt arbete på grund av rehabilitering. En person som erhåller rehabiliteringsstöd, invaliditets- eller arbetslöshetspension kan också ha rätt till rehabiliteringspenning. Handikappade ungdomar i åldern 16–19 år har rätt till rehabiliteringspenning om deras arbetsförmåga eller möjligheter att välja yrke är väsentligt försvagade på grund av sjukdom, skada eller handikapp och de behöver grundlig handledning och rehabilitering. Syftet är att trygga de ungas möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering samt att stödja deras studier och möjligheter att få arbete.

I ersättning för uppehälle kan FPA betala 8,00 euro/dag till rehabiliteringsklienten för att ersätta extra kostnader i samband med rehabiliteringen. Rehabiliteringsunderstödet är avsett att stödja sysselsättningen av klienten efter avslutad rehabilitering. Rehabiliteringspenningen och det prövningsbaserade rehabiliteringsunderstödet är skattepliktig inkomst. Ersättningen för uppehälle är skattefri.

Inkomstbortfall på grund av långvarig arbetsoförmåga ersätts med sjukpensioner. De utges både från folkpensionssystemet (sjukpensioner) och arbetspensionssystemet (invalidpensioner). Inom arbetspensioneringen definieras arbetsförmåga något annorlunda än inom folkpensioneringen.

Enlig den nya folkpensionslagen (568/2007) som träder i kraft den 1 januari 2008 har 16–64-åriga personer som är arbetsoförmögna rätt till sjukpension. Som arbetsoförmögen betraktas den som till följd av sjukdom, handikapp eller skada är oförmögen att utföra sitt sedvanliga arbete eller något annat därmed jämförbart arbete som med beaktande av personens ålder, yrkeskicklighet och övriga omständigheter bör anses vara lämpligt för honom eller henne och trygga en skälig försörjning. Sjukpension beviljas för viss tid eller tills vidare. Sjukpension som beviljas för viss tid är rehabiliteringsstöd. Sjukpension och rehabiliteringsstöd börjar i allmänhet då utbetalningen av sjukdagpenning enligt sjukförsäkringslagen har upphört.

För invalidpension krävs enligt lagen om pension för arbetstagare (ArPL), lagen om pension för företagare (FöPL), lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) och lagen om sjömanspensioner (SjPL) att en person till följd av sjukdom, handikapp eller kroppsskada blivit oförmögen att skaffa sig förvärvsinkomster. Statens, kommunernas och kyrkans arbetstagare kan få invalidpension/rehabiliteringsstöd även om de på grund av sjukdom, han-

dikapp eller kroppsskada endast är oförmögna att sköta sina egna tjänster eller sitt eget arbete.

Innan sjukpensionen beviljas utreds sökandes möjligheter till rehabilitering. Sjuk- och invalidpension kan utges under viss tid i form av ett rehabiliteringsstöd under rehabiliteringstiden. En förutsättning är då att det har uppgjorts en vård- eller rehabiliteringsplan eller att en plan är under beredning.

Den som får sjuk- eller invalidpension kan förtjäna i någon mån (enligt den nya folkpensionslagen 588,66 euro i månaden) utan att det inverkar på utbetalningen av hans eller hennes sjukpension. Pensionen kan också lämnas vilande för högst fem år.

Vilka typer av rehabiliteringsåtgärder erbjuder respektive aktör?

	Åtgärder	Ansvarig aktör	Finansiering av åtgärden	Åtgärdens omfattning i tid
Förebyggande på arbetsplatsen	Besök på arbetsplatser Hälsoundersökningar Upplysning (hur arbetsplatsen kan förebygga faror och hälsorisker i arbetet och främja hälsan) Åtgärder för att undanröja missförhållanden "God sjukskrivningspraxis" (t.ex. uppföljning och samarbete)	Arbetsgivaren Företagaren Företagshälsovården	Arbetsgivaren Företagaren Kostnadsersättning från FPA	Varierar
Åtgärd på arbetsplatsen under pågående sjukfall	Arrangemang kring återgången till arbetet	Arbetsgivaren Företagaren Företagshälsovården	Arbetsgivaren Företagaren Kostnadsersättning från FPA	Varierar

	Åtgärder	Ansvarig aktör	Finansiering av åtgärden	Åtgärdens omfattning i tid
Åtgärder utanför arbetsplatsen under pågående sjukfall	<p>Efter 60 sjukdagpenningdagar: behovsutredning</p> <p>Efter 150 sjukdagpenningdagar: brev, intervju</p> <p>Yrkesinriktad rehabilitering: Behovsutredning Rehabiliteringsundersökning Rådgivning Arbetsprövning Arbetsträning Utbildning Näringsunderstöd Hjälpmedel Träning för att upprätthålla och förbättra arbetsförmågan (TYK-rehabilitering) Yrkesinriktad medicinsk rehabilitering (ASLAK®) Individuella rehabiliteringsperioder och -kurser Anpassningsträning Medicinsk rehabilitering</p>	<p>FPA</p> <p>Arbetspensionsanstalterna och FPA</p> <p>(FPA)</p> <p>(FPA)</p> <p>(FPA)</p> <p>(FPA, beroende på ansvarsfördelningen)</p>	<p>FPA</p> <p>Arbetspensionsanstalterna och FPA</p>	<p>1–4 dygn 1–3 veckor</p>
Åtgärd för att skapa ett nytt arbete	<p>Tjänster i anslutning till yrkesval och karriärplanering Arbetsförmedling Yrkesinriktad rehabilitering</p>	<p>Arbetsförvaltningen</p> <p>FPA Arbetspensionsanstalterna</p>	<p>Arbetsförvaltningen</p> <p>FPA Arbetspensionsanstalterna</p>	<p>Varierar</p>
Åtgärd för arbetslösa	<p>Bedömning av hälso-tillståndet och arbetsförmågan</p> <p>Tjänster i anslutning till yrkesval och karriärplanering</p> <p>Undersökningar av hälsotillstånd och lämplighet</p> <p>Konsultering rådgivning, handledning</p> <p>Utredning av arbetsförmågan</p> <p>Arbets- och utbildningsprövning</p> <p>Arbetsträning</p> <p>Arbetskraftspolitisk vuxenutbildning</p> <p>Stöd till arbetsgivaren för specialarrangemang</p> <p>Yrkesinriktad rehabilitering</p> <p>Medicinsk rehabilitering</p> <p>Rehabilitering enligt prövning</p>	<p>Hälso- och sjukvården</p> <p>Arbetsförvaltningen</p> <p>FPA</p>	<p>Hälso- och sjukvården</p> <p>Arbetsförvaltningen</p> <p>FPA</p>	<p>Varierar</p> <p>Varierar</p> <p>Varierar</p>

Rehabilitering

Syftet med den *yrkesinriktade rehabiliteringen* är att förbättra och upprätthålla arbetsförmågan och möjligheterna till utkomst för den som rehabiliteras. Yrkesinriktad rehabilitering arrangeras av flera olika instanser med stöd av flera olika lagar. Om arbetsförmågan eller risken för arbetsförmåga beror på olycksfall, yrkessjukdom eller trafikskada stöds rehabiliteringen av olycksfalls- eller trafikförsäkringsbolaget. Rehabiliteringen med stöd av olycksfalls- och trafikförsäkringen är primär i förhållande till övrig rehabilitering. Om arbetsförmågan eller risken för arbetsförmåga beror på annan skada kan rehabiliteringen stödjas av arbetspensionsbolaget i det fall att den skadade ännu arbetar. Om den skadade inte förvärvsarbetar, stöds rehabiliteringen av Folkpensionsanstalten. Arbetsförvaltningen bär huvudansvaret för rehabiliteringen av arbetslösa. Medicinsk rehabilitering ordnas av hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten, men FPA ordnar medicinsk rehabilitering för gravt handikappade.

Arbetspensionsanstalterna bekostar rehabilitering för personer i arbetslivet, s.k. arbetspensionsrehabilitering. Rehabilitering kan ges för att förhindra arbetsförmåga och för att stödja personernas förmåga att fortsätta arbeta eller för att återställa arbetsförmågan och underlätta återgången till arbetet. Arbetspensionsrehabilitering kan innehålla rådgivning, undersökningar för att utreda rehabiliteringsmöjligheterna, arbetsprövning och arbetsträning, utbildning för arbete eller yrke eller näringsunderstöd för företagsverksamhet.

I början av 2004 reformerades arbetspensionsrehabiliteringen. Målet med reformen var att rehabiliteringen skall inledas i ett tidigare skede. Numera är yrkesinriktad rehabilitering en lagstadgad arbetspensionsförmån på samma sätt som invalidpension. Rätt till rehabilitering uppstår då sökanden på grund av sjukdom, handikapp eller skada konstateras löpa sannolik risk att bli invalidpensionerad. Då uppskattas hur sannolikt det är att personen i fråga inom de närmaste åren, dvs. cirka fem år, skulle bli arbetsförmögen utan yrkesinriktad rehabilitering.

Folkpensionsanstalten ansvarar för rehabiliteringen om den inte har ordnats med stöd av någon annan lag än lagen om FPA-rehabilitering. FPA utreder arbetstagarens rehabiliteringsbehov när sjukdagpenning har utbetalats för 60 dagar och styr vid behov personen till rehabilitering inom arbetspensions-systemet. FPA ordnar yrkesinriktad rehabilitering för handikappade vars arbetsförmåga och förvärvsmöjligheter bedöms vara väsentligt försvagade på grund av sjukdom eller skada eller som på grund av sjukdom, handikapp eller skada sannolikt löper risk att bli arbetsförmögna. Syftet med FPA:s yrkesinriktade rehabilitering är att den handikappade skall kunna fortsätta eller börja förvärvsarbeta.

Den yrkesinriktade rehabilitering som ordnas av FPA innefattar undersökningar för utredande av rehabiliteringsbehov och -möjligheter²³, arbetspröv-

²³ *Utredning av rehabiliteringsbehovet* innebär att en läkare, en socialarbetare och andra sakkunniga bedömer vilken rehabilitering som behövs och om en rehabiliteringsundersökning är nödvändig. Utredningen pågår i 1–4 dygn. *Rehabiliteringsundersökning* är en medicinsk, social och psykologisk undersökning, som kan pågå i 1–3 veckor.

ning och utbildning i försökssyfte, yrkesinriktad utbildning, arbetsträning, yrkesträning för att bevara och förbättra arbetsförmågan (Tyk-rehabilitering²⁴), yrkesinriktade rehabiliteringskurser, näringsstöd för företagsverksamhet, hjälpmedel som gravt handikappade behöver för arbete och studier och annan rehabilitering som är nödvändig för studier eller arbete. Rehabilitering enligt prövning ordnas inom ramen för den årliga statsbudgeten. Den ordnas i form av individuella rehabiliteringsperioder, rehabiliterings- och anpassningskurser, yrkesorienterad medicinsk rehabilitering (ASLAK®)²⁵, psykoterapi, neuropsykologisk rehabilitering samt anskaffning av hjälpmedel som underlättar arbetet. ASLAK® -kurserna utgör hälften av rehabiliteringskurserna inom ramen för den prövningsbaserade rehabiliteringen.

Under de senaste åren har FPA utvecklat kundbetjäningen med hjälp av utvecklings- och utbildningsprojekt med syfte att främja arbetsförmågan och tidiga åtgärder. FPA har också startat pilot- och utvecklingsprojekt för att effektivisera samarbete mellan olika aktörer i bedömningen av arbetsförmåga och för att utveckla nya modeller för rehabiliteringen. Yrkesinriktade rehabiliteringskurser och -åtgärder utvecklas i samarbete med arbetsplatser, serviceproducenter och företagshälsovården. Både externa och interna utvärderingar utförs för att få kunskap om implementering och effekter av alternativa rehabiliteringsmodeller.

²⁴ Målet med Tyk-rehabiliteringen är att upprätthålla och förbättra arbetsförmågan. Rehabiliteringen kan genomföras antingen individuellt eller i en grupp med deltagare från någon viss bransch eller arbetsplats. I planeringen av träning som sker i grupp medverkar representanter för FPA, rehabiliteringsinrättningen, arbetsgivaren och företagshälsovården. Till träningsprogrammet hör bland annat instruktion, råd och vägledning i frågor som orsakar problem i klienternas eget arbete. Träningen inleds med en utredningsperiod om 1–14 dygn, under vilken en individuell träningsplan utformas tillsammans med varje klient. Senare fortsätter rehabiliteringen vanligtvis på samma inrättning i form av en bedömnings- och träningsperiod, som varar högst 21 dygn. Beroende på den uppgjorda planen kan rehabiliteringsperioden genomföras i flera, kortare etapper. Mellan perioderna och etapperna arbetar klienterna på sina egna arbetsplatser.

²⁵ ASLAK®-rehabiliteringen, den yrkesorienterade medicinska rehabiliteringen, är en form av tidig rehabilitering som FPA har utvecklat. Den är planerad för sådana yrkes- och arbetstagargrupper som i arbetet utsätts för fysisk, psykisk och social belastning, som lätt kan leda till att arbetsförmågan blir nedsatt. ASLAK®-rehabiliteringen planeras i samarbete mellan arbetsplatsen, företagshälsovården, rehabserviceproducenten och FPA. Den består av en öppen- eller slutenvårdskurs som genomförs i 2–3 etapper under ett år. Rehabiliteringen ordnas så att klienterna arbetar på sin vanliga arbetsplats mellan etapperna.

Island

Regelverket inom socialförsäkringen

Det sociala försäkringssystemet är en viktig del av den sociala tryggheten i Island. Minimum social försäkring är bestämd enligt lagen om socialförsäkring.²⁶ Socialförsäkringen i Island finansieras av staten. Den enskilde medborgaren betalar ingen speciell avgift till den sociala försäkringen, däremot betalar arbetsgivaren en bestämd avgift av alla utbetalda löner som går till statskassan och används bl.a. till att finansiera socialförsäkringen. Alla som varit bosatta i Island under en bestämd period ingår automatiskt i det isländska försäkringssystemet, oberoende av medborgarskap. Vissa villkor bör dock uppfyllas för att uppnå rättigheterna, t.ex. tar man hänsyn till ålder, invaliditetsgrad och hur länge vederbörande varit mantalsskriven i landet. Inkomster och familjeförhållanden kan också ha betydelse.

Riksförsäkringen (Tryggingastofnun Ríkisins TR) ansvarar för socialförsäkringen. Den del av försäkringen som Riksförsäkringen ansvarar för delas upp i tre huvudområden: pensionsförsäkringar, sjukförsäkringar och arbetsförsäkringar. Riksförsäkringen ansvarar även för administrationen av statens sociala bistånd. Socialministeriets arbetsinstitut (Vinnumalastofnun) ansvarar för kontroll och administration av arbetslöshetsförsäkringen.

Tillägg till den lagbestämda sociala försäkringen finns det ett pensionskattesystem som är bestämt enligt lagen och anknutet till arbetslivet i landet. Enligt lag från 1997²⁷ ska alla arbetande medborgare i Island betala till sin pensionsfond. Minimisumma är 12 procent av helhetslönen och arbetstagaren betalar 4 procent medan arbetsgivarens del är 8 procent. Systemet är avtalsbaserat med kollektiv överenskommelse från 1969 (som blev reviderat 1995) då arbetsmarknadens parter förhandlade om de minimirättigheter arbetstagaren har. Pensionsfonderna är både knutna till olika yrkeskategorier och geografiskt. De var ganska många i starten, men blir färre och färre eftersom målet är att förena dem. Rätten till ersättning från dessa fonder är mycket varierande beroende på hur akuta förhållandena är. Deras huvudsakliga mål är att betala ut ålderspensionen, att betala ut sjuk- och olycksfallsersättning (förtidspensionering p.g.a. invaliditet) samt familjeersättning vid dödsfall. De sistnämnda ersättningsgrupperna är tänkta som tillägg till den rätt var och en har till sjukförsäkringsfonderna. Det finns också möjligheter för kapitalpensionsförsäkring utöver minimipremier, hos en kapitalpensionsfond eller på ett pensionskonto hos någon bank. Löneutbetalare betalar ett speciellt bidrag med hänsyn till de gällande överenskommelserna.

²⁶ Lög um almannatryggingar nr. 100/2007.

²⁷ Lög um skyldutryggingu lífeyrissjóða og starfsemi lífeyrissjóða nr.129/1997.

Beskrivning av ersättning för sjuka och invalida

Sjuklön

I Island är arbetsgivarens kostnadsdel i fonder och sjukförsäkringen till ersättandet av sjukdagpenning och vid invalidisering omfattande. Rätten till löneersättning under en sjukdomsperiod tillkom med lag år 1979²⁸ -, men var bunden i kollektiva överenskommelser även då. Man kan säga att minimikraven finns inom lagen för enligt den ska arbetare hos samma arbetsgivare ha full lönekompensation i två dagar för varje arbetad månad om vederbörande uteblir från arbetet på grund av sjukdom. Löntagarens rättigheter ökar enligt versamhetsåren tills höjdpunkten nås men detta kan dock skilja sig något mellan fackföreningarna. Hos stora fackföreningar är den almäna regeln att rätten 100 procent av helhetslön (inkl. oövertidsarbete) en månad, 80 procent av helhetslön en månad och 65 procent i två månader om vederbörande varit anställd i fem år eller längre. Eftersom lagen ställer bara minimikrav varierar ersättningsperioden och ersättningsrätten mycket allt upp till 100 procent i ett år hos de offentliga och somliga fackföreningar.

Sjukpenning

Från TR:

Sjukdagpenning är en del av sjukförsäkringen. Om det rör sig om sjukdom under en så lång period att rätten till löneersättning försvinner kan vederbörande vara berättigad till sjukdagpenning från sjukkassan så länge hon/han inte är arbetsför, men dock ej längre än ett år under en två års period. Alla får samma belopp enligt lagen (september 2007, 966 Ikr per dag och 264 Ikr för varje hemmavarande barn per dag).

Från fackföreningarnas sjukersättningsfonder:

Till följd av gällande kollektiva överenskommelser som bestämdes enligt lagen från 1980²⁹ bör alla arbetsgivare betala in till sjukersättningsfond hos vederbörande fackförening som finns inskrivna i de löneavtal man arbetar efter. Arbetsgivarna betalar en procent av lön till fackföreningarnas sjukersättningsfonder.

Individens rätt till ersättning ur dessa fonder är olika vilket baseras på de olika fackföreningarnas bestämmelser och hur länge vederbörande varit medlem. Ersättningssumman är också olika hos olika förbund. Enligt LO's bestämmelser skall samtliga fackföreningar inom LO uppfylla ett minimumkrav på 4 månader med 80 procent av helhetslön. Allmäns är 4–6, eller 9 månader och allt upp till 12 månader på 80 procent av helhetslön efter att arbetsgivarens period är över.

²⁸ Lög nr. 19/1979 um rétt verkafólks í sjúkdóms og slysaforföllum.

²⁹ Lög um starfskjör launafólks og skyldutryggingu lífeyrisréttinda nr.55/1980.

Pension

Från TR:

För att vara berättigad till förtidspension från TR ska vederbörande ha varit bosatt i Island eller i något annat EU-land de sista tre åren och vara i åldern 16–67 år. Invaliditetspension utbetalas om vederbörande bedöms till 75 procent varaktigt invalidisering på grund av medicinsk sjukdom eller invaliditet. Invalidpensionsbedömningen är i läkarens händer. Förr gjordes den med hänsyn till medicinska, ekonomiska, sociala och geografiska förhållanden. Men med lagförändring i 1999³⁰ har den grundats på individens mentala och fysiska förmåga enligt speciell betygtabell. Beloppet fastsattes med lagstiftning, och pensionen är inkomst och omständighetsregulerad. Utbetalningarna sker med utgångspunkt från förändringar i inkomstreguleringen av levnads-konstnaderna. Förtidspensionen består av grundpension och tilläggspension. Olika faktorer som t.ex. samtidig inkomst, äktenskaplig status och antal barn påverkar det utbetalda beloppet. Utbetalningen kan variera från 0 till ca 150 000 Ikr för ensamstående utan barn. Inkomst innan man blir invalid har ingen påverkan på utbetalningssumman.

Rehabiliteringspension räknas på samma sätt som förtidspension, men har tidsbegränsning på 18 månader.

Från pensionsfonder:

Ersättningsnivån från pensionsfonderna till förtidspensionering kommer i framtiden då pensionsystemet är fullt utbyggt i princip att täcka 56 procent av den historiska helhetsinkomsten plus allmänförsäkringens grundbelopp så att den tillsammans täcker ca 65 procent av den historiska inkomsten. Just nu täcker denna försäkring ca 40–43 procent av den historiska inkomsten och kommer att närma sig 65 procent de kommande 20 åren.

³⁰ Lög um breytingar á lögum um almannatryggingar nr.117/1993.

Förmån	Villkår	Nivå	Tidsperiod	Arbetsgivarens täckning
Sjuklön	Olika från en fackförening till en annan	Den allmänna regeln på den allmänna arbetsmarknaden är 100 % av helhetslönen (inkl. övertidsarbete) en månad, 80 % av helhetslönen en månad och 65 % i två månader hvis man har varit anställd i 5 år eller längre. Hos de offentliga kan det vara upp till 100 % lön hela perioden.	Minimum 2 dagar för varje arbetad månad upp till ett år.	Arbetsgivaren täcker hela perioden
Sjukpenning	Betalas efter att sjuklöneperioden är slut	Fast belopp från TR (966 lkr. per dag plus 264 för varje barn) Från fackföreningarnas sjukersättningsfonder: Olika men allmänt är 4–6, eller 9 månader och allt upp till 12 månader på 80 % av helhetslönen efter att arbetsgivarens period är över.	Max: 1 år varje 2 år Partiell sjukskrivning endast vid återgång i arbete Min: inget (rätten grundas av m.m. hur länge én har arbetat och betalat till fonden som skal utbetala, d.v.s man kan förlora rättigheten om man byter job.)	Arbetsgivarna betalar 1 % av lön till fackföreningarnas sjukersättningsfonder
Rehabiliteringspension	Arbetsförmåga på minst 75 % på grund av sjukdom eller handikapp. Mäts av läkare med hänsyn till speciell betygtabell.	TR: Max: ca. 150.000 lskr/mån för ensamstående utan annan inkomst, plus 18 284 för varje barn. Beroende på inkomst, äktenskap, antal. barn, hushåll m.m. men inte lön innan.	Max: 18 månader	Inget ansvar
Pension	TR: Samma som rehabiliteringspension Pensionsfonder: olika mellan fonder	TR: Samma som rehabiliteringspension Ca. 40–43 % av den historiska inkomsten och kommer att närma sig de 65 % de kommande 20 åren.	Tills de blir 67 år gamla. Omprövning varje 1–5 år om inte genast bedöms som varaktig Omprövning varje 1–3 år om inte från början bedömt som varaktig, men kan variera mellan pensionsfonder.	

Åtgärder som möjliggör återgång i arbete

I Island finns ingen lagstiftning eller nationella regler som ställer krav på någon vederbörande åtgärder som möjliggör återgång i arbete eller rehabilitering.

Diskussionen om rehabiliteringens nödvändighet och återgången till arbetet väcktes i Island under en kongress som anordnades av TR och besöktes av många år 2002. År 2004 utarbetade TR en rapport om den stora ökningen av

sjukpensionärer. Bland annat framgick det där att det var många inom den yngre klientgruppen som tillkommit. Den rapporten ledde till att man inom hälso- och försäkringsministeriet arbetade fram noggranna rapporter och lika så gjordes en rapport av invalidförbundet. Samma resultat förekom i alla rapporterna, nämligen att det inte enbart räckte med att vara återhållsam med fondernas och statens ersättningar utan att det var viktigt att se till sjukpensionärers och patienters livskvalitet och stötta rehabiliteringen och möjligheten till arbetsåtergång. Från början av året 2006 har en kommitté under statsministeriet arbetat med dessa frågor. Man la vikt vid ett program som såg till individens arbetsförmåga men målsättningen var också att göra programmet effektivare och se till att man fick bättre översikt över de åtgärder som erbjöds varje gång. Denna kommitté har lämnat en rapport och ombads utveckla sina idéer vidare.

Det senaste årtiondet har TR, kommuner, arbetsmarknadsmyndigheterna som handikappförbundet prövat sig fram till olika program och pilotprojekt utan att ha politikens eller regeringens ledning i saken och lyckas bra med olika program men de har bara handlat om en liten del av alla sjukskrivna eller förtidspensionerade. Men strukturen, både ansvarsmässig som finansiell, diskuteras numera på regeringsnivå och hos arbetsmarknadsmyndigheterna.

Ökat fokus på återkomst till arbete med yrkesinriktad rehabilitering har till och med gjort det att pensionsdelen av Tryggingastofnun flyttas vid årsskiftet 2007/2008 till socialministeriet (som då blir social- och försäkringsministeriet) från hälso- och försäkringsministeriet (som blir hälsoministeriet). Nyligen (med lagförändring 2007³¹) har Vinnumálastofnun (Arbetsförmedlingen i Island), som är under socialministeriet, fått som uppdrag att utföra yrkesrehabilitering för arbetssökande.

I Island finns inte nationella mål om hur mycket sjukfrånvaron och förtidspensionering ska minskas, men regeringen har bestämt sig att öka aktivitet och rehabilitering av sjuka och invalida med olika metoder och systemförändringar som utarbetas numera.

³¹ Lög um réttindi og skyldur nr.45/2007.

Norge

Regelverket i socialförsäkringen

Sentrale kriterier for erstatning fra folketrygden ved sykdom

Det er i Norge fire forskjellige ytelser som kan gis når en person midlertidig har en nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom.

Sykepenger kan gis i inntil ett år der vedkommende er sykmeldt fra arbeid eller er sykmeldt med rett til dagpenger. De første 16 dagene er det arbeidsgiveren som utbetaler ytelsen. Ytelsen graderes i forhold til tapt arbeidsevne.

Rehabiliteringspenger kan gis når sykepengereetten er brukt opp eller når personer uten sykepengerett har vært minst 50 prosent arbeidsuføre i tilsammen ett år. Ytelsen kan gis når man er under aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Ytelsen kan som hovedregel gis i ett år, men kan forlenges.

Attføringspenger kan gis der vedkommende er i et godkjent attføringstiltak. De som har en sykepengerett kan velge den høyeste ytelsen. Ytelsen kan gis for den tidsperioden et tiltak anses nødvendig og hensiktsmessig.

Tidsbegrenset uførestønad kan gis der medisinsk behandling eller yrkesrettet attføring ikke har ført fram til arbeid, men hvor det over tid anses å være muligheter for at arbeidsevnen kan bli bedre. Ytelsen kan gis sammenhengene i inntil 4 år.

Ved varig nedsatt arbeidsevne kan det gis uførepensjon. For å få uførepensjon skal hensiktsmessig behandling og attføring være prøvd gjennomført.³² Retten til uførepensjon kan beholdes under tidsbegrenset arbeidstrening eller i inntil 5 år hvor vedkommende har inntekt/arbeid.

³² Grunnbeløpet (G) i folketrygden er pr. 1.mai 2007 66 812 N Kr.

Ytelse	Vilkår	Nivå	Omfattning (%)	Tidsperiode
Sykepenger Arbeidsgiver- periode på 16 dager	Nedsatt arbeidsevne med minst 20 prosent som skyldes sykdom Aktivitetskrav Krav til oppfølgingsplan fra arbeidsgiver	100 prosent av lønn begrenset til 6 G	Utmåles i forhold til prosentvis nedsatt arbeidsevne. Minimum 20 %	Inntil ett år (i løpet av de tre siste år)
Rehabilitering- penger	Nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent som skyldes sykdom, skade eller lyte. Aktivitetskrav blant annet: Behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen Krav til individuell oppfølgingsplan	66 prosent av gjennomsnittlig inntekt under 6 G siste 3 år	Utmåles i forhold til prosentvis nedsatt arbeidsevne. Minimum 50% (20%)	Hovedregel inntil ett år. Kan forlenges til 2 år. Ved meget alvorlig sykdom kan perioden det forlenges ytterligere
Attføringspenger	Nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent som skyldes sykdom, skade eller lyte. Gis under yrkesrettet attføring	66 prosent av gjennomsnittlig inntekt under 6 G siste 3 år	Utmåles i forhold til prosentvis nedsatt arbeidsevne. Minimum 50%	Kan gis for den tidsperioden et tiltak er nødvendig og hensiktsmessig
Tidsbegrenset uførestønad	Nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent som skyldes sykdom, skade eller lyte Aktivitetskrav Krav til individuell oppfølgingsplan	66 prosent av gjennomsnittlig inntekt under 6 G siste 3 år	Utmåles i forhold til prosentvis nedsatt arbeidsevne. Minimum 50%. Graderes etter intervaller på 5 %	Kan gis i inntil 4 år
Uførepensjon	Varig nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent som skyldes sykdom, skade eller lyte.	Ca 60 prosent (avhengig av opptjening)	Utmåles i forhold til prosentvis nedsatt arbeidsevne. Minimum 50%. Graderes etter intervaller på 5 %	Varig

Ansvarsforholdet for tiltak som muliggjør å beholde eller tilbakevendning til arbeid

Hovedarenaen for oppfølging av sykmeldte som har et arbeidsforhold er på arbeidsplassen og arbeidsgiveren har hovedansvaret for tilrettelegging og oppfølging av den sykmeldte. Dette er nedfelt i arbeidsmiljøloven. Den sykmeldte har et medvirkningsansvar for å redegjøre for egen situasjonen, bidra til å finne løsninger og å gjennomføre tiltak.

Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har etter folketrygdloven et ansvar for å bistå arbeidsgiver med tjenester og virkemidler i forbindelse med tilrettelegging på arbeidsplassen. NAV har også en viktig kontrollrolle for påse at de andre aktørene følger opp sine plikter knyttet til aktivitetskravet slik det fremgår av folketrygdloven. Dette gjelder for eksempel legens innsending

av medisinske vurderinger av arbeidsevne og oppfølgingsplaner utarbeidet på arbeidsplassen.

For sykmeldte som ikke lenger har en arbeidsgiver eller hvor det ikke lenger er mulig å tilrettelegge på arbeidsplassen er det NAV som har hovedansvaret for oppfølging av den sykmeldte. NAV har her et ansvar for å kartlegge behovet for tiltak og iverksette tiltak som etaten har ansvaret for.

Helsetjenesten og andre aktører har et ansvar for å være bidragsyttere og støttespillere i det oppfølgingsarbeidet som skjer på arbeidsplassen.

Helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for medisinsk behandling og rehabilitering. Sosialtjenesten har ansvaret for sosiale tiltak. NAV kan kjøpe en del definerte helse- og rehabiliterings-tjenester.

För detaljinformation se bilaga 1.

Hvilke rehabiliteringstiltak tilbyr ulike aktører?

Arbeidsgiveren har hovedansvaret for tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen både for å forebygge sykefravær og for å få den sykmeldte så raskt som mulig tilbake i arbeid.

NAV kan gi systemrettet støtte til virksomhetene og har også forskjellige virkemidler/tiltak som kan benyttes ved individuell tilrettelegging på arbeidsplassen, feks aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, hjelpemidler på arbeidsplassen,. I tillegg har NAV en rekke virkemidler/tiltak som kan gis der målet er å få nytt arbeid for eksempel yrkesrettet attføring. NAV kan også kjøpe forskjellige rehabiliterings- og avklaringstiltak.

Helsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for medisinsk behandling og rehabilitering. Sosialtjenesten har ansvaret for sosiale tiltak. NAV kan kjøpe en del definerte helse- og rehabiliterings-tjenester.

	Tiltak	Ansvarig aktör	Finansiering av tiltak
Forebygging på arbeidsplassen	Forbyggende HMS-arbeid og tilrettelegging på arbeidsplassen	Arbeidsgiver	
	Tilretteleggingstiltak NAV kan bistå med:		
	• Hjelpemidler, fysisk tilrettelegging, ombygging av maskiner	NAV	NAV
	• Tilretteleggingstilskudd (IA-bedrift)	v/hj.mid.sen.+kommunen	
	• Arbeidsplasskartlegging ved fysioterapeut/ergoterapeut	Arbeidsgiver	NAV
• Tilskudd til BHT (IA-bedrift)		NAV	
• Systemrettet bistand til bedriften	Fysioterapeut/ergonom BHT NAV v/arbeidslivssenteret/HMS	NAV NAV	

	Tiltak	Ansvarig aktör	Finansiering av tiltak
Tiltak på arbeidsplassen under pågående sykmelding	<p>Tilrettelegging på arbeidsplassen</p> <p>Tilretteleggingstiltak NAV kan bistå med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilretteleggingstilskudd (IA-bedrift) • Tilskudd til BHT (IA-bedrift) • Arbeidsplasskartlegging ved fysioterapeut/ergoterapeut • Aktiv sykmelding • Reisetilskudd istedenfor syke/rehabiliteringspenger • Hjelpemidler, fysisk tilrettelegging, ombygging av maskiner • Systemrettet bistand til bedriften 	<p>Arbeidsgiver</p> <p>Arbeidsgiver BHT</p> <p>Fysioterapeut/ergoterapeut</p> <p>Arbeidsgiver/arbeidstaker NAV NAV/kommunen NAV v/Arbeidslivssenteret/HMS</p>	<p>NAV NAV</p> <p>NAV</p> <p>NAV NAV NAV NAV</p>
Tiltak utenfor arbeidsplassen under pågående sykmelding	<p>Medisinsk behandling</p> <p>Spesialistbehandling</p> <p>Rehabiliteringstiltak (offentlige)</p> <p>NAV kan kjøpe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringstiltak (private) • Avklaringstiltak (private) • Oppfølgingstiltak(private) • Behandlig/utredning ved lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser <p>Sosiale tiltak</p>	<p>Legen/annet helsepersonell</p> <p>Spesialisthelsetjenesten/ helseforetakene</p> <p>Helseforetakene</p> <p>Private arrangører</p> <p>NAV/sosialtjenesten</p>	<p>Kommunen/ helsetjenesten</p> <p>Helseforetakene</p> <p>Helseforetakene</p> <p>NAV v/kjøp av tjenester</p> <p>Kommunen</p>
Tiltak for å få ett nytt arbeid	<p>Opplæring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurs • Utdanning (forbeholdt yrkeshemmede) <p>Andre arbeidsmarkedstiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lønntilskudd • Midlertidig sysselsetting • Arbeidspraksis • Avklaringstiltak (forbeholdt yrkeshemmede) • Arbeid med Bistand (forbeholdt yrkeshemmede) • Tiltak i arbeidsmarkedsbedrift (forbeholdt yrkeshemmede) • Varig tilrettelagt arbeid (forbeholdt yrkeshemmede) • Bedriftsintern opplæring 	<p>Kursarrangør</p> <p>Skole mv</p> <p>Arbeidsgiver</p> <p>Kommunal/fylkeskommunal eller statlig virksomhet</p> <p>Tiltaksarrangør/arbeidsgiv.</p> <p>Tiltaksarrangør</p> <p>Tiltaksarrangør/Arbeidsgiv.</p> <p>Tiltaksarrangør</p> <p>Tiltaksarrangør</p> <p>Arbeidsgiver</p>	<p>NAV NAV</p> <p>NAV NAV</p> <p>NAV NAV/tiltaksarrangør</p> <p>NAV/tiltaksarrangør</p> <p>NAV</p>
Tiltak for arbeidsløse sykmeldte	Det samme som for de som skal ha nytt arbeid	NAV	NAV

Administrasjon och tillämpning av regelverket

Organisation, arbeidssett och metoder för økad återgång i arbet

I forbindelse med sammenslåingen av trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og deler av sosialtjenesten til den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV) er det utarbeidet en felles overordnet modell for oppfølging av alle brukere i

den nye etaten. Modellen bygger delvis på tidligere oppfølgingsmodeller som var i bruk i etatene. Oppfølgingsmodellen skal støtte opp under de tre hovedmålene i NAV som er flere i arbeid, brukerorientering og medvirkning og en effektiv og helhetlig forvaltning. Organiseringen i NAV bygger på et skille mellom NAV kontorer som skal gi mer brukerrettede oppfølgingsrettede tjenester og fylkesvise spesialenheter for forvaltning som skal ha ansvar for rutine- og regelstyrte oppgaver. Det er igangsatt arbeid med å utvikle et nytt verktøy for arbeidsevnevurdering som skal ta utgangspunkt i brukerens helhetlige situasjon. Oppfølgingsplaner anses som et viktig verktøy i oppfølgingsarbeidet for å samordne brukerens samlede behov.

Individoppfølging i NAV – overordnet arbeidsprosess



Bestilling: Brukeren presenterer sitt behov og sine forventninger, for at NAV skal kunne iverksette de riktige tjenestene

Kartlegging: En oversikt over brukers situasjon innhentes, brukes muligheter og hindringer belyses i forhold til en presentert bestilling

Arbeidsevne/funksjonsvurdering: Den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelsen av et arbeid eller deltakelse i dagliglivet vurderes

Plan: En gjensidig avtale som forplikter begge parter utarbeides, planen brukes for å systematisere arbeidet mot målet

Gjennomføring: Planlagte aktiviteter iverksettes i henhold til plan, aktiviteter følges opp underveis

Evaluering: Gjennomførte aktiviteter vurderes for å avdekke om målet er nådd og om aktivitetene har blitt gjennomført i følge plan

Hovedmodell for oppfølging av sykmeldte

Sykefraværarbeidet i Norge bygger på hovedprinsippene IA-avtalen som ble iverksatt høsten 2001 og bygger således på et partssamarbeid mellom partene i arbeidslivet og myndighetene. Hovedprinsippene er at arbeidsplassen er hovedarena for sykefravær oppfølging. Dette innebærer at arbeidsgiver har fått et forsterket ansvar for oppfølging av sine ansatte.

Arbeidsgivers ansvar og arbeidstakers medvirkningsplikt er blitt ytterligere tydeliggjort og forsterket i forbindelse med forlengelsene av IA-avtalen.

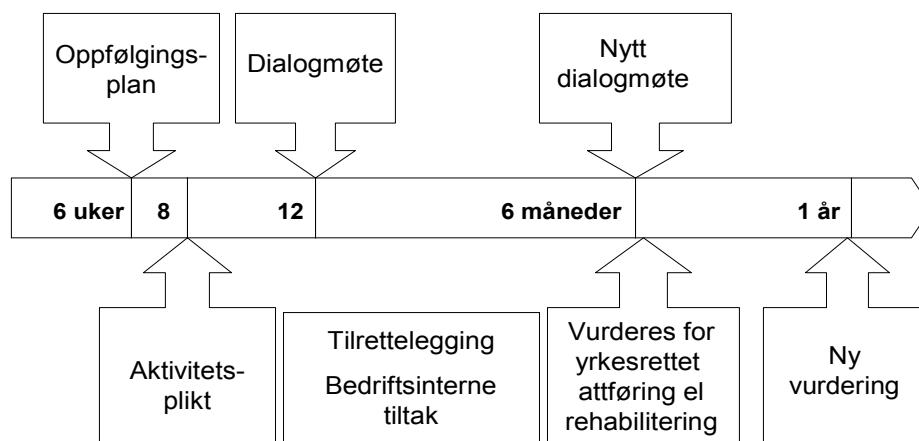
Tidligere trygdeetatens tjenester fikk i forbindelse med IA-avtalen en dreining fra forvaltning til tjenesteyting hvor brukerens helhetlige behov ble satt i sentrum. Tidligere trygdeetaten, Aetat, legene mv. er nå blitt støtte-spillere for virksomhetenes oppfølgingsarbeid. De økonomiske virkemidlene er blitt dreid mot virksomhetene. I forbindelse med oppretting av IA-avtalen ble det opprettet Arbeidslivssentre som skal gi tilbud om bistand til virksomhetene på systemnivå og hvor hver IA-virksomhet har fått en kontaktperson.

Med virkning fra 01.03.07 ble det gjort endringer i reglene for sykefraværsoppfølging. Endringer er gjort både i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Bakgrunnen for endringene var at man ikke hadde nådd målene for nedgang i sykefraværet som er nedfelt i IA-avtalen. Den nye sykefraværsmodellen som er beskrevet under, er en tidsakse/samarbeidsmodell som bygger på og forsterker eksisterende regelverk og praksis. Den retter økt oppmerksomhet mot tett oppfølging og aktivisering tidlig i sykmeldingsperioden og tydeliggjør spesielt arbeidsgivers ansvar for dette. Gjennom modellen stilles det også forventninger til NAV som aktør i sykefraværsoppfølgingen. NAVs kontrollfunksjoner ovenfor aktørene og ansvar for å sanksjonere er presisert.

NAV har et særlig ansvar for å motvirke utstøting, forhindre langtidsfravær og bidra til tilbakeføring til arbeidslivet. Dette må ses i lys av hovedmålet med NAV-reformen om flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad. For å redusere sykefravær er det viktig at den enkelte stønadmottaker stimuleres til arbeidsrelatert aktivitet der dette er mulig og at etaten

Samhandler med arbeidsgivere om tilrettelegging og gjennomføring av bedriftsinterne tiltak.

Sykefraværsutvalgets oppfølgingsmodell

Tidsakse sykmelding, jf
Sykefraværsutvalget**Kort beskrivelse av stoppunktene i Sykefraværsutvalgets oppfølgingsmodell**

Arbeidsgiver har et løpende ansvar for å tilrettelegge for arbeidstakeren både som et forebyggende tiltak og løpende i en sykmeldingsperiode. NAV har tilsvarende et løpende ansvar for å bistå arbeidsgiver og arbeidstaker blant annet ved å utløse virkemidler fra tidlig i et sykefraværsforløp og å gi systemrettet støtte til virksomhetene.

Stoppunkter som er nedfelt i tidsaksemodellen er en tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom NAV og arbeidsgiver knyttet opp mot folketrygdloven og arbeidsmiljøloven.

6 ukers tidspunktet:

Arbeidsgivers ansvar for å utarbeide oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker er forsterket. Planen skal være utarbeidet senest innen 6 ukers sykmelding.

NAV skal innhente oppfølgingsplan hvis man registrerer manglende aktivitet. Gjennom hele forløpet skal NAV fange opp signaler fra den sykmeldte/arbeidsgiver/lege om behov for bistand eller virkemidler fra NAV.

8 ukers tidspunktet:

Hovedregel om aktivitetsplikt så tidlig som mulig og senest innen 8 uker beholdes. Ulike helsefaglige grupper trekkes inn i vurderingen etter behov. NAV følger opp aktivitetsplikten primært via sykmeldingsattester hvor legen gir opplysninger om den sykmeldte er i eller det er planlagt aktivitet. Hvis det ikke er aktivitet ved 8 ukers sykmelding må legen spesielt begrunne at det er tungt veiende medisinske årsaker til manglende aktivitet. NAV skal etter behov innhente oppfølgingsplan fra arbeidsgiver. Dette er en

videreføring av dagens opplegg. Kontroll av den sykmeldte, arbeidsgiver og lege mht aktivitetskravet skal om nødvendig følges opp med sanksjoner.

12 ukers tidspunktet:

Lovpålagt dialogmøte hvor arbeidsgiver og arbeidstaker, samt bedriftshelsetjenesten (i de virksomheter som har bedriftshelsetjeneste), skal delta. Arbeidsgiver har ansvaret for innkalling. Det skal avklares om bedriftsinterne tiltak er aktuelle. Oppfølgingsplanen gjennomgås og revideres. Dersom både arbeidstaker og arbeidsgiver, eller arbeidstaker alene, ønsker det, skal legen/sykmelder delta.

NAV skal ha oppfølgingsplan og skriftlig melding om utfallet av dialogmøtet, eventuelt en begrunnet melding om hvorfor møtet ikke ble gjennomført. NAV skal gjennomgå oppfølgingsplanen med sikte på å vurdere de videre mulighetene for den sykmeldte

6 måneders tidspunktet:

Nytt dialogmøte senest etter 6 måneders sykmelding, etter innkalling fra NAV. Arbeidsgiver og arbeidstaker har plikt til å delta. Lege og annet helsefaglig personell bør være med i disse møtene hvis det er hensiktsmessig.

NAV skal arrangere møtet. Tema og innhold vil langt på vei være det samme som i det første dialogmøtet. Oppfølgingsplanen gjennomgås på nytt. Resultatene av bedriftsinterne tiltak vurderes. Behov for eksterne tiltak som yrkesrettet attføring og rehabilitering, skal vurderes i dette møtet.

Ved slutten av sykepengeperioden – 1 år:

Når sykepengeåret nærmer seg slutten skal den sykmeldte få et tilbud om samtale med NAV og videre tiltak skal vurderes, nå med tydeligere fokus på behov for eksterne tiltak.

Pågående særlige satsinger og planlagte forandringer

Av pågående satsninger er det spesielt NAV reformen med sammenslåing av offentlige etater, ny modell for sykefraværsoppfølging og Stortingsmelding nr. 9 (2006–2007) om arbeid, velferd og inkludering (AVI-meldingen) som bør nevnes her.

NAV-reformen

Den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV) er en sammenslåingen av tidligere trygdeetat og, arbeidsmarkedsetaten. I tillegg er kommunene (deler av sosialtjenesten) med som likeverdige partnere. En viktig begrunnelse for reformen var at mange brukere falt mellom flere stoler og virkemidlene ble utløst uten å se disse i sammenheng med brukerens samlede behov. Man erkjente også at et oppdelt hjelpeapparat medførte store innlåsnings effekter.

Målene med NAV-reformen er:

- flere i arbeid og aktivitet
- brukerorientering og -medvirkning
- effektiv og helhetlig forvaltning

Opprettelsen av nye NAV-kontorer startet med 25 pilotkontorer i 2006 og i løpet av 2009 vil alle NAV kontorer være etablert.

For å støtte opp under målene for NAV opprettes det også spesialenheter for forvaltning som skal ha ansvar for vedtak om regelstyrte ytelser og skal følge opp med hensyn til utbetalingsrutiner mv. NAV-kontorene oppgaver vil derfor være rettet mot å være Arbeids- og velferdsforvaltningens kontaktpunkt med brukerne og for å ta skjønsmessige beslutninger og annen oppfølging som krever brukernærhet

Oppfølging av sykefraværsutvalget

Sykefraværsutvalget ble nedsatt høsten 2006 for å vurdere nye tiltak for å redusere sykefraværet. Bakgrunnen for dette var at man ikke nådde de mål for nedgang i sykefraværet som var nedfelt i IA-avtalen. Med virkning fra 01.03.07 er det gjort endringer i reglene for sykefraværsoppfølging som bygger på sykefraværsutvalgets forslag.

Sykefraværsutvalgets modell legger stor vekt på *arbeidsgivers* innsats for å forebygge sykefravær og å følge opp sykmeldte. Dette skal skje i dialog med *arbeidstaker*, som forventes å bidra til å avklare muligheter for tilrettelegging og arbeidsrelatert aktivitet ved sykdom. Arbeidsgivers og arbeidstakers forpliktelser fremgår både av folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Nye tiltak er at individuell oppfølgingsplan skal utarbeides av arbeidsgiver og arbeidstaker senest etter 6 ukers sykmelding, og følges opp med et dialogmøte senest når sykefraværet har vart i 12 uker.

Sykmeldende lege/behandler forpliktet etter de nye reglene til å delta i dette dialogmøtet dersom arbeidstaker/arbeidsgiver eller bare arbeidstaker ønsker det, og bidra til å avklare og motivere for aktivisering der dette er medisinsk tilrådelig. Forventninger og prosedyrer knyttet til utfylling og innsending av blanketter/erklæringer fra sykmeldende behandler er ikke endret. Arbeids- og velferdsetatens arbeid med kvalitetssikring av utvidet legerklæring ved 8 ukers-tidspunktet skal imidlertid forsterkes.

Stortingsmelding nr. 9 (2006–2007) om arbeid, velferd og inkludering (AVI-meldingen)

Stortingsmeldingen ble behandlet av Stortinget 20 mars 2007. I meldingen pekes det på at det samlede velferdstilbudet ikke er godt nok innrettet i forhold til behovet for bistand blant enkelte grupper og at det ikke i tilstrekkelig grad ivaretar målet om arbeid. Meldingen og oppfølgingen av denne må ses i sammenheng med NAV-reformen.

Av de mange forslagene i meldingen er det her viktig å nevne forslagene om å slå sammen flere inntektssikringsordninger og vurdere behovet for nye tiltaksordningene/forenkling av de eksisterende. I meldingene er det også

påpekt behovet for å utvikle et godt verktøy for vurdering av arbeidsevne. Forslagene er ment å bidra til reelle forenklinger og dermed frigjøre ressurser i Arbeids- og velferdsetaten til en tettere oppfølging av brukere.

Som en oppfølging av meldingen vil det tidlig i 2008 bli lagt frem et lovforslag om en ny tidsbegrenset inntektssikringsytelse som vil erstatte rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Planlagt iverksetting er 2009.

Når det gjelder forslag om endringer på tiltaks- og tjenesteområdet ble det våren 2007 iverksatt et tidsbestemt lønnstilskudd og regjeringen er i ferd med å legge fram et lovforslag om et nytt "Kvalifiseringsprogram" som blant annet inneholder en ny kvalifiseringsstønad for sosialhjelpmottakere, planlagt iverksatt fra 2008.

Sverige

Centrala kriterier för ersättning vid sjukdom och nedsatt arbetsförmåga

Den svenska modellen för ersättning av inkomstbortfall under sjukskrivning omfattar ersättning från arbetsgivaren, sjukförsäkring i den allmänna försäkringen och från avtalsförsäkringar som arbetsmarknadens parter har kommit överens om i kollektivavtal. För att få rätt till ersättning ska nedsättningen av arbetsförmågan intygas av en läkare från och med den åttonde sjukdagen. Försäkringskassan kan ålägga arbetstagaren att lämna ett intyg tidigare eller från och med första dagen i varje kommande sjukperiod.

Den första dagen är en karensdag, en dag då ingen ersättning betalas ut. Arbetsgivaren betalar ut sjuklön till sina anställda under dag 2–14 i sjukperioden. Om sjukdom sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel betalar Försäkringskassan därefter, från och med dag 15 i sjukfallet, ut sjukpenning från sjukförsäkringen. Arbetslösa sjukskrivna får sjukpenning från dag 2 i sjukperioden. Skada som uppstår vid olycksfall eller sjukdom till följd av skadlig inverkan i arbetet berättigar till arbetsskadeersättning. I den akuta fasen av sjukdomstillståndet betalas denna ersättning som sjuklön respektive sjukpenning. Om skadan medför en nedsättning av förmågan att skaffa sig inkomst genom arbete med minst en femtondel under minst ett år betalas livränta. Livräntan ger ersättning för skillnaden mellan inkomsten före skadan och den beräknade inkomsten efter skadan upp till 7,5 prisbasbelopp³³ per år.

Avtalsförsäkringarna kompletterar sjukpenning i de allra flesta fall med ytterligare tio procent från och med dag 15 i sjukperioden. Medan sjukförsäkringen har en övre gräns för ersatt inkomst på 7,5 prisbasbelopp per år ger i princip alla avtalsförsäkringar kompensation även för inkomster över denna gräns. Därmed blir den sammanlagda ersättningen för de flesta sjukskrivna 90 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten under det första året.

Under arbetslivsinriktad rehabilitering betalas rehabiliteringspenning motsvarande sjukpenning och särskilt bidrag för kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen. Sjukpenning kan bytas ut mot ersättning för resor till och från arbete för att underlätta återgång i arbete.

Det finns ingen formell gräns för hur lång tid en person kan få sjukpenning. Försäkringskassan ska dock senast ett år efter sjukanmälan ha utrett om sjukpenning kan bytas ut mot sjukersättning eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag). Dessa ersättningar kan beviljas den som är i åldern 19–64 år och som av medicinska skäl har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Arbetsförmågan

³³ Ett prisbasbelopp (PBB) är 40 300 SEK år 2007.

bedöms i relation till på arbetsmarknaden normalt förekommande arbeten. Aktivitetsersättning, som beviljas den som är i åldern 19–29 år, är alltid tidsbegränsad. Sjukersättning beviljas i åldern 30–64 år. Sjukersättningen kan tidsbegränsas när arbetsförmågan är långvarigt men inte varaktigt nedsatt. Om ersättningen inte är tidsbegränsad ska Försäkringskassan göra en förnyad prövning minst vart tredje år. Försäkringskassan ska då utreda om arbetsförmågan har förändrats och om den kan förbättras genom rehabilitering.

Även i fråga om sjukersättning och aktivitetsersättning ersätter sjukförsäkringen inkomster upp till 7,5 prisbasbelopp och avtalsförsäkringarna primärt på inkomster därutöver.

Förmån	Kriterier	Nivå	Omfattning %	Period
Sjuklön	Förhindrad att arbeta på grund av sjukdom eller skada	80 procent av de förlorade anställningsförmånerna	25 50 75 100	Dag 2–dag 14
Sjukpenning	Sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Kan beviljas i förebyggande syfte vid medicinsk behandling/rehabilitering	80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till 7,5 PBB ³⁴ (= 655 SEK/dag) Arbetslösa max. 486 SEK/dag	25 50 75 100	Från och med dag 15. Ingen bestämd maximiperiod.
Komplement till sjukpenning (avtalsförsäkringar)	Rätt till sjukpenning	10 procent av förlorad lön 10 procent av förlorad lön upp till 7,5 PBB. För löner > 7,5 PBB beroende på avtalsområde För löner > 7,5 PBB beroende på avtalsområde		Dag 15–dag 90 Dag 91–360 Dag 361–
Rehabiliteringspenning	Arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel. Under arbetslivsinriktad rehabilitering. Kan beviljas i förebyggande syfte.	80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till 7,5 PBB	25 50 75 100	I undantagsfall längre än 3 månader. Vid utbildning dock cirka 1 år.
Aktivitetsersättning (tidigare sjukbidrag eller förtidspension)	I åldern 19–29 år. Sjukdom eller liknande medicinskt tillstånd som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel under minst ett år.	64 procent av antagandeinkomsten	25 50 75 100	Tidsbegränsad
Sjukersättning (tidigare sjukbidrag eller förtidspension)	I åldern 30–64 år. Sjukdom eller liknande medicinskt tillstånd som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel under minst ett år.	64 procent av antagandeinkomsten	25 50 75 100	a) Tidsbegränsad (12–36 månader) b) Tillsvidare (omprövning inom 3 år)
Komplement till aktivitetsersättning/ respektive sjukersättning (avtalsförsäkringar)	I åldern 19–29 år respektive 30–64 år	15–21 procent av förlorad lön upp till 7,5 PBB. För löner > 7,5 PBB beroende på avtalsområde		

³⁴ PBB=prisbasbelopp.

Den enskilde har i dag relativt små ekonomiska drivkrafter (incitament) att avstå från sjukskrivning eller återgå i arbete snarast möjligt. Den relativt höga ersättningen under sjukskrivningen torde snarare vara en negativ drivkraft för återgång i arbete. År 2000 infördes en positiv ekonomisk drivkraft till försäkringen genom att skapa en möjlighet för personer med sjukersättning och aktivitetsersättning att pröva sin arbetsförmåga utan att riskera rätten till ersättning. Möjligheten för denna ”vilande” sjukersättning och aktivitetsersättning vid förvärvsarbete skulle stimulera fler med ersättning att våga pröva att arbeta. Personer med dessa ersättningar kan ansöka om en tre månaders provotid under vilken både ersättning från sjukförsäkringen och lön betalas ut. Ersättning betalas ut sammanlagt längst under 24 kalendermånader. Sedan 2007 kan vilande ersättning beviljas även vid studier. Vilande rätt till ersättningar har dock inte utnyttjats i någon större omfattning. Vid utgången av 2004 hade 0,4 procent av personer med ersättning sin en vilande ersättning, vilket är något lägre än det ursprungliga mål som regeringen satte upp. Å andra sidan har dock tiden som personer haft vilande ersättning varit längre än förväntat och lett till att omfattningen av ersättning har minskat i många fall (Söderberg 2005).

Under senare tid har Försäkringskassans roll som portvakt för sjukförsäkringen förstärkts. En starkare fokus på denna roll innebär striktare bedömningar av rätten till ersättning. Avslagen på begäran om sjukpenning och indragning av sjukpenning i pågående sjukfall har ökat³⁵ och därmed ökat drivkraften att arbeta (Försäkringskassan 2007a). Möjligheten att dra in ersättningen om individen inte medverkar i en utredning av arbetsförmåga eller i rehabilitering kan också fungera som en positiv ekonomisk drivkraft för individen.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att förebygga sjukfrånvaro och begränsa frånvaroperiodernas längd har på senare tid minskat i omfattning och är mycket begränsade i dag. Kostnaderna för sjuklön under dag 2–14 i ett sjukfall är den enda positiva drivkraften.

Ansvarsfördelningen för åtgärder som möjliggör återgång i arbete

Arbetsgivaren har ansvaret att vidta arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan ske inom eller i anslutning till den egna verksamheten och som syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska behandlingen och rehabiliteringen. För en arbetsmarknadsinriktad arbetslivsinriktad rehabilitering ansvarar Arbetsmarknadsverket. Social rehabilitering är kommunens uppgift. Försäkringskassans huvuduppgift är att se till att rehabiliteringsbehov klarläggs och att åtgärder vidtas för en effektiv rehabilitering. Om det behövs åtgärder från fler än en aktör är det Försäkringskassans uppgift att samordna rehabiliteringsåtgärderna. Försäkringskassan har möjlighet att bekosta en arbetslivsinriktad åtgärd endast för anställda i de fall arbetsgivaren inte kan göra det.

För detaljinformation se bilaga 1.

³⁵ Under 2006 avslogs begäran om sjukpenning i 1,5 procent av fallen och 0,9 procent av de pågående sjukfallen avslutades genom att sjukpenning inte längre betalades ut.

Vilka rehabiliteringsåtgärder erbjuder de olika aktörerna?

Det är arbetsgivarens ansvar att genomföra rehabiliteringsåtgärder som anpassar och förändrar arbetet så att en sjukskriven kan komma tillbaka i arbete så fort som möjligt. De vanligaste åtgärderna som vidtas av arbetsgivare är förändring av arbetsuppgifter och arbetstidens längd samt arbetsträning. Utbildning som rehabiliteringsåtgärd är mindre vanligt (Riksförsäkringsverket 2004). Arbetsgivaren har även skyldighet att genomföra åtgärder i förebyggande syfte för att förhindra sjukskrivning.

Förutsatt att en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd ingår i den rehabiliteringsplan som upprättats av Försäkringskassan kan den sjukskrivne ha rätt till rehabiliteringspenning som är en dagersättning. Exempel på situationer så det kan bli aktuellt är vid arbetsträning eller under utbildning under högst ett år. Därutöver kan Försäkringskassan, förutsatt att kostnaderna inte ersatts av arbetsgivaren, täcka vissa kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringsåtgärden.

Försäkringskassan kan köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, exempelvis utbildning, men kan inte finansiera medicinsk rehabilitering. Arbetslivsinriktade åtgärder ska leda till återgång i arbete hos befintlig arbetsgivare eller i annat på arbetsmarkanden normalt förekommande arbete. Arbetsförmedlingen ansvarar för arbetsförberedande åtgärder för arbetslösa sjukskrivna.

	Åtgärder	Ansvarig aktör	Finansiering av åtgärd	Åtgärdens omfattning i tid, högst
Förebyggande på arbetsplatsen	Arbetshjälpmedel Anpassning på arbetsplatsen Omplacering Ersättning från Försäkringskassan (FK): <ul style="list-style-type: none"> • <i>Förebyggande sjukpenning</i> (vid medicinsk behandling eller rehabilitering) • <i>Rehabiliteringsersättning i förebyggande syfte</i> (vid arbetslivsinriktad rehabilitering) 	Arbetsgivaren Arbetsgivaren Arbetsgivaren Försäkringskassan Försäkringskassan	Arbetsgivaren/FK Arbetsgivaren Arbetsgivaren Försäkringskassan Försäkringskassan	
Åtgärd på arbetsplatsen under pågående sjukfall	Arbetsträning på ordinarie arbete Anpassning på arbetsplatsen Omplacering Arbetshjälpmedel Utbildning Reseersättning (istället för sjuklön/sjukpenning om arbetsförmåga bedöms finnas) Ersättning från Försäkringskassan: <ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringsersättning; består av (1) <i>Rehabiliteringspenning</i> som är en dagersättning (2) <i>Särskilt bidrag</i> som täcker kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen såsom resekostnader eller kursavgift.	Arbetsgivaren Arbetsgivaren Arbetsgivaren Arbetsgivaren Arbetsgivaren Försäkringskassan	Rehabiliteringspenning Arbetsgivaren Arbetsgivaren Arbetsgivaren/FK Arbetsgivaren Arbetsgivaren/FK Försäkringskassan	3 mån Tidsbegränsning saknas
Åtgärder utanför arbetsplatsen under pågående sjukfall	Medicinsk rehabilitering Social rehabilitering Försäkringskassan kan köpa: Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning Aktiv åtgärd (ex aktiveringsinsats) Utbildning	Hälso- och sjukvården Kommunen Försäkringskassan Försäkringskassan Försäkringskassan	Hälso- och sjukvården Kommunen Försäkringskassan Försäkringskassan Arbetsgivaren/FK	
Åtgärd för att få ett nytt arbete	Arbetsträning på nytt arbete Aktiv åtgärd (ex aktiveringsinsats) Utbildning	Försäkringskassan Försäkringskassan Försäkringskassan	Rehabiliteringspenning Försäkringskassan Försäkringskassan	1 år 1 år
Åtgärd för arbetslösa sjukskrivna och sjukskrivna som måste byta arbete av hälsoskäl	Arbetsförberedande åtgärder: Vägledning Utbildning Arbetsprövning Arbetsträning	Arbetsförmedlingen	Arbetsförmedlingen	

Anm. FK = Försäkringskassan

Administration och tillämpning av regelverket

Under ett par år i början av 2000-talet pågick ett omfattande professionaliseringsarbete av metoder och förhållningssätt inom Försäkringskassans tillämpning och handläggning av sjukförsäkringen. Processbeskrivningar av handläggningen togs fram och ett nytt gemensamt metodstöd för alla handläggare inom ohälsaarbetet presenterades. Dessutom blev Försäkringskassan i januari 2005 en sammanhållen myndighet vilket skapade helt nya förutsättningar att leda och styra arbetet. En av de viktigaste orsakerna till förstatligandet och sammanslagningen till en myndighet var att kunna arbeta enhetligt och nå lika tillämpning över landet.

Organisation, arbetssätt och metoder för ökad återgång i arbete

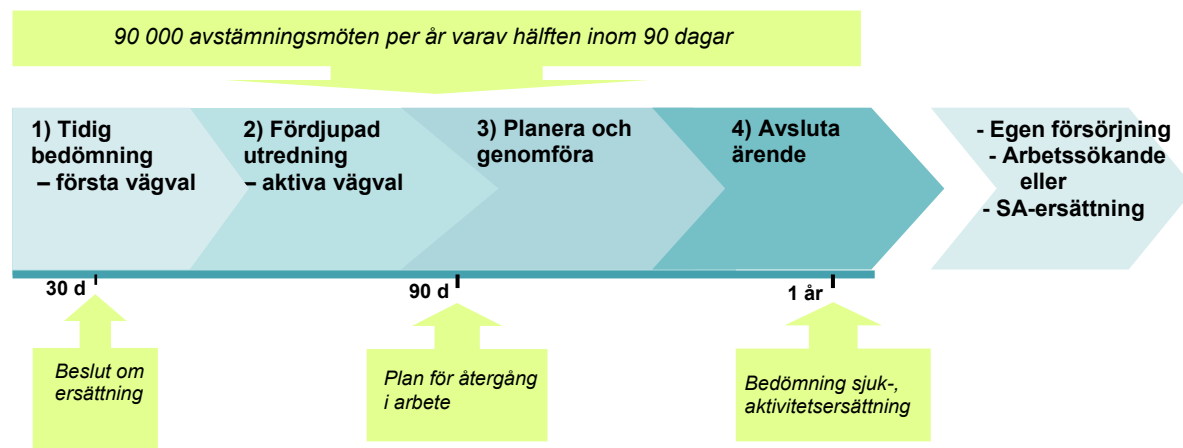
Försäkringskassan ska inom tre dagar efter att en sjukanmälan inkommit påbörja handläggningen av ett sjukpenningärende. Då gör handläggaren en första *tidig bedömning* av ärendet, dels för att klargöra om den försäkrade har rätt till ersättning, dels för att skilja ärenden där den sjukskrivne bedöms kunna återgå till sin tidigare sysselsättning efter normal läknings- och behandlingstid utan åtgärder från Försäkringskassan från ärenden som behöver en fördjupad utredning. När väl rätten till ersättning är fastställd är utgångspunkten att försöka förkorta sjukperioden i möjligaste mån. Deltidssjukskrivning ska alltid övervägas som ett alternativ (Prop. 2002/03:89).

I den *fördjupade utredningen* ska den enskildes behov av rehabilitering klarläggas. Handläggaren använder en strukturerad utredningsmetod, kallad SASSAM, som är en kartläggning av den enskildes hela livssituation inklusive den medicinska situationen. Kartläggningen ska visa både resurser och begränsningar. Det personliga mötet är viktigt för att engagera den försäkrade och skapa en dialog. Försäkringskassan skall enligt lagen om allmän försäkring (3 kap. 8 a § AFL) kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte om det finns behov av ett sådant. Om beslutsunderlaget behöver kompletteras i ärenden där den försäkrades besvär är sammansatta och svårbedömda kan Försäkringskassan köpa externa försäkringsmedicinska eller arbetslivsinriktade utredningar.

Planering av rehabiliterande åtgärder ska dokumenteras i en plan för återgång i arbete som upprättas inom 90 dagar. Arbetsgivaren ska lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill. Det är arbetsgivarens ansvar att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering (Prop. 2006/07:59). I de fall arbetsgivaren inte fullföljer sitt ansvar kan Försäkringskassan med hjälp av särskilda medel finansiera aktiva rehabiliteringsåtgärder.

När de planerade åtgärderna är genomförda och Försäkringskassan fullföljt sitt samordningsansvar ska *ärendet avslutas*. En tidsgräns saknas men senast ett år efter sjukanmälningsdatum ska det finnas en dokumenterad bedömning av förutsättningarna att byta ut sjukpenning till sjuk- eller aktivitetserättning om den enskilde inte har fått tillbaka sin arbetsförmåga.

Försäkringskassans arbetsprocess i handläggningen av sjukfall



Tidig bedömning – bevilja eller avslå sjukpenning

Under 2006 avslogs begäran om sjukpenning i 1,5 procent av sjukfallen och ytterligare 1 procent fick sin sjukpenning indragen under ett pågående sjukfall (Försäkringskassan 2007a). Antalet avslag ökar successivt vilket bör ses som en följd av det metodutvecklingsarbete som bedrivits. Svaret på frågan om hur ofta Försäkringskassan avslår ersättningsanspråk är ett sätt att beskriva portvaktsfunktionen i sjukförsäkringen. Kritiker skulle påstå att den har varit svag i det svenska systemet, dels beroende på frånvaron av försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivande läkare, dels beroende på Försäkringskassan som alltför sällan ifrågasätter de försäkrades rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Rehabiliteringsutredning och plan för återgång i arbete

Arbetsgivarna fick år 1992, i och med rehabiliteringsreformen, skyldighet att upprätta en rehabiliteringsutredning för sina sjukskrivna anställda i vilken rehabiliteringsbehov klarlades och stödjande åtgärder för snabbast möjliga arbetsåtergång helt eller delvis planerades. Men det har funnits uppenbara problem med hur arbetsgivarnas ansvar för rehabiliteringsutredningar skötts. Studier har visat att arbetsgivare inkom med rehabiliteringsutredning i färre än vartannat sjukfall samtidigt som kvaliteten på utredningarna generellt sett var låg. Endast hälften av de krav som ställdes på utredningarna uppfylldes (Försäkringskassan 2005).

I och med det svenska regeringsskiftet i september 2006 aviserade den nya regeringen att arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning skulle upphöra (prop. 2006/07:1). Som alternativ till arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning förordades ett system med personliga handläggare på Försäkringskassorna som driver rehabiliteringsprocessen för den enskilde och är ett stöd för arbetsgivaren i rehabiliteringsverksamheten på arbetsplatsen. Försäkringskassan genomgår en omfattande omorganisation för att kunna ge bättre service till de försäkrade och den personliga handläggaren är en ny specialicerad yrkesroll. Lagändringen trädde i kraft vid halvårsskiftet 2007 och då upphörde arbetsgivarens skyldighet att upprätta en rehabiliteringsut-

redning (prop. 2006/07:59). Istället ska Försäkringskassan göra rehabiliteringsutredningen och arbetsgivaren ska lämna den information som Försäkringskassan behöver. Beslutet medför däremot inga förändringar när det gäller arbetsgivarens skyldighet att vidta rehabiliteringsåtgärder som kan ske i anslutning till den egna verksamheten och som syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren eller dennes anpassnings- och rehabiliteringsansvar enligt arbetsmiljölagen, lagen om anställningsskydd eller andra författningar inom arbetsrätten.

Oavsett vem som bär ansvaret för att upprätta rehabiliteringsutredningen så kvarstår det större problemet att arbetsgivare endast i liten utsträckning vidtar åtgärder för att underlätta sjukskrivna anställdas återgång i arbete (Samtal om socialförsäkring nr 10, 2006). Arbetsgivares passivitet kan delvis förklaras av otydligt definierade ansvarsgränser för vem som ska göra vad inom rehabiliteringen. Försäkringskassans ansvar ska vara begränsat till att samordna och inte finansiera rehabiliteringsåtgärder. Lagens intentioner framstår i oklar dager när Försäkringskassan på samma gång har avsatta medel för att i vissa fall kunna bekosta rehabiliteringsåtgärder. Elasticiteten i Försäkringskassans ansvar för rehabilitering bidrar ofta till att arbetsgivare hamnar i en förhandlingssituation med Försäkringskassan om vem som ska bära kostnaderna för planerade åtgärder alternativt passivt inväntar att Försäkringskassan ska göra hela jobbet (SOU 2006:86).

Avstämningsmöte

Avstämningsmötet planeras när handläggaren behöver träffa den försäkrade och andra aktörer³⁶ för att tillsammans diskutera möjligheter, hinder och lösningar för att förkorta den försäkrades ersättningsperiod. Syftet med avstämningsmötet är både att bedöma den försäkrades medicinska tillstånd och initiera och planera olika typer av rehabiliteringsåtgärder. När avstämningsmötet infördes i lagen om allmän försäkring (AFL 3 kap 8a §), år 2003, fanns en stark politisk tilltro till det som utredningsmetod och har sedan dess betraktats som ett av Försäkringskassans mest grundläggande verktyg. Mötet sågs som ett effektivt sätt att ta tillvara restarbetsförmåga och stimulera ökad användning av deltidssjukskrivning (prop. 2002/03:89). Det jämfördes till exempel med den multidisciplinära bedömning som i vissa fall förekommer hos företagshälsovården (*ibid.*).

En nyligen genomförd utvärdering av avstämningsmötet visar att det inte använts i den skala det var tänkt och att det i regel sker för sent i sjukfallen. Det finns därmed ett problem med selektionseffekter i genomförd utvärdering och egentliga slutsatser är svåra att dra. Försäkringskassan har under de senaste åren satsat intensivt på att öka antalet avstämningsmöten. Målet år 2006 var att 90 000 avstämningsmöten skulle hållas varav hälften inom 90 dagar räknat från sjukfallets start. Då uppfylldes målet om antalet genomförda möten men tidpunkten för mötet var förskjutet, endast åtta procent av alla avstämningsmöten hade genomförts de första 90 dagarna (Försäkrings-

³⁶ För anställda sjukskrivna är arbetsgivaren självskriven och arbetsförmedlingen central som aktör för sjukskrivna som saknar anställning. Därutöver kan exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog, företagshälsovård eller facklig representant vara inbjuden till mötet.

kassan 2007b). Resultaten för 2007 ser bättre ut. Under årets första fyra månader genomfördes knappt 44 000 möten varav 22 procent inom de första 90 dagarna (Försäkringskassan 2007d).

Köp av aktiva rehabiliteringstjänster

Försäkringskassan får sedan 1990 årligen särskilda medel som bland annat kan användas för att köpa utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Senaste åren har dock Försäkringskassan fått kritik för att medlen inte förbrukats alternativt har förbrukats ojämnt fördelat över landet och medlen har därför minskat. Men i grund och botten är den centrala frågan huruvida Försäkringskassan ska finansiera tjänster som andra aktörer bär ansvaret för; sjukvården för medicinska utredningar och arbetsgivarna för arbetslivsinriktade åtgärder. Kritikerna anser att Försäkringskassans möjlighet att köpa utredningar och rehabiliteringstjänster förstärker den redan otydliga bilden av vilka aktörer som ansvarar för vad inom rehabilitering.

1-årsbedömning med förutsättningar för sjuk- och aktivitetsersättning

Det saknas en bortre parentes i reglerna för hur lång tid sjukpenning kan utbetalas. Men enligt lagen (16 kap. 1 § AFL) ska Försäkringskassan ta ställning till om det finns förutsättningar att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning senast ett år efter sjukanmälningsdagen. En förutsättning är att den enskilde inte bedöms kunna förbättra sin arbetsförmåga genom rehabilitering. Syftet med att utreda om det finns förutsättningar för ett utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning är att se till att rätt förmån betalas ut och att det finns en planering i samtliga ärenden där sjukpenning eller rehabiliteringspenning ska fortsätta att betalas ut även efter dag 365.

Sammanfattning av den svenska strategin

Huvudinriktningen i den svenska strategin har varit att successivt lägga över ett allt större ansvar för sjukskrivning, rehabilitering och förebyggande åtgärder på arbetsgivarna. Den primära målsättningen har hela tiden varit en återgång i arbete hos ordinarie arbetsgivare efter sjukskrivning. Regerings-skiftet hösten 2006 har inneburit ett avståndstagande från den tidigare så starka arbetsgivarfokuseringen. Den nya regeringens strategi har hittills till största del bestått i att genomföra olika lättnder för arbetsgivare.

Försäkringskassan blev i januari 2005 en sammanhållen myndighet från att tidigare ha bestått av 22 olika myndigheter i 21 län. I och med sammanslagningen skapas förutsättningar att arbeta enhetligt och nå lika tillämpning över hela landet. Ett omfattande förnyelsearbete av den svenska Försäkringskassan pågår och organisationen kommer att genomgå genomgripande förändringar de närmsta åren.

Organiseringen av rehabilitering i Sverige är dock fortsatt starkt sektoriserat. För den enskilde får det till följd att alldeles för många upplever sig ha hamnat ”mellan stolarna” och att de inte har fått det stöd de förväntat sig. Uppdragen till de enskilda aktörerna på rehabiliteringsområdet är både otydliga och ologiska – främst mellan arbetsgivarna å ena sidan och Försäkringskassan å den andra. I praktiken leder otydligheten i ansvarsfördelning till att samverkan och samordning förvandlas till förhandlingar om vem som

ska betala för vad. Trots ett mycket stort antal utredningar och försök att förbättra och reglera fungerar rehabiliteringen av sjukskrivna fortfarande dåligt (SOU 2006:86). Få åtgärder har genomförts för att försöka påverka och förbättra situationen för den enskilde inom rehabiliteringsområdet.

Pågående särskilda satsningar och planerade förändringar

I kapitel tre konstaterades att en generell utmaning för den post-expansiva välfärdsstaten är att på olika sätt begränsa dess expansion. Översatt till den svenska verkligheten är målsättningen att socialförsäkingen ska vara rättvis och effektiv. Det är en förutsättning både för att kunna bevara omfattningen på försäkringen och allmänhetens tilltro till den. För att kunna upprätthålla en bra försäkring är det nödvändigt med en stark portvakt. Flera olika åtgärder har genomförts i det svenska systemet för att förstärka portvakten. Det återstår givetvis att se de sammanlagda effekterna av dessa åtgärder. Tidigare har de geografiska skillnaderna i tillämpningen mellan olika försäkringskassor med stor tydlighet illustrerat frontlinjebyråkratens handlingsutrymme och svårigheten med politisk styrning. Om den nya sammanslagna myndigheten skapat bättre förutsättningar att implementera politiken kommer att visa sig.

Däremot har mindre genomgripande åtgärder genomförts för att effektivisera serviceproduktionen inom rehabiliteringsområdet. Det är också där de främsta utmaningarna för den nationella strategin finns. Tillbakablickar bekräftar att det varit svårt att klara båda uppdragen samtidigt; att både begränsa nyttjandet av sjukförsäkringen och erbjuda en hög service för dem som redan får ersättning från försäkringen. Antingen har resurserna satsats på att låta de skickligaste handläggarna göra kvalificerade försäkringsmässiga bedömningar vid försäkringens port eller på att samordna rehabiliteringsprocessen i ett kundnära samarbete med den sjukskrivne för att påskynda arbetsåtergång.

Aktuella utredningar

Hösten 2006 presenterade den svenska Socialförsäkringsutredningen sitt betänkande ”Mera försäkring och mera arbete” (SOU 2006:86). Utredningen hade då under knappt två års tid arbetat med uppdraget att göra en genomgripande analys av socialförsäkringarna i ett brett perspektiv. En av slutsatserna var att den svenska sjukförsäkringen är för mjuk då den har tillåtits möta andra behov än den är ämnad för vilket tydliggörs i och med att nyttjandet av den varierar över tid och rum samt mellan individer med samma diagnos på ett orimligt sätt. Utredningen pekade på tre punkter som särskilt viktiga i ett kommande reformarbete: (1) En självständig sjukförsäkring; avgifterna till försäkringen skall täcka utgifterna och eventuella under- eller överskott skall hanteras med ökade eller minskade avgifter och direkt påverka förhandlingsutrymmet på arbetsmarknaden, (2) En tydlig tidsgräns, förslagsvis en ettårsgräns, och (3) En ny utbyggd företagshälsovård som utgör de anställdas primärvård och dessutom övertar Försäkringskassans uppdrag att pröva och bevilja sjukpenning. En sådan lösning skulle också minska behovet av den komplicerade samordning mellan arbetsgivare, försäkringskassa och sjukvård som ligger bakom mycket av dagens misslyckanden (SOU 2006:86).

Socialförsäkringsutredningen var tänkt att efterföljas av en bred parlamentarisk utredning med uppdrag att presentera förslag på hur sjukförsäkringen ska reformeras. En sådan utredning har ännu inte tillsatts. Just nu pågår två statliga utredningar av särskilt intresse för sjukförsäkringen. Regeringen har i budgetpropositionen för 2007 framhållit att företagshälsovården bör kunna göra mer och användas bättre i fråga om förebyggande insatser, som ett stöd i återgången till arbete och som en länk mellan arbetsplatsen och hälso- och sjukvården. Frågor om företagshälsovårdsutbildning har samband med sådana insatser och en nytillsatt kommitté ska analysera frågan om vem som ska svara för att utveckla, upphandla och samordna utbildningen. Den andra kommittén ska lämna förslag till utformning av regler som möjliggör en överföring av vissa socialförsäkringsutgifter till trafikförsäkringen. Utredaren ska precisera trafikförsäkringens ansvar för rehabilitering av trafikskadade, särskilt med hänsyn till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, hälso- och sjukvårdens ansvar för den medicinska rehabiliteringen samt Försäkringskassans ansvar att samordna rehabiliteringen.

En enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har sedan några år tillbaka i uppdrag att utforma en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. I det ingår att ta fram nationella försäkringsmedicinska beslutsstöd som ska utgöra ett stöd vid sjukskrivning för både intygsskrivande (behandlande) läkare och Försäkringskassans tjänstemän.

Beslutsstödet ska bestå dels av övergripande principer, dels av rekommendationer för ett sjuttio-, åttiotal diagnoser. Med övergripande principer avses tydliga klargöranden vad gäller sjukförsäkringens roll och hur sjukskrivning bör och kan användas. Rekommendationerna för enskilda diagnoser/symptombilder ger en kortfattad karaktäristik av tillståndet, behandling, vanliga konsekvenser för funktionstillstånd, förväntat tillfrisknandeförlopp och rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga. När de försäkringsmedicinska beslutsstöden är färdiga, hösten 2007, förväntas de täcka cirka 75 procent av alla sjukskrivningstillfällen. De amerikanska riktlinjerna MDA (The Medical Disability Advisor) som används i ett trettiotal länder är ett av underlagen i arbetet.

Samverkan Försäkringskassan och Arbetsmarknadsmyndigheten

Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen har de senaste åren fått ett flertal samverkansuppdrag gällande särskilt utpekade målgrupper som traditionellt rör sig mellan de båda myndigheterna. Första uppdraget, år 2001, var att upprätta en nationell handlingsplan för arbetslivsinriktad rehabilitering för arbetslösa sjukskrivna. I ett senare skede kom uppdraget även att omfatta anställda sjukskrivna som behöver byta anställning på grund av ohälsa. Det senaste i raden av regeringsuppdrag kom 2006 och innebar att de båda myndigheterna skulle vidta förstärkta insatser för långtidssjukskrivna och personer som har aktivitetsersättning eller tidsbegränsad sjukersättning. Arbetet bedrivs sedan mars 2007 i hela landet under namnet ”PILA” som är en förkortning av ”Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete”. Myndigheternas samverkan har resulterat i processtyrningsmodeller som är ett stöd i den dagliga handläggningen.

FINSAM är en speciell form av samverkan mellan Försäkringskassan, länsarbetsnämnder, landsting och kommuner som kan bedriva finansiell samordning med stöd av lagen i syfte att återställa sjukskrivnas arbetsförmåga. FRISAM är en frivillig samverkan mellan myndigheter inom rehabiliteringsområdet med syfte att stödja alla som behöver särskilda insatser.

Förändringar inom Försäkringskassan (organisation och profession)

Första januari 2005 blev Försäkringskassan en sammanhållen myndighet. Tidigare var samtliga 21 försäkringskassor och dåvarande Riksförsäkringsverket enskilda myndigheter. Förenklat kan bristen på styrning av de enskilda försäkringskassorna, eskaleringen av den ersatta ohälsan på slutet av nittiotalet och de regionala skillnaderna i tillämpningen av främst sjukförsäkringen sägas vara bakgrunden till beslutet att slå samman de 22 myndigheterna.

Frågor om effektiviseringar och resursfördelning är viktigt. Graden av självbetjäning ska öka till fördel för personlig handläggning i de ärendeslag där det bedöms behövt. I de senare fallen ska de försäkrade tilldelas en personlig handläggare vilket stöds i de förslag den nya regeringen presenterat. Ett system med personliga handläggare ökar förutsättningarna att driva och följa rehabiliteringsprocessen för den enskilde samtidigt som det kan vara ett stöd för arbetsgivaren i dennes arbete med rehabilitering (prop. 2006/07:1). Försäkringskassan utarbetar en kompetensprofil för denna nya handläggarbefattning.

Förändringar av regelverket

Hittills har den nya regeringen genomfört flera regelförändringar som medfört lättnader för arbetsgivarna och är därmed ett tydligt steg bort från den tidigare regeringens politik. I 2008 års budgetproposition presenteras flera olika åtgärder. Bland annat föreslås starkt subventionerade jobb för långtidssjukskrivna och förtidspensionärer kallade ”nyfriskjobb” som i någon mening har likheter med de danska flexjobben. Det finns också långtgående tankar på att förändra hela handlägningsprocessen med nya, fasta tidsgränser för olika aktiviteter. Särskilda medel för evidensbaserade rehabiliteringsinsatser avsätts i form av en rehabiliteringsgaranti och vikten av en förstärkt företagshälsovård betonas.

Nordiska länder i jämförelse

Det finns stora likheter, men också skillnader, i sjukförsäkringens och förtidspensionens regelverk och tillämpning mellan de nordiska länderna. Ersättningsnivåer i de förmåner som kan betalas ut under sjukskrivningen eller förtidspensionen är väsentligen lika. Den maximala tid då förmånerna betalas ut skiljer sig dock åt, vilket indikerar att flexibilitet och möjligheter till individanpassning i systemen är olika.

Regelverk

Ersättning av inkomstbortfall under sjukfrånvaro är hög i samtliga nordiska länder upp till en maximinivå. I början av perioden betalar arbetsgivaren full lön, antingen enligt lag eller avtal under ett par veckor. Sverige utgör ett undantag med en karenstdag då ingen ersättning betalas ut och en ersättning på 80 procent under dag 2–14 i sjukperioden. I Finland får de sjukskrivna full ersättning i ytterligare ett par månader enligt avtal och därefter omkring 70 procent från sjukförsäkringen. I Danmark har de flesta full lön under hela sjukskrivningsperioden. Den totala ersättningen ökar i Sverige till 90 procent under dag 15–360 för majoriteten av löntagarna.

Sjukpenning kan betalas ut som en partiell förmån i samtliga fem länder. I Finland och Island är detta dock endast möjligt vid en successiv återgång i arbete. Även förtidspension kan betalas ut i olika grader av partiell förmån i samtliga länder med undantag av Danmark. Förtidspension beviljas som en varaktig förmån utan omprövning i Danmark, Finland och Norge. I Sverige ska en förnyad bedömning ske minst vart tredje år och i Island vart 1–5 år.

Den maximala ersättningstiden för inkomstbortfall under arbetslivsinriktad rehabilitering ger olika möjligheter till en individanpassad rehabilitering. I två av länderna, Sverige och Island, är denna rehabiliteringspenning begränsad till högst ett år respektive 18 månader. I Danmark kan ersättning betalas i högst fem år. I Norge och i arbetspensionssystemet i Finland finns ingen tidsbegränsning utan rehabiliteringsbehovet är styrande. Rehabiliteringspenning betalas ut så länge åtgärden anses nödvändig. Det danska, finska och norska ersättningssystemet förefaller således inrymma en större flexibilitet än det isländska och svenska.

Sjukförsäkringsreglerna och regelverket för förtidspension innehåller i allmänhet få starka ekonomiska drivkrafter (incitament) för de anställda att återgå i arbete. De generellt höga kompensationsnivåerna är ett negativt incitament för dem att begränsa sin sjukfrånvaro. Ett exempel på motsatsen, ett positivt incitament, kan hämtas från Finland. Efter ett par månaders sjukfrånvaro ersätts full lön enligt avtal av 70 procents ersättning från sjukförsäkringen. Sänkningen av ersättningen utgör ett positivt incitament för återgång i arbete. Ett annat exempel på positiva incitament är möjligheten i Sverige att behålla ersättningen, förtidspensionen, i tre månader parallellt med löneinkomsten om man återgår i arbete.

En ekonomisk drivkraft för återgång i arbete har införts för förtidspensionärer i de flesta nordiska länders socialförsäkring. De kan pröva att arbeta med bibehållen rätt till förtidspension (så kallad vilande förtidspension). I några länder är rätten generöst tilltagen i tid och indikerar att skilda behov av provmöjligheter lätt kan tillgodoses. Vilande förtidspension kan beviljas i högst två år i Sverige, högst fem år i Norge och tillsvidare i Danmark. I Finland gäller rätten upp till fem år.³⁷ Det svenska systemet verkar ge minst möjligheter att förvärvsarbeta med ekonomisk trygghet garanterad av vilande förmån.

Generellt har arbetsgivare få incitament att förebygga sjukskrivning i Norden. Kostnader för sjuklön i början av sjukskrivningsperioden utgör ett relativt svagt incitament i alla fem länder med undantag av Finland. Där ska arbetsgivaren betala full lön i tio dagar och därefter 30 procent av lönen i ett par månader, beroende på avtalsområde³⁸. Arbetsgivaren har ett betydande kostnadsansvar även för förtidspensioner.

³⁷ Endast för dem som aldrig har arbetat.

³⁸ Sjukpenningen (70 procent) betalas ut till arbetsgivaren under denna tid.

Kompensation av inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom för anställda i de nordiska länderna 2007 – upp till det tak som försäkringen kompenserar

Sjuklön	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Ersättningsnivå	100 % av lönen	100 % av lönen a) enligt arbetsavtal b) enligt kollektivavtal	a) 100 % av lönen inkl. övertidsarbete b) 80 % c) 65 % ³⁹	100 % av lönen	80 % av lönen
Period	Dag 1–15, de flesta dock under hela sjukskrivningen	a) 10 vardagar inkl. lördagar b) 1–3 månader	a) 1 månad b) 1 månad c) 2 månader, maximalt 1 år	Dag 1–16	Dag 2–14
Sjukpenning					
Ersättningsnivå	90 %	Ca 70 %	Vanligen 80 % av helhetslön men kan variera. Min. fast belopp från TR. (966 lkr/dag plus 264 för varje barn).	100 % av lönen	80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten + 10 % enligt avtalsförsäkringar*
Partiell ersättning	Möjlighet till partiell sjukskrivning > 4 timmar/vecka	Endast vid återgång i arbete, 50 % av sjukpenningen	Endast vid återgång i arbete	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan (%)	25, 50, 75, 100 %
Maximiperiod	1 år, kan förlängas	300 vardagar inkl. lördagar (inom 2 år)	1 år	1 år (inom 3 år)	Ingen

* Dag 15–360 för privatanställda arbetare och kommun- och landstingsanställda, dag 15–90 för övriga.

³⁹ Om anställd i fem år eller längre. Hos offentligt anställda kan ersättningsnivån vara upp till 100 procent hela perioden.

Rehabiliteringspenning	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Ersättningsnivå	Vid praktisk rehabilitering utbetalas minimilön och arbetsgivaren kompenseras efter arbetsförmåga, vid utbildning 14 452 dkr/månad	Folkpension: 75 % av den sjukpenninggrundande arbetsinkomsten Arbetspension: 33 % högre än invalidpension	TR: Max: ca 150 000 Iskr/mån för ensamstående utan annan inkomst, plus 18 284 för varje barn. Beroende på inkomst, äktenskap, antal barn, hushåll m.m. men inte lön innan	Ca 66 %	80 % +10 % enligt avtalsförsäkringar
Partiell ersättning	Nej	Folkpension: Nej Arbetspension: 50 %	Partiell ersättning om inkomst m.m. lön	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan, minst 50 %	25, 50, 75, 100 %
Maximiperiod	< = 5 år	Folkpension: Inte begränsad Arbetspension: Inte begränsad	18 månader	Rehabiliteringspengar < = 1 år, kan förlängas till 2 år eller mer, Attföringspengar: så länge en åtgärd anses vara nödvändig	1 år
Förtidspension*					
Ersättningsnivå	Exempel: 14 452 kr per månad för en ensamstående	Exempel: Folkpension: 524,85€ för en ensamstående Arbetspension: beronde på inkomstgrund	TR: Samma som rehabiliteringspension Ca 40–43 % af den historiska indkomsten och kommer att närma sig de 65 % de kommande 20 åren.	Ca 60 till 66 % av inkomsten	Ca 64 % av antagandeinkomst
Partiell ersättning	Nej	Endast i arbetspensionssystemet, 50 %	Partiell ersättning om inkomst m.m. lön	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan (%)	25, 50, 75, 100 %
Maximiperiod	Varaktig, ingen omprövning	Varaktig, ingen omprövning	Omprövning vart 1–5 år om inte bedömd som varaktig från början	Uførepensjon varaktig, tidsbegränsad uførestønad < = 4 år	Omprövning < = 3 år
Rätt till vilande förmån	Under en period eller tillsvidare	< = 5 år för yngre som aldrig förvärvsarbetat		< = 5 år (varaktig uførepensjon)	< = 2 år

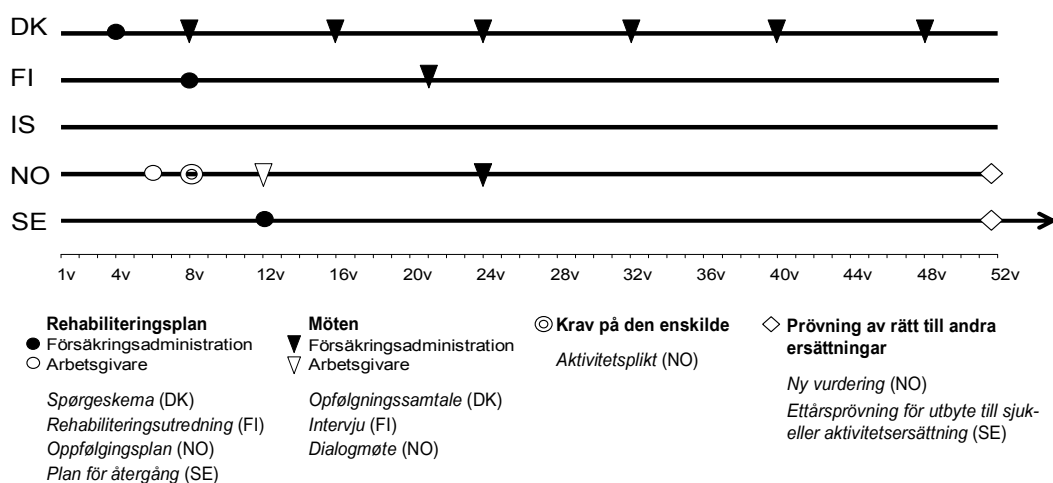
* Anm. Finland: sjukpension och invalidpension, Norge: uførepensjon (varaktig) och tidsbegränsad uførestønad (sedan 2004), Sverige: sjukersättning och aktivitetserättning

Den danska modellen tar sikte på fortast möjliga arbetsåtergång och kommunens handlägningsprocess innehåller täta uppföljningstidpunkter för kontakt med den sjukskrivne under ett pågående sjukfall. Däremot har kommunen liten eller ingen kontakt med arbetsplatsen och en dialog med arbetsgivaren kring eventuell anpassning eller omplacering på arbetet saknas i regel. Vidare ger den danska modellen den enskilde en betydligt svagare anställningstrygghet vid sjukdom jämfört med de andra nordiska länderna. I Norge pekas arbetsplatsen tydligt ut som huvudarenan för arbetet med att följa upp sjukskrivna och vidta åtgärder för arbetsåtergång. NAVs huvudsakliga uppgift är att kontrollera att arbetsgivaren fullföljer sitt ansvar och att den sjukskrivne deltar i planerade aktiviteter. Även i Sverige är utgångspunkten att arbetsgivaren bär förstahandsansvaret för sjukskrivnas väg tillbaka till arbete men en stor skillnad mellan Norge och Sverige är att NAV har möjlighet att utöva sanktioner om arbetsgivare brister i sitt ansvar. I Finland har företagshälsovården ansvar för att utreda behov av rehabilitering och genomföra åtgärder som bevarar och främjar arbetsförmåga. I Finland betonar man vikten av företagshälsovårdens förebyggande åtgärder som bevarar och främjar arbetsförmåga samt tidig rehabilitering.

Administration och tillämpning av regelverket

En förenklad bild av handlägningsprocesserna i de olika länderna visar att det finns många gemensamma nämnare. Ibland är det bara olika benämningar på aktiviteter som är jämförbara. I Norge, Sverige och Finland är det första steget att utreda och dokumentera den sjukskrivnes behov av åtgärder i en plan. Skillnaden är att det i Norge är arbetsgivaren och inte försäkringsgivaren som har ansvar för att utreda och upprätta planen. I Danmark fyller den sjukskrivne i ett frågeformulär som utgör grund för kommunens planering av åtgärder.

Lagstadgade aktiviteter i handlägningsprocessen



Det finns fasta tidpunkter för möten med den sjukskrivne som dessutom kan inkludera andra berörda aktörer. I Danmark är det kommunens plikt att kontakte den sjukskrivne efter åtta veckor. Tätheten av kontakter varierar beroende på vilken sjukskrivningskategori den sjukskrivne tillhör. I Norge finns

två schemalagda dialogmöten med den sjukskrivne varav det första är arbetsgivarens ansvar att kalla till och det andra är NAVs ansvar. Avstämningsmötet i Sverige ska ske om det finns behov av ett sådant, fast tidpunkt för när det i så fall ska genomföras saknas. Utgångspunkten är dock att Försäkringskassan tidigt ska ta initiativ för att stödja den sjukskrivne tillbaka till arbete (prop.2006/07:59).

I Norge finns en aktivitetsplikt för den enskilde vid åtta veckors sjukskrivning. NAV följer främst upp det via läkarintygen som ger information om den sjukskrivne är i aktivitet eller om aktivitet är planerad. Om den sjukskrivne inte medverkar kan NAV utöva sanktioner. I Finland har olika modeller införts för att hantera sjukfrånvaro i samarbete mellan arbetsgivaren, arbetstagarerna och företagshälsovården som medicinsk expert.

Till skillnad från de andra länderna saknar Sverige en borte gräns för sjukpenningen. Det ska däremot finnas en planering i alla de ärenden där sjukpenningen överskrider 365 dagar och senast vid ettårsgränsen ska förutsättningar för att byta ut sjukpenningen till sjuk- eller aktivitetsersättning vara utredda. I Norge finns en ettårsgräns men därefter kan andra ersättningar komma i fråga. Där görs regelmässigt en värdering av den sjukskrivnes rätt till andra ersättningar vid ettårsgränsen för sjukpenning. I tillägg måste nämnas att sjukpenningen i Danmark kan förlängas och överskrida ett år bland annat vid allvarlig sjukdom med pågående medicinsk behandling.

Sammanfattningsvis visar jämförelsen att Danmarks handläggningsprocess innehåller de tätaste uppföljningstidpunkterna i motsats till den finska och svenska processen som innebär få tidsbestämda aktiviteter.

5 Utvärdering

Begreppet utvärdering kan definieras som en noggrann efterhandsbedömning av genomförande, prestationer och utfall i offentlig politik, vilken avses spela roll i praktiska handlingssituationer (Vedung 1995). Utvärdering kan avse att mäta såväl måluppfyllelse, effekter och effektivitet som implementering. I alla nordiska länder genomförs utvärderingar av insatser att begränsa sjukfrånvarons och förtidspensioneringens omfattning. I detta kapitel beskrivs hur de olika länderna har organiserat utvärderingen, resultat som framkommit och utmaningar som utvärderingsverksamheten står inför.

Danmark

Strategier for evaluering

Ser man på hvad Danmark har til rådighed af evidens baseret viden, kan det deles ind i tre kategorier.

1. De nationale evalueringer, der udføres på bestilling af Arbejdsmarkedsstyrelsen
2. Statistik der dels er baseret på kommunernes indberetninger til Danmarks Statistik, dels Den Sociale Ankestyrelses statistik der går lidt dybere og tolker på tallene.
3. Forskning og evalueringer af projekter, der ofte har mere snævre målgrupper eller problemstillinger i fokus.

I Danmark har der været forsket indenfor sygedagpengeområdet de sidste 25 år, men der har ikke været nogen stor tradition for forskning til trods for den politiske bevågenhed. Det er først de sidste 10 år, der har været et forskningsmæssigt fokus på området.

Egentlige forskningsresultater er få og er hidtil primært udgået fra Socialforskningsinstituttet (SFI), Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) og Arbejdsmedicinske Klinikker (AMK) – ofte i samarbejde med universiteterne.

Forebyggelse af fravær er blevet et gennemgående strategisk forskningsområde for NFA og indgår som en integreret del af de fleste forskningsprojekter. Forskningen er primært rettet mod mekanismerne bag fravær og udstødning fra arbejdsmarkedet, udvikling af metoder til forebyggelse af dette samt at udvikle metoder til at vurdere de økonomiske gevinster ved forebyggelsen. Området er et nyt forskningsfelt ved SFI, som ønsker at

opbygge en forskningsprofil, der kan bidrage til at skabe og udvikle de begrebsmæssige redskaber til brug for forskning og udredning på det sociale arbejdes område, at gennemføre forskning der søger at opfange og forstå, hvad der foregår i det komplekse samspil mellem politik, organisering, personale og klienter, samt at belyse effekterne af den sociale indsats for klienternes situation og adfærd.

Forskning indenfor sygefravær og arbejdsfastholdelse er blevet et nyt område indenfor de Arbejdsmedicinske klinikker. Der er både forskningsarbejde indenfor området og udviklingsprojekter igang med det formål at skabe en velegnet arbejdsform til kortlægning af helbredsproblemers arbejdsmæssige betydning samt konkrete handlinger i forhold til at opnå en holdbar løsning, bedre anvendelse af ressourcerne og bedre mulighed for arbejdsfastholdelse⁴⁰.

Ud over forskning har der gennem årene været igangsat analyser, undersøgelser og projekter om sygefravær, blandt andet fra Beskæftigelsesministeriets puljer og fra Arbejdsmiljøfonden. Projekterne har taget udgangspunkt i mange forskellige områder indenfor sygefravær og har været iværksat både indenfor det offentlige og det private. Erfaringerne fra projekterne har været medvirkende til større viden og metodeudvikling på området⁴¹.

Siden 2001 har Arbejdsmarkedsstyrelsen støttet etableringen af Formidlingsenheder rundt om i landet i tilknytning til førtidspensionsreformen og skabelse af et rummeligere arbejdsmarked. Formidlingsenhederne har haft en central rolle ved igangsættelse af undersøgelser og projektet inden for området.

Der har endvidere været etableret nationale tænketanke på initiativ af Beskæftigelsesministeriet, blandt andet et nationalt netværk blandt større virksomheder og flere på tværs af virksomheder og aktører. Der eksisterer i dag 7 regionale netværk som et tilbud til private og offentlige virksomheder om at dele viden og erfaring inden for virksomhedernes sociale engagement. Netværkene modtager støtte fra Beskæftigelsesministeriet og har hver ansat en Inspirator, der står for at koordinere netværkets aktiviteter.

Arbejdsmarkedsreformen følges op med løbende evalueringer, hvoraf den første vedrørende ændringerne i sygedagpengeloven er udkommet i 2006 : "De nye visitationskategorier i sygedagpengesager". Denne første undersøgelse viser at i januar 2006 havde kommunerne visiteret 79 % af alle dagpengesager, og de havde følgende fordeling:

Glatte sager 32 %

Risiko sager 40 %

Langvarige sager 28 %

⁴⁰ Eksempelvis projekt "bedre samarbejde – hurtigere indsats". Projektsamarbejde mellem flere kommuner, privat virksomhed, formidlingscenter, praktiserende læger og Arbejdsmedicinsk Klinik – se referencelisten.

⁴¹ Eksempelvis Jensen og Claudi (2006)

Endvidere viser undersøgelsen, at når sagerne skifter kategori sker det oftest fra kategori 1 – glatte sager til kategori 2 – risiko sager. Et resultat der underbygger hvad også en lang række andre undersøgelser har vist, at sygemeldingsårsagen (diagnosen) ikke er velegnet til at forudsige noget om varigheden af sygefraværet, men at andre ting har indflydelse på sygefraværets længde.

Det viser således at der er behov for fortsat at udvikle det spørgeskema der anvendes som grundlag for visitering til de 3 kategorier.

”De nye visitationskategorier i sygedagpengesager” er et arbejdspapir udarbejdet på foranledning af Beskæftigelsesministeriet. Arbejdspapiret indgår i en større evaluering af ændringerne i sygedagpengeloven fra juli 2005 og udføres for Arbejdsmarkedsstyrelsen. Udover arbejdspapiret udgives en rapport i foråret 2007 og en rapport i foråret 2008.

Evalueringemetoder

I 2007 er udkommet en ny rapport om sygefravær med titlen "Resultater af sygefraværsforskning 2003–2007". Rapporten er en oversigt over de væsentligste resultater fra 17 forløbsundersøgelser om sygefravær og tilbagevenden til arbejde, udarbejdet af forskere ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA, i perioden 2003–2007.

Forskning i Danmark har været koncentreret om en kortlægning af sygefraværet, hvor man har undersøgt hvem, der er i risiko for at blive sygemeldt, hvem der er i risiko for langvarigt sygefravær, marginalisering/udstødning fra arbejdsmarkedet, hvor man har undersøgt, hvordan man ved forskellig indsats kan mindske sygefravær og styrke muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

I 2006 blev et dansk forskningsprojekt med afprøvning af et nyt koncept for arbejdsfastholdelse af sygemeldte afsluttet. Målgruppen var sygemeldte med bevægeapparatlidelser. I en videnskabelig afprøvning af koodineret tværfaglig indsats for arbejdsfastholdelse (KIA modellen) er det dokumenteret, at man effektivt kan forkorte sygemeldingsperioden med betydelig økonomisk gevinst for kommunerne og virksomhederne og menneskelige gevinster for de sygemeldte.

Modellen bygger på en tidlig (efter 4–12 ugers sygefravær) udredning og handleplan udført af et tværfagligt team, Team for Arbejdsfastholdelse (TAF), indtil den sygemeldte var tilbage i arbejde (dog maks. 3 måneder). Teamet bestod af en speciallæge i arbejdsmedicin, en kiropraktor, en BST-fysioterapeut, en psykolog og en socialrådgiver. Sidstnævnte fungerede som forløbskoordinator – en funktion inspireret af canadiske erfaringer. Den primære målsætning var hurtigere og mere sikker tilbagevenden til arbejde. Forsøget kunne efter 12 måneders opfølgning dokumentere en gennemsnitlig reduktion af sygefraværet på over 340 timer pr. sygemeldt i indsatsgruppen i forhold til en kontrolgruppe. Dette svarende til en relativ reduktion på 34 pct. Indsatsen viste sig også at være særdeles omkostningseffektiv med en netto samfundsmæssig besparelse på omkring 55.000 kr. pr. forløb. I tillæg havde de sygemeldte i indsatsgruppen en væsentlig

reduktion i selvopfattede smerter (37 pct.) og forbedring af funktion (41 pct.), samt en samlet tilfredshed med forløbet på 87 pct. i modsætning til 41 pct. i kontrolgruppen. Modellen vil også kunne anvendes på andre målgrupper.

Som det fremgår af ovenstående, er der potentielt mulighed for at nedbringe sygefraværet, men spørgsmålet er hvordan de personer / grupper kan identificeres i det kommunale system.

Kommunerne kan abonnere fra statistikker fra Kommune Data, hvor de kan få lister over antal af sygemeldte fordelt på varighed og afsluttede sager. Disse lister indeholder alene cpr. nr. og varighed, hvilket betyder at kommunerne alene kan se på køn, alder og varighed. Der har været iværksat flere initiativer for at opbygge et monitorerings system i kommunerne, der inddrager andre risiko faktorer end køn og alder. Disse systemer er imidlertid baseret på at sagsbehandlerne manuelt skulle indtaste en lang række oplysninger, men strandede på at tidsbyrden var for stor for de kommunale sagsbehandlerne, så monitoreringssystemet fungerede ikke.

Der er løbende statistikker på indsatsområdene, hvor det er muligt at se tal-materialet fra de enkelte kommuner og på landsplan: ”www.jobindsats.dk”. Desuden får kommunerne afgørelser, statistik og beretninger fra Den Sociale Ankestyrelse. Den Sociale ankestyrelse er den øverste myndighed i afgørelser om tvister i sociale sager, og deres afgørelser danner dermed præcedens for hvordan loven skal tolkes. Endvidere udsender de statistiske efterretninger, hvor kommuner kan se f. eks. antal tilkendelser på pension mv. Endelig indkalder de sager fra Kommunerne, gennemgår dem og evaluerer kommunernes arbejde. Dette arbejde kan være en rettesnor for kommunerne i ”god social praksis på området”.

Resultat

Da forskning i Danmark på dette område som nævnt er ny og der ud over ovenstående forsøg endnu mangler resultater i forhold til forsøg med forskellige arbejdsmetoder for opfølgning af sygdom har forsøg i Danmark været inspireret af publicerede resultater fra den såkaldte Sherbrooke model i Canada.

I Sherbrooke modellen blev der foretaget en økonomisk beregning over intervention overfor rygsmerter og tilbagevenden til arbejdet i forhold til en kontrolgruppe, der fik en standardbehandling. I Sherbrooke modellen valgte de 3 former for intervention, der bestod i aktiv klinisk behandling, arbejds-medicinsk rådgivning og Sherbrooke modellen som kombinerede de to andre former med arbejdspladsbesøg og evt. ergonomiske forandringer af arbejdsmiljøet. Efter 1 år var beløbet til behandling (usual health care) nogenlunde ens for alle 3 interventionsgrupper og kontrolgruppen og ligeledes beløbet til indkomsterstatning (i Canada via forsikringen), medens der selvfølgelig var særlige udgifter til at foretage interventionerne. I de følgende 5,4 år ændres disse tal meget således, at kontrolgruppen (standard care) fik meget store interventionsudgifter og beløbet til indtægtserstatning voksede stærkt. Slutresultatet efter 6,4 år blev sammenlagt, at kontrolgruppen dels var dyrest og dels gav et stort tab af indkomst grundet i nogle

få personer, der blev udstødt fra arbejdsmarkedet. Dette sås ikke i interventionsgrupperne, hvor især den samlede Sherbrooke model så lovende ud (antallet af personer i projektet var dog få).

Resultaterne fra Canada ligger tæt på metodemæssige overvejelser og resultater fra danske projektarbejder, hvor en koordineret tværfaglig indsats og inddragelse af arbejdsgiver er omdrejningspunktet. Lovgivningsmæssigt er der kommet større fokus på inddragelse af andre aktører i sygedagpengeopfølgningen, men resultaterne viser sig endnu ikke i nye arbejdsgange og koordinering mellem jobcentre, sundhedsvæsen og arbejdsgivere.

Udfordringer for evalueringen

Forskning i socialt arbejde i Danmark i forhold til nuværende samfundsmæssige og sociale forhold er som nævnt begrænset. Kommunerne der har ansvaret for sygedagpengeområdet har således dels statistikker og dels evalueringer fra projekter til sin rådighed, når de skal planlægge indsatsen på sygedagpengeområdet. Samtidig er der øgede krav til dokumentation, der øger arbejdspresset for kommunerne i en tid hvor der er nedskæringer og besparelser.

Kommunerne har brug for en nutidig anvendelig viden på området for at kunne handle hensigtsmæssigt.

For eksempel har en del projekter drejet sig om bevægeapparats lidelser, men ser man på tilkendelse af førtidspension, viser det sig at andelen af tilkendte pensioner på psykisk indikation fra 2003 til 2006 er stegt fra 32 % til 44 %. Endvidere viser en endnu ikke publiceret undersøgelse, at det at være kvinde og stigende alder ikke længere er dominerende som risiko faktorer i forhold til langvarigt sygefravær, men ringe skolegang og uddannelse spiller en afgørende rolle.

Det optimale vil være, at der kan udarbejdes en model for monitorering, der er anvendelig og ikke tidskrævende for kommunerne, så de får et bedre grundlag for at tilrettelægge arbejdet og inddrage relevante samarbejdspartnere i arbejdet.

Det er en stor udfordring for forskningen, evalueringer af udviklingsprojekter og udarbejdelse af analyser og statistik, at arbejdet tilrettelægges, så det er tidssvarende og anvendeligt for kommunerne.

Finland

Strategier och metoder för utvärdering

Centrala aktörer som producerar kunskap om sjukfrånvaro, sjukförsäkring, förtidspensionering och rehabilitering i Finland är Statistikcentralen, Folkpensionsanstalten, Pensionsskyddscentralen, Statskontoret, Kommunernas pensionsförsäkring, andra försäkringsbolag, Försäkringsbranschens Rehabilitering r.f., Stiftelsen för Rehabilitering, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes, social- och hälsovårdsministeriet, arbetsministeriet, Arbetshälsoinstitutet, Folkhälsoinstitutet, universiteten samt serviceproducenter inom rehabilitering. Statistikcentralen och Arbetshälsoinstitutet är kanske de viktigaste aktörerna när det gäller kunskapen om sjukfrånvaro i arbetslivet och FPA när det gäller sjukförsäkring. I allmänhet har förtidspensionering, arbetslöshet och rehabilitering stått mer i fokus inom forskningen och utvärderingar än sjukskrivningar.

Delegationen för rehabiliteringsärenden är ett av statsrådet tillsatt samarbetsorgan för rehabiliteringsfrågor på riksplanet. Delegationens uppgift är att styra, utveckla och koordinera samarbetet mellan myndigheter, samfund och inrättningar samt att styra de regionala rehabiliteringssamarbetskommissionernas verksamhet. Delegationen gjorde upp ett utvecklingsprogram för rehabiliteringsforskningen för några år sedan. I programmet gavs en översikt över nuläget och kunskapsbehoven inom rehabiliteringsforskningen. Där framlades också förslag om hur man borde säkerställa att en kumulering av forskningskompetensen och ett utnyttjande av forskningsresultaten sker, hur man borde förbättra koordineringen och kunskapspridningen inom rehabiliteringsforskningen och förbättra samarbetet mellan forskning och praktiskt arbete samt ställa upp prioriteringar för forsknings- och utvecklingsarbetet. Enligt rapporten har rehabiliteringsverksamheten ökat och blivit mångsidigare under de senaste årtiondena. Å andra sidan är rehabiliteringsforskningen i Finland inte tillräckligt omfattande. Forskningen karaktäriseras av att den pågår inom olika vetenskapsområden och av att den är splittrad mellan de olika vetenskapsområdena och enheterna. Det bidrar till att försvåra utnyttjandet av forskningskunskapen och kumuleringen av den.

Delegationens rapport påminner att en empowerment-orienterad, ekologisk verksamhetsmodell har blivit aktuell vid sidan om den traditionella modellen som fokuserar på brister i funktionsförmågan. I denna modell betonas klientens påverkningsmöjligheter och delaktighet och rehabilitering definieras som en förändring i förhållandet mellan individen och omgivningen. Enligt rapporten behövs mera resurser särskilt för sådan forskning där man utreder hur rehabiliteringssystemet fungerar, hur verksamheten inriktas och var det uppstår problem, vad som är god och effektiv praxis inom rehabiliteringen och vilken effekten av de olika verksamhetshelheterna, inklusive den ekonomiska effekten, blir. Det behövs mer forskning om praxis och effekt inom rehabiliteringen för uppehållande av arbetsförmågan och vid

yrkesinriktad rehabilitering, inom arbetsplatsernas verksamhet för främjande av välbefinnandet i arbetet samt om praxis och effekt inom rehabiliteringen för stödjande av barns och ungas hälsa, välbefinnande och delaktighet. Flera förslag presenterades i programmet för att säkerställa kompetensen inom rehabiliteringsforskningen och för att öka forskningen och utvecklingsarbetet inom rehabiliteringen.

Forskningsavdelningen vid Folkpensionsanstalten bidrar genom forskning och expertverksamhet både till utvecklandet av den sociala tryggheten och hälsotryggheten och till utvecklandet av FPA:s egen verksamhet. Inom forskningen i samband med sjukförsäkringen fästs uppmärksamhet t.ex. vid dagpenningssystemet och den partiella dagpenningens inverkan på återgången till arbetslivet. För rehabiliteringens del bedöms systemets funktionalitet och FPA:s roll i detta. Rehabiliteringsbehoven, rehabiliteringens innehåll och dess effekter studeras i första hand utgående från registeruppgifter. I samarbete med rehabiliteringsgruppen vid FPA:s avdelning för hälsovård och utkomstskydd utnyttjas forskningen och expertarbetet i alla projekt som gäller utvecklandet av FPA:s rehabiliteringsverksamhet (t.ex. yrkesinriktad rehabilitering och rehabilitering för människor med psykiska problem).

Förutom registerdata och statistik använder man enkätundersökningar, intervjuer, experiment, kvasi-experimentell design, kvalitativa metoder, aktionsforskning, implementeringsforskning och "stakeholder models". Auditeringar ger kunskap om rehabiliteringens kvalitet. Både interna och externa utvärderingar används. RCT-experiment har i någon mån använts för att utvärdera effekterna av rehabiliteringsåtgärder och -program men inte i utvärderingar av yrkesinriktad rehabilitering. RCTs är inte heller något kunskapsideal utan vikten av tvärvetenskaplig kunskapsproduktion och triangulation (användning av olika metoder) betonas.

Pensionsskyddscentralen samlar in statistik över yrkesinriktad rehabilitering som ordnas av arbetspensionssystemet i enlighet med arbetspensionslagarna. Uppgifterna för rehabiliteringsstatistiken fås delvis direkt från arbetspensionsanstalterna och ur Pensionsskyddscentralens register. Rehabiliteringsstatistiken ger uppgifter om initiativ som blivit registrerade, rehabiliteringslöften, antalet rehabiliteringsklienter, kostnader och olika slag av rehabiliteringstjänster. Med rehabiliteringsbakgrunden avses om klienten får pension eller inte när han eller hon söker sig till rehabilitering. Hur framgångsrik rehabiliteringen har varit framgår av situationen efter avslutat program.

Pensionsskyddscentralens forskning opererar bland annat med aktuella frågor om arbetsförmåga och rehabilitering. Syftet är att söka svar t.ex. på frågan om hur och längs vilka rutter personer väljs ut till rehabilitering. Förekommer det problem med att bedöma rehabiliteringsförutsättningarna? Hurdan rehabilitering hänvisas klienterna till? Motsvarar de tillgängliga rehabiliteringsmetoderna de behov som arbetslivet har idag? För att man skall kunna förstå vad en överhängande risk för arbetsoförmåga innebär och utveckla metoder att identifiera den i ett tidigt skede behövs forskning.

Några forsknings- och utvärderingsresultat

Man har inte nyligen sammanställt systematiska kunskapsöversikter om forskning och utvärderingar gällande utgångspunkter, implementering och effekter av program och åtgärder som syftar till att underlätta återgången till arbete från sjukdagpenning, rehabilitering, arbetslöshet eller pension. Dessa är ganska omfattande forskningsfält i Finland och här presenteras bara några aktuella forsknings- och utvärderingsresultat.

Enligt Statistikcentralens arbetskraftsutredningar har sjukfrånvaron varit relativt låg och stabil i Finland. Samarbetsmodeller har utvecklats för hanteringen av sjukskrivningar på arbetsplatser, och dessa försök har studerats i någon mån. Företagshälsovårdens roll är viktig vid uppföljningen av personalens hälsotillstånd, preventionen av sjukdomar och olycksfall samt sporrandet till hälsosamma levnadsvanor. Det pågår intressanta utvecklings- och forskningsprojekt (t.ex. JATS -försöket, Stiftelsen för Rehabilitering) som producerar kunskap om implementering av åtgärder för att hantera sjukfrånvaro på arbetsplatser.

Hälsoskillnaderna ser ut att öka i Finland. Det finns tydliga socioekonomiskt betingade skillnader i fråga om symptomförekomst, sjuklighet, begränsningar av arbetsförmågan samt dödlighet (Työ ja terveys Suomessa 2006, 2007). Enligt undersökningen Hälsa 2000, som utfördes i Finland åren 2000–2001, rapporterade över 44 procent av de svarande i åldern 30–64 år att de led av åtminstone en långvarig sjukdom. 15 procent av männen och 22 procent av kvinnorna ansåg att de skulle behöva yrkesinriktad rehabilitering på grund av sjukdom eller handikapp (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2005, 91).

Utgångspunkten i sjukförsäkringen och rehabiliteringen är att klientens arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov utreds tillräckligt tidigt. I praktiken har det visat sig att åtgärderna till stöd för klientens arbetsförmåga kan komma för sent, speciellt vid långvariga sjukskrivningar. Det finns många aktörer i sjukskrivningsprocessen och faran är att den holistiska synen på klienten glöms bort. Det är också vanligt att läkarintygen och ansökan om sjukdagpenning inte kommer till FPA genast efter insjuknandet och att utredningar av rehabiliteringsbehovet försenas. Av olika orsaker görs inte alltid utredningar av rehabiliteringsbehovet när sjukdagpenning har betalats för 60 dagar (Takala 1998).

I praktiken har inte alla människor samma möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering. Den bedömningsprocess som leder till rehabilitering kan vara snabbare när det gäller utbildade unga människor än när det gäller äldre med svag arbetsmarknadsposition (Tiainen 2007). Eftersom det finns många institutioner och aktörer inom rehabiliteringen kan människor även falla utanför rehabiliteringssystemet (Metteri 2004). Det kan vara svårt för medborgarna att få kunskap om rehabiliteringens syften och arbetssätt och om vilka rehabiliteringsmöjligheter det finns (Lahtela et al 2002). Från medborgares synpunkt är systemet bipolärt: människor som är studerande eller verksamma inom arbetslivet har möjlighet att använda student- eller företagshälsovårdens tjänster medan människor som står utanför arbetslivet (arbetslösa, pensionärer) är klienter hos kommunala hälsocentraler eller privat hälsoservice. Situationen har varit problematisk för arbetslösa med nedsatt arbets-

förmåga. De har riskerat att bli utestängda från bedömning av arbetsförmågan och från rehabilitering. I mitten av 1990-talet började arbetsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och FPA för första gången utveckla rehabiliteringsprogram för att främja de äldre arbetslösas arbetsförmåga (Rajavaara 2000).

Det finns flera studier som fokuserat på människor med olika sjukdomar och deras möjligheter att återgå till arbetslivet efter insjuknandet. Till exempel Taina Taskila har i sin doktorsavhandling analyserat hur människor som insjuknat i cancer klarar sig i arbetslivet och får stöd. Enligt hennes forskningsresultat var 64 procent av cancerpatienterna i arbetslivet 2–3 år efter insjuknandet. De flesta patienterna skulle ha önskat mer rådgivning och stöd från företagshälsovården och sina chefer än de faktiskt hade fått (Taskila 2007).

Det har kommit fram att man i någon mån kan skjuta upp förtidspensionering med hjälp av rehabiliteringsåtgärder. Enligt Pensionsskyddscentralens (PSC) statistik är arbetspensionsrehabilitering effektiv. År 2006 fick 7 409 personer yrkesinriktad rehabilitering via arbetspensionssystemet. Samma år avslutade 3 270 klienter sitt rehabiliteringsprogram. Efter rehabiliteringen fortsatte 59 procent att arbeta och 19 procent fick pension. Av rehabiliteringsklienterna kom 69 procent till rehabilitering från arbetslivet och av dem fortsatte 67 procent i sitt arbete. 31 procent av klienterna hade haft pension (invalidpension/rehabiliteringsstöd) innan de kom till rehabiliteringen och 43 procent av dem kunde återgå till arbetet efter åtgärderna. Denna fördelning har i det närmaste varit oförändrad över tre års kohortuppföljningsperioder och betyder att rehabilitering har varit ekonomiskt lönsamt (Työeläkekuntoutus vuonna 2006). Som utmaningar för den yrkesinriktade rehabiliteringen lyfter PSC:s nyligen utgivna rapporter fram den låga grundutbildningen bland rehabiliteringsklienterna, behovet av effektiva rehabiliteringsmetoder för dem som lider av depression eller andra mentala problem och frågan om hur rehabilitering kan sättas in vid rätt tidpunkt (Gould et al 2007a; 2007b).

Enligt forskningsresultaten är det ytterst svårt för långtidssjuka och handikappade människor att få fotfäste i arbetslivet eller att återvända till arbetsmarknaden. Arbetsgivarnas intresse att sysselsätta människor med problem beträffande arbetsförmågan är inte stort, och det finns också brister i regelverket för att främja återkomsten (t.ex. Linnakangas et al 2006). Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsklienter löper vanligtvis större risk för utslagning från arbetslivet än klienter som är berättigade till arbetspensionsrehabilitering. Enligt FPA:s registeruppföljning av personer som hade avslutat yrkesinriktad rehabilitering år 2002 (N = 65 904) var mer än hälften aktiva i arbetslivet ett och två år senare (Lind 2007). Arbetslöshetsproblematiken kunde inte analyseras tillräckligt med hjälp av registerdata. Frågan om huruvida rehabiliteringen hade haft en betydande inverkan på klienternas arbetsmarknadssituation kunde inte besvaras med hjälp av uppföljningen, men registeranalyserna fortsätter.

Island

Strategier för utvärdering

Diskussionen om den aktiva arbetsrehabiliteringens nödvändighet har inte varit i gång så länge i Island. Det var egentligen inte förrän vid början av detta decennium som den nådde de inblandades intresse. Lagbestämmelse om rehabpension fanns dock inskriven i lagen redan för sjuttionio år sedan eller året 1990. Som följd till denna bestämmelse tillkom dock inte ett parallellt rehabiliteringsprogram, det fanns ju heller inga beslut om att den som fick rehabpension skulle åtnjuta rehabilitering utan behandling och diagnos. Bestämmelsen är därför främst tänkt för att tillmötesgå individens behov vad gäller försörjning tills vederbörande pensioneras, än att det rör sig om ett realistiskt rehabiliteringserbjudande för att återgå till ett normalt liv och arbete. År 2001 anordnade Riksförsäkringen (Tryggingastofnun Ríkisins, TR) en omfattande konferens om arbetsrehabilitering som sedan ledde till att hälso- och försäkringsministern bildade en arbetsgrupp som skulle komma med förslag om hur arbetsrehabiliteringen skulle utformas i Island. Denna arbetsgrupp presenterade sina förslag vid årets början 2005 (Thorlacius 2005). Vid denna tidpunkt kom ingen offentlig organiserad utbyggnad av arbetsrehabiliteringen till, men TR startade dock och deltog i diverse experimentprojekt. Även andra instanser startade och deltog i olika rehabprojekt och många av dem har gett ett gott resultat även om en offentlig utvärdering om hur man lyckats ej finns.

Som påpekats tidigare i denna rapport så blev det en stor ökning av antalet invalider under hela nittio-talet och den utvecklingen har fortsatt. Man har speciellt uppmärksammat att unga invalidiserade personer har blivit fler och år 2004 gjordes en redogörelse om detta hos TR för hälso- och försäkringsministeriet dvs. om hur antalet invalider ökat, man sökte förklaringar till ökningen och kom med förslag till metoder för att bromsa utvecklingen med till exempel ökad rehabilitering (Baldursdóttir 2004). I försvaret kom sedan en noggran utvärdering från ministeriet om orsaken till denna ökning (Herbertsson 2005). Där nämner man bland annat vikten av att utöka rehabiliteringserbjudanden. Efter den rapporten följde en ytterligare rapport från Islands Handikappförbund (Örykjábandalag Islands) (Olafsson 2005). Det huvudsakliga målet med den utvärderingen var att ge en klar bild av pensions- och välfärdssituationen i Island, vad som skett de sista åren och jämföra läget med grannländerna, bl. a. de nordiska länderna. Vid seklets början publicerades även ett par vetenskapliga artiklar om vad det är som särpräglar den isländska invalidgruppen och pensionens utveckling i Island de sista årtiondena.⁴² Man har även gjort en utvärdering av löntagarfondernas situation och hur de samarbetar med det allmänna försäkringsverket vad gäller invalidiseringspension (sjukpension) (Samtök atvinnulífsins 2006).

⁴² <http://laeknabladid.is/leit?SearchFor=Thorlacius#Group-1898650595>

Det har alltså gjorts ett par undersökningar och utvärderingar angående sjukfrånvaro och sjukpension i Island de sista åren. En övergripande utvärdering av de rehabiliteringserbjudanden som finns har dock ej gjorts. Trots detta finns det ingen tvekan om rehabiliteringens nödvändighet och nu pågår en helhetsplanering av rehabprogrammen och det är premiärministeriet som står för den. Förhoppningsvis blir det arbetet klart snart.

Riksförsäkringsverket (TR) deltar i ett antal rehabiliteringsprojekt i samarbete med andra institutioner. Hos TR har man inte gått igenom resultaten hos var och en så därför finns inte någon vidare information om projektet hos TR.

Det rör sig om tre samarbetsprojekt kopplade till socialtjänst på huvudstadsområdet. Där bör först nämnas att man satsat på ett projekt för ensamstående mödrar som levt på underhåll från socialen, även satsning på ett projekt gällande ensamstående män som länge varit utanför arbetsmarknaden och lika så en stor satsning på projekt för individer som länge borttats med narkotikaproblem. TR och socialens samarbete har varit sådan att Socialtjänsten har skött det praktiska genomförandet medan TR har utbetalat rehabiliteringspension till individerna.

Samarbetsprojektet Hringsá drivs av Islands Handikappförbund (Örykjabandalag Islands) enligt tjänstekontrakt mellan TR och socialministeriet. Detta handlar om en arbetsrehabilitering med målsättningen att människor ska återkomma ut på arbetsmarknaden.

Janus rehabilitering är en arbetsrehabilitering med samarbete med TR, pensionsfonden, Sjukfonden, utbildnings- och sjukvårdssystemet. Detta rör sig om individcentrerade åtgärder.

Arbete med stöd utförs hos (sociala centralen) Svæðisskrifstofu i Reykjavik enligt tjänstekontrakt med Socialministeriet och TR.

På institutionen Reykjalundur som är ett rehabiliteringssjukhus i närheten av staden erbjuder man arbetsrehabilitering. Denna rehabilitering drivs med tjänstekontrakt med TR. Målsättningen är att bedöma arbetsförmågan, träna upp arbetskapaciteten och ge stöd vid återkomsten till arbetsmarknaden.

BYR er arbetsrehabilitering på nord-Island. Den har som ett mål att rehabilitera människor till arbete eller till utbildning. Det är viktigt att BYR är på den plats där de som behöver arbetsrehabilitering bor.

TR har gjort ett tjänstekontrakt med ett rehabiliteringsteam som arbetar självständigt och vars roll är att bedöma icke arbetsföra människors möjligheter till rehabilitering.

Dessutom bör Arbetsinstitutionen nämnas där olika projekt bedrivs med målsättningen att göra det enklare för folk att återkomma till arbetsmarknaden. Förutom planer gällande arbetssökandet vilka görs inom en viss tid från det att sökandet registerats, erbjuder man de sökande både studie och arbetstillfällen av olika slag.

Det står klart att stora förändringar väntas inom rehabiliteringen. Det är väldigt svårt att säga hur utvecklingen kommer att gestalta sig. Som det ser ut i

dag är det många som är inblandade i rehabiliteringsprocesserna. I fortsättningen blir det troligtvis någon förändring på detta.

Någon helt omfattande offentlig utvärdering av dessa rehabiliteringsvägar med tanke på framtiden, har man ej gjort. Detta betyder dock inte att man kör blint in i förändringarna utan man kommer att bygga på information som kommer från grannländerna och då främst de nordiska länderna. Man räknar med att just dessa studier kommer att ligga till grund för de förändringar som väntas inom rehabiliteringen. Resultat från analyser från diverse metoder angående rehabilitering visar att arbetsrehabilitering ger resultat.

Norge

Strategier for evaluering

Med sikte på utvikling og gjennomføring av virkemidlene arbeids og sosialpolitikken er det et stort behov for forskningsbasert kunnskap. Myndighetenes hovedmål for forskningsvirksomheten er:

Bidra til langsiktig og målrettet kunnskapsoppbygning

- Å sørge for at det eksisterer nødvendig kunnskap for politikkutforming og forvaltning, herunder kunnskap om måloppnåelse og effekter av iverksatte tiltak.
- Det skal være kompetente forskningsmiljøer.

Forskningsbasert kunnskap og kompetanse innhentes bla igjennom støtte til langsiktig forskning i regi av Norges forskningsråd, igjennom oppdragsforskning ved forskningsinstitutter bestilt av departementet eller underliggende etater samt støtte til forskningsstillinger. Støtten til og omfanget av evalueringer internt (dvs i de underliggende etatene (tidligere Rikstrygdeverket og Nav-direktoratet), er svært begrenset.

Fra 2007 vil myndighetene sette i gang en ny og helhetlig satsing på forskning om sykefravær og utstøting. Det foreligger mye kunnskap om enkeltårsaker, men kunnskapsgrunnlaget om disse årsakenes relative styrke og hvordan de virker sammen er fortsatt svakt. Et viktig mål er å bringe gode fagmiljøer i en helhetlig satsning som i størst mulig grad skal forklare alle vesentlige årsakssammenhenger. Formålet er:

- Å bidra til mer helhetlig og forsterket kunnskapsgrunnlag om årsakene til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet.
- Å sikre forskningsbasert kunnskap om effektive virkemidler for å forebygge sykefravær og uførhet og for å nå regjeringsmål om et inkluderende arbeidsliv.
- Styrke undervisningsvirksomhet slik at relevante utdanninger blir mer forskningsbaserte.

Satsingen skal gå over 10 år. For 2007 finansieres satsningen med 10 mill kr.

Som ledd i den nye arbeids og velferdsforvaltningen skal det iverksettes et helhetlig evalueringssopplegg hvor det ønskes belyst om NAV-reformen når de grunnleggende målene om å redusere sykefravær og uførhet, bedre brukerretting og en mer effektiv forvaltning. Evalueringen starter i 2006 og skal følge reformen i gjennomføringsperioden til 2009 og videre frem til at reformen har satt seg (St.prp.1 2006–2007 side 336).

Det har i de senere år vokst frem en betydelig norsk (og internasjonal, blant annet svensk) forskning som sikter mot å anslå individuelle og samfunns-messige effekter av ulike arbeidsrettede virkemidler. Det området det har vært gjennomført flest evalueringer er effekter av ulike arbeidsmarkeds-tiltak. Denne forskningen viser litt ulike resultater i ulike land. Norske undersøkelser har vist en positiv effekt på deltakernes fremtidige yrkes-karriere, kanskje med unntak av tiltak for ungdom (Raaum m.fl. 2002) . Mens senere analyser har gitt et mer nyansert bilde av effektene, dels på grunn av lengre oppfølgingsperioder, men også fordi nyere analysemetoder har gitt muligheter for grundigere analyser. En artikkel som analyserte innsatsen på tiltaksområdet på nittitallet konkluderte med at mange av tiltaksdeltakerne sannsynligvis ville ha funnet seg jobb uten tiltak og at tiltakene hadde best effekt for grupper med spesifikke og betydelig problemer på arbeidsmarkedet, for eksempel innvandrere med språk-problemer (Aakvik m.fl. 2005). Det blir derfor pekt på at myndighetene ikke bør evaluere tiltaksinnsats ut fra enkel statistikk over hvor mange som kommer i jobb, men ut fra effekt for de som deltar. Det legges vekt på at seleksjonen til disse tiltakene kan være sterk i tillegg til fortrennings-effekter.

Når det gjelder effekter av tiltak for personer med helserelaterte trygdeytelser finnes få studier i Norge.⁴³

For øvrig har fokus for forskningen i de senere år særlig vært strømninger inni, rundt i, og ut av trygdesystemet, prediktorer for sykefravær og uførepensjonering, samt spørsmålet om årsaker til de observerte utviklings-trekkene.

Evalueringemetoder

Avhengig av problemstillinger er ulike metodiske design vært i bruk. I løpet 1990-årene er det bygd opp data om forløpshistorier som følger de samme individene over tid mellom arbeid, sykdom, attføring, arbeidsledighet og uføretrygd med utgangspunkt i kobling av mange administrative registre. Disse dataene gir store muligheter til å analysere årsaker til ulike trygde-tilstander, ulike forløp i trygdesystemet og mellom dette og arbeids-markedet, samt til å evalueringer effekter av reformer og tiltak, blant annet med overlevelsesanalyse, paneldata samt metodikk som kontrollerer for seleksjon og uobservert heterogenitet, basert på nyere statistiske metoder (matching). For å få svar på spørsmålet som angår effekten av tiltaket, er det viktig å ta hensyn til seleksjons og innelåsnings-effekter.

Når det gjelder spørsmålet om effekter har overgang til arbeid blitt sett på som det viktigste resultatmål. Myndighetene prøver ofte å finne svar på effekter ved enkle koblinger i administrative registre.

⁴³ Aktiv sykmelding ble evaluert av det tidligere Rikstrygdverket og hovedkonklusjonen var at tiltaket forlenget sykepengeperioden i stedet for å forkorte den, som var målsettingen.

Noen resultater

Effekten av virkemiddelbruken, knyttet til IA-avtalen, er i liten grad blitt evaluert. Det er imidlertid vanskelig, på nasjonalt nivå, å se effekter i forhold til hovedmålene. Dette var også bakgrunn for nedsettelse av et Statsministerutvalg for å identifisere ytterligere tiltak for å redusere sykefraværet (Jf. Ot.prp.nr.6 2006–2007). Evaluering av effekter av ulike arbeidsrettede tiltak i sykepenge- og rehabiliteringspengefasen er som nevnt, relativt begrenset. Den viser også delvis sprikende resultater. Noen eksempler finnes allikevel. Ett eksempel på evalueringer som har fått betydning er evaluering av aktiv sykmelding der hovedkonklusjonen var at tiltaket forlenget sykepengeperioden (RTV 2003). En evaluering av de nye sykepengereglene (aktivitetskravet) som ble innført i 2004 viste at nedgangen i sykefraværet som fulgte bare var midlertidige. Evalueringen kan ikke betegnes om en effektstudie og det er ikke gjort noen uvhengig analyse av årsakssammenhengene (RTV 2006).

I en nyere undersøkelse av regelendringen i 2004 fant en imidlertid at de fleste legene endret sin praksis etter 1. juli 2004. De var midre tilbøyelige til å sykmelde sien pasienter og de friskmeldte dem tidligere. I tillegg viste undersøkelsen at pasienter som gikk til leger som hadde blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til forbli i arbeidslivet (Kann og Brage (2007).

Det kan se ut til at det mer er den generelle utvikling i sykefravær og uførepensjonering og manglende måloppnåelse i forhold til disse indikatorene enn ulike forskningsresultat som har bidratt til den omstilling enn nå ser. Dette kommer også frem i en rapport fra OECD (2006). Til tross for at Norge er blant de landene i OECD som bruker mest ressurser på virkemidler for å inkludere personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet, oppnås det bare middels resultater på området. Gjennom årene er det iverksatt en rekke initiativ og tiltak for å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne uten at flere er kommet i arbeid. Også en rekke tiltak for å redusere uførepensjoneringen ser til å ha gitt få varige resultater. Rapporten fra OECD peker på at implementering av regler på lokalt nivå og et splittet hjelpeapparat er viktige forhold bak den manglende måloppnåelsen i Norge.

Utfordringer for evalueringen

Når det gjelder utfordringer for evalueringen er det en viktig utfordring å finne ut og få tak i hvorfor resultatene av arbeidet med å redusere det omfattende sykefraværet og uførepensjoneringen i Norge ikke er bedre (OECD 2006). Ifølge rapporten fra OECD har Norge gode virkemidler for forebygging, inkludering og oppfølging av sykmeldte på arbeidsplassen, men reiser spørsmål om implementering av politiske tiltak og signaler på lokalt nivå og hvordan dette varierer og at vi har liten kunnskap om disse prosessene. Dette kan tyde på at det er viktig at det foreligger implementeringsstøtte/apparat ved innføring av nye regler og tiltak og at både arbeidet med det systematiske innsyn i etatens vedtak og tjenesteproduksjon og oppfølgingen av om målsettingene nås, utvikles videre i den nye organisasjonen.

Samling av mange administrative registre gir grunnlag for forskning som følger personer over tid, mellom ulike trygdeordninger og mellom trygdeordninger, tiltak og arbeidsmarkedet vil gi store muligheter til å analysere årsaker til arbeidsledighet, sykefravær og uførhet, ulike forløp og evalueringer av reformer og tiltak.

Det skal gjennomføres et større forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd. I tillegg skal NAV-reformen evalueres i en periode på 6–8 år. Viktige utfordringer i forbindelse med denne evalueringen vil være å skaffe kunnskap om årsaker til langtidsledighet, sykefravær og uførepensjonering. Vil en administrativ omlegging av forvaltningen kunne redusere fravær og uførepensjonering i betydelig grad?

Paradoksalt nok er det i Norge relativt lite kunnskap om årsaker til fravær og til dels også effekter av tiltak. En nylig gjennomført litteraturstudie peker på at når det gjelder forskning om sykefravær, har det vist seg at det er svært lite forskning fra Norge sammenliknet med Sverige og Finland, selv om det har kommet en del ny forskning i de siste par årene. Dette blir sett i sammenheng med at det i andre land har blitt satset på forskning om arbeidsliv, mens det, i følge rapporten, kan synes som Norge har nedprioritert denne forskningen i de seneste år. Ifølge rapporten må utvikling og implementering av tiltak være fundert i forskningsbasert kunnskap. Denne bør ha kontinuitet og være langsiktig (Ose 2006). Med basis i nevnte rapport knytter det seg utfordringer til en rekke temaer som det er lite eller ingen forskning rundt. Nedenfor er nevnt noen temaer:

Det er lite av studier av forhold som forklarer nivå og utvikling i sykefravær samt sammenligninger mellom land. Det er funn som tyder på at lands som har sjenerøse sykelønnsordninger også har høyt sykefravær. Det er også studier som peker på at innstramninger i sykelønnsordningen kan gi lavere fravær, men det er usikkert hvor varige slike effekter er. Det er ingen studier av effekter av endringer i arbeidsgiverperioden (*Ibid.*).

Forskningen om sykefravær og ulike typer av lidelser varierer. Det er derfor særlig behov for grunnleggende kunnskapsutvikling om årsakssammenhenger og sykefravær og når det gjelder psykiske lidelser med sikte på utvikling av tiltak (*Ibid.*).

Kunnskapsgrunnet når det gjelder konjunkturvariasjoner og endringer i sammensetningen av arbeidsstyrken er for svak og bør være gjenstand for ytterligere studier (*Ibid.*).

På området arbeidsmiljø og sykefravær foreligger en rekke studier, men få sier noe om den relative betydningen av arbeidsmiljøet for sykefraværet.

Legens rolle i sykefraværet ser også ut til å være relativt dårlig belyst (Kann 2006). En viktig oppgave vil blant annet å få mer presis kunnskap om den relative betydning av ulike årsaker til sykefravær og årsaker til utviklingen i sykefravær og uførhet i bestemte perioder. Vi har blant annet ikke god nok kunnskap om hvorfor kvinner er overrepresentert blant trygdemottakere eller årsaker til regional variasjon. Videre vil det være en utfordring å få til gode evalueringer av nye strategier og tiltak som sikter mot å få flere i

arbeid. I tilknytning til dette vil det være viktig å etablere og bruke data om den nye organisasjonens atferd og virkemåte

Metodisk er det ønske om studier som kontrollerer for seleksjon til tiltak og som søker å ta hånd om uobservert heterogenitet (for eks. motivasjon). Likeså trekkes det opp som utfordringer videre behov for å diskutere hva slags resultatmål som brukes. Overgang til arbeid brukes ofte, men kan være for enkelt fordi det blant annet ikke sier noe om hvor varige slike overganger er. Det vil også være behov for å inkludere andre sider ved overgangen til arbeid som arbeidstid, lønn og arbeidets innhold (Børing 2002).

Men generelt ser det ut til at det er en generell holdning i forskermiljøene i Norge at det er vanskelig å etablere sikker kunnskap om tiltakseffekter og at dette bør anspore til å designe flere prosjekter slik at en kan sammenligne resultater fra ulike studier. Bare på denne måten kan en regne med å etablere relativ sikker kunnskap om hvordan denne type tiltak virker (Børing 2002, Bratberg m.fl. 2001).

Sverige

Strategier för utvärdering

Utvärderingar inom området sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering genomförs av många aktörer. Under de senaste två decennierna har Försäkringskassan (tidigare Riksförsäkringsverket) upprättat ett årligt utvärderingsprogram för verksamheten. Före förstatligandet av försäkringskassorna år 2005 genomförde tillsynsmyndigheten Riksförsäkringsverket utvärderingar som en extern utvärderare. Från och med år 2005 har myndighetens utvärdering dock i huvusak blivit en myndighetsintern uppgift för den nya Försäkringskassan.

Såväl Riksförsäkringsverket som Försäkringskassan har fått uppdrag av staten, antingen ensam eller tillsammans med andra utvärderare, att utvärdera satsningar och försöksverksamheter där en eller flera aktörer har varit involverade i rehabilitering. Ett mindre antal utvärderingar görs även av särskilda utvärderingsmyndigheter såsom Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU), Statskontoret och Riksrevisionen (Statskontoret 2000). Statens offentliga utredningar är ytterligare en form av utvärdering. En del av forskningen på universitet och högskolor har också karaktären av utvärdering. Utöver egen utvärderingsverksamhet administrerar Försäkringskassan även forskningsmedel. Regeringen har sedan 1999 beviljat ett anslag för forskning om socialförsäkringen som annars inte skulle ha kunnat finansieras. Socialförsäkringens administration, incitamentstruktur och ekonomisk effektivitet samt socialförsäkringens portvakter är exempel på prioriterad forskning.

I Försäkringskassans utvärderingsprogram har studier av orsaker till sjukskrivning i allmänhet och långtidssjukskrivning i synnerhet varit i fokus under lång tid. Dessa studier har även omfattat analyser av Försäkringskassans handläggning och åtgärder och andra aktörers åtgärder samt effekter av åtgärder. På senare tid har dock administrationsutvärdering prioriterats högt. En viktig uppgift för administrationsutvärderingen är att utvärdera tillämpningen av de gemensamma metoderna i ohälsarbetet på Försäkringskassan.

Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen har under åren 2005–2006 haft i uppdrag att bedriva och utvärdera ett projekt med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna⁴⁴. Vidare genomför Försäkringskassan tillsammans med Arbetsmarknadsstyrelsen utvärderingar av den handlingsplan som de två myndigheterna har upprättat för samverkan. Planen avser insatser för arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna som inte av hälsoskäl kan återgå till sin tidigare anställning. Ett annat exempel är frivillig samverkan

⁴⁴ De som har varit sjukskrivna i två år eller har en tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension)

inom rehabiliteringsområdet, Frisam, som utvärderas av Socialstyrelsen i samverkan med ett antal andra myndigheter och organisationer, däribland Försäkringskassan.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) genomför en utvärdering av effekten av den så kallade landstingsmiljarden, en överföring av en miljard kronor per år till landstingen (hälso- och sjukvården), enligt en överenskommelse med Försäkringskassan, i syfte att minska sjukskrivningarna under perioden 2007–2009. Statskontoret, som är en central förvaltningsmyndighet för utvärdering och uppföljning av statlig och statligt finansierad verksamhet, har ett flerårigt uppdrag att granska Försäkringskassans förändringsarbete efter förstatligandet år 2005. Statskontoret, och även Försäkringskassan, svarar för utvärderingar av finansiell samordning som möjliggör för Försäkringskassan, länsarbetsnämnder, kommuner och landsting att samverka frivilligt, men med stöd av lagen, inom rehabiliteringsområdet. Riksrevisionen, som är en del av riksdagens kontrollmakt och har en oberoende ställning garanterad i regeringsformen, granskar exempelvis Försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet och beviljande av sjuk- och aktivitetsersättning.

Ett flertal statliga utredningar har fått i uppdrag att granska rehabilitering och föreslå förbättringar i denna verksamhet under perioden 1998–2006. Åren 2005–2006 arbetade en särskild socialförsäkringsutredning med uppdraget att göra en genomgripande analys av socialförsäkringarna i ett brett perspektiv och visa på alternativa vägar för att förbättra systemen.

Utvärderingen av sjukförsäkring och rehabilitering har således varit spridd på olika myndigheter. Som helhet har utvärderingen varken varit systematisk eller heltäckande. Reformen, såsom rehabiliteringsreformen i början av 1990-talet, har genomförts utan att statsmakten har ställt krav på någon utvärdering.

Utvärderingsmetoder

Försäkringskassans utvärderingar baseras på data från dess handläggningsakter och administrativa register samt intervjuundersökningar eller enkätundersökningar bland representativa urval av de sjukskrivna. Flera datainsamlingsmetoder har ofta kombinerats i utvärderingarna. Även forskare i flera discipliner har tagit del av materialen. De har blivit underlag för ett antal avhandlingar (Bäckström 1997, Andrén 2001, Gerner 2004, Hansson 2005) och några läroböcker (Marklund 1992, 1995). En större jämförande undersökning om rehabilitering och återgång i arbete genomfördes i samarbete med danska, holländska, tyska, amerikanska och israeliska forskare på 1990-talet (Bloch & Prins 2000).

I utvärderingarna används vanligen kvantitativa metoder. Även kvalitativa metoder används, både för frågeställningar som inte kan belysas med hjälp av kvantitativa metoder eller för att generera hypoteser som ska prövas i en kvantitativ undersökning.

För att kunna uttala sig om effekter av åtgärder behövs studier med det klassiska experimentets grundförutsättning; tillgång till en experimentgrupp och

en kontrollgrupp. I utvärderingen av Försäkringskassans åtgärder och arbetslivsinriktad rehabilitering i stort saknas vanligen en kontrollgrupp. Rehabilitering ska enligt lagen planeras i samarbete med den enskilde och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov, vilket utesluter möjligheten att dela deltagarna slumpmässigt i de två grupperna. Kvasiexperimentell uppläggnings har använts exempelvis i försöksverksamheter med finansiell samordning som har bedrivits i några kommuner för att kunna uttala sig om effekter. Andra kommuner har då använts som kontrollgrupp. Kunskapen om effekterna är dock generellt bristfällig.

Avancerade statistiska metoder har använts av Försäkringskassan för att i högre grad kunna dra slutsatser om åtgärders effekter för återgång i arbete och av IFAU i utvärderingen av arbetsmarknadspolitiskt motiverade åtgärder.

Utvärdering baseras i allt större utsträckning på databaser som har skapats genom sambearbetning av uppgifter i Försäkringskassans och Arbetsmarknadsstyrelsens administrativa register och en mängd olika register på Statistiska centralbyrån. Dessa databaser är uppbyggda av riklig information om enskilda individer och episoder (perioder) som uttrycker deras "status", till exempel perioder som sjukskriven, i rehabilitering, som sysselsatt eller arbetslös. Uppgifter i dessa flödesdatabaser används för att följa individerna under lång tid för att öka kunskapen om orsakerna till deras nyttjande av sjukförsäkringen.

Några resultat

Utvärderingar har visat att de olika aktörerna brister i sitt ansvar för att hjälpa sjuka att återgå i arbete. Arbetsgivaren som sedan tidigt 1990-tal har varit skyldig att lämna en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan inom åtta veckor efter sjukskrivningen gjorde det i knappt hälften av fallen år 2004 (Försäkringskassan 2005). Landstingen saknar helhetsstrategi för hur nedsättningen av arbetsförmåga ska intygas och dokumenterade rutiner saknas för hur sjukskrivningar hanteras (Socialstyrelsen 2004, Alexanderson m.fl. 2005). I sjukfall som pågick dag 390 efter sjukskrivningens början saknade en fjärdedel en plan för rehabilitering år 2003 (Försäkringskassan 2006). Försäkringskassan har skyldighet att senast ett år efter sjukanmälningsdagen utreda rätten till aktivitetsersättning och sjukersättning. Denna bedömning hade endast gjorts i tio procent av fallen år 2004 och i hälften av fallen år 2006 (Försäkringskassan 2007b). Avsevärda regionala skillnader kvarstår i arbetssätten och resultat. Insatserna har kommit i gång sent, långvariga sjukskrivningar har under långa perioder ökat och alltfler människor har lämnat arbetskraften permanent och beviljats sjukersättning eller aktivitetsersättning.

Utvärderingar av metodutvecklingen i Försäkringskassan handläggning uppvisar dock en del positiva resultat. Bedömningen av sjukpenningrätten har blivit mera strikt och försäkringsmässig (*Ibid.*) Försäkringskassans aktiviteter för att sätta in insatser har blivit fler och också lett till tidigare insatser. Avstämningsmötena har blivit fler, men hålls fortfarande sent i sjukfallen. Ett genomfört avstämningsmöte mellan Försäkringskassan och minst en övrig aktör har visat sig öka sannolikheten att sjukskrivningsgraden minskar

och att anpassning av arbetsplatsen och en rehabiliteringsinsats påbörjas. Eftersom val av personer som kallas till mötet inte sker slumpmässigt är det dock svårt att uttala sig om effekter i form av kortare sjukskrivningar och ökad återgång i arbete. I vad mån Försäkringskassans nya arbetsmetoder har bidragit till minskad sjukfrånvaro kan således inte fastställas (Försäkringskassan 2007b, c).

Varken utvärderingsresultat eller de många offentliga utredningar om rehabilitering som staten tillsatt på senare år har lett till några större förändringar i lagstiftningen. Däremot har utvecklingen av sjukfrånvaron och utvärderingsresultaten gett upphov till initiativ på Försäkringskassan. Initiativen har varit inriktade på försäkringens portvaksroll, behov av ett nytt förhållningsätt och arbetssätt i handläggningen samt på läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen.

Sammanfattningsvis är kunskapen om effekten av rehabilitering och andra åtgärder för att göra återgång i arbete möjlig fortfarande bristfällig då endast mycket lite forskning och utvärderingar av god kvalitet finns på området. Vetenskaplig evidens saknas så gott som helt när det gäller arbetslivsinriktad/yrkesinriktad rehabilitering. Även inom medicinsk rehabilitering används i stor utsträckning metoder vilkas effekter inte har kunnat påvisas vetenskapligt (SBU 2000). Därför saknas det kunskap om vilka åtgärder som är effektiva för olika grupper av sjukskrivna och när åtgärderna ska vidtas för att bli framgångsrika.

Utmaningar för utvärdering

Utvärderingarna är tillbakablickande till sin karaktär och tar tid att genomföra. Datamaterialen hinner sällan analyseras uttömmande innan beslutfattarna efterfrågar nya, mera aktuella utvärderingar. Utvärderingarna leder dock sällan till ändrad politik (Alexanderson m.fl. 2005). Samtidigt genomförs ofta små revideringar av regelverket innan utvärderingar har visat vad den förra förändringen fick för utfall. Utvärderingarnas roll i beslutsfattandet behöver förstärkas.

Det är en stor utmaning för utvärderingen att få kunskap om effekterna av de åtgärder som implementeras. De metodologiska utmaningarna är dock många. Det omgivande samhället förändras och påverkar de förhållanden som ska studeras, vilket gör det svårt att isolera effekten av försäkringen och vidtagna åtgärder från annan påverkan. Därför behövs mera kunskap exempelvis om sambandet mellan sjukskrivning å ena sidan och konjunkturen och arbetsförhållanden å andra sidan. Många av de åtgärder som tidigare har prövats för att administrativt minska sjukskrivningar har inte genomförts på ett sådant sätt att de går att utvärdera (*Ibid.*) En aktuell utmaning är ett regeringsuppdrag att utvärdera effekten av den så kallade landstingsmiljarden. Effekten av tillskottet av en miljard till hälso- och sjukvården i alla landsting, utan möjlighet till kontrollområden, torde vara svår att särskilja från andra faktorer som också påverkar sjukskrivningarnas omfattning såsom utvecklingen av arbetslöshet och Försäkringskassans satsningar på professionalisering av handläggning (se t.ex. Vedung 1991).

Effekter av rehabilitering och Försäkringskassans handläggning måste kunna fastställas vetenskapligt för att ge underlag för fortsatt utveckling av handläggning och för att öka ”träffsäkerheten” i rehabilitering. Rätt åtgärd ska kunna erbjudas rätt person vid rätt tillfälle. Användningen av statistiska metoder för att kontrollera för effekten av selektion till åtgärder bör ökas. Vidare måste kvaliteten i utvärderingar höjas väsentligt. Systematiska uppföljningar av utfall för enskilda individer bör också genomföras för att möjliggöra ett effektivt lärande av de erfarenheter som insatserna ger och för att underlätta bra utvärdering.

Före förstatligandet av försäkringskassorna genomförde Riksförsäkringsverket, som tillsynsmyndighet, utvärderingar av sjukskrivningsprocessen och insatser för återgång i arbete. Från objektivitetssynpunkt är en sådan extern utvärdering bättre än intern utvärdering genomförd av den handläggande myndigheten Försäkringskassan. Samtidigt har interna utvärderingar betydande fördelar. Närheten mellan utvärderaren och verksamheten underlättar utvärderingsresultatets omsättning till faktiska förändringar i verksamheten. Interna utvärderingar är en grundläggande hörnsten i en lärande organisation.

Utvärdering i nordisk jämförelse

I de flesta nordiska länder är utvärdering eftersatt inom området sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering. Det bedrivs forskning på området, ofta inom särskilda forskningsinstitut eller universitet. Forskning förekommer också inom socialförsäkringsadministrationen, exempelvis i Finland. Däremot förefaller utvärderingar av tillämpningen av försäkringen inom den egna administrationen endast ha genomförts i begränsad omfattning i samtliga länder. Den svenska Försäkringskassan har visserligen en lång tradition att inkludera tillämpning i sina utvärderingar men det är först på senare år denna har fått ökad tyngd i utvärderingar.

Bristen på utvärderingar och framför allt bristen av utvärderingar av god kvalité har medfört att det fortfarande finns stora kunskapsluckor såväl om vilka resultat som uppnås i tillämpningen av försäkringen som om effekter av särskilda program och åtgärder. Merparten av de resultat av effekter som redovisats har hämtats från studier som inte följer kontrollerade experimentets studiedesign (Randomised Controlled Trial, RCT). Det är därför inte möjligt att dra några säkra slutsatser om effekterna. I viss mån kan detta förklaras av att det finns metodologiska svårigheter att mäta effekter av strategier, arbetsmetoder och åtgärder på ett tillfredsställande sätt.

6 Strategier för att begränsa sjukfrånvaro och främja återgång i arbete i de fem nordiska länderna – en jämförande analys och några slutsatser

Folhälstan är generellt god och arbetsmiljön har hög standard i de nordiska länderna (Socialstyrelsen 2005, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007). Trots detta är skillnaden i sjukfrånvaro och förtidspensionering stor.

I rapporten har en tydlig skiljelinje dragits mellan Norge och Sverige å ena sidan och å andra sidan Danmark, Finland och Island. Statistik visar att det finns skillnader i arbetskraftens omfattning och sammansättning mellan länderna. Det gäller framför allt omfattningen av arbetslöshet och de äldres (55–64 år) deltagande i arbetskraften. Fler äldre är antingen utanför arbetskraften eller arbetslösa i Danmark och Finland än i Norge och Sverige och i Island. Eftersom äldre personer i högre grad än yngre drabbas av nedsatt arbetsförmåga kan färre äldre förvärvsarbetande bidra till en lägre sjukfrånvaro och lägre kostnader i Danmark och Finland jämfört med Norge, Sverige och Island. Alltså mattas de stora skillnaderna i sjukfrånvaro ut något vid närmare analys men en väsentlig del kvarstår.

Vad gäller arbetslöshet har sjukfrånvaron historiskt sett varit hög under låg arbetslöshet och omvänt låg under hög arbetslöshet i många länder. Även förtidspensionering tenderar att öka under perioder av omfattande arbetslöshet. Forskning har gett stöd för hypotesen att människors benägenhet att sjukskriva sig minskar under tider av hög arbetslöshet. Empiriska underlag stödjer dock inte entydigt hypotesen att sammansättningen av arbetskraften förklarar de markanta svängningarna av sjukfrånvaron i Norge (Rikstrygdeverket 2005). Däremot finns exempel på skillnader i socialförsäkringssystemen som kan påverka den koppling som vi noterar mellan arbetslöshet å ena sidan och sjukfrånvaro och förtidspensionering å andra sidan. I Island får förtidspensionärer högre ersättning än arbetslösa. I Sverige var den högsta sjukpenningen högre för arbetslösa än den högsta arbetslöshetsersättningen ända till år 2003. Arbetslösa tenderade då att bli sjukskrivna mot slutet av sin period med ersättning från arbetslöshetskassan (Larsson 2002). I Island finns forskningsresultat som pekar på att arbetslösa "blir" sjuka och förtidspensioneras. De som är förtidspensionerade får högre ersättning än arbetslösa och somliga säger att man nästan kan välja att bli förtidspensionist eftersom porterna står helt öppna. I Danmark kan sjukskrivna avskedas som en följd av svag anställningstrygghet. Detta för nordiska förhållanden unika fenomen torde bidra till en låg sjukfrånvaro, möjligen till priset av en hög arbetslöshet. Arbetslösheten i Danmark tillhör dock de lägsta i Norden.

Dessa exempel illustrerar att det inte finns några enkla förklaringar till skillnader mellan de fem länderna. I ansträngningarna för att identifiera framgångsfaktorer för låg sjukfrånvaro har socialförsäkringssystemets konstruktion och vidtagna politiska initiativ för att minska frånvaro tidigare ägnats en del uppmärksamhet. Den här rapporten vill ge ett bidrag till förståelsen av försäkringsadministrationernas olika strategier och arbetsmetoder i tillämpningen av försäkringen. Det är dessa jämförelser som sammanfattas och diskuteras nedan.

Välfärdsstrategier i den postexpansiva fasen

I kapitel tre introducerades en teoretisk diskussion om dagens välfärdsstats utmaning i en tid som kan beskrivas som den postexpansiva fasen. Bakom oss finns ett halvt sekel som präglats av välfärdsstatens födelse och successiva expansion. Välfärdsstaten kan inte fortsätta expandera och utmaningen ligger i att kunna balansera mellan å ena sidan medborgarnas förväntningar och behov av service och å andra sidan statens möjlighet att tillfredsställa dessa behov. För att kunna upprätthålla en god välfärd för sina medborgare måste välfärdsstaten agera på olika sätt. Den här rapporten har fokuserat på vilka åtgärder, metoder eller strategier som de nordiska välfärdsstaterna valt för att värna sjukförsäkringen och förtidspensionen.

Rapporten har visat att det finns starka likheter mellan länderna men också flera avgörande olikheter. Vid internationella jämförelser brukar ländernas olikheter sällan uppmärksammas utan länderna definieras i regel som tillhörande en enhetlig välfärdpolitisk modell – den nordiska eller skandinaviska, en i grunden socialdemokratisk välfärdsregim (Esping-Andersen 1990). Mest karakteristiskt för den nordiska modellen är fusionen mellan välfärd och arbete som sammanfattas i tanken om arbetslinjen (Rätten till arbete är lika stark som rätten till skydd mot inkomstbortfall). Grundtanken om att upprätthålla en generös och universell välfärd delas också av länderna. Välfärdsstrategierna för att begränsa sjukfrånvaro och återfå sjukskrivna i arbete ser lite olika ut mellan länderna men gemensamt för alla åtgärder är de på olika sätt syftar till att stödja arbetslinjen.

Ekonomiska drivkrafter och individens eget ansvar

Ökat arbetsgivaransvar som strategi

Den norska strategin präglas främst av att arbetsgivaren successivt fått ett ökat ansvar för aktiviteter och åtgärder i sjukskrivningsprocessen. Arbetsgivaren har ansvar för att upprätta en uppföljningsplan och anordna det första lagstadgade dialogmötet. De tidiga insatserna i sjukfallet är arbetsgivarens ansvar och NAVs uppgift är att följa upp och se till att arbetsgivaren uppfyller de krav som anges i lagen. Den svenska strategin har också varit tydligt arbetsgivarorienterad men det sista året har flera regellättnader för arbetsgivare genomförts. Till skillnad från NAV så saknar den svenska Försäkringskassan möjligheter att straffa arbetsgivare som brister i sitt ansvar. Ökat arbetsgivaransvar som strategi är en norsk och svensk företeelse. I Danmark har arbetsgivaren inget ansvar för uppföljande aktiviteter i sjukfallsprocessen eller genomförande av åtgärder för att återfå sjukskrivna i arbete. Uppföljning anordnas av kommunen. Arbetsgivare i Finland har ett starkt inci-

tament att bidra till sjukskrivnas arbetsåtergång i och med att arbetsgivaren har ett betydande kostnadsansvar för förtidspensioner. Det är en systemkonstruktion som har verkan och arbetsgivare är generellt aktiva i sina ansträngningar att återfå sjukskrivna i arbete.

Ökade krav på individen som strategi

I alla ländernas lagstiftning klargör regelverket att individen ska vara aktiv och medverka i rehabiliterande åtgärder för att kunna återgå i arbete och sanktioner kan riktas mot individen⁴⁵. Norge har gjort en än tydligare markering genom det nyligen införda aktivitetskravet för individen med en bestämd uppföljningstidpunkt. I Danmark lämnas individen med ett stort eget ansvar för sin situation. Hotet om uppsägning vid sjukskrivning är med försäkringstermer ett starkt skadeförebyggande verktyg för arbetsgivare att undslippa kostnader och i praktiken en omfattande självrisk för individen. För de individer som väl hamnar i sjukskrivning så har sjukföräkringen omvandlats till en omställningsförsäkring som ställer krav på individen att så fort som möjligt ta sig tillbaka till arbetslivet. Hur stor betydelse de omfattande kraven på den enskilde individen har för den låga danska sjukfrånvaron är omöjligt att svara på men det är nog bortom allt tvivel att de har en påverkan.

Begränsa välfärdsförmånernas tillgänglighet

Portvakt och kontroll – ökad försäkringsmässighet som strategi

Frågan om sjukförsäkringens roll som portvakt har haft minst aktualitet i det finska systemet. Men den har varit vital i de andra länderna. I Norge, Sverige och Island har striktare medicinska krav för bedömning av rätten till förtidspension införts i omgångar. På liknande sätt skärptes bedömningen av rätten till sjukpenning i Sverige i mitten på 1990-talet.

Portvaktens organisering ser olika ut men Norge och Sverige har stora likheter. I båda länderna delas i praktiken ansvaret för portvakten till försäkringen mellan sjukskrivande läkare och handläggare inom försäkringsadministrationen även om det är de senare som fattar beslut om rätt till ersättning. Trots striktare medicinska krav kvarstår problemet att när läkare och försäkringshandläggare ska ta ställning till arbetsförmågan har de i regel otillfredsställande kunskap om arbetets krav och kan inte sätta eventuell förmåga i relation till det faktiska arbetet. Situationen är snarlik i Danmark där handläggarna saknar tillräcklig kunskap om arbetets krav och möjligheter.

I Finland bär sjukskrivande läkare, på företagshälsovården eller inom kommunal och privat hälsovård, det viktigaste ansvaret för portvaktsfunktionen vid sjukskrivning. Försäkringsadministrationen fattar beslut om rätten till ersättning. Portvaktens styrka gällande förtidspensioner kan mätas i andelen avslag vilket är högt i Finland. Hela 20 procent av ansökningarna till förtidspension avslås.

⁴⁵ Om individen inte medverkar kan sjukpenningen dras in.

I Island utför läkarna självständigt bedömningen av rätten till både sjukpenning och förtidspension vilket utgör kontrast till det danska systemet där läkarintyg som grund för sjukskriving inte är obligatoriskt. Kommunerna i Danmark bär ensamma ansvaret som portvakter till sjukpenningen. I första hand värderas arbetsförmågan utifrån ett frågeschema som den sjukskrivne själv fyller i men vid behov inhämtar kommunen läkarintyg.

I Danmark, Norge och Sverige har det varit fokus på nya metoder, verktyg och riktlinjer som stöd i bedömningen av rätten till ersättning. Istället för att se sjukdomen och dess begränsningar behövs bättre metodstöd för att bedöma kvarvarande arbetsförmåga. I Danmark är kommunen autonom beslutsfattare och läkarintyg är inte nödvändigtvis en del i beslutsunderlaget. Sedan 2003 arbetar kommunen efter en ny strukturerad metod, den så kallade arbejdsevne-metoden (arbetsförmågemetoden), för att beskriva och värdera den enskildes arbetsförmåga. Metoden ger en mer holistisk syn på individen men är sämre i avseendet att väga in den befintliga arbetsplatsen och arbetets krav och utformning.

Effektivisera serviceproduktionen

Förebyggande åtgärder och lönesubventionerade jobb som olika strategiinriktningar

Danmark och Finland visar två olika vägar att begränsa sjukfrånvaro. I Finland är tonvikten på förebyggande åtgärder för att i största möjliga mån främja och upprätthålla hälsa i olika skeden av arbetslivet. Socialförsäkringen finansierar 60 procent av företagshälsovårdens åtgärder i förebyggande syfte och 50 procent av kostnaderna för dess sjukvård. Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsinsatser kompletteras dessutom av arbetspensionsanstaltarna. I Danmark är införandet av ”fleksjob” ett nytänkande som breddat utbudet av åtgärder för att så fort som möjligt återfå sjukskrivna i något arbete. Samtidig finns där sedan många år lönesubventionerade jobb till personer med förtidspension (”skånejob”) så att förtidspensionärer kan nyttja resterande arbetsförmåga och bevara en anknytning till arbetsmarknaden.

Sammanlagningen av den norska Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och en del av socialtjänsten innebär att myndigheternas insatser har integrerats i ett gemensamt och mera omfattande åtgärdspaket på den nya myndigheten NAV. Utbudet av åtgärder är minst utvecklat i Sverige.

Myndighetssamverkan som strategi

En viktig strategisk förändring i det norska och det danska systemet är att arbetsmarknadsmyndigheten och socialförsäkringsadministrationen har slagits samman. I Norge har det skett i och med den nya myndigheten NAV, som även omfattar delar av socialtjänsten. I Danmark har en liknande sammanslagning skett i och med bildandet av lokala jobbcenter. Sverige har en relativt lång tradition av samverkan i olika former mellan de båda myndigheterna men hittills har inte sammanslagningar på lokal, regional eller nationell nivå varit aktuellt. Dessa organisationsförändringar är relativt nyligen genomförda och i dagsläget är det för tidigt att uttala sig om de har fått avsedd nytta. Även i Island planeras omfattande förändringar av organisa-

tionsstrukturen mellan arbetsmarknadsmyndigheten (VMS) och delar av socialförsäkringsadministrationen (TR).

Olika perspektiv på arbetslinjen utifrån välfärdsstrategierna

Arbetslinjen som begrepp fokuserar i första hand på strategier för arbetsmarknadspolitiska åtgärder i syfte att öka arbetskraftsdeltagandet och minska arbetslöshet men har med tiden vidgats till att även omfatta långtidssjukskrivna och åtgärder för att återfå dem i arbete. I den teoretiska litteraturen om arbetslinjen och dess innebörd förs tre olika perspektiv fram. Det första är Kontroll- och disciplineringsperspektivet som innebär att om den enskilde ska få hjälp från samhället krävs en motprestation av moraliska skäl. Den akuta nöden ska lindras genom att erbjuda ett arbete hellre än kontant stöd. Perspektivet har fått förnyad aktualitet i USA i och med introduceringen av ”workfare”. Det andra är Självhjälps- och uppfostringsperspektivet som innebär att det är samhällets uppdrag att fostra medborgarna till goda, arbetsamma sådana. Samhället ska hjälpa de sina i nöd att bli självförsörjande och ofta talas om ”hjälp till självhjälp”. Slutligen Rättighetsperspektivet med tanken om arbetet som en social rättighet. I det ingår rätten att få styra sitt eget liv och därmed sin självförsörjning och samhällets skyldighet att verka för full och fritt vald sysselsättning (Socialförsäkringsutredningen, 2005).

De nordiska länderna har genomfört olika strategier för att begränsa sjukfrånvaron och för att återfå sjukskrivna i arbete, utom i Island som fortfarande förbereder en omorganisering med samma syfte. Däremot utmärker Danmark och Finland sig i och med ländernas satsning på serviceproduktion. Den starka ”tillbaka-i-arbete-kulturen” i Danmark innebär att jobb alltid kommer före utbetalning av lönesubvention för deltagande i rehabilitering (revalidering). Om en sjukskriven inte kan återgå i arbete utan insatser, eller har förlorat sin anställning på grund av sin sjukskrivning, försöker kommunen möjliggöra återgång med i första hand rehabilitering eller lönebidrag och i andra hand med fleksjob. Det danska systemets upprätthållande av arbetslinjen påminner mest om kontroll- och disciplineringsperspektivet. Alla de andra nordiska ländernas system placerar sig inom ramen för ett självhjälps- och uppfostringsperspektiv på arbetslinjen och bland dem torde den finska modellen vara den mest framgångsrika vad gäller förmågan att effektivt begränsa sjukfrånvaro med hjälp av regelverket och därmed att upprätthålla en stark arbetslinje.

Genomförande av politiken – tillämpningen av regelverket för sjukförsäkringen

Rapporten har till största del fokuserat på att beskriva och definiera de nordiska ländernas olika strategier och arbetssätt för att begränsa sjukfrånvaro och återfå sjukskrivna i arbete. Men vad vet vi egentligen om hur väl strategierna och arbetssätten följs i praktiken?

Implementeringsforskning visar att det i handläggares möten med den enskilde finns risk för godtycklighet och olika avvägningar som påverkar tillämpningen. För att hantera situationen utvecklar frontlinjebyråkraterna egna bemärstringsstrategier och genvägar i handläggningen av ärenden som i

slutändan kan få betydelse för tillämpningen av offentlig politik (Lipsky 1980).

Enligt en rapport från OECD som handlar om Norge, Polen och Schweiz är socialpolitikens bristfälliga måluppfyllelse i dessa tre länder knuten till svag implementering på lokal nivå. Slutsatsen är att starkare styrning (governance) är av stor vikt för att åstadkomma större effektivitet vid användning av knappa offentliga medel i dessa länder (OECD 2006).

Ett svar på frågan om tillämpningen är att vi inte vet tillräckligt i dag. I Sverige exempelvis har först på senare tid mer utvärderingsresurser satsats på att följa och utvärdera administrationens tillämpning av lagstiftningen. De studier som hittills presenterats har visat på brister i tillämpningen av nya metoder i handläggningen. Utredningar och avstämningsmöten sker inte inom utsatta tidsramar och nyttjas inte heller i den omfattning det är tänkt.

När tillämpningen brister minskar värdet av att försöka mäta och utvärdera välfärdspolitikens effekter. Tillämpningen är ett viktigt utvärderingsområde som hittills inte har ägnats något större intresse i de nordiska länderna.

Effekter av politiken

Länderbeskrivningarna av utvärderingsmetoder och resultat visar att det finns metodologiska svårigheter att på ett tillfredsställande sätt mäta effekter av regelverkens strategier och de åtgärder som syftar till att öka möjligheterna för personer med nedsatt arbetsförmåga att arbeta. Kunskapen om effekterna är bristfällig i alla länder. Denna rapport kan därför inte heller peka ut några specifika åtgärder som mer framgångsrika än andra. Däremot kan sjukfrånvarons omfattning i sig betraktas som en indikator på försäkringens effektivitet och stabilitet. Skillnaderna i sjukfrånvaro kan inte förklaras med sociala eller medicinska förhållanden eftersom hälsotillståndet är likartat för Nordens befolkning. Även arbetsmiljön har hög standard i samtliga nordiska länder. Även om det finns stora likheter mellan de nordiska länderna finns det också olikheter, till exempel de äldres arbetskraftsdeltagande, som kan bidra till skillnader i sjukfrånvarons omfattning. Oavsett detta är det mycket sannolikt att en del av skillnaderna i sjukfrånvaron kan härledas till hur väl försäkringens skadereglering fungerar, med andra ord hur porten in och porten ut ur försäkringen ser ut. I Island anses porten in stå mer eller mindre öppen och en port ut som hjälper sjukskrivna med åtgärder för att återgå i arbete finns inte idag eftersom lagstiftning på området saknas. Sjukförsäkringens svaghet får däremot inte lika allvarliga konsekvenser i Island eftersom arbetskraftsdeltagandet hittills varit väsentligt högre jämfört med de andra nordiska länderna. Norge och Sverige utmärker sig genom att ha väsentligt högre sjukfrånvaro och förtidspensionering än de andra länderna. I det avseendet har de båda länderna sämre resultat som tyder på att försäkringssystemen har brister.

Diskussion

Ambitionen med rapporten har varit att väcka tankar och idéer om strategier och arbetsmetoder inom arbetet med i första hand sjukskrivna men även förtidspensionärer. Åtminstone i Sverige har fokus hittills varit snävt inriktat

på att förstärka försäkringens portvaktsfunktion. Så länge ansvarsfördelningen för rehabiliteringen är oförändrad och utbudet av åtgärder är intakt kommer sjukskrivna inte att få adekvat hjälp i sin väg tillbaka till arbetslivet. Erfarenheterna från Danmark och Finland kan vara en inspirationskälla avseende olika tillvägagångssätt för att öka utbudet av konkreta åtgärder.

Gemensamt för Norge och Sverige är att det formella ansvaret för portvakten vilar på NAV respektive Försäkringskassan. I praktiken innebär det ett beroende till intygsskrivande läkare som ofta har otillfredsställande kunskap om arbetets krav och inte kan sätta eventuell förmåga i relation till det faktiska arbetet. Det danska systemet innebär att kommunen som ensam aktör bär ansvaret för att göra bedömningarna. Tillämpningen av den danska arbetssevne-metoden har skapat stort intresse från de andra nordiska länderna. I Danmark finns dock en intern kritik mot den egna portvaktsfunktionen och arbetssevne-metoden i och med att kommunen varken har yrkesmedicinsk, psykologisk och ergonomisk kunskap eller samarbetar med arbetsgivare.

I Finland bär sjukskrivande läkare, på företagshälsovården eller inom kommunal och privat hälsovård, det viktigaste ansvaret för portvaktsfunktionen vid sjukskrivning. På frivillig basis har olika modeller införts för att hantera sjukfrånvaro i samarbete mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och företagshälsovården som medicinsk expert. I det finska systemet finns verksamma incitament att förebygga sjukdomar och begränsa sjukfrånvaron för både den enskilde individen och arbetsgivaren. Portvaktens funktion är inte ifrågasatt och det finns en tillit till att försäkringen endast nyttjas av dem som har rätt till den. I Finland är de sjukskrivna "sjuklediga" och själva terminologin vittnar om ett synsätt där man inte ifrågasätter att en person verkligen är sjuk och har nedsatt arbetsförmåga vid sjukskrivning. Det tycks saknas en pågående diskussion om attityder till sjukskrivning och det relativa arbetsförmågebegreppet som känns igen i de flesta andra nordiska länderna.

Den danska politiken som starkt betonar arbete framför bidrag innebär att fler med sviktande hälsa trots allt får en plats på arbetsmarknaden jämfört med situationen för sjukskrivna i flera av de andra länderna. I det avseendet skiljer sig Danmark från resten av Norden i fråga om arbetslinjen. En konsekvens av det kan givetvis vara etablerandet av en alternativ arbetsmarknad för gruppen med hälsoproblem men det måste i så fall ställas i relation till det utanförskap som alla de sjukskrivna upplever som inte erbjuds möjligheter att komma tillbaka till arbetslivet.

Den starka arbetsgivarfokuseringen tycks vara mer framgångsrik i Norge än i Sverige. IA-avtalen har skapat en samsyn mellan arbetsmarknadens parter och NAV i strävan att minska sjukfrånvaron och NAV har fått en tydlig uppföljande roll gentemot arbetsgivarna.

Studien har visat att utvärdering är eftersatt inom sjukföräkrings- och rehabiliteringsområdet vilket förklarar att det finns stora kunskapsluckor inom området. Det är därför inte möjligt att dra slutsatser om de enskilda ländernas olika strategiers och försäkringssystemers effekter. Som exempel har det finska hälsofrämjande och förebyggande arbetet lyfts fram i rapporten som ett sätt att i förlängningen begränsa sjukfrånvaro. Önskvärt för framtida forskning och utvärdering skulle givetvis vara att kunna visa säkra resultat av förebyggande satsningar. På motsvarande sätt skulle den danska strategin

med en alternativ arbetsmarknad ("fleksjob" och "skånejob") för personer med nedsatt arbetsförmåga och dess långsiktiga konsekvenser vara av intresse för de andra länderna.

Oberoende av skillnaden i sjukfrånvaro mellan länderna innebär utgifterna för sjukförsäkringen och förtidspensionerna en stor kostnad för samhället i samtliga länder. Regel- och systemförändringar genomförs dock ofta på bristfälliga kunskapsunderlag. Okunskap om effektiva metoder och åtgärder för att bevara och återvinna arbetsförmåga kan leda till kostnadsineffektivitet men drabbar i slutändan den enskilde individen hårdast.

Referenser

Danmark

Arbejdsmedicinsk Klinik (AMK) i Skive 2007 *Projekt Bedre Samarbejde – Hurtig Indsats*

Damgaard, Bodil & Boll, J. (2006) *Opfølgning på sygedagpenge* Del I, SFI

Eshøj P. (1996) *Sygefravær hvorfor*. Sydjysk universitetsforlag

Høgelund J., Filges T., Jensen S. (2003) *Langvarigt sygefravær*, NFA

Jensen, A., G.Claudi (2006) ATTSA. *Projekt arbejdsfastholdelse ved tidlig og tværfagligt samarbejde omkring personer med risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet*. <http://www.nordsjaellandshospital.dk/menu/Afdelinger/ArbejdsmedicinskKlinik.htm>

Kilsgaard J. (2006) ”*Koordineret indsats for Arbejdsfastholdelse*”, NFA, Syddansk Universitet, Vejle Amt

Klug-Andersen M., Nielsen H., Thomsen J. F., Kristensen T.R. (200) *INUA-projektet. Intervention mod Nedslidning og Udstødning fra Arbejdsmarkedet*. BST Danmark a/s og Arbejdsmedicinsk klinik Glostrup

Labriola M., Lund T., Christensen K. B. (2007) *Resultater af sygefravær-forskning 2003–2007*, NFA

Lund T., Jensen C., Nielsen M.L. og Borg V. (2003) *Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv* NFA

Lund T. (2003) *Tilbagevenden til arbejde*, NF

Mortensen O., Bang J., Ebbenhøj N. (2007) *Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem kommune, læger og virksomheder*, Arbejdsmedicinsk Klinik på Bispebjerg Hospital

Nielsen, M. (2007): Artikel i Magasinet Arbejdsmiljø om resultaterne fra Center for Arbejdsfastholdelses projekt "Tværfaglig rådgivning til lægen og dennes patient"

Nordisk Ministerråd (2005) *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær*

Olsen, E. R. (2005) *Syge på tvangsarbejde. Om behandling af førtidspensionsansøgnere*.

PLS Rambøll (2001) *Evaluering af Team Arbejdsfastholdelse, A-teamet*,
PLS Rambøll

Regeringen (2003) *Det gør vi ved sygefraværet*. Regeringens handlingsplan

Sørensen, K. (1999) *Monitorering af sygedagpengeområdet*. Århus
Universitet

De væsentligste udpluk fra dansk lovgivning:

Sygedagpengeloven nr. 563 af 9. juni 2006 mber 2006. Ændret ved lov nr.
1545 af 20. december 2006

Regler om udbetaling af sygedagpenge.

Lov om aktiv socialpolitik nr. 455 af 10. juni 1997 jf. lovbekendtgørelse
nr. 1009 af 24. oktober 2005

Regler om udbetaling af kontanthjælp, starthjælp, revalideringsydelse samt
hjælp i særlige tilfælde

Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats nr. 419 af 10. juni 2003 jf.
lovbekendtgørelse nr. 685 af 29. juni 2005

Beskrivelse af målgrupper og indsatser ved ledighed og sygdom.

www.virk.dk

<http://sdpguide.ams.dk/>

www.via2000.dk

www.bm.dk

www.ams.dk

www.jobindsats.dk

Finland

Gould R, Grönlund, H, Korpiluoma, R, Nyman, H, Tuominen, K ja työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta (2007a) *Miksi masennus vie eläkkeelle?* Raportteja 1. Helsinki: Eläketurvakeskus

Gould, R, Härkäpää, K, Järvikoski, A, Laisola-Nuotio, A, Lehikoinen, T, Saarnio, L (2007b) *Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen, Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen taulukkoraportti.* Keskusteluraportteja 2. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Lahtela, K, Grönlund, R, Röberg, M, Virta, L (2002) *Bedömningar om det finska rehabiliteringssystemet. Observationer av rehab-barometerns första fas.* Helsingfors: FPA, Forskningsavdelningen.

Metteri, A (2004) *Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset.* Helsinki: Edita.

Rajavaara, M (red.) *Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantatutkimuksen loppuraportti.* Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsingfors: Folkpensionsanstalten.

Linnakangas, R, Suikkanen, A, Savtschenko V, Virta L (2006) *Uuden alussa vai umpikujassa? Vammaiset matkalla yhdenvertaiseen kansalaisuuteen.* Raportteja 15. Helsinki: Stakes.

Lind, J, Aaltonen, T, Halonen, J-P, Klaukka, T (2007) *Avslutade rehabiliteringsåtgärder vid FPA år 2002. En registeruppföljning av rehabiliteringsklienter åren 2002–2004.* Social Trygghet och hälsa: rapport 74. Helsingfors: FPA.

Rajavaara, M (2000, red.) *Yksilölliset palvelut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantatutkimuksen loppuraportti.* Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Takala, P (1998) *Kuntoutustarpeen arviointi Kelan toimistoissa.* Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 28. Helsinki: Kansaneläkelaitos

Taskila, T (2007) *Cancer survivors at work. Work-related problems and factors associated with their employment, work ability and social support from the work community.* People and Work Research Reports 80. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health

Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset (2005) Helsinki: Kansanterveyslaitos

Tiainen, H (2007) Ammatillisen kuntoutuksen käynnistyminen selkäydinvamman jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* 44 (2), 87–98

Työ ja terveys Suomessa 2006 (2007) Helsinki: Työterveyslaitos

Työeläkekuntoutus vuonna 2006 (2007) Tilastoraportti. Helsinki:
Eläketurvakeskus

Utvecklingsprogram för rehabiliteringsforskningen. Utgiven av Delegationen för rehabiliteringsärenden (2004) Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 19. Helsingfors 2004: Social- och hälsovårdsministeriet

Lagar och förordningar:

Folkpensionslag (568/2007)

Lag om Folkpensionanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005)

Lag om företagshälsovård (1383/2001)

Lag om kommunala pensioner (549/2003)

Lag om pension för arbetstagare (ARPL) (395/2006)

Lag om pension för företagare (FöPL) (1272/2006)

Lag om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) (1280/2006)

Lag om statens pensioner (1295/2006)

Lag om sjömanspensioner (SjPL) (1290/2006)

Sjukförsäkringslag (1224/2004)

Statsrådets förordning om verkställighet av sjukförsäkringslagen (1335/2004)

Island

Baldursdóttir, S. L. (2004), ritstj. *Fjölgun öryrkja*. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins
(Baldursdóttir, S. L. (red.) (2004) *Ökning bland sjukpensionärer*. Reykjavík: Riksförsäkringen (TR))

Herbertsson, T. Þ. (2005) *Fjölgun öryrkja á Íslandi, orsakir og afleiðingar*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
(*Sjukpensionärer blir fler i Island, orsak och verkan*. Reykjavík: Hälso- och försäkringsministeriet)

Forsætisráðuneytið (2006) *Skýrsla nefndar um endurskoðun örorkumats og eflingu starfsendurhæfingar*. Reykjavík: Forsætisráðuneytið
(*En rapport från kommittén som behandlat omprövning och förstärkning av arbetsrehabiliteringen*. Reykjavík: Statsministeriet)

Ólafsson, S. (2005) *Örorka og velferð á Íslandi og í öðrum vestrænum löndum*. Reykjavík: Rannsóknarstöð þjóðmála, Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands
(*Invaliditet och välfärd i Island samt i andra länder i västvärlden*. Reykjavík: Rannsóknarstöð þjóðmála, Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands)

Samtök atvinnulífsins (2006) *Íslenska lífeyriskerfið í umbreytingu, Auknar ævilíkur, þyngri örorkubyrði og vaxandi kaupmáttur. Samspil lífeyrissjóða og almannatrygginga á næstu áratugum*. Reykjavík: Samtök atvinnulífsins
(*Det isländska pensionssystemet i förändring. Livslängd, dyrare pensionskostnader samt ökad köpkraft. Löntagarfondernas och allmänförsäkringens samspel under de närmaste årtionderna*. Reykjavík: Arbetslivets organisation)

Thorlacius, S. (2005), ritstj. *Lokaskýrsla starfshóps um starfsendurhæfingu á Íslandi* Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins
(Thorlacius, S. (red.) (2005) *Slutgiltig rapport från arbetsgruppen om arbetsrehabilitering i Island*. Reykjavík: Riksförsäkringen (TR))

Propositioner:

19/1979: Lög um rétt verkafólks í sjúkdóms og slysaförföllum (Lag om löntagares rätt vid olycksfalls- och eller sjukfrånvaro)

55/1980: Lög um starfskjör launafólks og skyldutryggingu lífeyrisréttinda (Lag om löntagares arbetsförhållanden och obligatorisk försäkring för pensionsrättigheter)

117/1993: Lög um breytingar á lögum um almannatryggingar (Lag om förändringar i lagen om allmänförsäkring)

129/1997: Lög um skyldutryggingu lífeyrisréttinda og starfsemi lífeyrissjóða (Lag om obligatorisk försäkring för pensionsrättigheter och löntagarfondernas verksamhet)

45/2007: Lög um réttindi og skyldur (Lag om rättigheter och skyldigheter)

55/2006: Lög um vinnumarkaðsaðgerðir (Lag om arbetsmarknadprojekt)

99/2007: Lög um félagslega aðstoð (Lag om socialbidrag)

100/2007: Lög um almannatryggingar (Lag om allmänförsäkring)

<http://laeknabladid.is>

Norge

Aakvik A., Heckman J.J., Vytlacil E.J. (2005) Estimating treatment effects for discrete outcomes when responses to treatment vary: an application to Norwegian vocational rehabilitation programs. *Journal of Econometrics* vol. 125 (1–2)

Børing, P. (2002) *Norsk og internasjonal forskning om yrkesrettet attføring*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 10/2002

Brage S., Kann I.C. (2006) *Fastlegers sykmeldingspraksis II. Regelendringer og legeprogrammet*. RTV-rapport 06/2006. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen

Bratberg, E., Grasdahl, A. and A.E. Risa (2001) Økonomisk evaluering av rehabiliteringstiltak. In J.E. Askildsen and K.Haug (ed): *Helse, økonomi og politikk*. Cappelen Akademisk forlag, 2001.

Hardoy, I. (2006) *Aetats kvalifiserings- opplæringstiltak. En empirisk analyse av seleksjon og virkninger*. Rapport 04/2006. Oslo: Frisch-senteret

Hvinden, B. (1994) Legen en bakkebyrokrat. En innfallsvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdssystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12*. 1994

Kann, I.C. (2006) Upublisert notat, september 2006

Kann I.C., Brage S (2007) *Endringer i fastlegens sykmeldingspraksis. Konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser*. NAV-rapport 03/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning

Kolstad, A. (2004). *Effekt av aktiv sykmelding, 2002–2003*. RTV-rapport 03/2004. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen

Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation

Nordiska Ministerråd (1987) *Metoder for evalueringar av arbetsmarknads-politik*. Nord: 1987:46. Köpenhamn: Nordiska Ministerråd

Nordiska Ministerråd (2005) *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravaer*. Tema Nord: 2005:254. Köpenhamn: Nordiska Ministerråd

OECD (2006) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Paris: OECD

Ose, S. O. (2006) *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Sintef Helse. 2006

Raaum O. (2002) Riktig satsning i arbeidsmarkedspolitikken. *Norsk økonomisk tidsskrift. Vol. 116, No. 2 Oslo 2002*

Lover og prp:

Ot.prp.nr. 6 (2006–2007) *Om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven*. Det kongelige Arbeids- og inkluderingsdepartementet

St.prp. nr. 1 2006–2007

St.meld. nr. 9. *Arbeid, velferd og inkludering*. 2006–2007

Sverige

Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L., Österberg, M. (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME

Andrén, D. (2001) *Work, Sickness, Earnings and Early Exits from the Labor Market. An Empirical Analysis Using Swedish Longitudinal Data*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet

Arai, M., Skogman Thoursie, P. (2001) *Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism*. FIEF Workin Paper No. 167. Stockholm: Trade Union Institute for Economic Research

Askildsen, J. E., Bratberg, E. och Nielsen, Ö. A. (2002) *Unemployment Labour Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study*. IZA Discussion Paper no. 466. Bonn: The Institute for Study of Labour

Bloch, F. S., Prins, R. (eds.) (2000) *Who returns to work and why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*. International Social Security Series. Volume 5. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.): Transaction Publishers

Bäckström, I. (1997) *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsinriktad rehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män*. Akademisk avhandling. Umeå universitet

Diderichsen, F., Janlert, U. (1993) *Arbetslöshet och ohälsa – vad innebär dagens arbetslöshetsnivåer?* Rapport till Arbetsmarknadsstyrelsen, PM, oktober 1993

Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

Finansdepartementet (2002) *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 2002:49. Stockholm: Fritzes

Försäkringskassan (2005) *Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete*. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Analyserar 2005:17. Stockholm: Försäkringskassan

- Försäkringskassan (2006) *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken*. Analyserar 2006:6. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2007a) *Nej till sjukpenning. Vad hände sedan?* Analyserar 2007:1. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2007b) *Vad händer efter avstämningsmötet?* Analyserar 2007:3. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2007c) *De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det?* Redovisar 2007:8. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2007d) *Återrapportering enligt regleringsbrev 2007, 070815, dnr 29269-2007*
- Gerner, U. (2005) *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet
- Hansson, E. (2005) *The Treatment of Back and Neck Pain. Cost and Utility*. Akademisk avhandling. Göteborg University 2005
- Hvinden, B. (1994) Legen en bakkebyrokrat. En innfalssvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdssystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12*. 1994
- Julkunen, R. (2001a) Jälkiekspansiivinen hyvinvointivaltio. *Janus 9 (4)*: 277–292
- Julkunen, R. (2001b) *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino
- Larsson, L. (2002) *Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden*. IFAU Working paper Series 2002:6. Uppsala: Institute for Labour Market Policy Evaluation
- Lipsky, M. (1980) Street-level bureaucracy. *Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Marklund, S. (red.) (1992) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Marklund, S (red.) (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Maynard-Moody, S. W., Musheno, M., Palumbo, D. (1990) Street-wise social policy: Resolving the dilemma of street-level influence and successful implementation. *Western Political Quarterly 43 (December 1990)*: 833-848
- Nationalencyklopedin 2007
- NOSOSCO (2007) *Social Protection in the Nordic Countries 2005. Scope, expenditure and financing*. Nordic Social-Statistical Committee. København: NOSOSCO, 30:2007

- Nordiska Ministerråd (2005) *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravaer*. TemaNord: 2005:254. Köpenhamn: Nordiska Ministerråd
- OECD (2006) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Paris: OECD
- Pierson, P. (2001) *The New Politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press
- Riksförsäkringsverket (2004) *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser* RFV Analyserar 2004:8. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Rikstrygdeverket (2005) *Sykefravaer og konjunkturer*. 1/2005. Oslo: Rikstrygdeverket
- Rothstein, B. (1994) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS
- Socialförsäkringsutredningen (2005) *Vad är arbetslinjen? Samtal om Socialförsäkring*, Nr 4.
- SBU (2000) *Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning*. Volym 1. Stockholm: SBU– Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SCB 2007, *Förvärvsinkomster och bidrag i de nordiska länderna under 1990-talet*. Ekonomisk välfärdsstatistik 2007:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån
- Schierenbeck, I. (2003) *Bakom välfärdsstatens dörrar*. Akademisk avhandling. Umeå: Boréa
- Socialstyrelsen (2004) *Sjukskrivning inom primärvården. Återinföring av tillsynsbesök 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete*, Betänkande av Socialförsäkringsutredningen, Stockholm: Fritzes.
- Statskontoret (2000) *Uppdrag att genomföra en kartläggning och bedömning av det samlade utvärderingsarbetet inom de olika utgiftsområdena*. Stockholm: Statskontoret
- Söderberg, J. (2005) *Vilande förtidspension*. I Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E och Theorell, T. (red.) *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Folkhälsoinstitutet, Försäkringskassan, Institutet för psykosocial medicin
- UNDP (2003) *Human Development Report 2003*. United Nations Development Program
- Vedung, E (1991) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur

Propositioner:

2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet, Socialdepartementet

2006/07:1 Budgetpropositionen för 2007, Finansdepartementet

2006/07:59 Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m., Socialdepartementet

2007/08:1 Budgetpropositionen för 2008, Finansdepartementet

Statistikbilaga

Tabell 1 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent

Alder		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	1,5	.	.	2,6	5,8
	1991	2,6	.	.	2,6	3,3
	1992	1,4	.	.	1,6	2,5
	1993	2,8	.	.	1,7	3,2
	1994	1,7	.	.	1,8	2,2
	1995	1,7	0,5	0,7	1,4	2,4
	1996	2,2	0,5	0,0	1,5	0,3
	1997	2,5	1,0	3,1	4,1	2,4
	1998	1,9	0,4	0,8	2,3	2,5
	1999	1,4	1,9	0,0	2,8	2,0
	2000	1,0	1,1	1,4	3,7	2,4
	2001	1,3	0,8	2,9	3,9	2,0
	2002	2,9	1,1	0,8	2,8	2,2
	2003	1,1	1,7	.	2,9	2,7
	2004	1,5	2,5	0,0	3,1	1,9
	2005	1,3	1,4	0,8	2,7	1,8
	2006	2,5	1,6	.	2,9	1,7
25–34	1990	2,1	.	.	3,1	5,0
	1991	2,5	.	.	2,9	4,1
	1992	2,2	.	.	3,0	3,6
	1993	2,0	.	.	3,2	3,5
	1994	1,9	.	.	2,5	2,8
	1995	1,4	1,7	1,9	2,7	2,9
	1996	2,9	2,4	1,7	3,0	2,3
	1997	1,6	2,2	2,3	3,8	1,9
	1998	1,0	1,9	1,1	2,8	1,9
	1999	1,0	1,1	1,6	4,0	3,0
	2000	1,9	1,7	0,8	4,5	3,7
	2001	1,5	1,4	2,3	4,3	2,8
	2002	2,2	1,5	1,9	4,7	3,8
	2003	1,8	2,2	.	4,9	3,6
	2004	1,3	1,5	0,4	4,3	3,5
	2005	2,3	2,0	3,1	3,9	3,2
	2006	2,6	1,8	.	4,2	2,9

35-44	1990	2,3	.	.	3,3	5,4
	1991	1,9	.	.	3,1	4,3
	1992	1,6	.	.	3,4	4,1
	1993	2,2	.	.	2,9	4,1
	1994	1,7	.	.	2,7	3,3
	1995	1,8	2,6	0,9	2,7	3,4
	1996	2,9	2,5	0,6	3,5	2,9
	1997	1,5	1,8	1,7	3,4	2,4
	1998	1,9	1,7	1,8	3,6	3,0
	1999	1,8	1,9	2,1	3,3	4,6
	2000	1,6	2,5	1,7	4,3	4,7
	2001	2,0	2,8	1,8	3,7	5,2
	2002	2,3	2,9	1,1	5,5	5,4
	2003	1,3	2,5	.	4,6	5,6
	2004	2,4	3,2	0,9	4,0	5,1
	2005	2,3	2,7	1,3	3,5	4,6
	2006	2,3	2,6	.	4,1	4,0
45-54	1990	2,6	.	.	4,4	7,3
	1991	2,5	.	.	4,2	7,1
	1992	2,2	.	.	4,3	6,0
	1993	2,9	.	.	4,0	5,7
	1994	1,7	.	.	3,3	4,5
	1995	2,7	3,2	2,5	3,9	4,8
	1996	1,5	3,6	2,9	4,4	3,8
	1997	2,4	3,4	2,0	4,7	4,1
	1998	1,3	3,5	2,0	4,7	5,2
	1999	0,4	3,4	2,0	4,9	5,1
	2000	1,5	3,3	2,3	5,0	5,8
	2001	1,9	2,9	2,4	5,2	6,2
	2002	1,9	3,6	2,9	5,1	6,0
	2003	2,3	3,3	.	4,1	6,5
	2004	2,0	3,7	1,7	5,2	6,1
	2005	2,5	3,7	2,2	4,0	5,4
	2006	2,8	3,5	.	4,5	4,8
55-64	1990	3,5	.	.	6,3	11,5
	1991	3,1	.	.	6,4	9,4
	1992	2,5	.	.	5,7	10,5
	1993	2,9	.	.	5,8	8,2
	1994	2,2	.	.	5,9	6,2
	1995	4,4	8,3	5,5	5,4	4,7
	1996	2,1	5,2	0,7	6,6	4,3
	1997	2,2	4,7	6,0	5,5	5,7
	1998	3,3	3,6	2,2	7,0	6,2
	1999	2,3	5,1	3,8	7,9	7,2
	2000	2,3	4,7	0,8	7,8	8,5
	2001	3,0	3,5	5,6	6,2	9,0
	2002	2,3	4,9	2,3	7,4	8,7
	2003	2,6	4,9	.	6,1	8,0
	2004	2,0	5,3	1,7	6,7	6,5
	2005	2,5	5,0	4,6	6,1	6,0
	2006	3,2	4,6	.	6,1	6,5

Tabell 2 Sjukfrånvaro bland anställda män efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent

Ålder		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	0,5	.	.	1,7	2,8
	1991	1,6	.	.	1,6	2,4
	1992	1,3	.	.	1,7	1,6
	1993	0,7	.	.	1,6	1,7
	1994	1,7	.	.	1,1	1,0
	1995	0,6	2,3	0,0	1,1	0,9
	1996	0,7	0,7	0,0	1,3	0,5
	1997	1,4	0,9	0,0	2,4	1,1
	1998	1,7	0,7	1,5	1,4	1,4
	1999	2,3	1,8	0,0	2,6	1,2
	2000	1,9	1,0	1,2	1,9	0,7
	2001	0,0	1,2	0,6	2,1	1,6
	2002	1,0	1,2	0,7	2,0	0,9
	2003	1,5	1,2	.	2,2	1,3
	2004	0,2	1,5	0,9	0,9	1,4
	2005	1,2	1,3	0,8	1,7	1,5
	2006	1,3	1,5	.	2,0	1,7
25–34	1990	1,3	.	.	1,8	3,4
	1991	1,1	.	.	2,2	2,8
	1992	0,9	.	.	1,9	1,8
	1993	1,5	.	.	1,7	2,3
	1994	1,1	.	.	1,5	1,7
	1995	0,8	1,0	1,7	1,6	2,7
	1996	1,6	1,1	1,3	2,0	0,9
	1997	0,5	1,5	1,0	1,7	0,6
	1998	1,5	0,9	0,0	1,5	0,9
	1999	1,3	1,2	0,6	2,0	1,6
	2000	0,7	1,3	1,3	3,3	1,8
	2001	0,9	1,7	0,4	2,7	1,4
	2002	0,9	1,0	1,3	2,7	2,0
	2003	0,4	1,5	.	2,0	1,7
	2004	1,1	1,6	1,3	2,7	1,8
	2005	1,1	1,3	0,7	2,4	2,0
	2006	1,3	1,6	.	2,2	1,3

35-44	1990	1,4	.	.	2,2	3,2
	1991	1,0	.	.	2,4	3,5
	1992	1,3	.	.	1,8	2,3
	1993	1,1	.	.	1,8	2,5
	1994	1,1	.	.	1,7	1,7
	1995	0,9	0,8	0,8	1,8	1,9
	1996	2,3	1,8	3,0	2,5	2,0
	1997	1,0	1,9	0,7	2,4	1,8
	1998	1,2	2,2	1,1	1,8	2,4
	1999	0,7	1,4	0,4	2,8	2,1
	2000	1,5	2,1	0,3	2,9	1,8
	2001	0,7	1,4	1,4	2,9	2,1
	2002	0,9	1,8	1,0	3,3	2,9
	2003	1,2	1,9	.	3,1	2,6
	2004	1,0	1,5	0,8	1,9	2,4
	2005	1,6	2,0	0,8	2,5	2,5
	2006	1,1	2,4	.	2,6	2,1
45-54	1990	2,0	.	.	2,9	4,7
	1991	1,6	.	.	2,8	4,6
	1992	1,1	.	.	2,6	3,9
	1993	1,5	.	.	2,4	3,5
	1994	2,2	.	.	2,3	2,7
	1995	1,0	2,6	0,6	2,1	2,5
	1996	1,7	2,3	0,0	3,3	2,2
	1997	1,7	2,6	1,9	2,7	2,3
	1998	1,9	2,8	0,5	2,6	3,1
	1999	1,1	2,8	0,0	4,0	2,9
	2000	2,1	2,7	1,5	4,1	3,4
	2001	1,6	2,5	1,8	3,9	3,7
	2002	1,9	3,1	0,5	3,6	2,8
	2003	1,5	3,6	.	3,1	4,0
	2004	0,6	2,8	1,0	3,4	3,1
	2005	1,8	2,9	1,9	2,5	3,1
	2006	1,9	2,8	.	3,2	3,4
55-64	1990	3,4	.	.	5,6	10,4
	1991	3,4	.	.	4,9	7,9
	1992	2,0	.	.	5,6	8,2
	1993	3,4	.	.	5,7	7,2
	1994	1,9	.	.	4,2	5,3
	1995	2,0	5,7	2,3	4,9	4,5
	1996	1,2	4,0	1,5	4,7	4,4
	1997	1,3	4,0	1,0	5,1	3,1
	1998	2,2	5,7	3,8	4,5	5,5
	1999	0,9	3,8	1,0	5,1	6,4
	2000	2,0	3,6	2,4	5,8	6,9
	2001	3,0	3,6	0,8	4,4	5,3
	2002	2,1	4,3	4,0	5,4	6,0
	2003	0,7	4,5	.	5,1	5,8
	2004	1,9	3,2	2,5	5,4	5,3
	2005	2,4	4,0	2,3	4,0	5,2
	2006	2,6	4,3	.	4,4	4,4

Tabell 3 Arbetskraftsdeltagande i åldern 20–64 år i de nordiska länderna 1990–2006, procent av befolkningen

År	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
1990	84,6	.	.	80,5	87,3
1991	84,5	.	.	80,0	87,1
1992	84,0	.	.	79,8	85,5
1993	83,2	.	.	79,5	84,0
1994	80,7	.	.	79,8	82,8
1995	80,8	76,1	89,4	80,8	83,5
1996	80,8	75,8	89,0	81,4	82,8
1997	80,9	77,0	87,5	82,9	82,1
1998	80,8	77,3	88,2	83,8	81,0
1999	81,9	79,2	89,9	83,0	81,8
2000	81,4	79,6	90,8	82,9	80,7
2001	81,4	80,1	89,9	82,8	82,4
2002	81,7	80,0	90,2	82,8	82,5
2003	81,5	79,9	.	81,5	82,6
2004	82,3	79,4	87,7	81,3	82,7
2005	81,7	79,0	87,3	81,2	83,4
2006	82,3	79,5	.	81,9	83,9

Tabell 4 Arbetskraftsdeltagande bland kvinnor efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent av befolkningen

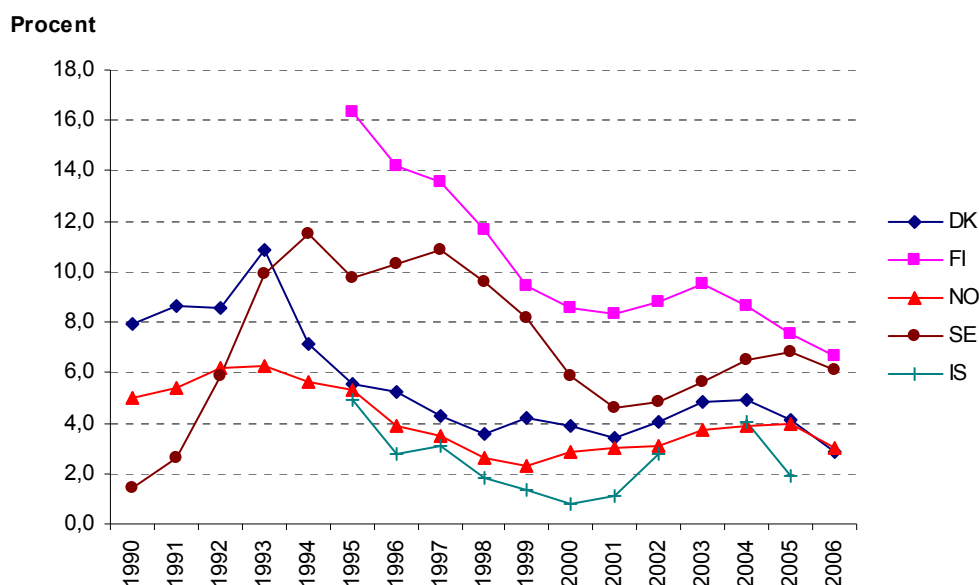
Ålder		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	78,9	.	.	67,1	79,0
	1991	81,0	.	.	66,6	76,6
	1992	77,6	.	.	65,8	72,4
	1993	75,8	.	.	63,5	67,6
	1994	74,7	.	.	63,2	66,0
	1995	74,7	63,0	75,7	68,1	65,6
	1996	76,4	60,9	74,6	70,1	62,0
	1997	74,5	59,1	76,9	72,0	57,3
	1998	76,0	60,8	81,1	74,7	55,0
	1999	74,2	72,2	79,9	70,6	58,2
	2000	74,2	73,3	80,7	70,4	57,7
	2001	73,9	73,7	80,9	72,3	67,0
	2002	73,6	70,7	74,9	72,4	65,6
	2003	71,3	74,5	.	72,1	66,4
	2004	69,9	71,6	75,0	73,7	65,1
	2005	74,5	66,8	77,9	70,7	67,5
	2006	74,5	67,3	.	71,7	68,9
25–34	1990	88,6	.	.	76,8	88,6
	1991	87,5	.	.	76,9	88,0
	1992	87,4	.	.	77,4	85,7
	1993	85,6	.	.	77,2	83,5
	1994	81,2	.	.	77,3	81,9
	1995	79,6	76,7	83,0	79,5	83,0
	1996	80,6	77,8	82,1	79,1	82,7
	1997	81,0	79,2	77,0	82,0	82,0
	1998	82,8	76,6	76,5	83,4	78,1
	1999	81,6	80,2	82,4	82,5	80,3
	2000	82,4	78,9	86,2	82,0	80,7
	2001	82,2	79,3	84,2	82,8	81,9
	2002	83,1	82,0	84,5	82,7	82,7
	2003	79,8	80,2	.	80,8	82,6
	2004	83,4	79,2	80,7	80,6	82,2
	2005	81,8	79,1	81,2	81,3	83,3
	2006	83,3	78,9	.	82,2	84,3

35-44	1990	90,1	.	.	81,6	93,3
	1991	90,7	.	.	81,5	92,9
	1992	90,4	.	.	82,2	92,5
	1993	89,7	.	.	83,0	91,2
	1994	87,7	.	.	82,7	89,6
	1995	87,3	85,1	87,7	84,0	89,3
	1996	87,0	87,5	88,2	84,7	88,6
	1997	87,0	87,8	85,8	84,9	87,9
	1998	86,7	87,7	85,7	85,8	86,2
	1999	87,3	88,2	87,6	86,4	88,0
	2000	88,9	87,9	89,5	86,0	87,4
	2001	86,7	87,6	87,4	85,1	88,0
	2002	86,5	87,6	88,4	85,6	87,9
	2003	85,1	87,1	.	84,0	87,2
	2004	86,9	85,8	90,8	84,4	87,6
	2005	86,8	86,3	85,7	84,4	87,8
	2006	87,3	86,9	.	84,9	87,7
45-54	1990	84,0	.	.	79,3	90,6
	1991	84,1	.	.	78,9	91,0
	1992	84,2	.	.	77,5	89,9
	1993	84,7	.	.	78,0	89,6
	1994	79,2	.	.	78,6	89,1
	1995	79,6	85,1	90,7	79,8	90,6
	1996	78,7	83,9	90,8	80,4	88,8
	1997	77,6	85,6	90,2	82,2	88,8
	1998	79,3	87,9	90,2	82,5	87,7
	1999	81,8	87,3	89,7	82,6	87,6
	2000	81,8	87,5	93,0	82,4	86,6
	2001	81,5	87,9	91,3	81,9	86,3
	2002	83,4	87,3	91,9	83,1	86,5
	2003	85,6	87,2	.	82,0	87,2
	2004	84,2	88,3	85,2	81,8	86,9
	2005	84,6	88,8	86,0	82,8	86,4
	2006	85,4	89,0	.	82,6	86,7
55-64	1990	45,9	.	.	53,7	65,0
	1991	47,6	.	.	54,5	66,3
	1992	48,6	.	.	54,1	65,7
	1993	47,1	.	.	53,6	64,2
	1994	43,1	.	.	55,5	62,4
	1995	40,1	37,7	82,9	56,0	63,4
	1996	39,5	38,2	80,0	56,8	67,3
	1997	43,9	38,9	76,3	57,6	64,6
	1998	44,3	37,1	81,3	59,0	63,2
	1999	50,6	42,2	82,8	59,5	65,8
	2000	48,2	44,6	77,2	59,7	64,6
	2001	51,9	49,4	79,8	61,4	66,1
	2002	52,1	50,7	84,7	64,0	68,3
	2003	55,2	52,7	.	62,4	68,7
	2004	57,6	54,4	75,8	61,7	69,6
	2005	56,8	56,4	81,3	60,9	69,0
	2006	56,7	58,2	.	62,1	69,6

Tabell 5 Arbetskraftsdeltagande bland män efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent av befolkningen

		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	86,0	.	.	78,4	80,7
	1991	84,5	.	.	74,5	80,0
	1992	81,6	.	.	73,3	75,0
	1993	79,8	.	.	73,0	70,1
	1994	78,4	.	.	72,3	70,0
	1995	83,4	73,2	82,4	70,3	67,8
	1996	84,5	67,2	82,1	74,2	66,5
	1997	85,0	73,0	73,7	79,0	67,0
	1998	80,1	75,4	78,1	81,3	66,3
	1999	86,8	81,0	80,0	78,8	66,8
	2000	84,4	82,2	85,2	78,8	64,8
	2001	85,3	83,0	84,7	79,5	72,2
	2002	82,7	80,6	82,6	75,5	71,3
	2003	79,8	80,0	.	78,0	72,5
	2004	81,7	79,1	85,9	76,2	71,4
2005	80,1	72,7	79,2	75,3	73,4	
2006	80,4	75,4	.	76,4	74,0	
25–34	1990	94,1	.	.	90,9	92,3
	1991	93,8	.	.	89,6	92,2
	1992	93,4	.	.	89,7	89,8
	1993	92,6	.	.	89,1	90,7
	1994	91,4	.	.	88,4	88,3
	1995	93,4	90,5	94,1	89,9	89,5
	1996	93,3	89,2	94,0	90,6	88,4
	1997	92,7	91,5	94,8	92,3	88,6
	1998	92,1	90,2	92,8	92,3	88,0
	1999	93,1	91,9	95,2	92,1	88,3
	2000	92,4	92,6	94,8	92,0	85,8
	2001	91,3	92,4	94,1	92,0	89,5
	2002	93,0	92,3	96,3	92,5	89,1
	2003	91,8	92,8	.	89,3	88,5
	2004	89,8	91,8	91,5	89,6	90,1
2005	90,7	91,0	91,6	89,6	90,9	
2006	92,0	91,0	.	90,4	91,8	

35-44	1990	95,9	.	.	93,9	96,0
	1991	95,0	.	.	94,2	95,2
	1992	95,0	.	.	93,5	95,0
	1993	94,7	.	.	92,2	93,5
	1994	92,4	.	.	93,0	92,5
	1995	92,3	89,4	98,7	93,0	94,0
	1996	94,3	89,6	97,4	92,6	92,2
	1997	93,9	91,5	96,6	93,2	92,2
	1998	93,4	92,0	97,6	93,1	92,5
	1999	94,5	93,4	99,2	93,3	91,5
	2000	93,0	92,6	98,2	92,8	90,1
	2001	92,9	93,7	97,8	92,0	91,7
	2002	93,2	93,4	97,5	92,4	91,0
	2003	93,4	93,0	.	91,3	91,4
	2004	93,1	92,3	96,4	91,0	92,1
	2005	93,3	92,5	94,8	91,0	93,8
	2006	93,8	92,7	.	91,7	94,6
45-54	1990	93,4	.	.	91,4	94,8
	1991	94,0	.	.	90,5	95,1
	1992	93,6	.	.	90,1	93,7
	1993	92,5	.	.	89,7	92,6
	1994	91,8	.	.	90,3	92,1
	1995	89,8	85,0	96,3	90,9	93,1
	1996	91,0	83,6	96,8	90,9	91,7
	1997	90,9	85,3	98,3	91,1	91,0
	1998	90,3	86,1	98,1	91,3	91,6
	1999	90,5	86,4	98,1	89,9	90,9
	2000	89,2	88,4	96,5	90,2	89,9
	2001	90,0	87,5	95,9	90,4	89,9
	2002	89,0	87,5	96,3	89,1	89,3
	2003	90,7	86,7	.	88,5	89,8
	2004	90,7	86,1	95,0	88,3	89,2
	2005	90,9	87,5	95,0	89,0	90,1
	2006	90,9	87,3	.	89,1	90,9
55-64	1990	69,1	.	.	72,8	76,1
	1991	66,2	.	.	71,7	76,2
	1992	66,4	.	.	71,9	74,3
	1993	65,9	.	.	71,6	71,2
	1994	63,8	.	.	71,5	70,5
	1995	67,9	41,6	93,2	70,6	71,0
	1996	62,1	42,5	92,7	70,2	72,6
	1997	63,8	43,1	91,6	71,4	72,1
	1998	61,1	45,5	92,7	73,6	71,2
	1999	61,9	45,4	93,0	70,6	72,9
	2000	64,5	46,4	95,5	72,7	72,1
	2001	65,6	50,5	93,3	72,1	72,5
	2002	67,6	52,6	92,0	71,6	74,3
	2003	70,8	55,5	.	71,6	74,9
	2004	73,3	57,1	89,5	72,2	75,5
	2005	68,7	56,9	89,7	72,1	76,4
	2006	69,6	58,9	.	74,0	76,0

Diagram 1 Arbetslöshet i procent av arbetskraften i åldern 20–64 år, 1990–2006

Anm. Arbetslöshet under en mätvecka. I april 2005 infördes en ny EU-anpassad AKU i Sverige, vilket medför att resultaten från och med 2005 inte är helt jämförbara med de tidigare undersökningarna.

I såväl Danmark som Sverige fanns det på 1990-talet möjligheter för äldre arbetskraft att lämna arbetskraften genom speciella arrangemang och ersättningar. Dessa har naturligtvis påverkat arbetslösheten i respektive land.

Tabell 6 Arbetslöshet i åldern 20–64 år i de nordiska länderna 1990–2006, procent av arbetskraften

År	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
1990	8,4	.	.	4,7	1,4
1991	9,3	.	.	4,9	2,5
1992	9,2	.	.	5,5	4,8
1993	11,0	.	.	5,5	8,1
1994	8,2	.	.	5,0	9,6
1995	6,9	15,6	4,8	5,3	8,7
1996	6,5	14,1	3,0	4,1	9,4
1997	5,2	13,6	3,2	3,7	10,2
1998	4,8	11,9	2,7	2,8	8,7
1999	4,9	9,8	2,0	2,4	7,4
2000	4,3	9,2	1,5	2,6	5,4
2001	4,0	8,6	1,5	2,9	4,2
2002	4,2	8,4	2,7	3,1	4,4
2003	5,0	8,8	.	3,5	5,0
2004	5,2	8,7	3,2	3,6	6,0
2005	4,6	7,7	2,1	3,8	6,6
2006	3,5	7,0	.	3,0	6,1

Tabell 7 Arbetslöshet bland kvinnor efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent av arbetskraften

Ålder		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	13,5	.	.	9,0	2,8
	1991	14,7	.	.	10,2	5,3
	1992	14,7	.	.	11,1	9,0
	1993	17,2	.	.	10,7	14,9
	1994	13,8	.	.	10,0	17,9
	1995	13,4	36,4	9,5	15,3	18,5
	1996	12,1	35,3	6,9	10,7	21,3
	1997	10,6	27,8	4,9	9,9	19,6
	1998	6,4	30,2	8,0	8,6	14,4
	1999	11,8	19,6	7,0	8,1	13,1
	2000	6,6	19,9	3,4	6,9	7,9
	2001	9,5	20,0	3,4	8,4	7,2
	2002	5,9	17,3	2,7	6,4	7,6
	2003	5,9	19,1	.	8,0	9,6
	2004	7,7	17,9	6,3	9,2	13,2
	2005	7,9	14,5	6,6	7,9	16,6
	2006	6,9	14,7	.	7,0	16,2
25–34	1990	11,3	.	.	5,5	1,3
	1991	11,9	.	.	5,7	3,0
	1992	12,9	.	.	5,8	4,9
	1993	14,3	.	.	6,1	8,3
	1994	10,2	.	.	5,6	10,3
	1995	10,0	16,1	5,9	7,3	9,2
	1996	9,3	15,8	3,4	4,9	10,2
	1997	6,9	15,7	2,7	5,7	11,7
	1998	7,8	12,3	4,3	4,2	9,9
	1999	5,9	12,1	4,7	3,3	7,9
	2000	6,2	12,3	3,9	3,0	6,2
	2001	4,5	10,3	2,0	3,6	4,7
	2002	4,9	9,8	3,0	4,0	4,6
	2003	7,8	8,5	.	4,6	5,6
	2004	6,5	9,0	2,3	4,5	6,9
	2005	5,5	8,3	2,4	4,8	8,4
	2006	5,2	7,9	.	3,8	7,4

35-44	1990	6,8	.	.	3,3	1,0
	1991	8,7	.	.	3,0	1,7
	1992	7,9	.	.	3,4	2,8
	1993	8,0	.	.	3,5	4,8
	1994	8,6	.	.	3,1	5,9
	1995	5,9	13,5	3,5	3,2	5,4
	1996	7,6	10,3	3,4	4,1	6,7
	1997	4,8	10,4	4,5	3,1	8,4
	1998	4,7	9,8	2,8	2,1	7,5
	1999	4,0	9,2	2,0	1,9	5,8
	2000	4,6	8,3	2,0	2,2	4,8
	2001	4,1	7,3	1,5	2,3	3,3
	2002	4,4	6,2	3,1	3,1	3,5
	2003	4,8	6,4	.	2,8	4,2
	2004	4,1	7,9	1,1	2,7	5,0
	2005	4,5	6,8	1,5	3,6	5,6
	2006	4,0	6,2	.	2,8	5,3
45-54	1990	6,9	.	.	2,7	0,7
	1991	7,6	.	.	2,5	1,1
	1992	6,6	.	.	2,6	1,8
	1993	8,8	.	.	2,7	3,7
	1994	8,2	.	.	2,4	4,1
	1995	6,7	10,5	3,2	2,6	4,4
	1996	5,9	10,7	1,0	1,8	4,8
	1997	5,5	11,1	2,7	1,7	5,8
	1998	5,7	9,0	3,2	1,0	5,1
	1999	4,9	7,1	0,3	0,5	4,2
	2000	3,2	6,9	0,7	1,0	3,4
	2001	3,7	6,0	2,2	1,0	2,4
	2002	3,2	6,2	2,2	1,7	2,5
	2003	4,3	5,4	.	1,6	2,4
	2004	4,9	6,6	1,4	1,5	3,2
	2005	3,6	6,7	1,3	2,3	3,9
	2006	2,9	6,0	.	1,7	3,8
55-64	1990	7,5	.	.	1,8	1,5
	1991	9,6	.	.	2,0	2,0
	1992	10,3	.	.	1,8	2,3
	1993	9,8	.	.	1,7	3,8
	1994	6,7	.	.	2,0	4,7
	1995	9,8	9,9	2,3	2,1	7,9
	1996	6,3	13,0	2,9	1,4	7,4
	1997	6,0	13,6	1,9	1,5	8,3
	1998	6,4	13,3	0,5	1,5	5,5
	1999	5,6	10,2	0,7	1,1	6,0
	2000	4,2	8,8	2,0	0,6	4,6
	2001	4,0	8,6	1,3	0,9	3,9
	2002	4,2	6,4	1,1	1,4	3,9
	2003	3,8	7,8	.	1,2	3,5
	2004	5,8	7,8	2,6	0,9	4,1
	2005	5,8	6,6	2,0	1,2	3,4
	2006	4,3	6,7	.	0,9	3,8

Tabell 8 Arbetslöshet bland män efter ålder i de nordiska länderna 1990–2006, procent av arbetskraften

Ålder		Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
20–24	1990	13,5	.	.	10,4	3,0
	1991	14,2	.	.	11,5	6,2
	1992	15,6	.	.	13,9	14,5
	1993	19,7	.	.	13,2	22,3
	1994	11,5	.	.	12,1	28,4
	1995	8,2	33,6	12,3	15,0	19,8
	1996	8,4	35,3	4,6	10,9	22,1
	1997	6,1	27,6	6,5	10,7	21,7
	1998	5,7	27,9	3,9	8,6	16,0
	1999	9,7	20,7	3,3	8,7	16,1
	2000	6,6	18,6	3,2	7,5	10,5
	2001	6,8	18,0	3,9	8,2	9,6
	2002	8,9	19,3	7,5	9,1	10,2
	2003	9,8	20,5	.	8,4	12,8
	2004	9,2	20,3	12,7	11,1	15,9
	2005	7,4	17,6	5,9	9,3	17,4
	2006	5,4	15,1	.	6,8	16,8
25–34	1990	9,0	.	.	6,7	2,0
	1991	9,4	.	.	6,8	3,6
	1992	8,8	.	.	7,6	8,3
	1993	11,8	.	.	8,2	13,7
	1994	7,8	.	.	7,5	14,3
	1995	5,4	16,8	3,1	6,6	10,7
	1996	5,4	12,8	2,9	4,1	11,9
	1997	4,5	15,3	4,7	4,3	11,9
	1998	3,7	10,7	1,9	2,9	11,1
	1999	4,4	8,4	1,1	2,3	8,1
	2000	4,1	7,7	0,8	3,5	5,0
	2001	2,8	7,9	1,5	3,8	4,1
	2002	3,6	8,9	2,5	4,1	5,1
	2003	6,0	10,5	.	5,3	6,2
	2004	5,9	8,8	2,7	4,6	7,1
	2005	4,8	7,1	2,0	5,2	8,1
	2006	3,0	6,1	.	4,2	6,8

35-44	1990	6,6	.	.	3,1	1,0
	1991	8,0	.	.	4,0	1,7
	1992	7,2	.	.	4,7	4,4
	1993	9,3	.	.	4,5	7,8
	1994	6,6	.	.	4,1	8,9
	1995	4,3	13,5	3,7	3,6	8,8
	1996	3,5	10,8	2,9	2,8	9,6
	1997	3,4	8,5	1,8	2,2	9,3
	1998	2,8	9,3	1,2	1,7	8,3
	1999	2,6	7,3	0,5	2,1	8,1
	2000	2,9	6,4	0,3	2,5	4,8
	2001	2,9	5,7	0,5	2,9	4,1
	2002	3,6	6,3	0,8	2,6	4,2
	2003	4,2	6,9	.	3,2	4,6
	2004	3,3	6,2	2,3	4,0	5,3
	2005	3,3	6,2	1,1	3,8	5,4
	2006	2,1	4,6	.	3,1	4,4
45-54	1990	6,8	.	.	3,4	0,5
	1991	6,1	.	.	3,2	1,2
	1992	7,2	.	.	3,7	2,9
	1993	8,9	.	.	4,1	5,3
	1994	5,7	.	.	3,4	6,5
	1995	5,1	13,4	5,3	2,6	7,4
	1996	5,0	11,8	1,3	2,7	6,2
	1997	4,2	13,4	1,3	1,9	7,8
	1998	3,3	9,0	0,9	1,4	8,5
	1999	4,2	8,0	1,9	1,2	6,1
	2000	3,6	7,4	0,7	1,8	5,5
	2001	3,0	7,4	0,6	1,1	3,5
	2002	2,8	7,6	3,6	1,6	3,6
	2003	3,0	7,7	.	2,9	3,8
	2004	4,0	6,7	1,7	2,0	4,4
	2005	3,0	6,1	1,7	2,5	4,7
	2006	2,2	6,3	.	1,8	4,3
55-64	1990	5,1	.	.	2,6	1,4
	1991	7,9	.	.	3,1	2,2
	1992	7,3	.	.	3,4	3,3
	1993	8,1	.	.	3,4	6,2
	1994	6,3	.	.	3,4	9,1
	1995	6,9	16,3	3,9	3,7	7,5
	1996	6,0	16,5	3,2	2,6	9,2
	1997	4,4	12,0	3,2	1,4	11,2
	1998	4,2	13,3	3,1	2,0	7,7
	1999	3,2	10,7	1,2	0,8	7,7
	2000	3,9	10,0	0,0	1,1	7,1
	2001	4,0	9,3	0,0	1,5	4,9
	2002	5,0	8,6	1,9	1,0	4,7
	2003	4,0	8,7	.	0,9	5,3
	2004	5,5	8,9	6,2	1,6	5,9
	2005	4,6	7,2	0,9	1,8	5,2
	2006	3,5	6,9	.	1,3	4,9

Bilaga 1

Ansvarsfördelningen för åtgärder för att främja hälsa, arbetsförmåga och återgång i arbete

Danmark

Aktør	Ansvar
Individ	Som sygemeldt skal man selv være aktiv aktiv mht. at finde en løsning, til behandling og andre aktiviteter mhp. at opnå raskmeldng. Efter 4 uger skal den sygemeldte udfylder et spørgeskema mhp. at kommunen kan vurdere risiko for længerevarende sygemelding og behov for hjælp.
Arbejdsgiver	Ingen krav til virksomhedernes rolle ved sygdom, udover at der er en tidsfrist mht. anmeldelse af sygdom for at få udbetalt refusion. Af forebyggende karakter: Alle virksomheder, hvor der er ansatte, skal udarbejde en skriftlig Arbejdspladsvurdering (APV) af sikkerheds- og sundhedsforholdene på arbejdspladsen hver 3. år. APV'en skal udarbejdes af arbejdsgiveren og sikkerhedsorganisationen eller de ansatte i fællesskab. Sygefravær skal være en del af APV arbejdet på virksomheden.
Arbejdstilsynet	Arbejdstilsynet udfører screening, som Statens kontrol af arbejdsmiljøet Arbejdstilsynet tilbyder også rådgivning til arbejdsgiverne
Kommunal myndighed/ jobcenter	Kommunerne har opgaven med administration af sociale ydelser og ordninger, herunder sygedagpenge, revalidering, hjælpemidler, personlig assistance, kontanthjælp, virksomhedsservice mv. Opgaven, omkring samarbejde med virksomheder og medarbejdere, ligger i kommunens jobcenter. Jobcentret, der har pligt til at følge op på en sygemelding og kan bevilge en række ydelser til medarbejder og virksomhed.
Sundhedsvæsenet	Sundhedsvæsenets opgave er at udrede behandlingsbehov, give behandling og vurdere behovet for sygemelding. Egen læge, behandlende speciallæge eller sygehuslæge. Behandlende fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.
Arbejdsmedicinsk klinik	Arbejdsmedicinsk klinik på sygehusene kan være inddraget af kommune, almen praktiserende læge eller faglige organisationer. I situationer, hvor der er tvivl om arbejdssevnen/funktionsniveau, hvad arbejdsforholdene betyder for helbredet, eller hvordan arbejdsindhold, arbejdsrytme og arbejdsområde bedst tilrettelægges.
Revalideringsvirksomheder	Revalideringscentre har frem til 1.1.2007 administrativt hørt under amterne, men er de fleste steder i landet nu tilknyttet kommunerne. Revalideringscentre er karakteriseret ved tværfaglighed – social/revalideringsfaglige konsulenter, fysioterapeuter, psykologer og læger. Nogle revalideringscentre tilbyder virksomheder direkte rådgivning og hjælp til arbejdsfastholdelse.

Aktør	Ansvar
Private forsikringer/private aktører	Forsikringsselskaber tilbyder sundhedspakker eller lignende ydelser til virksomheder og privatpersoner. Desuden findes en række private konsulentfirmaer, der primært eller bl.a. tilbyder social vejledning, fysisk træning, psykologbehandling, alkoholbehandling eller andre rådgivnings- eller behandlingstilbud til virksomheder og deres ansatte.
Faglige organisationer	De faglige organisationer er i langt de fleste danske virksomheder en daglig og naturlig samarbejdspartner. I forbindelse med sygedagpengesager er de faglige organisationer en væsentlig samarbejdspartner mhp. at finde en løsning. I forbindelse med oprettelse af job på særlige vilkår, skal de faglige organisationer inddrages. Desuden er arbejdsmarkedets hovedorganisationer medlem af De lokale beskæftigelsesråd (LBR) som er oprettet bl.a. mhp. initiativer til opnåelse af det rummelige arbejdsmarked.
Patientforeninger	Patientforeninger og andre brugerorganisationer har en specialiseret viden om bestemte sygdomme og sygdomsforløb. Hvis virksomheden, medarbejderen eller kommunen gerne vil have flere informationer om bestemte sygdomme/lidelser og eventuelle hjælpemidler, kan disse organisationer kontaktes og inddrages.
Andre aktører	I sygedagpengelovgivningen er nu indskrevet at kommunen bør inddrage andre aktører til brug for samarbejdet med arbejdsgiverne og en helhedsorienteret indsats mhp. en hurtig udredning og arbejdsfastholdelse. Aktører, der typisk repræsenterer en tværfaglighed findes blandt andet i tilknytning til revalideringsvirksomheder, arbejdsmedicinske klinikker og som private virksomheder.

Norge

Aktør	Ansvar
Arbeidstaker	<ul style="list-style-type: none"> • tidligst mulig samarbeide med arbeidsgiver om å finne løsninger som hindrer full sykmelding • delta i utarbeidelsen av oppfølgingsplan • være innstilt på å gjøre andre arbeidsoppgaver, hvis det ikke er mulig å utføre de vanlige • delta på bedriftsinterne tiltak som kan bidra til hel eller delvis tilbakeføring til arbeid. • delta på dialogmøter
Arbeidsgiver	<ul style="list-style-type: none"> • arbeide systematisk for å forebygge sykdom og skade og tilrettelegge arbeidet for den sykmeldte, eventuelt finne nye oppgaver • følge opp ansatte i løpet av og i etterkant av en sykdomsperiode • i samarbeid med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, som skal være ferdig senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeid i seks uker • innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen, senest innen 12 uker etter at arbeidstaker har vært helt sykmeldt fra arbeidet. Lege/sykmelder kan delta hvis arbeidstaker ønsker det. Dialogmøtet avholdes på arbeidsplassen, eventuelt på legekantoret. Innkalling må sendes i god tid. Skriftlig melding fra møtet skal sendes NAV-kantoret. • melde fra om eventuelle behov for virkemidler og tjenester fra Arbeids- og velferdsetaten • delta på dialogmøtet NAV-kantoret innkaller til hvis sykefraværet varer i 6 måneder

Aktör	Ansvar
Bedriftshelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • arbeide forebyggende • delta på dialogmøte etter 12 ukers sykmelding
Helsetjenesten/ (Lege/sykmelder)	<ul style="list-style-type: none"> • motivere, stimulere og gi trygghet for aktivitet på arbeidsplassen når det er medisinsk forsvarlig • vurdere gradert (det vil si deltid) sykmelding før full sykmelding • vurdere om det er tungtveiende, medisinske grunner til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er mulig • delta på dialogmøtet som skal foregå senest etter 12 uker, dersom arbeidstaker ønsker det • hvis det anses hensiktsmessig delta på dialogmøtet som NAV-kontoret innkaller til hvis sykefraværet har vart i 6 måneder • uttale seg innenfor de rammene som taushetsplikten legger • Utrede behandlingsbehov/gi medisinsk behandling/henvise til spesialistbehandling <p>Manuellterapeuter og kiropraktorer kan skrive ut sykmelding i opptil 8 uker og er i likhet med leger aktuelle deltakere på dialogmøter</p>
NAV : (Trygdeetaten, Arbeidsmarkedsetaten og deler av sosialtjenesten)	<ul style="list-style-type: none"> • NAV-kontoret • skal: • innhente oppfølgingsplanen senest etter 12 uker, dersom arbeidstakeren fortsatt er sykmeldt . NAV-kontoret kan be om oppfølgingsplanen etter seks uker. • tidligst mulig vurdere behov for virkemidler fra Arbeids- og velferdsetaten, også yrkesrettet attføring dersom det ikke er mulighet for bedriftsintern attføring. Denne muligheten skal vurderes på ny senest ved utløpet av sykepengeperioden, som er ett år. • avholde et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver senest etter 6 måneders sykmelding, unntatt når det er åpenbart unødvendig. Lege eller annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. • Kontrollere om aktivitetskravet er oppfylt og vurdere behov for sanksjoner der arbeidstaker, arbeidsgiver eller leger mv ikke følger opp sitt lovpålagte ansvar etter folketrygdloven • Avklare, vurdere og fatte vedtak om vilkårene for rett til sykepenge er oppfylt <p>Har ansvar for oppfølging av personer som ikke har et arbeidsforhold</p>
Kommunen som ikke er NAV:	<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp innen for eget ansvarsområde og utløse virkemidler som etaten har ansvar for
Tillitsvalgte og verneombud	<ul style="list-style-type: none"> • bidra til å gjøre sykefraværarbeid til en integrert del av HMS-arbeidet • når det er hensiktsmessig, gi arbeidstakerne råd og veiledning og bistå arbeidstaker i dialogen med arbeidsgiver og andre kan delta på dialogmøtet når arbeidstakeren ønsker det
Arbeidstilsynet	<ul style="list-style-type: none"> • Veilede og føre tilsyn med at virksomheter driver et systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid som hindrer at forhold ved arbeidet eller arbeidsplassen forårsaker sykdom eller skade. • Føre tilsyn med at arbeidsgiver har en plan for oppfølging og tilrettelegging for langtidssykemeldte og kontrollere at de faktisk gjennomfører dette. • Føre tilsyn med at de virksomheter som er pålagt bedriftshelsetjeneste har dette og at denne brukes på en hensiktsmessig måte. • Føre tilsyn med at virksomheter tilrettelegger arbeidsforhold etter den enkelte arbeidstakers alder, arbeidsevne osv. slik at sykdom og skade kan forebygges lenge før det blir behov for fravær.

Sverige

Aktör	Ansvar
Individ	<ul style="list-style-type: none"> • Att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behov av rehabilitering och delta i utredningen och planeringen av en lämplig rehabilitering • Att efter bästa förmåga medverka i utredningar av arbetsförmågan och i rehabiliterande åtgärder och delta aktivt i rehabiliteringen
Arbetsgivare	<ul style="list-style-type: none"> • Att anpassa arbetet efter individuella förutsättningar och behov, erbjuda hjälpmedel, omplacera • Att vidta och finansiera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan ske inom eller i anslutning till den egna verksamheten och som syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren • Att se till att de anställda får den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver och att anlita företagshälsovård när arbetsgivaren inte har tillräckliga egna resurser för rehabilitering, arbetsanpassning och systematiskt arbetsmiljöarbete
Företagshälsovård	<ul style="list-style-type: none"> • Att förebygga ohälsa • Utgör en viktig resurs i arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering
Sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk behandling: att bota, lindra och trösta • Medicinsk rehabilitering: att så långt möjligt återställa funktionsförmåga, bevara uppnådda funktioner, utveckla kompenserande förmågor
Försäkringskassa	<ul style="list-style-type: none"> • Att uppmärksamma behov av rehabilitering • Att ta initiativ till, samordna och ha tillsyn över de åtgärder som behövs för rehabilitering • Har vissa möjligheter att finansiera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, såsom utbildning upp till ett år, om arbetsgivaren inte kan göra det. • Kan ge bidrag till arbetshjälpmedel och anpassning av en arbetsplats, om det inte bedöms ligga inom arbetsgivarens ansvar att erbjuda de anställda en bra arbetsmiljö
Arbetsmarknadsmyndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Att vidta utredande, vägledande, rehabiliterande och arbetsförberedande insatser och effektivisera och påskynda inträdet på arbetsmarknaden för utsatta grupper • Har sedan 2006 ett särskilt uppdrag som även omfattar anställda som måste byta arbete av hälsoskäl
Kommun	<ul style="list-style-type: none"> • Har det yttersta ansvaret att invånarna får det stöd och den hjälp de behöver • Att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring kan leva som andra • Att ge missbrukare den hjälp och vård de behöver
Arbetsmiljöverket	<ul style="list-style-type: none"> • Att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet och att förbättra arbetsmiljön ur ett helhetsperspektiv • Att kontrollera att arbetsmiljölagen och föreskrifterna följs, t.ex. att det finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2008:

2008:1 Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro