

Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete



SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24588-0

ISSN 0284-6012

Förord

Denna promemoria har upprättats av en arbetsgrupp bestående av tjänstemän från Socialdepartementet. Arbetsgruppen har haft i uppdrag att se över hur individens rehabilitering kan stärkas inom ramen för rehabiliteringskedjan.

I promemorian föreslås att

- 1 en skyldighet införs för arbetsgivare att ta fram en plan för återgång i arbete tillsammans med arbetstagaren senast då arbetstagaren har varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar,
- 2 i planen bör ingå att arbetsgivaren vidtar anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder,
- 3 det nuvarande arbetsplatsnära stödet till arbetsgivare bör utvidgas till att även omfatta planering, genomförande och uppföljning,
- 4 namnet på det arbetsplatsnära stödet bör ändras till arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd,
- 5 arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd bör kunna lämnas till en arbetsgivare med högst 10 000 kronor per arbetstagare och år.

Lag- och förordningsändringarna föreslås träda ikraft den 1 juli 2018.

Innehåll

1	Författningsförslag.....	7
1.1	Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	7
1.2	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete.....	10
2	Bakgrund.....	13
2.1	Översyn av rehabiliteringen	13
2.2	Sjukfrånvaro och rehabilitering.....	13
2.2.1	Sjukfrånvarons utveckling.....	13
2.2.2	Skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män	17
2.2.3	Sjukfrånvaron i olika sektorer.....	17
2.2.4	Nuvarande rehabiliteringsinsatser	22
2.2.5	Internationella erfarenheter	31
2.2.6	Insatser för återgång i arbete – aktuell kunskap	37
2.2.7	Pågående arbete för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro	39
3	Gällande regelverk.....	45
3.1	Rehabiliteringskedjan	45
3.2	Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar	46
3.2.1	Arbetsmiljölagen	46
3.2.2	Socialförsäkringsbalken.....	49
3.2.3	Arbetsrätten.....	50

3.3	Försäkringskassan.....	51
3.4	Arbetsmiljöverket.....	52
3.5	Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket.....	53
3.6	Diskrimineringslagen	54
4	Allmänna överväganden.....	57
4.1	Individens möjligheter till stöd bör stärkas	57
4.2	Tidiga insatser bör främjas	58
4.3	Förtydligt ansvar och utvecklat stöd.....	59
5	Förslag	63
5.1	Förtydligt ansvar för arbetsgivaren.....	63
5.1.1	Plan för återgång i arbete.....	63
5.1.2	Borttagande av den försäkrades skyldighet att lämna utlåtande	67
5.2	Försäkringskassans användning av planer för handläggning och uppföljning	67
5.3	Stödet till arbetsgivare.....	69
5.4	Behandling av personuppgifter.....	71
5.5	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	76
6	Konsekvenser	79
6.1	Arbetsgivare	79
6.2	Arbetsstagare.....	82
6.3	Sjukfrånvaron.....	83
6.4	Försäkringskassan.....	83
6.5	Arbetsmiljöverket.....	84
6.6	Statsfinansiella konsekvenser i övrigt.....	84
6.7	Jämställdhet	84

6.8	Sveriges internationella åtaganden	85
7	Författningskommentar	87

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken *dels* att nuvarande 30 kap. 6 § ska betecknas 30 kap. 6 a §, *dels* att 30 kap. 1 § och 110 kap. 21 § ska ha följande lydelse, *dels* att det ska införas en ny paragraf, 30 kap. 6 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

30 kap.

1 §

I detta kapitel finns allmänna bestämmelser om rehabilitering i 2-11 §§.

Vidare finns bestämmelser om rehabiliteringsplan i 12-14 §§.

I detta kapitel finns allmänna bestämmelser om rehabilitering i 2-5 och 6 a-11 §§.

Vidare finns bestämmelser om plan för återgång i arbete i 6 § och om rehabiliteringsplan i 12-14 §§.

6 §

Om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag som den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete. Om det

har antagits att den försäkrades arbetsförmåga inte kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar och det därefter framkommer att nedsättningen kan antas komma att fortgå under minst 60 dagar ska dock en sådan plan omgående upprättas.

En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Om hälsotillståndet därefter förbättras ska dock en plan omgående upprättas. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den.

110 kap.

21 §

När det gäller sjukpenning ska den försäkrade, om Försäkringskassan begär det, ge in *följande handlingar*:

1. *En skriftlig särskild försäkrans avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkrans ska innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egna bedömning av arbetsförmågan än det som har uppgetts i ansökan.*

När det gäller sjukpenning ska den försäkrade, om Försäkringskassan begär det, ge in *en skriftlig särskild försäkrans avseende nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom. Den särskilda försäkrans ska innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egna bedömning av arbetsförmågan än det som har uppgetts i ansökan. Uppgifterna i den särskilda försäkrans*

Uppgifterna i den särskilda försäkran ska lämnas på heder och samvete. ska lämnas på heder och samvete.

2. Ett utlåtande av arbetsgivaren. I utlåtandet ska det anges vilka möjligheter som finns att ta till vara den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet efter åtgärder som avses i 30 kap.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2018.

2. Den nya bestämmelsen i 30 kap. 6 § ska tillämpas även i fråga om försäkrade vars arbetsförmåga den 30 juni 2018 har varit nedsatt under minst 60 dagar eller kan antas komma att vara nedsatt under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete ska då ha upprättats senast den 31 juli 2018.

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete

Regeringen föreskriver att rubriken till förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete samt att 1, 7, 8, 11 och 15 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av *arbetsplatsnära stöd* för återgång i arbete

Föreslagen lydelse

Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av *arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* för återgång i arbete

1 §

I denna förordning finns bestämmelser om bidrag till arbetsgivare för delar av dennes kostnader för tjänster som en anordnare av företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens har utfört i form av *arbetsplatsnära stödinsatser*.

Med *en arbetsplatsnära stödinsats* avses en *utredande insats* för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador *samt* att initiera åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Med *en arbetsplatsnära stödinsats* avses inte medicinsk eller annan behandling.

I denna förordning finns bestämmelser om bidrag till arbetsgivare för delar av dennes kostnader för tjänster som en anordnare av företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens har utfört i form av *ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*.

Med *ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* avses insatser för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador. *Sådana insatser består av att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp* åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Med *ett arbetsarbetsplats-inriktat rehabiliteringsstöd* avses inte medicinsk eller annan behandling.

7 §

Bidrag lämnas till en arbetsgivare för delar av dennes kostnader för tjänster som har utförts av en anordnare som har godkänts av Försäkringskassan.

Bidraget lämnas för halva det belopp som har betalats av arbetsgivaren till anordnaren för en *arbetsplatsnära stödinsats*. Bidraget lämnas dock med högst 7 000 kr för varje sådan insats.

Bidraget lämnas för halva det belopp som har betalats av arbetsgivaren till anordnaren för en *insats i form av ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*. Bidraget lämnas med högst 10 000 kr per arbetstagare och kalenderår. Bidrag lämnas med högst totalt 200 000 kr per arbetsgivare och kalenderår.

8 §

En anordnare som ska utföra tjänster i form av *arbetsplatsnära stödinsatser* måste vara godkänd. För att godkännas ska anordnaren i denna verksamhet

En anordnare som ska utföra tjänster i form av *ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* måste vara godkänd. För att godkännas ska anordnaren i denna verksamhet

1. kunna initiera lämpliga medicinska, rehabiliterande och arbetsanpassande åtgärder som är sådana som en arbetsgivare ska svara för enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) och 30 kap. socialförsäkringsbalken,

2. ha tillgång till samlad kompetens inom medicin och rehabilitering samt inom fyra av områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, hälsovetenskap och teknik,

3. vid utförandet av tjänsten ha kunskap om förhållandena på arbetstagarens arbetsplats och ha kunskap om arbetsgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen,

4. tillhandahålla arbetsgivaren information om utförda *arbetsplatsnära stödinsatser* i den omfattning som arbetsgivaren behöver för sin redovisning enligt 15 § första stycket, och

4. tillhandahålla arbetsgivaren information om utförda insatser *i form av ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* i den omfattning som arbetsgivaren behöver för sin redovisning enligt 15 §

första stycket, och

5. på begäran av Försäkringskassan lämna sådana uppgifter som myndigheten behöver för kontroll av utbetalat bidrag.

11 §

I ansökan om bidrag ska arbetsgivaren

- ange vilken anordnare som har utfört tjänsten,
- ange den arbetstagare för vilken *den arbetsplatsnära stödinsatsen* har utförts, och
- ange den arbetstagare för vilken *en tjänst i form av ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* har utförts, och
- styrka det belopp som arbetsgivaren har betalat för tjänsten.

15 §

En arbetsgivare ska på begäran av Försäkringskassan lämna en redovisning av den *arbetsplatsnära stödinsats* som utförts av en anordnare för en arbetstagare. Redovisningen ska upprättas i enlighet med vad Försäkringskassan föreskriver.

En arbetsgivare ska på begäran av Försäkringskassan lämna en redovisning av den *tjänst i form av ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd* som har utförts av en anordnare för en arbetstagare. Redovisningen ska upprättas i enlighet med vad Försäkringskassan föreskriver.

En arbetsgivare är dessutom skyldig att på begäran av Försäkringskassan lämna de ytterligare uppgifter om de tjänster som en anordnare har utfört som behövs för kontroll av utbetalat bidrag samt för utvärdering av stödet.

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2018.
 2. I fråga om bidrag som avser tiden juli–december 2018 är det högsta belopp som totalt får lämnas 100 000 kr per arbetsgivare.
 3. Äldre bestämmelser gäller i fråga om bidrag till arbetsplatsnära stödinsatser som har påbörjats före ikraftträdandet.

2 Bakgrund

2.1 Översyn av rehabiliteringen

I den ekonomiska vårproposition för 2016 (prop. 2015/16:100) angavs att regeringen avser att inleda ett arbete för att se över hur rehabiliteringsinsatser för individen kan stärkas inom ramen för rehabiliteringskedjan.

Med anledning av detta har en arbetsgrupp bestående av tjänstemän inom Socialdepartementet och Finansdepartementet genomfört en sådan översyn. Rehabiliteringskedjan omfattar de individer som har en anställning och därför har översynen inriktats i första hand på dessa.

Utifrån genomförd översyn remitteras arbetsgruppens förslag till regeländringar i denna promemoria. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

2.2 Sjukfrånvaro och rehabilitering

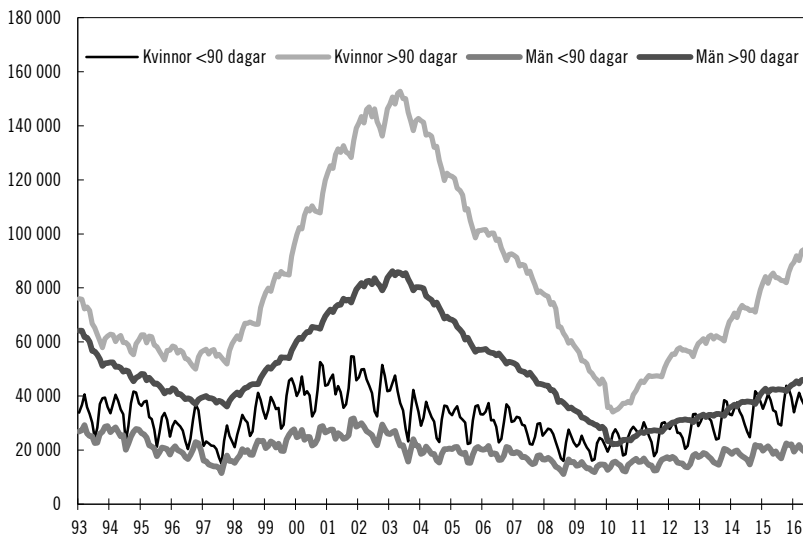
2.2.1 Sjukfrånvarons utveckling

Sjukfrånvaron har ökat kraftigt under de senaste fem åren. Utvecklingen kan sammanfattas med att allt fler sjukfall påbörjas men också att de påbörjade sjukfallen blir längre. I syfte att bryta den pågående uppgången och stabilisera sjukfrånvaron har regeringen

beslutat om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Detta åtgärdsprogram omfattar sju olika områden och även ett kvantitativt mål för sjukfrånvaron. Målet är att sjukpenningtalet¹ i december 2020 högst ska uppgå till 9,0.

Sjukskrivningarna – i figuren nedan uttryckt som pågående sjukfall – har uppvisat stora variationer över tid. Kvinnors sjukfrånvaro har varierat mer än mäns. Sveriges sjukfrånvaro har även i en internationell jämförelse präglats av höga nivåer och kraftiga svängningar (se bl.a. Hägglund och Johansson 2016). Under 2000-talets början var det totala antalet pågående sjukfall över 300 000 för att sedan understiga 100 000 under 2010. I juni 2016 var antalet pågående sjukfall 193 000, varav 137 000 hade pågått längre än 90 dagar. Av de sjukfall som pågått i över 90 dagar var 92 000 kvinnor och 45 000 män.

Figur 2.1 Antalet pågående sjukfall per fallängd



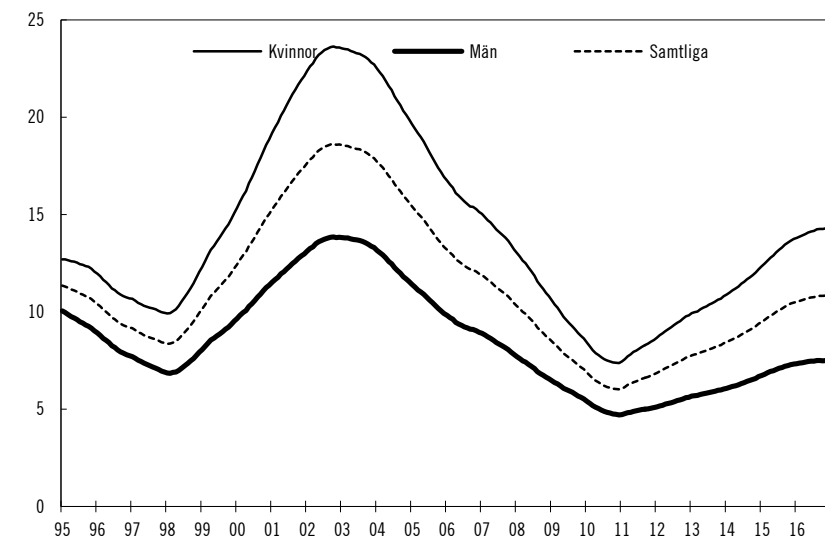
Källa: Försäkringskassan

Från 2011 har sjukpenningtalet uppvisat en kraftig ökningstakt, som har avmattats något under hösten 2016. Sjukpenningtalet ökar

¹ Sjukpenningtalet anger antalet utbetalda dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning). Alla dagar är omräknade till nettodagar, det vill säga två dagar med halv ersättning räknas som en dag.

för närvarande med 3 procent på årsbasis och går i riktning mot att plana ut. Ökningen för kvinnor är 4 procent och för män 2 procent. I december 2016 var sjukpenningtalet 10,8 dagar (för kvinnor 14,3 och för män 7,5 dagar). Ökningen sedan 2010 kan inledningsvis förklaras med att personer som tidigare har haft sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning påbörjade en ny period med sjukpenning. Ökningen 2012 och framåt förklaras däremot av att antalet nya sjukfall ökar och att sjukfallen blir längre.

Figur 2.2 Sjukpenningtalet 1995–2016



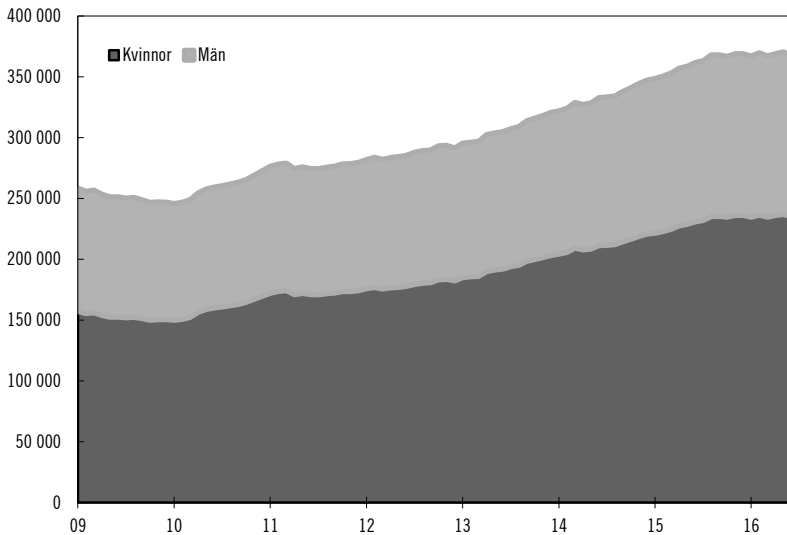
Källa: Försäkringskassan

Ökat inflöde i försäkringen

De senaste årens ökning av påbörjade sjukfall är en central komponent bakom uppgången i sjukpenningtalet. Inflödet till sjukpenningen var som lägst 2009–2010. Då var det omkring 250 000 sjukfall som påbörjades per år och som varade minst 30 dagar (150 000 kvinnor, 100 000 män). Efter det skedde ökningen i en närmast obruten takt för att på hösten 2015 uppgå till en nivå om 360 000 fall som blir minst 30 dagar långa på årsbasis (230 000 kvinnor, 130 000 män). Detta är en nivå som gällt sedan dess. Ett ökat antal sjukfall bland kvinnor svarar därmed för merparten av ökningen.

Figur 2.3 Antalet sjukfall som påbörjas och blir minst 30 dagar, jan 2009– jun 2015

Rullande 12-månadersvärde



Källa: Försäkringskassan

Fler sjukfall med psykiatrisk diagnos

Sjukskrivning med psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt under de senaste åren och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Ungefär 48 procent av kvinnors sjukfall har en psykiatrisk diagnos. Motsvarande siffra för männen är 36 procent. Kvinnor har, oavsett yrke, en högre risk att drabbas av sjukskrivning med psykiatriska diagnoser, däribland depression, i synnerhet i åldersgruppen 30–40 år. Försäkringskassans analyser visar att risken för sjukskrivning med psykiatriska diagnoser är särskilt hög inom sektorerna för vård, omsorg och utbildning. Risken är lika hög för kvinnor som för män i dessa yrken, men eftersom kvinnor arbetar i större utsträckning i dessa sektorer är det fler kvinnor som drabbas (Försäkringskassan 2013).

2.2.2 Skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män

Kvinnor är, vilket framgick av föregående avsnitt, sjukskrivna i större utsträckning än män. Kvinnor svarar dessutom för en stor del av den aktuella uppgången i sjukfrånvaron, vilket gör att skillnaden mellan kvinnor och män har blivit större de senaste åren. Det är särskilt allvarligt att sjukskrivningarna inte bara blir flera, utan även tenderar att bli längre. Detta gäller både för kvinnor och för män, men utvecklingen är mer markant för kvinnorna. För individen innebär långa tider med sjukskrivning lägre inkomster och ökad risk för att permanent lämna arbetsmarknaden med sjukersättning. Att minska skillnaderna i sjukskrivning mellan kvinnor och män och att bryta den negativa utvecklingen mot allt högre sjuktal bland kvinnor är således angeläget för att regeringens mål om ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män ska kunna uppnås.

Enligt Försäkringskassan (2014) tyder mycket på att förklaringen till kvinnors höga sjukfrånvaro jämfört med mäns ligger i en kombination av flera faktorer som samverkar. Bland dessa finns kvinnors större ansvar för det informella arbetet i hemmet, det faktum att kvinnor oftare än män arbetar i kontaktyrken och att kvinnor ofta arbetar i yrken och sektorer med sämre upplevd psykosocial arbetsmiljö.

Delvis andra faktorer förklarar variationerna i sjukfrånvaron över tid. Exempel på viktiga komponenter som lyfts fram av Försäkringskassan är förändringar i regelverket, samspelet med förtidspensions- och sjukersättningssystemet, administrationens förutsättningar att möta och hantera förändringar samt attityder och agerande hos Försäkringskassan, arbetsgivare, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen samt hos de försäkrade.

2.2.3 Sjukfrånvaron i olika sektorer

Nedan följer en redovisning av hur anställda personers sjukfrånvaro ser ut. Det huvudsakliga begrepp som ligger till grund för redovisningen är om personerna under ett och samma kalenderår (2014)

har haft fler än 14 dagars sjukpenning.² Nedan jämförs den sjukfrånvaro som har kunnat härledas till olika arbetsställen för att visa hur denna varierar beroende på sektor och antal anställda. Begreppet *arbetsställe* skiljer sig definitionsmässigt åt från t.ex. organisationsnummer, men tillgänglig registerdata har inte möjliggjort en koppling till den sistnämnda. Observera även att måttet är binärt till sin natur - antingen har den anställda haft en sjukfrånvaro överstigande 14 dagar eller ej - och säger därför lite om hur långa sjukfallen blir och om detta skiljer sig åt mellan t.ex. olika arbetsställen.

Kombineras individ- och arbetsställeregistret i den s.k. LISA-databasen för 2014 kan 4,4 miljoner individer knytas till 618 000 olika arbetsställen. En grov klassindelning har gjorts efter åldrar, antalet anställda på arbetsstället, bransch och sektor i tabellerna nedan.

Det råder stora skillnader mellan kvinnor och män på arbetsmarknaden sett till sektorstillhörighet. Inom offentlig sektor är en majoritet av de anställda kvinnor (69 procent). Privat sektor sysselsätter flest, både bland kvinnor och bland män, och här är en majoritet av de anställda män. (63 procent).

Sett till arbetsställets storlek är 30 procent av anställda män och 33 procent av kvinnorna anställda på arbetsställen med fler än 100 anställda. Så pass stora arbetsställen är framför allt vanliga inom landsting och stat.

Vad gäller den här mätta sjukfrånvaron i termer av sjukpenning har sammanlagt 226 000 anställda kvinnor och 128 000 män haft en sådan. Andelsmässigt motsvarar detta att 11 procent av anställda kvinnor och 6 procent av anställda män haft en sjukfrånvaro överstigande 14 dagar.

² Antalet 14 har valts därför att detta, med karens- och sjuklöneperiod inräknad, utgör en sammanlagd sjukfrånvaro om 28 dagar. Observera dock att sammanställningen om antalet personer utifrån registerdata nödvändigtvis inte innebär att personerna haft en *sammanhängande* sjukfrånvaro under året som uppgått till 14 dagar med sjukpenning, utan den kan vara utspridd över flera tillfällen. Utgångspunkten för avsnittet är dock att ge en bild över hur vanligt förekommande graden av sådan sjukdomsomsfattning är och hur den skiljer sig åt mellan arbetsställen och åldrar.

Sjukfrånvaro under året – anställda i olika åldrar

Ungefär var tionde anställd kvinna och var tjugonde man har haft en summerad sjukpenningfrånvaro om minst 14 dagar under kalenderåret. Här gäller att denna andel är högre ju äldre åldrar som studeras.³ Exempelvis har 13 procent av kvinnor i åldrarna 50–64 år haft sjukfrånvaro och 8 procent av männen, vilket är ungefär en dubbelt så hög andel som åldrarna 20–29 år.

Tabell 2.1 Antal anställda per ålder med mer än 14 dagar sjukpenning under året

	Antal anställda med fler än 14 bruttodagar		Antal anställda		Andel anställda med fler än 14 bruttodagar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0-19 år	270	213	33 182	37 162	0,81%	0,57%
20-29 år	15 969	27 741	420 476	372 213	3,80%	7,45%
30-39 år	21 819	51 123	493 379	443 347	4,42%	11,53%
40-49 år	30 807	60 022	559 803	523 995	5,50%	11,45%
50-64 år	56 077	84 857	672 083	638 492	8,34%	13,29%
65- år	3 060	2 273	134 647	79 792	2,27%	2,85%
Totalt	128 002	226 229	2 313 570	2 095 001	5,53%	10,80%

Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

Sektor

Det är välkänt att offentlig sektor, och då framför allt kommunal- och landstingssektorn, uppvisar högre sjukskrivningar än övriga delar av arbetsmarknaden. För kvinnor inom offentlig sektor har 13 procent haft sjukfrånvaro överstigande 14 dagar, att jämföra med 9 procent inom privat sektor. För män är sjukfrånvaron 6 procent inom offentlig sektor, 5 procent inom privat. Totalt beräknas därmed ca 150 000 anställda inom offentlig sektor och nära 200 000 anställda inom privat sektor ha en sjukfrånvaro överstigande 14 dagar under ett år.

³ Med undantag då för åldrarna 65+ vilket i sammanhanget är en speciell kategori då den domineras av egenanställda.

Tabell 2.2 Antal anställda per sektor med mer än 14 dagar sjukpenning under året

	Antal tusental anställda med fler än 14 bruttodagar		Totalt antal tusental anställda		Andel anställda med fler än 14 bruttodagar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Offentlig	26	121	429	952	6%	13%
Privat	98	94	1816	1044	5%	9%
Övrig	4	11	69	100	6%	11%
Totalt	128	226	2314	2095	6%	11%

Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

Bransch

Även mellan olika branscher finns en spännvidd i andelen av de anställda som haft sjukfrånvaro >28 dagar. Bland män är andelen som högst inom transport och magasinering och lägst sjukfrånvaro bland män uppvisar finansverksamhet och informationsbranschen. För kvinnor är andelen högst inom de två antalsmässigt tyngsta branscherna: vård och omsorg samt utbildning. Lägst andel bland kvinnor uppvisar jordbruksbranschen.

Kvinnor och män som arbetar i yrken med nära kontakt med brukare av olika välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (s.k. kontaktyrken) en högre genomsnittlig risk att bli sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.

Tabell 2.3 Antal anställda per bransch med mer än 14 dagar sjukpenning under året

	Antal tusental anställda med fler än 14 bruttodagar		Totalt antal tusental anställda		Andel anställda med fler än 14 bruttodagar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Byggverksamhet	19	2	267	26	7%	9%
Energiförsörjning; miljöverksamhet	2	1	37	11	5%	9%
Fastighetsverksamhet	3	3	45	28	6%	9%
Finans- och försäkringsverksamhet	1	4	44	47	3%	8%
Företagstjänster	14	21	286	216	5%	10%
Handel	15	23	309	253	5%	9%
Hotell- och restaurangverksamhet	4	7	76	83	5%	8%
Information och kommunikation	3	4	124	52	3%	8%
Jordbruk, skogsbruk och fiske	3	1	76	24	4%	5%
Kulturella och personliga tjänster m.m.	5	12	86	118	6%	10%
Offentlig förvaltning och försvar	5	16	113	150	5%	11%
Okänd verksamhet	0	1	9	16	5%	6%
Tillverkning och utvinning	25	13	426	134	6%	10%
Transport och magasinering	13	6	169	47	8%	12%
Utbildning	6	41	121	348	5%	12%
Vård och omsorg; sociala tjänster	8	73	124	541	7%	13%
Totalt	128	226	2 314	2 095	6%	11%

Storlek på arbetsstället

Ser vi till arbetsställets storlek kan inte sägas finnas några stora skillnader i andel med sjukfrånvaro. En delförklaring är att t.ex. vård- eller utbildningsenheter, med hög sjukfrånvaro, kan vara antalsmässigt små arbetsställen. Arbetsställen med upp till 10 anställda har dock en något lägre andel sjukfrånvarande jämfört med större arbetsställen. Ur detta perspektiv, *förekomst av sjukfrånvaro*,

till skillnad från *hur långa sjukfallen blir*, kan alltså inte konstateras några stora differenser beroende på arbetsställets storlek.

Tabell 2.4 Antal anställda med mer än 14 dagar sjukpenning under året, uppdelat efter arbetsställets storlek

Antal anställda på arbetsstället	Antal tusental anställda med fler än 14 bruttodagar		Totalt antal tusental anställda		Andel anställda med fler än 14 bruttodagar	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0-10	38	39	699	448	5%	9%
11-100	53	108	923	949	6%	11%
101-1000	30	58	532	504	6%	11%
>1000	7	21	160	194	4%	11%
Totalt	128	226	2314	2095	6%	11%

Källa: Socialdepartementets beräkningar i LISA, SCB

2.2.4 Nuvarande rehabiliteringsinsatser

Arbetsplatsanknuten rehabilitering

Arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser erbjuds idag främst genom företagshälsovården och rehabiliteringsförsäkringar. Därutöver ges möjlighet till statligt bidrag för arbetsgivares kostnader för arbetshjälpmiddel respektive utredningsinsatser.

Företagshälsovården

Enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren se till att de anställda har tillgång till den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver. Företagshälsovården ska vara en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska också särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter om Systematiskt Arbetsmiljöarbete (SAM) beskrivs företagshälsovården som en sammanhållen resurs med bred kunskap inom medicin, ergonomi, teknik, beteendevetenskap och arbetsorganisation”.

Cirka 65 procent av alla anställda har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare. Tillgången till företagshälsovård varierar dock mellan olika branscher och beroende på företagsstorlek. I den statliga och kommunala sektorn samt i storföretag har de flesta anställda tillgång till företagshälsovård. En tredjedel eller cirka 1,5 miljoner anställda saknar tillgång till företagshälsovård och av dessa är cirka hälften anställda i företag med färre än 50 anställda (källa: Sveriges Företagshälsor, www.foretagshalsor.se).

Det är stora skillnader beträffande vilka tjänster som arbetsgivarna upphandlar av företagshälsovården. Det är arbetsgivaren som beställer företagshälsovård efter sina specifika behov, vilket i förlängningen medför att företagshälsovården kan ha en mycket varierande utformning. Utbudet kan innehålla allt från första linjens sjukvård och friskvårdstjänster till utbildnings- och organisationstjänster.

I vilken utsträckning som en företagshälsovård erbjuder rehabiliteringsstöd till arbetsgivare varierar. Enligt uppgifter från Sveriges Företagshälsor skiljer det sig åt beroende på vilka kunder/uppdragsgivare företagshälsovården har och inom vilka branscher de är verksamma. Det skiljer sig också åt beroende på om det är stora eller små företag som man arbetar åt, hur väl primärvården fungerar på orten där man är verksam och hur väl samarbetet mellan Försäkringskassan och företagshälsovården fungerar. Förutom behandlingsinsatser t.ex. i form av stödsamtal eller andra terapier bidrar företagshälsovården med kunskap om vilka förändringar på arbetsplatsen som underlättar den anställdes återgång till arbetet. Det förekommer också att företagshälsovården stödjer återgång i arbetet och säkerställer att både arbetstagare och arbetsgivare är medvetna om den skadliga effekt en fortsatt sjukskrivning kan innebära.

Rehabiliteringsförsäkringar

Den privata försäkringsmarknaden erbjuder rehabiliteringsförsäkringar som komplement till en sjukvårdsförsäkring eller sjukförsäkring. Rehabiliteringsförsäkringar är försäkringar som arbetsgivare tecknar för sina anställda inom området för arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet med försäkringarna är att påskynda anställdas

återgång i arbete med hjälp av arbetslivsinriktade åtgärder. Rehabiliteringsförsäkringar erbjuds bl.a. av Skandia, Euroaccident, Länsförsäkringar och Trygg Hansa.

Enligt uppgifter från Svensk Försäkring har cirka 265 000 anställda tillgång till en rehabiliteringsförsäkring. Det är främst företag/arbetsgivare med färre än 100 anställda som tecknar sådana försäkringar. Större företag har oftast avtal med företagshälsovårdsföretag.

Rehabiliteringsförsäkringarna skiljer sig åt, men huvuddragen är likartade: Arbetsgivaren anmäler den anställdes sjukfrånvaro till försäkringsbolaget, t.ex. senast dag 20 om sjukfrånvaron beräknas bli längre än 4 veckor. En rehabiliteringsledare från försäkringsbolaget tar då kontakt med den anställde och dennes chef för en rehabiliteringsutredning. Rehabiliteringsledaren har oftast någon form av sjukvårdskompetens t.ex. i form av sjukgymnastik eller arbetsterapi. Rehabiliteringsledaren tar fram en åtgärdsplan för återgång i arbete som försäkringen ska godkänna. Åtgärder som försäkringen täcker kan vara:

- Rådgivning av legitimerad psykolog/legitimerad psykoterapeut.
- Åtgärd av legitimerad fysioterapeut/naprapat/kiropraktor.
- Insatser från multiprofessionella team.
- Rådgivning och psykologiskt stöd till anhöriga.
- Yrkesvägledning, som syftar till att den försäkrade ska fortsätta sin anställning hos arbetsgivaren.
- Rådgivning gällande arbetsplatsanpassning, byte av arbetsuppgifter och arbetsträning hos arbetsgivaren.
- Rådgivning till chef vid behov

Rehabiliteringsledaren följer hela processen till återgång i arbete och har regelbundna avstämningsmöten med chefen och den anställde.

Stöd till arbetslivsinriktad rehabilitering – AGS-fonden

Svenskt Näringsliv och LO har genom den gemensamma AGS-fonden hos AFA Försäkring avsatt medel till individuell rehabilitering för arbetstagare inom privat näringsliv samt kommuner och landsting. Arbetsgivaren kan efter ansökan få ekonomisk ersättning för hälften av kostnaderna när någon av de anställda genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättningen gäller både arbetslivsinriktad rehabilitering och insatser som görs i förebyggande syfte.

Den anställde måste omfattas av AFA Försäkrings avtalsgrupp-sjukförsäkring, AGS eller efterskydd i försäkringen. Dessutom ska det finnas ett styrkt rehabiliteringsbehov samt en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren kan få ersättning upp till halva kostnaden för rehabilitering och insatser som görs i förebyggande syfte. Om den som ska genomgå rehabiliteringen är arbetslös kan ersättning betalas med upp till 75 procent av kostnaden men högst 37 500 kronor. Resten av kostnaderna förutsätts att arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen eller annan står för. Ersättning betalas inte för lönekostnader, tekniska hjälpmedel, eller om maskiner eller arbetsplatser behöver byggas om.

AFA Försäkring bedömer i varje enskilt ärende om kostnaden för den aktuella arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärden kan betalas. Vid en insats som görs i förebyggande syfte kan ersättning betalas under den tid då Försäkringskassan betalar förebyggande sjukpenning, vid behandlingssamtal som sker hos psykolog-/legitimerad psykoterapeut, eller vid missbruks- eller beroendebehandling (källa: www.afaforsakring.se).

Bidrag till arbetshjälpmedel

Arbetshjälpmedel fyller ofta en viktig funktion för att förebygga sjukskrivning och göra det möjligt för personer med funktionsnedsättningar och långvariga sjukdomstillstånd att fortsätta vara yrkesverksamma. Försäkringskassan kan besluta om och betala ut bidrag för arbetshjälpmedel som inte ingår i arbetsgivarens vanliga ansvar för en god arbetsmiljö. Reglerna om bidrag till arbetshjälpmedel finns i 30 kap. 5 § socialförsäkringsbalken och i förordningen (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel.

Bidrag kan sökas både av arbetstagaren och av arbetsgivaren. Innebär arbetshjälpmedlet eller anordningen ett ingrepp i arbetsgivarens egendom, till exempel att en maskin eller lokal behöver byggas om, är det arbetsgivaren som ansöker om bidraget. Om arbetshjälpmedlet är av individuell karaktär ansöker arbetstagaren själv om bidraget. Bidrag kan betalas ut längst till och med månaden före den månad då den anställda fyller 67 år. Bidraget kan vara högst 50 000 kronor. Det betalas ut till arbetsgivaren med hälften av den kostnad som överstiger 10 000 kronor. Bidrag till datorbaserade arbetshjälpmedel kan betalas ut med ett högre belopp än 50 000 kronor.

Arbetsförmedlingen svarar för stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. För anställda ansvarar Arbetsförmedlingen för stödet till hjälpmedel för behov som framkommer under de första 12 månaderna en person är anställd hos arbetsgivaren. Arbetsförmedlingen ansvarar för arbetshjälpmedel även efter 12 månaders anställning för personer som har anställning med lönebidrag, i skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare, en utvecklingsanställning eller en trygghetsanställning. Stöd kan även lämnas för företagare eller fri yrkesutövare samt vid ett arbetsmarknadspolitiskt program, arbetslivsinriktad rehabilitering, expertundersökningar eller praktisk arbetslivsorientering. Ersättning lämnas upp till 100 000 kronor per år vardera till den som har funktionsnedsättningen och den som anordnar eller ansvarar för verksamheten. Om ersättningen gäller datorbaserade hjälpmedel eller om det finns synnerliga skäl kan ersättning lämnas med ett högre belopp.

Bidrag till arbetsplatsnära stöd

Sedan 2014 kan arbetsgivare få statligt bidrag för köp av utredande insatser för arbetstagare som har eller riskerar att få nedsatt arbetsförmåga. Detta benämns arbetsplatsnära stöd och ska utföras av företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens som har godkänts av Försäkringskassan. Syftet med bidraget är att förebygga sjukfall och vid pågående sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivare att vidta tidiga och anpassade åtgärder. Bidrag lämnas till arbetsgivare

för halva det belopp som betalats för en arbetsplatsnära stödinsats, men högst med 7 000 kronor. För 2017 har det avsatts 100 miljoner kronor i bidrag till arbetsgivare för arbetsplatsnära stöd. Reglerna om bidraget finns i förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete.

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera det arbetsplatsnära stödet och av myndighetens redovisning (Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare, Försäkringskassan 2017) framgår följande:

Under 2016 beviljades 780 organisationer och företag inom stat, kommun, landsting, församlingar och privata företag bidrag för cirka 48 miljoner kronor till arbetsplatsnära stöd. De beviljade stöden omfattade totalt 18 573 arbetsplatsnära stödinsatser. Närmare hälften av beviljade bidrag gick till kommuner medan knappt 40 procent gick till privata företag och 10 procent gick till landsting. Fyra procent beviljades till statlig förvaltning. Huvuddelen som beviljades bidrag var arbetsgivare med minst 200 anställda (62 procent). Största enskilda gruppen var arbetsgivare med fler än 500 anställda (41 procent). Små företag med en till nio anställda utgjorde tre procent av de som beviljades arbetsplatsnära stöd.

Totalt har 66 procent av de arbetsplatsnära stödinsatserna omfattat kvinnor och 34 procent män. Inom stat, landsting och kommun omfattar 85 procent av insatserna kvinnor. För privata företag är bilden den omvända där majoriteten av insatserna omfattar män, 64 procent, medan 36 procent omfattar kvinnor.

I en särskild registerstudie har Försäkringskassan analyserat karakteristika och sjukfrånvaro för individer som arbetsgivare har beviljats arbetsplatsnära stöd för. Av studien framgår att medelåldern var 46 år för kvinnor och 47 år för män. Psykisk sjukdom utgjorde det största diagnoskapitlet följt av rörelseorganens sjukdomar. Den enskilt största diagnosgruppen var anpassningsstörningar och reaktion på svår stress.

Det arbetsplatsnära stödet har använts både för personer som hade respektive inte hade en sjukskrivning. Hälften av de som var sjukskrivna och som tog del av arbetsplatsnära stöd var sjukskrivna i en psykiatrisk diagnos. Försäkringskassan konstaterar att det finns ett tydligt förebyggande perspektiv i användningen av det arbetsplatsnära stödet, vilket skulle kunna antyda att detta verkligen är ett stöd som används istället för sjukskrivning. Försäkringskassan

bedömer att det inte finns något som tyder på att stödet och tillhörande insatser skulle leda till ökad sjukfrånvaro.

För att stödja förebyggande arbete, men även för att arbeta effektivt med arbetsanpassning och rehabilitering, bedömer Försäkringskassan att det kan finnas behov av expertstöd i planering och genomförande. Stödet för ansvariga chefer i dialog med medarbetaren om möjligheten att undvika sjukskrivning eller att kunna återgå i arbete skulle på detta sätt kunna stärkas.”

Försäkringskassan anger att ett utökat stöd troligen skulle göra bidraget mer intressant för små arbetsgivare och vara ett värdefullt stöd i samband med anställdas ohälsa. Det finns också skäl att tro att bidrag även för insatser skulle kunna ha en positiv inverkan på arbetsgivares möjligheter att både förebygga och förkorta sjukfrånvaro. Myndigheten avstår från att ge ett tydligt förslag på utveckling då den genomförda uppföljningen begränsar möjligheten att se effekter.

Offentligt organiserad rehabilitering

Förstärkta insatser i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i regleringsbrevet getts i uppdrag att samarbete utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få, arbete. Insatserna ska ske så tidigt som möjligt för de kvinnor och män som bedöms ha behov av aktiva rehabiliteringsinsatser. I uppdraget ingår att skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. För budgetåret 2017 har det avsatts 709 miljoner kronor för båda myndigheternas insatser inom ramen för uppdraget.

Myndigheternas samarbete består av två delar; gemensam kartläggning av individens förutsättningar och behov samt aktiva insatser för att stödja individens övergång eller återgång till arbete. Gemensam kartläggning sker vid ett eller flera avstämningsmöten

och avslutas med att personen tillsammans med arbetsförmedlare och Försäkringskassans handläggare gör en plan för vilka insatser som behövs för att hen ska närma sig arbetslivet. För vissa kan det handla om arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade insatser hos Arbetsförmedlingen. För andra kan kartläggningen visa att de lämpligaste insatserna finns hos annan aktör, eller att insatser ännu inte är meningsfulla.

Under 2016 genomfördes cirka 7 000 gemensamma kartläggningar för personer med sjukpenning. Av dessa vidtogs 64 procent för kvinnor och 36 procent för män. Skillnaden mellan könen har minskat något jämfört med föregående år, då andelen kvinnor var 67 procent och andelen män var 33 procent. Antalet gemensamma kartläggningar har minskat kraftigt jämfört med föregående år, då cirka 13 700 gemensamma kartläggningar genomfördes för personer med sjukpenning. Enligt Försäkringskassan beror minskningen framför allt på att den bortre tidsgränsen för rätt till sjukpenning avskaffades den 1 februari 2016. En annan orsak är, enligt Försäkringskassan, att det görs färre gemensamma kartläggningar tidigt i ärendena, vilket myndigheten bedömer vara en konsekvens av fokus på att höja kvaliteten i bedömningarna av arbetsförmågan, både initialt och i samband med rehabiliteringskedjans tidsgränser. Tidigare genomfördes nämligen gemensamma kartläggningar för de sjukskrivna vars rätt till sjukpenning bedömdes komma att upphöra till följd av den bortre tidsgränsen efter 2,5 års sjukskrivning. Av de personer med sjukpenning som ingått i det förstärkta samarbetet lämnade 62 procent sjukförsäkringen efter avslutat samarbete under 2016, vilket är motsvarande andel som under 2015 (Försäkringskassans årsredovisning 2016).

Samordnade rehabiliteringsinsatser genom samordningsförbund

Finansiell samordning genom samordningsförbund är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting samt en eller flera kommuner som syftar till att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd så att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Behovet av samordning är ofta tydligt för personer med en sammansatt problematik som till exempel olika former av fysiska eller

psykiska besvär i kombination med arbetsmarknadsmässiga eller sociala problem. Många av de individer som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan arbetar med, inte minst unga med aktivitetsersättning och långtidssjuk-skrivna, kan ha behov av sådana samordnade insatser.

Av resurserna till samordningsförbunden ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen. Landsting och kommuner ska bidra med varsin fjärdedel. För 2017 uppgår de statliga medlen till 339 miljoner kronor. I april 2016 fanns det 83 samordningsförbund som omfattar 244 av Sveriges 290 kommuner.

Drygt hälften av samordningsförbundens insatser utgörs av rehabiliteringsinsatser till individer, medan knappt hälften utgörs av strukturövergripande insatser som avser att förbättra samverkan mellan myndigheterna. Av de personer som omfattas av samordningsförbundens rehabiliteringsinsatser utgörs en majoritet av unga mellan 16 och 29 år. Av dem som avslutade en insats är det 33 procent av deltagarna som arbetar eller studerar i någon omfattning direkt efter insatsen, 31 procent av kvinnorna och 36 procent av männen. Därutöver har 19 procent registrerats som aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen efter avslutad insats. Av alla individer som haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under 2015, är det ca 5 procent (ca 1 700 personer) som deltagit i en insats finansierad av samordningsförbund. Av dessa har 25 procent gått vidare till arbete eller studier efter avslutad insats (Uppföljning av finansiell samordning Försäkringskassan 2016). Resultatet för 2016 med avseende på andel deltagare som arbetar eller studerar direkt efter avslutad insats är i stort sett det samma som resultatet för 2015 (Uppföljning av samordningsförbundens insatser, Försäkringskassan 2017).

Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv

och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

I december 2016 slöts en ny överenskommelse för åren 2017–2018 (En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018, Dnr S2016/07764/SF). Överenskommelsen innebär stimulansmedel för kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt cirka 2,9 miljarder kronor.

Genom överenskommelsen ges landstingen bl.a. stimulansmedel för att utveckla hälso- och sjukvårdens kontakter med arbetsgivare. Landstingen ges stimulansmedel för att utveckla en funktion för koordinering, s.k. rehabiliteringskoordinator, som syftar till att underlätta för patienten att återgå i eller vara kvar i arbete. Funktionen är relativt etablerad inom primärvården, men finns även inom delar av specialistvården. För närvarande pågår ett arbete inom Socialdepartementet med att utreda formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården.

2.2.5 Internationella erfarenheter

I en underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen gör Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) en internationell jämförelse av arbetsgivarens ansvar och drivkrafter för anställdas sjukfrånvaro. De studerade länderna är Sverige, Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland.

Enligt ISF har arbetsgivarna i samtliga sju länder likartade skyldigheter enligt arbetsmiljölagstiftningen att anpassa arbetet till arbetstagarnas förutsättningar. I Finland och Nederländerna är företagshälsovården obligatorisk och lagstadgad. En viktig uppgift för företagshälsovården i dessa båda länder är att föreslå åtgärder för återgång i arbete och följa upp de åtgärder som arbetsgivaren

vidtar. I övriga länder arbetar företagshälsovården i huvudsak förebyggande och som en rådgivande expertresurs i arbetsmiljöfrågor.

Enligt ISF är arbetsgivarens ansvar för att vidta åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete begränsat i Danmark, Norge, Storbritannien, Tyskland och Sverige. De ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivaren att agera när en anställd är sjukskriven är enligt ISF svaga i Danmark, Norge, Storbritannien och Sverige. I Finland – och i ännu högre grad i Nederländerna – har arbetsgivaren starka ekonomiska motiv till att vidta åtgärder för att begränsa antalet sjukskrivningar och förtidspensioner på arbetsplatsen.

Finland

I Finland startar arbetsgivarens sjuklöneansvar första dagen i sjukfallet och varar i tio dagar. Under dessa dagar erhåller den sjukskrivne lön från arbetsgivaren i enlighet med den nivå som anges av kollektivavtalet. Arbetsgivaren erhåller i sin tur ersättning från Folkpensionsanstalten (FPA) för de dagar då sjuklön utbetalas. Läkarintyg krävs från dag nio men arbetsgivare kan kräva läkarintyg tidigare, på tredje eller redan på första frånvarodagen. Företagshälsovården en viktig aktör i sjukskrivningsprocessen och ska enligt lag tillhandahållas alla anställda. Arbetsgivare ersätts delvis för kostnader för företagshälsovården (Folkpensionsanstalten, 2016). Om sjukskrivningen varar längre än tio dagar kan den sjukskrivne ansöka om sjukpenning. Ersättningsnivån är ca 70 procent av inkomstbortfallet upp till ett tak. Den maximala ersättningstiden är 300 dagar exklusive söndagar inom ett år (Försäkringskassan, 2014 och Folkpensionsanstalten, 2016a).

När ett sjukfall pågått i 60 dagar måste FPA utreda rehabiliteringsbehovet. Under tiden som rehabiliteringsinsatser genomförs kan rehabiliteringspenning utbetalas med ungefär samma belopp som sjukpenningen. För rehabiliteringspenningen finns ingen specifik tidsgräns. Den medicinska rehabiliteringen betalas av FPA medan den yrkesinriktade rehabiliteringen betalas av arbetspensionsanstalterna, som finansieras av arbetsgivarens och arbetstagarens arbetspensionsavgifter (Arbetspension.fi, 2016).

För att vara berättigad till sjukpenning längre än 90 dagar krävs ett läkarintyg från företagsläkaren, där återstående arbetsförmåga

beskrivs. Vid längre sjukfall ska arbetsgivaren, den sjukskrivne och företagshälsovården tillsammans utreda den sjukskrivnes möjligheter att fortsätta arbeta. Efter ett års sjukskrivning kan den sjukskrivne ansöka om sjukpension (Folkpensionsanstalten, 2016b).

Nederländerna

Under 1980- och 1990-talen var Nederländernas sjukfrånvaro bland de högsta i världen. Kvinnor och äldre svarade för en stor del av sjukfrånvaron (de Jong, 2012). För att hantera den höga och ökande sjukfrånvaron sattes Nederländerna en rad reformer som förändrade sjukförsäkringssystemet i grunden.

Reformer i sjukförsäkringssystemet

Reformerna har genomförts stegvis och påbörjades 1996 då Nederländernas dåvarande sjukförsäkringssystem avskaffades. Det tidigare systemet hade ett sex veckor långt arbetsgivaransvar. I stället infördes ett 1 år långt sjuklöneansvar för arbetsgivarna, där arbetsgivaren skulle betala sjuklön motsvarande 70 procent av bruttolönen. Kollektivavtal, som omfattar ca 90 procent av de anställda, innebar dock att den faktiska ersättningsnivån för anställda uppgick till 100 procent efter skatt. Efter 1 år med sjuklön från arbetsgivaren kunde den sjukskrivna ansöka om motsvarande sjukersättning (de Jong och Lindeboom, 2004). År 2004 förlängdes arbetsgivarens sjuklöneansvar till dagens längd om 2 år och därigenom även tiden innan en sjukskriven kan ansöka om sjukersättning. Samtidigt infördes en begränsning i ersättningsnivån under andra sjukskrivningsåret till 70 procent av lönen. Syftet var att stärka individens drivkrafter till att återgå till arbetet (van Sonbeek och Gradus, 2013). Den genomsnittliga ersättningsnivån under de två första sjukskrivningsåren får inte överstiga 85 procent av bruttolönen (OECD, 2007). Det finns inga lagstadgade karensdagar men arbetsgivaren kan välja att inleda sjukperioden med 2 karensdagar. Under sjukfallens två första år är den anställdas anställning tryggad genom lag (de Jong och Lindeboom, 2004).

För personer som är försäkrade men inte har en arbetsgivare eller för vars arbetsgivare inte kan debiteras, t.ex. om den anställda

är på föräldraledighet, infördes en sjukförsäkringsfond. Detta gällde även anställda med flexibla anställningsformer, t.ex. tillfälliga eller tidsbegränsade anställningar, fram till 2016. För att skydda personer med funktionsnedsättning mot diskriminering på arbetsmarknaden infördes 1998 ett förbud mot medicinsk undersökning som en del av ansökningsförfarandet. Sedan 2003 är personer med funktionsnedsättning undantagna från arbetsgivarens kostnadsansvar (de Jong och Lindeboom, 2004).

The Gatekeeper Protocol (Grindvaktslagen)

År 2002 kompletterades arbetsgivarens kostnadsansvar med krav på arbetsgivaren att bl.a. upprätta rehabiliteringsplaner, betala för vissa medicinska behandlingar och genomföra anpassningar av arbetsplatsen (The Gatekeeper Protocol, här kallad Grindvaktslagen). Arbetsgivaren fick också ansvaret för att hjälpa de anställda som arbetsgivaren inte längre kan erbjuda arbete att hitta ett nytt arbete. Detta genomförs ofta med hjälp av privata företag som i sin tur hjälper den anställda till nytt arbete (de Jong och Lindeboom, 2004 och Fultz, 2015).

Det utökade ansvaret innebar även en aktiv roll för företagshälsovården. Det ställdes krav på arbetsgivaren att i ett sjukskrivningsärende konsultera en företagsläkare, som är specialiserad på att bl.a. kontrollera legitimiteten av sjuknämnan samt rehabilitering (de Jong och Lindeboom, 2004, de Jong, 2012 och Fultz, 2015).

När en anställd blir sjukskriven behöver den anställde inte lämna något läkarintyg till arbetsgivaren för att styrka arbetsförmågan. Inom sex veckor måste den sjukskrivna däremot ha besökt företagsläkaren. Företagsläkaren ska senast då göra en första bedömning av medicinsk orsak, nedsättning av arbetsförmågan och ge en prognos för återgång i arbete. Utifrån denna bedömning ska, enligt lag, arbetsgivaren och den anställda upprätta en plan för återgång i arbete (om möjligt) och fastställa vad som kan göras för att nå målet. Planen måste vara färdig i sjukfallets åttonde vecka och ha en ansvarig person (case manager). Planen är bindande för båda parter och syftar även till att förtydliga arbetsgivarens och arbetstagarens juridiska ansvar (de Jong, 2012 och OECD, 2014b).

Om arbetsgivaren inte bedöms ha fullgjort sina uppgifter kan sjuklöneansvaret förlängas. Om den anställda å sin sida inte bedöms ha fullgjort sina uppgifter kan arbetsgivaren ha rätt att sluta betala ut sjuklön eller säga upp den anställda. Den anställda riskerar även i så fall en lägre eller ingen sjukersättning (van Sonbeek och Gradus, 2013 och OECD, 2014b).

Återförsäkring

Förlängningen och utvidgningen av arbetsgivares sjuklöneansvar innebar att en försäkringsmarknad uppstod, där företag kan välja att försäkra sig mot höga sjuklönekostnader genom en privat försäkring. Efter den första reformen 1996 valde ca 80 procent av företagen att teckna en privat försäkring, framförallt mindre företag (de Jong och Lindeboom 2004, Välfärdsrådet, 2005).

Branschavtal

År 1999 slöt den nederländska regeringen, arbetsgivare och fackföreningar branschavtal (Safety and Health Conventions) med syfte att förbättra arbetsförhållanden, minska sjukfrånvaro och antalet arbetsskador. Det unika med dessa avtal var att åtgärderna utvecklades nedifrån och inte kom uppifrån genom lagar och riktlinjer. Avtalen har succesivt utvecklats och fokuserar numera även på åtgärder för att hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet (OECD, 2007).

Sjukskriven längre än 2 år

Efter två år som sjukskriven är det möjligt att ansöka om motsvarande sjukersättning enligt Work and Income Act (WIA). Sjukersättningen betalas ut av Nederländerans motsvarighet till Försäkringskassan (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering, UWV).

Sjukersättningen finansieras via premier från arbetsgivare som sedan 1998 är erfarenhetsbaserade. Premierna har två olika taxor. Den ena är en arbetsgivarspecifik premie som täcker de första tio åren av sjukersättningen (innan 2006 var det de fem första åren)

och den andra är en fast premie som täcker efterföljande år med sjukersättning. När den erfarenhetsbaserade premien förlängdes 2006 undantogs personer med permanent helt nedsatt arbetsförmåga. När arbetsgivare upplevt ökade premier på grund av att fler anställda erhållit sjukersättning har arbetsgivarnas förebyggande insatser också ökat. Arbetsgivarna kan oftast inte överklaga ett beslut som beviljar sjukersättning (van Sonbeek och Gradus, 2013, Koning, 2009 och Koning och Lindeboom, 2015).

En del i sjukförsäkringsreformen var även att skärpa kriterierna för sjukersättning och att öka kontrollen av arbetsförmågan (Koning och Lindeboom, 2015).

Resultat av reformerna

Sedan 2002 har antalet personer med sjukersättning i Nederländerna sjunkit drastiskt, från ca 11 procent av den försäkrade befolkningen 2001 till ca 7,2 procent 2012. Även inflödet i sjukersättningen har minskat från ca 1,4 procent av den försäkrade befolkningen 2001 till ca 0,5 procent 2012. Minskningen i sjukersättningen har även inneburit minskade utgifter för ersättningar kopplade till funktionsnedsättning. Mellan 1990 och 2007 minskade utgifterna från 4,2 procent av BNP till 2,1 (Koning och Lindeboom, 2015). Studier visar också att när den ett år långa sjuklöneperioden infördes minskade även frånvaron från arbetsplatsen på grund av sjukdom (de Jong och Lindeboom, 2004).

Reformerna i Nederländernas sjukförsäkringssystem var många, vissa skedde samtidigt medan andra infördes gradvis. Detta innebär svårigheter med att uppskatta varje specifik förändrings effekt på sjukfrånvaron. Studier av reformerna visar att det framförallt är förändringarna som begränsar inflödet, t.ex. Grindvaktslagen, erfarenhetsbaserade premier, striktare kriterier osv., som haft störst effekt. Förändringar som syftat till att öka utflödet, som t.ex. omprövningar av rätten till sjukersättning, har haft mindre effekt på den totala minskningen (van Sonbeek och Gradus, 2013).

Mellan 2001 och 2004 minskade antalet personer som erhöll sjukersättning från ca 1,4 procent av befolkningen till ca 0,8 procent. Under denna period var införandet av Grindvaktslagen den enda förändring av systemet, minskningen tros därför kunna för-

klaras av grindvaktslagets införande. Att sjukförsäkringsreformen har varit så framgångsrik tros till stor del bero på tidiga insatser från arbetsgivarens sida (Koning och Lindeboom, 2015).

Undantagen i arbetsgivaransvaret för flexibla anställningsformer skulle kunna innebära en ökning av den typen av anställningsformer. Det finns dock inga studier som visar på några sådana kausala samband. Koning och Lindeboom (2015) har studerat reformernas effekter på sjukersättningen mellan 2007 och 2011. Studien visar att personer som har haft flexibla anställningsformer har ökat sin andel av inflödet mer än vad andelen med tillsvidareanställning minskat. Under 2015 beslutade den Nederländska regeringen att arbetsgivarnas ansvar för sjuklön och sjukersättning även ska omfatta flexibla former av anställningar (Koning och Lindeboom, 2015).

Reformerna i Nederländerna har även inneburit en ökning i andelen försvärvarbetande personer med dålig hälsa och i äldres arbetskraftsdeltagande (van Euwals, van Vuren och van Vuuren, 2012 och Koning och Lindeboom, 2015). Samtidigt har även andelen män med dålig hälsa som varken arbetar eller erhåller någon ersättning ökat. Reformerna har även varit mindre effektiva när det gäller att ta tillvara på kvarvarande arbetsförmåga bland personer med partiell nedsatt arbetsförmåga (Koning och Lindeboom, 2015). Den striktare kontrollen vid inflödet till sjukersättningen skulle kunna medföra ett högre inflöde till arbetslöshetsersättningen, de Jong, Lindeboom och van der Klaauw (2011) finner dock inga sådana resultat.

2.2.6 Insatser för återgång i arbete – aktuell kunskap

Parlamentariska socialförsäkringsutredningens slutbetänkande

Parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstateras i slutbetänkandet Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21) att kunskaperna om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Enligt utredningen råder det brist på effektstudier och innebörden av så kallad arbetslivsinriktad rehabilitering är oklar, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter.

Utredningen redogör för litteratursammanställningar med tillhörande rekommendationer om vilka faktorer och insatser som, ur

ett strukturellt och organisatoriskt perspektiv, har betydelse för återgång i arbete. Kommitténs slutsatser utifrån litteratursammanställningarna är att det finns stöd för följande egenskaper hos en struktur för återgång i arbete:

- Tidig kontakt från arbetsgivare och erbjudande om arbetsanpassning gynnar återgång i arbete.
- Kontakt mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård är avgörande.
- Det finns gott stöd för värdet av en koordinator som håller ihop processen.
- Ett inledande samtal med individen om prognos och möjliga hinder och behov av åtgärder bör ske tidigt.
- Den sjukskrivnes delaktighet i utformningen av åtgärdsprogram och kontinuerlig kommunikation.
- Långtidsfrånvarande behöver förutom hälsofrämjande åtgärder hjälp med omställning.

Forskningsrådet Fortes kunskapssammanställning

Forskningsrådet Forte har inom ramen för regeringsuppdraget om forskningsprogrammet Rehsam genomfört en internationell kunskapssammanställning med fokus på verkkningsbara metoder för återgång i arbete.

Slutsatserna från denna kunskapssammanställning är att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Insatserna bör sättas in tidigt. Däremot ges inget klart svar på frågor om vilka specifika insatser som är mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat. Forte bedömer att en mer ingående analys av genomförda studier skulle kunna öka kunskapen om detta.

Med multimodala interventioner avses en kombination av fysiska, psykiska och medicinska insatser. De fysiska handlar om fysisk aktivitet, träning och sjukgymnastik, de psykiska inslagen huvudsakligen om beteendeterapi (KBT) och de medicinska om

medicinering. Insatser på arbetsplatsen handlar om att förbereda den sjukfrånvarande för återgång i arbete, arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen och arbetsuppgifterna, arbetsmiljön och ergonomi (Rehabilitering och samordning – ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF), delrapport 1 En kunskaps-sammanställning av forskningen inom Rehsam).

2.2.7 Pågående arbete för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro

För att bryta den negativa utvecklingen mot allt högre sjukpenningtal och stabilisera sjukfrånvaron beslutade regeringen i september 2015 om ett kvantifierat mål för sjukfrånvaron och ett brett åtgärdsprogram för att uppnå detta mål (dnr S2015/06106/SF). Åtgärdsprogrammet har uppdaterats med ytterligare åtgärder i budgetpropositionen för 2017.

Mål för sjukpenningtalet har fastställts till högst 9,0 dagar vid utgången av 2020. Regeringens mål för sjukpenningtalet kompletteras med ett riktmärke om att det genomsnittliga antalet nybeviljade sjukersättningar inte bör överstiga 18 000 per år under perioden 2016–2020.

Åtgärdsprogrammet innehåller dels åtgärder i form av förebyggande insatser inom arbetsmiljö- respektive jämställdhetsområdet i syfte att förebygga ohälsa och sjukfrånvaro, dels åtgärder för att förkorta pågående sjukfall. Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt arbetsgivaren har identifierats som tre viktiga aktörer där utvecklingsinsatser behöver vidtas. I programmet finns dessutom insatser i syfte att minska antalet unga med aktivitetsersättning.

Centralt i åtgärdsprogrammet är att utveckla Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen i syfte att på ett bättre sätt ta tillvara människors arbetsförmåga. Försäkringskassan har fått ett uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess (dnr S2015/07316/SF). Dessutom har Försäkringskassan fått en årlig resursförstärkning på 250 miljoner kronor för uppdragets genomförande.

En annan viktig del i åtgärdsprogrammet är att utveckla arbetsgivarens roll i anställdas rehabiliteringsprocess. Avsikten är att sjuk-

skrivna anställda ska kunna få behövlig rehabilitering, anpassning och omställning på arbetsplatserna när det behövs. Ett antal insatser, utöver de som lämnas i denna promemoria, har vidtagits. Försäkringskassan har fått i uppdrag att utvärdera det arbetsplatsnära stödet och lämna förslag på hur det kan utvecklas ytterligare, vilket närmare beskrivs i avsnitt 2.2.4 I uppdraget har ingått att utveckla det stöd som myndigheten kan ge till arbetsgivare samt utveckla kommunikationen med Arbetsmiljöverket om arbetsgivarnas ansvar enligt socialförsäkringsbalken och arbetsmiljölagen.

Regeringen har dessutom inbjudit parterna på arbetsmarknaden att medverka i arbetet att minska sjukfrånvaron. Parterna har inkommit med en för respektive sektor partsgemensam avsiktsförklaring (S2016/05357/SF). De aviserade åtgärderna innebär så väl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för sjukskrivna anställda att återgå i arbete (se nedan en mer utförlig redovisning av parternas avsiktsförklaringar). Regeringen kommer att tillsammans med arbetsmarknadens parter följa upp det påbörjade arbetet och effekterna på sjukfrånvaron. Utgångspunkten för denna uppföljning är att sjukfrånvaron för respektive sektor vid utgången av 2020 ska vara nere på den nivå som gällde 2013. Denna nivå bedöms av regeringen vara nödvändig för en låg och stabil sjukfrånvaro.

Hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen är ytterligare ett prioriterat utvecklingsområde i regeringens åtgärdsprogram. De överenskommelser som regeringen har tecknat med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stimulera fortsatta utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvården dels vad gäller vårdens roll i sjukförsäkringen, dels inom området psykisk hälsa är betydelsefulla. Vidare har regeringen aviserat att den avser att se över möjligheterna till finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården.

Flera insatser har även vidtagits för att öka förståelsen för sjukförsäkringsprocessen samt för att öka kunskaperna om vilka insatser som är effektiva för att främja patienters återgång i arbete. Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att närmare analysera skillnader i sjukskrivningspraxis. Socialstyrelsen har även fått ett permanent uppdrag att uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen har under hösten redovisat uppdaterade rekommendationer avseende sjukskriv-

ningstider vid psykiska diagnoser. Regeringen har även avsatt 40 miljoner kronor för forskning inom området med utlysning år 2017. Ytterligare 15 miljoner kronor per år har tillförts för åren 2018 och 2019.

Parternas avsiktsförklaringar

I syfte att förbättra sjukskrivnas stöd för återgång i arbete remitterades under våren 2016 promemorian Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (Ds 2016:8). I anslutning till att förslagen till hälsoväxling remitterades erbjöd regeringen parterna på arbetsmarknaden möjlighet att i stället komma överens om lösningar som på ett trovärdigt sätt minskar sjukfrånvaron. Parterna inkom i augusti 2016 med en för respektive sektor partsgemensam avsiktsförklaring (S2016/05357/SF), vilket medförde att regeringen inte lämnade förslag om hälsoväxling i budgetpropositionen för 2017.

I avsiktsförklaringarna beskrivs de åtgärder som parterna är överens om att vidta för att åstadkomma friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. Avsiktsförklaringarna innehåller vissa åtgärder inom rehabiliteringsområdet och förslag till regeringen för att skapa förstärkta effekter av parternas åtgärder. Nedan beskrivs de förslag som har bäring på förslagen i denna departementsskrivelse.

Avsiktsförklaringen för den landstingskommunala sektorn

Parterna pekar på det gemensamma ansvaret för styrning och ledning för hållbar hälsa och minskad sjukfrånvaro. Cheferna behöver ges rätt förutsättningar att utöva ledarskap så att de kan ta det operativa ansvaret för arbetsmiljöarbetet i dess helhet – hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Avsiktsförklaringen innehåller en rad åtgärder för att förbättra chefernas förutsättningar, bl.a. utvecklingsarbete för att inkludera kostnader för sjukfrånvaro i den ekonomiska styrningen i kommuner och landsting, arbetsmiljö- och hälsobokslut, utbildningsinsatser och spridande av forskning samt goda exempel. Man vill också förbättra användningen av en kvalitetssäkrad företagshälsovård. Samverkan runt den enskildes rehabilitering behöver stärkas. Parterna anger

också att arbetsgivare ska ta ett bättre ansvar för rehabiliteringsprocessen, t.ex. genom en särskild funktion. Man ska också säkra att chefer har tillgång till kunskap om hur de aktivt kan arbeta med rehabilitering och arbetsanpassning. Goda erfarenheter från team-samverkan i rehabiliteringen och särskilt utsedda personer i rehabiliteringsarbetet ska spridas och användas. Dessutom ska man stimulera arbetsplatserna till ett bättre nyttjande av AFA Försäkrings stöd för rehabilitering och det statliga bidraget för arbetsplatsnära stöd.

Avsiktsförklaringen på det privata avtalsområdet

Parterna anger att det finns behov av att tydliggöra ansvaret i rehabiliteringsprocessen, dvs. vad som ska göras, när och av vem. Samverkan bör ske så nära arbetsplatsen som möjligt. Aktörerna i rehabiliteringsarbetet bör utgå från individens förutsättningar. Detta förutsätter att det erbjuds tidig kontakt och dialog mellan arbetsgivaren, arbetstagaren, vården och myndigheter. Parterna anger att företagshälsovården är en viktig resurs som ska uppfylla högt ställda kvalitetskrav. Kompetensförsörjningen inom företagshälsovården bör säkerställas.

Parterna avser att bland annat utveckla stöd och verktyg i sjukskrivningsprocessen för företagen -särskilt små och medelstora företag- i syfte att ta tillvara arbetstagares arbetsförmåga. De vill också stimulera företagen att bättre nyttja det statliga bidraget för arbetsplatsnära stöd och AFA Försäkrings stöd för rehabilitering samt utreda nyttjandet av företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs.

Parterna förväntar sig att regeringen bland annat tydliggör rehabiliteringsprocessen utifrån de olika aktörernas ansvar och säkrar att aktörerna i sjukskrivningsprocessen samverkar tidigt med arbetsgivare och arbetstagare.

Avsiktsförklaringen på det statliga området

Parternas utgångspunkt är att en väl fungerande företagshälsovård är en viktig del i ett långsiktigt arbetsmiljöarbete, att chefer har en viktig roll i detta arbete, att rehabiliteringsarbetet fungerar väl med

samtliga involverade aktörer samt att den nya föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö omhändertas. De avser bland annat att utvärdera om partsgemensamma medel ska kunna användas för att stödja rehabilitering av långtidssjukskrivna eller förebygga långa sjukskrivningar.

3 Gällande regelverk

3.1 Rehabiliteringskedjan

För att en försäkrad ska ha rätt till sjukpenning fordras att dennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Bedömningen görs för den som har en anställning utifrån fasta tidsgränser, den s.k. rehabiliteringskedjan, som styr när och i förhållande till vilket eller vilka arbeten som arbetsförmågan ska prövas.

Under de första 90 dagarna i en sjukperiod bedöms arbetsförmågan i förhållande till det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som den försäkrades arbetsgivare tillfälligt erbjuder. Från och med den 91:a dagen i sjukperioden ska hänsyn även tas till om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren som denne erbjuder. Från och med den 181:a dagen ska dessutom bedömas om den försäkrade kan försörja sig själv genom sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt. Om det finns särskilda skäl, eller om det i annat fall kan anses oskäligt, kan sjukpenning betalas ut även om den försäkrade bedöms ha en arbetsförmåga i ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Särskilda skäl tar sikte på att det finns en välgrundad anledning att tro att den försäkrade före ett års sjukskrivning ska kunna återgå helt i arbete hos sin arbetsgivare.

Från och med dag 366 i rehabiliteringskedjan ska arbetsförmågan alltid bedömas i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden om det inte kan anses oskäligt.

Om den försäkrade inte har haft några sjukperioder tidigare är första dagen i en sjukperiod också den första i rehabiliteringskedjan. Har den försäkrade däremot tidigare haft sjukpenning eller någon annan ersättning som ingår i en sjukperiod ska sjuk-

perioderna läggas samman om det har gått färre än 90 dagar mellan dem. Den försäkrade hamnar då redan från början längre fram i rehabiliteringskedjan.

Genom lagen (2008:565) om rätt till ledighet för att på grund av sjukdom prova annat arbete finns en möjlighet för den försäkrade att få ledigt från sin innevarande anställning. Som villkor för ledigheten gäller att arbetstagaren på grund av sjukdom dels har haft nedsatt arbetsförmåga i förhållande till sitt vanliga arbete, eller till annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjudit arbetstagaren, under en period om minst 90 dagar, dels har ingått ett anställningsavtal med en annan arbetsgivare under tiden från och med dag 91 till och med dag 180 av sjukperioden.

3.2 Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Arbetsgivaren har en central roll för anställdas arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning och arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet finns i arbetsmiljölagen (1977:1160, AML). Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för den enskildes rehabilitering finns i socialförsäkringsbalken (SFB).

3.2.1 Arbetsmiljölagen

Enligt 3 kap. 2 a § AML ska arbetsgivaren se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt arbetsmiljölagen och 30 kap. Socialförsäkringsbalken åvilar denne. Arbetsgivarens skyldigheter i det här avseendet innebär bl.a. att denne ska se till att det finns:

1. kompetens och kontaktpersoner
2. ekonomiska resurser avdelade för ändamålet
3. policy och mål för frågorna
4. en organisation för arbetet
5. tydlig ansvarsfördelning

6. rutiner för tidiga kontakter med sjukskrivna
7. rutiner för undersökning av rehabiliteringsbehov m.m.
8. rutiner för kontakter med myndigheter, företagshälsovård m.fl.
9. rutiner för kontroll, uppföljning och utvärdering
10. samverkan med arbetstagarna.

I 2 kap. 1 § AML finns en allmän bestämmelse om arbetsanpassning. Enligt den bestämmelsen ska arbetsförhållandena anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Enligt 3 kap. 3 § samma lag ska arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.

I förarbetena till de bestämmelser om arbetsgivares ansvar i fråga om rehabilitering i enskilda fall – som numera återfinns i 30 kap. socialförsäkringsbalken – anges att det bör ingå i arbetsgivarens ansvar att vidta de arbetslivsinriktade åtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Arbetsgivaren ska bl.a. göra en bedömning av vilka arbetsuppgifter som är lämpliga i det enskilda fallet. Exempel på åtgärder som kan vidtas av arbetsgivaren är arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Det kan även vara aktuellt att vidta tekniska åtgärder eller anskaffa särskild utrustning för att ändra den fysiska miljön i syfte att minska den anställdes arbetsbelastning. Det kan även gälla åtgärder beträffande arbetsinnehållet och arbetsorganisationen. I förarbetena anges vidare att vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder för att arbetstagaren ska kunna fortsätta sin anställning bara kan avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in. (Prop. 1990/91:141, sid 41)

Arbetsgivaren har också ett ansvar för att personer med funktionsnedsättning inte utestängs från arbetsplatsen. Ett syfte med bestämmelser om arbetsanpassning och rehabilitering i AML är att kunskaper och erfarenheter som kommer fram i arbetsgivarens anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet ska återföras till dennes förebyggande verksamhet.

Dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen, numera Arbetsmiljöverket, har meddelat föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1) och har preciserat arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § AML genom 2 och 4 §§ i dessa föreskrifter. Enligt dessa ska arbetsgivaren organisera och bedriva verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering för arbetstagarna. Arbetsgivaren ska också ange mål för denna verksamhet och fortlöpande ta reda på vilka behov av åtgärder som finns bland arbetstagarna.

I en kommentar till dessa föreskrifter anger myndigheten att dessa föreskrifter alltid gäller när en nedsättning av arbetsförmågan har inträffat, oavsett om den beror på händelser som inträffat utanför eller i arbetet. I en annan kommentar anges att arbetsgivaren redan under den anställdes sjukskrivningsperiod bör planera åtgärder som underlättar återgång i arbetet för denne. Det är därför angeläget att arbetsgivaren har fortlöpande kontakt med den sjukskrivne, så att återgången till arbetet på olika sätt underlättas. Det anges också att arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering bör bedrivas i linjeorganisationen. Det är också viktigt att personer med kompetens inom området används.

Förebyggande arbetsmiljöarbete

Enligt 3 kap 2 § finns också bestämmelser om det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Där anges att arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. En utgångspunkt ska därvid vara att allt sådant som kan leda till ohälsa eller olycksfall ska ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs. Enligt samma bestämmelse ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta.

Systematiskt arbetsmiljöarbete definieras i arbetsmiljölagen som "arbetsgivarens arbete med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås". Arbetsgiva-

ren har huvudansvaret för arbetsmiljön och för att arbetsmiljöarbetet bedrivs systematiskt.

De tre delarna undersöka, genomföra och följa upp är centrala i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Med det menas att arbetsgivaren ska undersöka vilka risker som finns på arbetsplatsen och åtgärda dem så att ingen drabbas av en olycka eller av ohälsa. Därefter följs åtgärderna upp, så att man är säker på att riskerna har försvunnit eller minskats så mycket det går.

Det är viktigt att det systematiska arbetsmiljöarbetet är en självklar och naturlig del av verksamheten. Det är också angeläget att alla anställda är engagerade och aktiva i arbetsmiljöarbetet. I arbetsmiljölagen står att arbetstagar och arbetsgivare ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Ett aktivt arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna kan förebygga att behov av sjukskrivning med påföljande rehabiliteringsbehov uppkommer.

3.2.2 Socialförsäkringsbalken

Enligt socialförsäkringsbalken (SFB) ska den försäkrades arbetsgivare efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Rehabilitering enligt SFB syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka förmågan att arbeta och kunna försörja sig genom detta.

En arbetsgivare ska efter samråd med arbetstagararen lämna de uppgifter till Försäkringskassan som behövs för att klarlägga arbetstagararens behov av och förutsättningar för rehabilitering. Arbetsgivaren ska i övrigt medverka till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

I arbetstagararens skyldigheter ingår att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering och att aktivt medverka i rehabiliteringen. Ersättning från Försäkringskassan kan dras in eller sättas ned om en försäkrad utan giltig anledning vägrar att lämna information som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering eller att medverka i en rehabiliteringsåtgärd.

3.2.3 Arbetsrätten

På det arbetsrättsliga området finns ingen reglering som direkt tar sikte på arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Ett sådant ansvar följer dock indirekt genom reglerna i lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) om saklig grund för uppsägning.

Uppsägning av en arbetstagare kan enligt LAS endast ske om saklig grund föreligger. Saklig grund kan hänföra sig till organisatoriska förhållanden i verksamheten eller förhållanden som hänför sig till arbetstagaren personligen. Till den senare kategorin hör bristande arbetsförmåga på grund av sjukdom. Av förarbeten till anställningsskyddslagen och Arbetsdomstolens praxis följer att sjukdom och därav följande nedsatt prestationsförmåga inte i sig utgör saklig grund för uppsägning av en arbetstagare. Saklig grund kan dock föreligga om nedsättningen är stadigvarande och dessutom så väsentlig att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren. För att uppsägning ska kunna ske krävs att arbetsgivaren har uppfyllt sitt rehabiliteringsansvar och gjort vad som skäligen kunnat krävas av arbetsgivaren, exempelvis när det gäller anpassning av arbetsplatsen och omplacering, för att arbetstagaren ska kunna kvarstå i anställning.

Frågan om vad som ligger i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar får avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in. Den närmare prövningen av vad som ligger i arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan sägas ta sin utgångspunkt i reglerna om arbetsanpassning och rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken och AML.

En arbetstagare som har återfått viss arbetsförmåga i förhållande till den befintliga arbetsgivaren kan inte räkna med att få återgå i full tjänst och uppbära full lön om han eller hon på grund av sjukdom endast kan utföra ett visst begränsat arbete som motsvarar endast en del av hans eller hennes normala arbete enligt anställningsavtalet. I linje med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kan arbetsgivaren dock i denna situation vara skyldig att försöka finna andra arbetsuppgifter inom anställningen i syfte att sysselsätta arbetstagaren i så hög grad som möjligt. Finns inte tillräckligt med sådana arbetsuppgifter som arbetstagaren klarar av och som motiverar att han eller hon arbetar heltid eller uppbär full lön kan

arbetsgivaren ta initiativ till en omreglering av anställningsavtalet. Skulle arbetstagaren vägra en sådan omreglering kan saklig grund för uppsägning föreligga, givet dock att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar enligt ovan.

Även rätten för en arbetstagare att uppbära lön kan sägas omfattas av principerna kring arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet. En arbetsgivare kan inte utan vidare neka en arbetstagare lön när han eller hon ställer sig till förfogande för arbete. Även i denna situation krävs att arbetsgivaren gjort allt som kan anses rimligt i fråga om t.ex. omplacering och arbetsplatsanpassning för att arbetstagaren ska kunna utföra arbetsuppgifter som berättigar honom eller henne till lön (AD 2003 nr 44).

Rehabiliteringsansvaret gäller bara i förhållande till arbetsgivarens egen verksamhet. En arbetsgivare svarar således inte för att åtgärder vidtas som syftar till att arbetstagaren ska kunna utföra arbete hos en annan arbetsgivare.

Har en arbetstagare fått beslut om hel sjukersättning gäller inte de vanliga reglerna om saklig grund för uppsägning. Enligt en särskild regel i anställningsskyddslagen räcker det att arbetsgivaren så snart vetskap har erhållits om beslutet om sjukersättning informerar en sådan anställd om att anställningen upphör för att så ska ske.

3.3 Försäkringskassan

Försäkringskassan har enligt 30 kap. 8–11 §§ SFB ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Vidare ska Försäkringskassan i samråd med den försäkrade se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, samverka med arbetsgivaren, arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs. Försäkringskassan ska verka för att nämnda organisationer och myndigheter, var och en inom sitt område, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av de försäkrade. Slutligen ska Försäkringskassan se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.

I Försäkringskassans vägledning om sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning anger Försäkringskassan att samordningsuppdraget har två olika perspektiv: dels på individnivå, dels på strukturell nivå. På individnivå innebär det att samordna aktiviteter från olika aktörer för att den försäkrade så snart som möjligt ska kunna återgå till arbetslivet. På strukturell nivå handlar samordningsuppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet så att arbetet på individnivå ska fungera smidigt (Försäkringskassan, Vägledning 2015:1).

Försäkringskassan har, som anges ovan, också ett tillsynsansvar över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Med rehabiliteringsverksamhet åsyftas bland den skyldighet som arbetsgivaren har, enligt 30 kap. 6 § SFB, att svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. I tillsynsansvaret ingår att följa upp och utvärdera hur rehabiliteringsverksamheten i stort fungerar inom området och ta de initiativ som resultatet av detta kan motivera. När bestämmelserna om rehabilitering och rehabiliteringsersättning infördes uttalades i lagens förarbeten att om det framkommer att arbetsgivaren försummar sitt ansvar för rehabilitering i enskilda fall enligt (anm. den numera upphävda) lagen (1962:381) om allmän försäkring kan det vara skäl att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering är tillfredsställande och att Yrkesinspektionen (anm. numera Arbetsmiljöverket) i sådana situationer bör kunna överväga lämpliga åtgärder enligt arbetsmiljölagen (prop. 1990/91:141, sid. 50).

3.4 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket ska tillse att arbetsmiljön uppfyller de krav som finns i arbetsmiljölagen om att alla ska ha en bra och utvecklande arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket tar fram juridiskt bindande föreskrifter, inspekterar arbetsställen och sprider information om arbetsmiljöregler.

Framtagande av föreskrifter innebär förtydligande av arbetsmiljölagen. Bland de mest grundläggande reglerna är de om systematiskt arbetsmiljöarbete som innebär att alla arbetsgivare regel-

bundet ska undersöka om det finns risker i arbetsmiljön och åtgärda bristerna.

Syftet med Arbetsmiljöverkets inspektioner är att stärka arbetsplatsens egen förmåga att förebygga risker samtidigt som arbetsgivaren får besked om vad som behöver göras för att förbättra arbetsmiljön. Själva inspektionen är oftast inriktad på kontroll och vid sidan av arbetsgivarna deltar skyddsombudet. Arbetsmiljöverkets tillsyn är inriktad på att det ska finnas en organisation för anpassning och rehabilitering.

Om arbetsgivaren inte bedöms uppfylla kraven i arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och de av verket utfärdade föreskrifterna kan det ställas krav på arbetsgivaren att rätta till bristerna (föreläggande) eller förbjudas viss hantering eller viss verksamhet (förbud). Om förelägandet eller förbudet inte följs kan Arbetsmiljöverket sätta ut ett vite.

3.5 Samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket

Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket har sedan 2007 en nationell överenskommelse för samverkan kring rehabiliteringsområdet. Med utgångspunkt i överenskommelsen tar myndigheterna årligen fram en gemensam handlingsplan.

I december 2015 gav regeringen Försäkringskassan i uppdrag att utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare (dnr S2015/07796/SF [delvis]). Uppdraget innebar bl.a. att utveckla stödet till arbetsgivare i samband med anställdas sjukskrivning och utveckla kommunikationen till Arbetsmiljöverket avseende arbetsgivares ansvar enligt arbetsmiljölagen och socialförsäkringsbalken.

Inom ramen för detta uppdrag har Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket tagit fram en ny nationell överenskommelse för perioden 2017–2020 (Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare, Försäkringskassan 2017). Syftet med överenskommelsen är att främja arbetsgivarnas ansvarstagande för arbetsmiljön, att förebygga ohälsa, samt att effektivt arbeta med arbetsanpassning och rehabilitering. På nationell nivå kommer Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan att skapa förutsättningar för en mer enhetlig samverkan genom att gemensamt identifiera och prioritera om-

råden eller insatser med stöd av statistik, forskning och kännedom om arbetsgivare eller branscher.

Myndigheterna har tagit fram en tydligare struktur gällande kontaktvägar och utbyte av information för de arbetsgivare som har hög sjukfrånvaro hos sina anställda eller som brister i arbetsanpassning och rehabilitering. Myndigheterna har även tagit fram rutiner och information som ska förmedlas när Försäkringskassan anmäler arbetsgivare som inte uppfyller sitt ansvar enligt Socialförsäkringsbalken eller Arbetsmiljölagen.

För att utveckla kommunikationen ytterligare kring arbetsgivare som har anställda med hög sjukfrånvaro eller arbetsgivare som brister i sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering, har myndigheterna enats om att genomföra ett gemensamt förarbete, kopplat till Arbetsmiljöverkets uppdrag att utöva tillsyn och inspektion.

3.6 Diskrimineringslagen

Diskrimineringslagen (2008:567) syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Diskrimineringslagen gäller arbetslivet i vid mening, utbildningsverksamhet, arbetsmarknadspolitisk verksamhet och arbetsförmedling utan offentligt uppdrag, start eller bedrivande av näringsverksamhet, yrkesbehörighet, medlemskap i vissa organisationer, tillhandahållande av varor, tjänster och bostäder, anordnande av allmän sammankomst och offentlig tillställning, hälso- och sjukvård, socialtjänsten, socialförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen, studiestöd, värn- och civilplikt samt i vissa avseenden för alla dem som har offentlig anställning.

Diskrimineringsförbuden på de skilda samhällsområdena är inte absoluta utan gäller i varierande utsträckning med skilda undantag. Det kan röra sig om specifika eller mer generellt utformade undantag för olika diskrimineringsgrunder.

Den 1 januari 2015 infördes en ny form av diskriminering som avser bristande tillgänglighet. Syftet med lagändringen är att skapa

en möjlighet för enskilda personer med funktionsnedsättning att delta i samhällslivet på likvärdiga villkor som andra utan hinder i form av bristande tillgänglighet. Med bristande tillgänglighet avses att en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att sådana åtgärder för tillgänglighet inte har vidtagits för att den personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning. Åtgärderna ska dock vara skäliga utifrån krav på tillgänglighet i lag och annan författning och med hänsyn till de ekonomiska och praktiska förutsättningarna, varaktigheten och omfattningen av förhållandet eller kontakten mellan verksamhetsutövaren och den enskilde samt andra omständigheter av betydelse (1 kap. 4 § 3 diskrimineringslagen). Den arbetsgivare som inriktar sig på att uppfylla ansvaret enligt regelverket på arbetsmiljöområdet, och lyckas med det, ska inte behöva överväga ytterligare åtgärder på grund av reglerna i diskrimineringslagen.

Samtidigt som diskrimineringslagen trädde i kraft inrättades Diskrimineringsombudsmannen (DO). Enligt 4 kap. 1 § diskrimineringslagen ska DO utöva tillsyn över att lagen följs. Ombudsmannen ska i första hand försöka få dem som omfattas av lagen att frivilligt följa den. DO får dock, enligt 6 kap. 2 §, föra talan i domstol för en enskild som medger det. DO kan, med stöd av 4 kap. 4 §, i vissa situationer besluta om vitesföreläggande. Ytterligare bestämmelser om DO:s uppgifter finns i lagen (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen. Den som bryter mot diskrimineringslagens förbud mot diskriminering ska betala diskrimineringsersättning till den som drabbats av överträdelsen (5 kap. 1 §). Diskrimineringsersättningen ska både utgöra en ersättning för den kränkning som överträdelsen inneburit och verka avskräckande mot diskriminering. En arbetsgivare kan också i vissa situationer bli ersättningsskyldig för den ekonomiska förlust som uppkommit på grund av överträdelsen av diskrimineringslagen.

4 Allmänna överväganden

I kapitel 2 redovisas sjukfrånvarons utveckling. Utvecklingen kan sammanfattas med att allt fler sjukfall påbörjas men också att de påbörjade sjukfallen blir längre. Ett ökat antal sjukfall bland kvinnor svarar för merparten av ökningen. Det är särskilt sjukskrivning med psykiatriska diagnoserna som ökat. Kvinnor har, oavsett yrke, en högre risk att drabbas av sjukskrivning med psykiatriska diagnoser i synnerhet i åldersgruppen 30–40 år. Under 2015 var cirka 350 000 anställda personer sjukskrivna längre än 29 dagar. Endast cirka 12 500 anställda personer deltog i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd och fick rehabiliteringspenning. Det motsvarar ca 3,5 procent av antalet anställda personer sjukskrivna längre än 29 dagar. Uppskattningsvis har cirka 80 procent av de sjukskrivna en arbetsplats och minst en arbetsgivare. (Beräkningar utifrån LISA 2014)

Arbetsgruppens bedömning är, utifrån ovanstående och den översyn som beskrevs inledningsvis i kapitel 2, att individens möjligheter till rehabilitering bör stärkas för att därigenom öka möjligheterna för tidigare återgång i arbete.

Forskningen stödjer att tidiga arbetsplatsinriktade åtgärder har förutsättningar att leda till återgång i arbete. De kunskapsöversikter som redovisas i kapitel 2 bekräftar att sådana insatser bidrar till ökad återgång i arbete.

4.1 Individens möjligheter till stöd bör stärkas

Den rehabiliteringskedja som infördes i socialförsäkringsbalken fr.o.m. den 1 juli 2008 ställer ökade krav på individen att ha beredskap till omställning till nya arbetsuppgifter och/eller ny arbetsplats i anslutning till de olika tidpunkterna som anges.

Arbetsgruppen anser att det behövs strukturer som ger den anställde en starkare ställning i rehabiliteringskedjan och att det på arbetsplatserna görs omsorgsfulla prövningar vilka möjligheter som finns för återgång i arbete hos befintlig arbetsgivare. Arbetstagaren måste ha rätt att få sina möjligheter att återgå i arbete klarlagda och även kunna få de verkningsfulla insatser på arbetsplatsen som gör detta möjligt.

Det är viktigt att den anställde ska kunna få stöd av sin fackliga organisation i detta sammanhang, men även berörda myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket bör ha ett ansvar för att se till att anställda får det stöd som kan behövas.

4.2 Tidiga insatser bör främjas

I de fall en person är sjukskriven kan det behöva vidtas anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen för att underlätta återgången till arbete. Arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster av olika slag erbjuds arbetsgivare inom alla sektorer av arbetsmarknaden. Utförare är företagshälsor och andra leverantörer av sådana tjänster. Vissa försäkringsbolag erbjuder också arbetsgivare via rehabiliteringsförsäkringar arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Rehabiliteringskoordinatorer i hälso- och sjukvården kan också vara ett stöd i kontakterna mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare.

Flera instanser, som arbetsgruppen har varit i kontakt med, tar upp vikten av en tidig kontakt mellan chefen, den anställde och läkare eller annan person från hälso- och sjukvården, för att skapa bättre förutsättningar för anpassning och rehabiliteringsplaner. Erfarenheterna från rehabiliteringsförsäkringar och företagshälsor visar att det är fullt möjligt att initiera och genomföra rehabiliteringsinsatser tidigt i en sjukperiod.

Mot denna bakgrund har arbetsgruppen identifierat följande faktorer som centrala för att åstadkomma effektiva arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder och stärka stödet till individen:

- Arbetsgivaren och den anställde bör tidigt i sjukdomsfallet komma överens om vad som ska göras i en plan för återgång i arbete.

- Arbetsgivaren ser till att denna plan med överenskomna åtgärder genomförs.
- Arbetsgivaren bör vid behov anlita expertstöd med rätt kompetens vid framtagandet och genomförande av denna plan. Expertstödet kan bestå av företagshälsovård, företagets egen HR-avdelning, rehabiliteringsförsäkringar eller liknande stöd. Vad gäller behovet av expertstöd så framgår redan idag av Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 2001:1) att arbetsgivaren ska använda sakkunnig hjälp utifrån om kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker till.

Det är en stor fördel om arbetsgivaren har tillgång till en särskild funktion – en s.k. rehabiliteringsledare – som har till uppgift att stödja chefen och den anställda under rehabiliteringsprocessen.

4.3 Förtydligt ansvar och utvecklat stöd

Arbetsgruppen har bedömt olika alternativa lösningar för att stärka individens möjligheter till anpassning och rehabiliteringsinsatser.

Dessa är:

1. en förtydligad lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren att tillsammans med den anställda tidigt i en sjukperiod planera åtgärder på arbetsplatsen, som underlättar återgång i arbete,
2. arbetsmarknadens parter kan göra avtalsöverenskommelser som syftar till tidig aktivitet och förstärkta möjligheter för arbetstagaren att erhålla anpassade eller nya arbetsuppgifter och rehabiliteringsinsatser,
3. staten kan genom olika typer av stimulansmedel göra det mer attraktivt för arbetsgivare att anlita företagshälsovård eller andra leverantörer av rehabiliteringstjänster,
4. en skärpt kontroll utifrån gällande regelverk skulle kunna vara ett annat alternativ,
5. en kombination av punkt 1 och 3.

Det första alternativet är införandet av en lagreglerad skyldighet för arbetsgivare att tillsammans med den anställda planera åtgärder

tidigt i sjukperioden. En lagreglerad skyldighet har fördelen att den riktar sig till alla arbetsgivare och anställda på hela arbetsmarknaden. En förtydligad lagstiftning tydliggör också vad som åligger arbetsgivaren vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom hos anställda. Redan idag anges i lagstiftningen att arbetsgivaren har ansvar att vidta de arbetslivsinriktade åtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Enligt den parlamentariska socialförsäkringsutredningen så upplever många små arbetsgivare att deras ansvar är oklart. Det finns också felaktiga uppfattningar i dagens arbetsliv både bland arbetsgivare och bland arbetstagare att Försäkringskassan har ett större ansvar för rehabilitering än vad lagstiftningen anger. Arbetsgruppen bedömer att kravet på tidiga insatser med en dokumenterad plan medför ett klagörande av arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering. En lagstiftning signalerar också att frågor rörande anpassning och rehabilitering är viktiga i arbetslivet.

En lagreglerad skyldighet för arbetsgivarna att ta fram en plan för återgång i arbete har stora skillnader jämfört med den skyldighet som fanns före 2007 för arbetsgivare att utföra rehabiliteringsutredningar. Den dåvarande regleringen innebar att det var Försäkringskassans ansvar att ta fram planer utifrån arbetsgivarens rehabiliteringsutredningar. Det delade ansvaret bidrog till oklarheter kring ansvaret för rehabilitering på arbetsplatserna. En lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren att ta fram en plan förtydligar att ansvaret för att planera den anställdes återgång och att vidta nödvändiga rehabiliteringsåtgärder åligger arbetsgivaren.

Arbetsgruppen bedömer att det vore önskvärt med överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter i syfte att åstadkomma tidig aktivitet och förstärkta möjligheter för arbetstagaren att er hålla anpassade eller nya arbetsuppgifter och rehabiliteringsinsatser. Fördelen är att en kollektivavtalslösning kan förbättra möjligheterna för individer på många arbetsplatser. Stora grupper på arbetsmarknaden omfattas av kollektivavtalslösningar. Det finns dock arbetstagare som inte omfattas. Arbetsgruppen bedömer att det finns osäkerheter kring möjligheterna att få till stånd en sådan lösning för hela arbetsmarknaden så att alla anställda får tillgång till förbättrade rehabiliteringsmöjligheter.

Staten har under 2000-talet prövat olika möjligheter att understödja företagets användande av företagshälsovårdstjänster. Erfä-

renheten är att dessa olika statsbidragslösningar inte har varit effektiva och inte har medfört en ökad användning av företagshälsovårdstjänster i någon större utsträckning. Det kan bero på att konstruktionen av dessa statsbidrag inte varit optimal eller att utbudet och kvaliteten på de tjänster som erbjudits företagen inte motsvarat efterfrågan.

Mot denna bakgrund bedömer arbetsgruppen att ett finansiellt stöd till arbetsgivaren för köp av rehabiliteringstjänster, som enda åtgärd, inte heller är ett effektivt sätt att åstadkomma tidiga insatser på arbetsplatserna. Ett sådant stöd bygger på frivillighet och arbetsgivarens vilja att vidta och bekosta aktiva insatser för att en anställd ska kunna återgå i arbete. Risken är att insatser uteblir eller enbart omfattar vissa anställda.

En skärpt kontroll utifrån gällande lagstiftning på arbetsmiljöområdet bedöms inte få avsedd effekt eftersom regelverket endast anger att arbetsgivaren ”bör” planera åtgärder och ”bör” vidta åtgärder tidigt i ett sjukfall (Arbetsmiljöverkets allmänna råd för tillämpningen av föreskrifterna för anpassning och rehabilitering AFS 1994:1). Tillsynen över arbetsmiljölagstiftningen åligger Arbetsmiljöverket. Det är visserligen möjligt att myndigheten kan inspektera och följa upp hur arbetsgivaren hanterar sitt ansvar för anpassning och rehabilitering, men kan knappast ställa krav på arbetsgivaren om det inte finns tydligt reglerade bestämmelser om vad arbetsgivaren måste göra och när i tiden planering ska göras.

Utifrån en sammanvägd bedömning av ovanstående bedömer arbetsgruppen att den mest effektiva lösningen är en lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren för att planera insatser som underlättar återgång i arbete kombinerad med utvidgat statligt stöd för att stimulera och underlätta arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser. För närvarande ger staten stöd till arbetsgivaren vid köp av utredningstjänster för att dels förebygga sjukfall respektive att vid sjukfall öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete genom att stödja arbetsgivare att vidta tidiga och anpassade åtgärder. Arbetsgivare efterfrågar i ökande utsträckning detta stöd. Enligt Försäkringskassans utvärdering av det arbetsplatsnära stödet efterfrågar arbetsgivare också att det arbetsplatsnära stödet bör kunna ge bidrag även för insatser på arbetsplatsen. Det anses vara särskilt viktigt för mindre arbetsgivare. Försäkringskassan anser att det vore av värde att bidraget även kan finansiera expertstöd för arbetsgivare

vid planering och genomförande av åtgärder på arbetsplatsen. (Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare, Försäkringskassan 2017).

Arbetsgruppen bedömer att ett sådant expertstöd kan vara ett viktigt stöd för arbetsgivaren. I kapitel 2 beskrivs funktionen rehabiliteringsledare vars uppgift är att stödja chefen och den anställda under rehabiliteringsprocessen. Rehabiliteringsledaren har ofta kompetens inom sjukvård och rehabiliteringsverksamhet Rehabiliteringsledaren samordnar de insatser som den anställda behöver och ger dessutom regelbundet råd och stöd till den anställda och dennes chef. Arbetsgruppen bedömer att ett expertstöd bör ha motsvarande uppgifter.

5 Förslag

5.1 Förtydligt ansvar för arbetsgivaren

5.1.1 Plan för återgång i arbete

Arbetsgruppens förslag: Om det kan antas att en försäkrads arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag som den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete. Om det har antagits att arbetsförmågan inte kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar och det därefter framkommer att nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga kan antas komma att fortgå under minst 60 dagar ska arbetsgivaren dock vara skyldig att upprätta en sådan plan. En sådan plan ska inte behöva upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Om hälsotillståndet därefter förbättras ska det dock finnas en skyldighet för arbetsgivaren att omgående upprätta en plan. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska vara skyldig att fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Som framgår av kapitel 4 så behöver individens möjligheter till rehabilitering stärkas. Åtgärder för återgång i arbete startar i dag alltför sent och behöver tidigare läggas.

Arbetsgruppen föreslår att arbetsgivaren bör ha en skyldighet att, när arbetstagaren till följd av sjukdom har avhållit sig från arbete på hel- eller deltid längre tid än 30 dagar, vara skyldig att till den dagen ha tagit fram en plan för återgång i arbete för arbetsta-

garen. Det torde sällan vara nödvändigt att upprätta en plan för återgång i arbete om den försäkrade inom en inte allt för lång framtid kommer att återgå i arbete utan att rehabiliteringsinsatser behöver vidtas. Därför bör det inte vara en skyldighet att upprätta en plan om arbetstagaren antas helt återgå i arbete inom 59 dagar räknat från det att arbetsförmågan blev nedsatt. I dessa fall bör arbetsgivaren dokumentera att arbetstagaren förväntas återgå i ordinarie arbete inom kort. Om arbetsgivaren på detta sätt har gjort antagandet att en plan inte behöver upprättas med hänsyn till att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt kortare tid än 60 dagar och det därefter visar sig att arbetstagaren trots allt inte kan återgå i fullt arbete inom 60 dagar bör det vara en skyldighet att omgående upprätta en plan. Arbetsgivare ska, enligt 5 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) så tidigt som möjligt påbörja arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering för de arbetstagare som har behov av detta. Den föreslagna nya regleringen syftar till att säkerställa att så blir fallet.

Planen bör innehålla de åtgärder, som behövs för att möjliggöra en återgång i ordinarie eller anpassat arbete så snart det är möjligt, med hänsyn tagen till de besvär, som arbetstagaren har eller kan antas få.

Arbetsgivaren har i allmänhet god kunskap om sina anställda och deras resurser samt vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta återgång i arbete. I detta avseende spelar arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsplatsen stor roll. Även arbetstagarorganisationerna har en viktig roll genom den kompetens och kännedom som dessa har om arbetsplatsen. Arbetsgivaren har ofta även tillgång till medicinsk information i form av ett läkarintyg. Detta gör sammantaget arbetsgivaren till den lämpligaste parten att ansvara för att arbetstagarens behov av insatser på arbetsplatsen klarläggs och planeras.

Utifrån erfarenheter från rehabiliteringsförsäkringar och företagshälsovården är det fullt möjligt att initiera och genomföra rehabiliteringsinsatser tidigt i en sjukperiod. Likaså angav den tidigare lagstiftningen kring rehabiliteringsutredning att utredning skulle påbörjas senast efter 4 veckors sjukfrånvaro för att rehabiliteringen ska komma igång tidigt (prop. 1990/91:141). Arbetsgruppen anser, utifrån en sammanvägd bedömning av ovanstående,

att det är rimligt att en plan för återgång i arbete har upprättats inom 30 dagar räknat fr.o.m. första sjukfrånvarodag.

Om det på grund av den anställdes sjukdom inte är möjligt att planera återgårdar för återgång i arbete inom 29 dagar, räknat fr.o.m. första sjukdag, så bör arbetsgivaren i planen göra ett ställningstagande att planeringen får anstå tills den anställdes hälsotillstånd har förbättrats. Det bör inte vara nödvändigt att upprätta en plan om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Det är enligt arbetsgruppens mening inte rimligt med ett krav på plan för återgång om den försäkrades hälsotillstånd är sådant att denne inte kan delta i planeringen eller är oförmögen att delta i rehabiliterande åtgärder. Planeringen bör i dessa fall ske så snart som hälsotillståndet har förbättrats så att arbetstagaren kan delta i planeringen och tillgodogöra sig eventuella insatser. För att uppnå goda resultat i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet bör den enskilde själv aktivt medverka. Det är angeläget att arbetstagaren lämnar de upplysningar som behövs samt tillsammans med arbetsgivaren deltar i planeringen av lämpliga åtgärder. Personer i rehabiliteringssituationer befinner sig ofta i ett utsatt läge och vill inte alltid framträda öppet med sina svårigheter. Respekten för den enskilde individen bör vara vägledande vid arbetsanpassning och rehabilitering. De krav och förväntningar som avser arbetstagaren måste självfallet ställas med hänsyn tagen till dennes hälsotillstånd. Det är viktigt att den berörda personen deltar i planeringen av åtgärderna och själv så långt möjligt får avgöra vilka personer som bör vara involverade i ärendet. Arbetsgruppen anser också att det är viktigt för en framgångsrik rehabilitering att en plan för återgång i arbete följs och är aktuell. Arbetsgivaren bör därför vara skyldig att följa och vid behov revidera planen.

På samma sätt som arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan så är också arbetstagaren skyldig att efter bästa förmåga medverka i rehabiliteringen. I annat fall kan ersättningen från sjukförsäkringen ifrågasättas enligt 110 kap. 57 § första stycket 2 socialförsäkringsbalken.

Innehållet i en plan för återgång i arbete

Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa upp för dem som är berörda (arbetsgivare, arbetstagare, facklig organisation). Planen är också ett viktigt underlag i Försäkringskassans bedömning av den enskildes behov av rehabilitering och rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Frågor som kan bli aktuella att ta ställning till i en plan är bl.a. följande:

- Möjlighet till att arbeta viss tid (deltidssjukskrivning).
- Anpassning av arbetsplatsen eller arbetsuppgifter.
- Omplacering, tillfällig eller permanent.
- Behov av arbetstekniska hjälpmedel.
- Behov av utbildning/omskolning till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren.
- Behov av andra arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser som företagshälsovården eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster kan tillhandahålla.
- Hur kontakten med arbetsplatsen ska se ut under pågående sjukskrivning.
- Vid vilka tider som insatser ska göras och hur arbetsgivare och arbetstagare ska följa upp planen.

Om det är uppenbart att arbetstagaren kan återgå i arbete utan några särskilda insatser så kan planen begränsas till uppgifter om skälen för detta. Samma sak gäller om arbetstagarens hälsotillstånd vid den tidpunkt då planen är tänkt att upprättas inte medger någon planering av insatser på arbetsplatsen. Planeringen får i dessa fall anstå tills hälsotillståndet har förbättrats.

5.1.2 Borttagande av den försäkrades skyldighet att lämna utlåtande

Arbetsgruppens förslag: Den försäkrade ska inte längre vara skyldig att till Försäkringskassan ge in ett utlåtande från hans eller hennes arbetsgivare som anger de möjligheter som finns att ta till vara den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet efter åtgärder som avses i 30 kap. socialförsäkringsbalken.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Idag finns en bestämmelse i 110 kap 21 § socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, att en försäkrad, om Försäkringskassan begär det, ska lämna in ett utlåtande från sin arbetsgivare. I utlåtandet ska det anges vilka möjligheter som finns att ta till vara den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet efter åtgärder som avses i 30 kap. SFB. Syftet med bestämmelsen är att Försäkringskassan ska ha möjlighet att bedöma om en försäkrad kan utföra annat arbete än sitt vanliga. Arbetsgruppen bedömer att denna bestämmelse bör tas bort om en lagreglerad skyldighet införs för arbetsgivaren att planlägga återgången i arbete.

5.2 Försäkringskassans användning av planer för handläggning och uppföljning

Arbetsgruppens bedömning: Försäkringskassan bör i ökad omfattning följa upp arbetsgivarens planer och åtgärder. Detta bör göras genom att Försäkringskassan begär att arbetsgivaren ger in den upprättade planen för återgång i arbete när planen behövs för den fortsatta ärendehandläggningen. Ingivna planer bör även kunna användas av Försäkringskassan som underlag när myndigheten utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Försäkringskassan bör genom arbetsgivarens planer för återgång i arbete och föreslagna och vidtagna åtgärder kunna få ytterligare information, som kan

förbättra beslutsunderlagen vid bedömning av rätten till ersättning och rehabiliteringsbehov respektive behovet av samordnande rehabiliteringsinsatser. Det är Försäkringskassan som bedömer när informationen behövs för den fortsatta handläggningen. Försäkringskassan kan då begära att arbetsgivaren ska komma in med arbetstagarens plan för återgång i arbete.

Det är angeläget att planen för återgång blir ett reellt verktyg för arbetsgivare och arbetstagare för att underlätta och påskynda återgång i arbete. Därför bör det säkerställas att planer och åtgärder är av god kvalitet. Arbetsgruppen föreslår att detta sker genom att Försäkringskassan följer upp dessa planer inklusive åtgärder. Om planer inklusive åtgärder inte genomförs eller om de är uppenbart kvalitetsmässigt undermåliga så bör detta förhållande anmälas till Arbetsmiljöverket av Försäkringskassan. Rimligen bör detta inte ske med enstaka undermåliga planer utan vid upprepad underlåtenhet att ta fram planer och åtgärder eller att innehållet i dessa systematiskt håller låg kvalitet. Arbetsmiljöverket kan i sin tur utifrån dessa anmälningar bedöma behovet av inspektioner och eventuella sanktioner med stöd av det arbetsmiljörättsliga regelverket. Den konkreta utformningen av rutiner kring detta bör åligga Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket att komma överens om.

I kapitel 3 redogörs för att Försäkringskassan har ett tillsynsansvar över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Med rehabiliteringsverksamhet åsyftas bl.a. den skyldighet som arbetsgivaren har att svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Tillsynsansvaret innebär bland annat att följa upp och utvärdera hur rehabiliteringsverksamheten fungerar och ta de initiativ som resultatet av detta kan motivera. Bedömningen att Försäkringskassan i ökad omfattning bör följa upp arbetsgivarens planer och åtgärder kan, enligt arbetsgruppens mening, rymmas inom det tillsynsansvar, som Försäkringskassan har enligt gällande lagstiftning. Dessutom ansvarar Försäkringskassan i dag för att upprätta en rehabiliteringsplan för de försäkrade som behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken rehabiliteringsersättning kan lämnas. Försäkringskassan ska enligt gällande lagstiftning också fortlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs ändringar i den.

I de fall det visar sig att det inte går att åstadkomma de förändringar på arbetsplatsen som krävs, får Försäkringskassan i och med

planen för återgång i arbete ett underlag för att i samverkan med Arbetsförmedlingen utreda om individen med eller utan arbetsmarknadsinriktade insatser kan ta ett annat arbete.

5.3 Stödet till arbetsgivare

Arbetsgruppens bedömning: Det nuvarande bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stödinsatser bör utvidgas till att även omfatta planering, genomförande och uppföljning. De insatser för vilka bidrag kan lämnas bör benämnas arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Bidrag bör kunna lämnas för halva det belopp som arbetsgivaren har betalat för en insats i form av ett arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Det högsta belopp med vilket bidrag lämnas till arbetsgivaren bör vara 10 000 kr per arbetstagare och år. Bidrag bör lämnas med högst totalt 200 000 kr per arbetsgivare och kalenderår.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Arbetsgruppen anser att den lagreglerade skyldighet för arbetsgivare för planering och genomförande av rehabiliteringsåtgärder bör kombineras med ett utökat ekonomiskt stöd vid användande av expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet.

Som tidigare beskrivits ökar andelen sjukskrivna med psykosociala besvär på många arbetsplatser. Många arbetsgivare kan känna osäkerhet kring vad som behöver göras för att stödja arbetstagare med sådana besvär. En arbetsgivare kan i dag få bidrag för delar av sina kostnader när denne köper tjänster av företagshälsovården eller av annan anordnare med likvärdig kompetens i form av arbetsplatsnära stödinsatser till en arbetstagare. Med en arbetsplatsnära stödinsats avses en utredande insats för en arbetstagare som har eller riskerar att få en nedsatt arbetsförmåga samt att initiera åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete. Stödet regleras i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete. Utredande insatser kan ge stöd till arbetsgivaren för att bedöma vilka åtgärder som är lämpliga att vidta i anslutning till arbetsplatsen, men är många gånger inte tillräckliga för att möjliggöra en återgång i arbete. I kap 4 beskrivs funktionen rehabiliteringsledare, som med fördel kan

användas för att effektivisera den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgruppen anser att användande av denna typ av stödfunktioner bör uppmuntras och stödjas, som ett sätt att effektivisera och förbättra stödet till den enskilde och ansvarig arbetsledare. I kapitel 2 redogörs för Försäkringskassans redovisning av uppdrag från regeringen att utvärdera och utveckla det arbetsplatsnära stödet. Försäkringskassan anser att det kan finnas behov av expertstöd i planering och genomförande för att stödja förebyggande arbete, arbetsanpassning och rehabilitering. Stödet för ansvariga chefer i dialog med medarbetaren om möjligheten att undvika sjukskrivning eller att kunna återgå i arbete skulle på detta sätt kunna stärkas. Försäkringskassan anger att ett utökat stöd troligen skulle göra bidraget mer intressant för små arbetsgivare och vara ett värdefullt stöd i samband med arbetstagares ohälsa. Det finns också skäl att tro att bidrag för ytterligare insatser skulle kunna ha en positiv inverkan på arbetsgivares möjligheter att både förebygga och förkorta sjukfrånvaro.

I Försäkringskassans redovisning framgår också att flera arbetsgivare anser ”att det är oklart vad stödet innefattar och att namnet som sådant skapar en otydlighet. Enligt Försäkringskassan skulle ett namnbyte, till något som syftar mer mot stöd för rehabilitering vara av betydelse.”

Mot bakgrund av ovanstående så anser arbetsgruppen att det nuvarande bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stödinsatser bör utvidgas till att även omfatta stöd till planerande, genomförande och uppföljande insatser från en rehabiliteringsledare eller motsvarande. Förordningen om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete – bör ges en ny rubrik och benämnas förordningen om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete. Liksom tidigare bör detta bidrag inte omfatta rehabiliteringsinsatser i form av medicinska eller andra behandlingsinsatser.

Arbetsgruppen föreslår att alla arbetsgivare bör kunna få ersättning för angivna utrednings- och rehabiliteringskostnader för arbetstagare på så sätt att arbetsgivaren kompenseras till hälften med ett tak på 10 000 kr per arbetstagare och kalenderår. Det nuvarande beloppet 7 000 kr bör höjas eftersom bidrag föreslås kunna ges för ytterligare insatser. Det är därför också lämpligare att begränsningen är kopplad per arbetstagare och inte per insats. Bidrag

bör dock endast kunna lämnas med ett högsta belopp på maximalt 200 000 kr per arbetsgivare och kalenderår. På det sättet torde särskilt små och medelstora arbetsgivare ges bättre förutsättningar att erbjuda sjukfrånvarande arbetstagare ett bättre stöd för återgång i arbete.

Enligt Försäkringskassans uppföljning av det arbetsplatsnära stödet anser arbetsgivare att det nuvarande ansökningsförfarandet är ganska enkelt. Det är eftersträvansvärt att behålla enkla rutiner i administrationen av stödet. Arbetsgruppen anser att det utvidgade stödet för rehabilitering även fortsättningsvis bör följa det gällande regelverket och administreras av Försäkringskassan. Syftet är att Försäkringskassan godkänner anordnare av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd. Anordnare kan vara företagshälsovård eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster. För bidraget gäller enligt gällande förordning att det utbetalas i mån av tillgängliga medel, dvs. det finns ett tak för anslaget. Samma regel bör gälla även fortsättningsvis.

5.4 Behandling av personuppgifter

Arbetsgruppens bedömning: Den behandling av personuppgifter som kommer att utföras av arbetsgivare och av Försäkringskassan bör kunna utföras med stöd av dataskyddsförordningen och av socialförsäkringsbalken.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Upprättandet av en plan för återgång i arbete innebär att arbetsgivaren kommer att behandla personuppgifter avseende arbetstagaren. Det kan röra sig om vilka anpassnings- eller rehabiliteringsåtgärder som kan vara aktuella att vidta på arbetsplatsen samt tidpunkter för genomförande av dessa. Eftersom anpassnings- och rehabiliteringsåtgärderna har en koppling till arbetstagarens hälsotillstånd kan det vara nödvändigt att behandla uppgifter om arbetstagarens hälsotillstånd. Ändamålet med upprättandet av en plan är att stärka individens ställning i rehabiliteringskedjan genom ökade möjligheter att få till stånd anpassnings- och rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete. Arbetsgivaren kan också enligt 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, bli skyldig att lämna planen för åter-

gång i arbete till Försäkringskassan om myndigheten begär detta och det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av SFB. Den grundläggande rättsliga regleringen avseende behandling av personuppgifter finns i dag i lagen (1998:204) om behandling av personuppgifter, förkortad PuL. Genom PuL genomfördes Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet) i svensk rätt. PuL kommer dock att vid tidpunkten för det föreslagna ikraftträdandet den 1 juli 2018 ha upphört att gälla och ha ersatts av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen börjar tillämpas den 25 maj 2018 och kommer då att vara direkt tillämplig i medlemsstaterna, även om den i viss utsträckning både möjliggör och förutsätter lagstiftning i nationell rätt.

Upprättandet av en plan för återgång i arbete kommer enligt den föreslagna 30 kap. 6 § SFB att vara ett åliggande för arbetsgivaren. Det följer redan i dag av den nuvarande 30 kap. 6 § SFB (lagförslagets 30 kap. 6 a §) att arbetsgivaren ska medverka till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast kan klarläggas och svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Enligt artikel 6.1 dataskyddsförordningen är behandling av personuppgifter endast laglig i den mån något av villkoren i artikeln är uppfyllt. Enligt artikel 6.1.c får behandling av personuppgifter ske om behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige. Enligt artikel 6.3 ska den grund för behandlingen som avses i punkt 1 c fastställas i enlighet med unionsrätten eller den medlemsstats nationella rätt som den personuppgiftsansvarige omfattas av. Den rättsliga grunden utgörs således av arbetsgivarens förpliktelse att enligt den föreslagna 30 kap. 6 § SFB upprätta en plan för återgång i arbete.

Som redan nämnts kommer arbetsgivaren i och med upprättandet av planen i vissa fall att behöva dokumentera uppgifter om arbetstagarens hälsotillstånd. Det innebär att arbetsgivaren i dessa fall kommer att behandla känsliga personuppgifter. Enligt artikel 9.1 dataskyddsförordningen är utgångspunkten att behandling av

känsliga personuppgifter är förbjuden. I artikel 9.2 dataskyddsförordningen anges dock, på motsvarande sätt som i PuL, ett antal undantag från förbudet. Enligt artikel 9.2.b gäller inte förbudet om behandlingen är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige eller den registrerade ska kunna fullgöra sina skyldigheter och utöva sina särskilda rättigheter inom arbetsrätten och på områdena social trygghet och socialt skydd, i den omfattning detta är tillåtet enligt unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt eller ett kollektivavtal som antagits med stöd av medlemsstaternas nationella rätt, där lämpliga skyddsåtgärder som säkerställer den registrerades grundläggande rättigheter och intressen fastställs. Enligt artikel 9.2.f gäller förbudet inte heller om behandlingen är nödvändig för att fastställa rättsliga anspråk. Regleringen i artikel 9.2.b dataskyddsförordningen har delvis sin motsvarighet i artikel 8.2.b dataskyddsdirektivet som genomfördes i svensk rätt genom 16 § första stycket a PuL. Angående begreppet ”inom arbetsrätten” finns uttalanden av Datalagskommittén i betänkande Integritet – Offentlighet – Informationsteknik (SOU 1997:39, s. 375). I betänkandet, som utgjorde beredningsunderlag till PuL, uttalade kommittén att uttrycket inte borde ges en alltför snäv betydelse. I stort sett alla skyldigheter och rättigheter för arbetsgivare beträffande de anställda och deras organisationer borde enligt kommittén kunna innefattas i uttrycket. Som exempel på behandling som kan tillåtas enligt den aktuella punkten nämnde kommittén behandling i samband med sjuklön, rehabilitering av arbetstagare fullgörande av förhandlingsskyldighet och avtalsgrundat avdrag på lön för fackföreningsavgift. Enligt arbetsgruppens bedömning torde i vart fall den behandling av personuppgifter av arbetsgivare som nu är aktuell falla inom begreppet ”inom arbetsrätten” i dataskyddsförordningen.

En förutsättning för att undantaget från förbudet att behandla känsliga personuppgifter i artikel 9.2.b dataskyddsförordningen ska vara tillämpligt är alltså, på samma sätt som enligt dataskyddsdirektivet, att det finns lämpliga skyddsåtgärder som säkerställer den registrerades grundläggande rättigheter och intressen. Vid genomförandet av dataskyddsdirektivet ansågs att en tillräcklig skyddsåtgärd var att föreskriva att de behandlade uppgifterna fick lämnas ut till tredje man bara om det finns en uttrycklig skyldighet för den persondataansvarige att göra det inom arbetsrätten eller

den registrerade har samtyckt till utlämnandet (SOU 1997:39 s. 375). En sådan bestämmelse infördes i 16 § andra stycket PuL. I detta sammanhang finns det anledning att nämna de bestämmelser om sekretess som gäller vid den aktuella behandlingen. Hos Försäkringskassan omfattas uppgifterna av sekretess enligt 28 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, och i offentliga arbetsgivares personaladministrativa verksamhet enligt 39 kap. 2 § OSL. Avseende privata arbetsgivares personaladministrativa verksamhet gäller enligt 18 § sjuklönelagen (1991:1047), förkortad SjlL, tystnadsplikt avseende enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt som arbetsgivaren fått kännedom om genom intyg av läkare eller försäkran som arbetstagaren har lämnat med stöd av sjuklönelagen. Vidare har regeringen tillsatt en utredning som ska föreslå de anpassningar och kompletterande författningsbestämmelser på generell nivå som dataskyddsförordningen ger anledning till (Dataskyddsutredningen, dir. 2016:15). Utredaren ska bl.a. överväga vilka kompletterande bestämmelser om undantag från förbudet att behandla känsliga personuppgifter som bör finnas i den generella regleringen. Uppdraget ska redovisas i god tid före det att dataskyddsförordningen kommer att börja tillämpas. Beroende på vilka förslag utredaren lämnar kan det finnas skäl att återkomma i frågan om några ytterligare bestämmelser om skyddsåtgärder bör införas i svensk nationell rätt.

Sammanfattningsvis är arbetsgruppens bedömning således att det undantag från förbudet att behandla känsliga personuppgifter inom arbetsrätten kommer att vara tillämpligt när en arbetsgivare behandlar sådana uppgifter i samband med upprättandet av en plan för återgång i arbete.

Arbetsgruppen bedömer också att förbudet mot att behandla dessa uppgifter inte gäller när arbetsgivaren lämnar uppgifterna till Försäkringskassan eftersom utlämnandet är ett åliggande för arbetsgivaren enligt 110 kap. 31 § SFB i de fall Försäkringskassan begär detta för att få underlag i ärenden. Det rör sig således om en sådan behandling av känsliga personuppgifter som är nödvändig för att rättsliga anspråk ska kunna fastställas och som enligt arbetsgruppens bedömning är tillåten med stöd av artikel 9.2.f dataskyddsförordningen. Det följer av 114 kap. 7 och 11 §§ SFB att Försäkringskassan får behandla känsliga personuppgifter för att handlägga ärenden och för att tillgodose behov av underlag som

krävs för att den registrerades rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar ska kunna bedömas eller fastställas. I fråga om Försäkringskassans personuppgiftsrättsliga stöd för behandling av känsliga personuppgifter i sina ärenden efter det att dataskyddsförordningen har blivit tillämplig har regeringen tillsatt en utredning för att analysera vilka konsekvenser den nya förordningen medför i fråga om personuppgiftsbehandling inom Socialdepartementets verksamhetsområde (Socialdataskyddsutredningen, dir. 2016:52). Regeringen konstaterar att utredningen i god tid före det att dataskyddsförordningen blir tillämplig ska föreslå behövliga och lämpliga anpassningar av författningar inom verksamhetsområdet till följd av den nya förordningen

Den ökade behandlingen av personuppgifter som kommer att ske med anledning av förslaget innebär en risk för intrång i den personliga integriteten. Detta gäller i synnerhet som även känsliga personuppgifter kommer att behandlas. Enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Förutom att klargöra att arbetsgivare och Försäkringskassan bedöms ha laglig rätt att behandla de personuppgifter som nu är i fråga måste det även bedömas om effekterna av förslaget står i proportion till den integritetsrisk personuppgiftsbehandlingen innebär.

Som redan nämnts konstaterar arbetsgruppen att uppgifterna omfattas av bestämmelsen om sekretess i 28 kap. 1 § OSL hos Försäkringskassan och avseende offentliga arbetsgivares personaladministrativa verksamhet i 39 kap. 2 § OSL. Avseende privata arbetsgivares personaladministrativa verksamhet gäller enligt 18 § SjlL ett motsvarande tystnadsplikt.

Det kan konstateras att de uppgifter som det primärt är fråga om är sådana som arbetsgivaren får del av genom läkarintyget som arbetstagaren lämnar. Det är uppgifter som arbetsgivare i många fall redan i dag har tillgång till och i förekommande fall efter begäran även Försäkringskassan. Förslaget innebär ett krav att uppgifterna numera dokumenteras på ett särskilt sätt i en plan.

Det bakomliggande ändamålet med upprättandet av planen är att stärka individens möjligheter att få till stånd anpassnings- och rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete. Behovet

av att tydliggöra arbetsgivarens ansvar för att tidigt utreda och vidta anpassnings- och rehabiliteringsinsatser bedöms vara stort liksom att ge Försäkringskassan bättre underlag för handläggning av ärenden. De vinster som förslagen bedöms medföra får anses överväga det intrång i den personliga integriteten som förslaget kan innebära. Arbetsgruppen bedömer därför att inskränkningen är proportionerlig.

5.5 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Arbetsgruppens förslag: Lagen ska träda i kraft den 1 juli 2018. Den nya bestämmelsen i 30 kap. 6 § ska tillämpas även i fråga om försäkrade vars arbetsförmåga, den 30 juni 2018, varit nedsatt eller kan antas komma att vara nedsatt under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete ska då upprättas senast den 31 juli 2018.

Arbetsgruppens bedömning: Förordningen bör träda i kraft den 1 juli 2018. I fråga om bidrag som avser tiden juli-december 2018 bör det högsta belopp som totalt får lämnas vara 100 000 kr per arbetsgivare. Äldre bestämmelser bör fortfarande gälla i fråga om bidrag till arbetsplatsnära stödinsatser som har påbörjats före ikraftträdandet.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Arbetsgruppen gör bedömningen att det är angeläget för de försäkrade som kan vara i behov av rehabilitering att de nya bestämmelserna träder i kraft så snart som möjligt. Å andra sidan kan lagändringarna medföra behov av förändringar i arbetsgivarnas organisation för anpassning och rehabilitering. Ikraftträdandet bör därför inte ske tidigare än den 1 juli 2018, så att arbetsgivare ges rimlig tid för nödvändiga förberedelser. De försäkrade som har en pågående sjukperiod den 30 juni 2018, dvs. dagen före det att lagen träder i kraft, bör också ges stöd i form av att en möjlighet till plan för återgång i arbete upprättas av arbetsgivaren och att lagen därför behöver en ikraftträdandebestämmelse som säkerställer detta. I de fall en plan måste upprättas för en sådan försäkrad bör det inte vara nödvändigt att göra detta omgående utan det är rimligt att det senast har gjorts den 31 juli 2018.

Avseende de föreslagna ändringarna i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete bör dessa träda i kraft vid samma tidpunkt som de föreslagna lagändringarna, dvs. den 1 juli 2018. Eftersom förordningen föreslås träda i kraft vid ett halvårsskifte bör det högsta belopp med vilket bidrag kan lämnas avseende det andra halvåret 2018 vara begränsat till 100 000 kr per arbetsgivare. Äldre bestämmelser bör gälla i fråga om bidrag till arbetsplatsnära stödinsatser som har påbörjats före ikraftträdandet.

6 Konsekvenser

I detta avsnitt behandlas förslagets förväntade konsekvenser för sjukfrånvaron, arbetsgivare berörda myndigheter samt statens budget i övrigt. Därtill redovisas förväntade konsekvenser för enskilda samt en analys av förslagets konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

6.1 Arbetsgivare

Arbetsgivaren har idag ansvar för anpassning av arbetsförhållanden och för rehabiliteringsverksamhet för sina anställda. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) ska arbetsgivaren organisera och bedriva verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering för arbetstagarna. Arbetsgivaren ska också ange mål för denna verksamhet och fortlöpande ta reda på vilka behov av åtgärder som finns bland arbetstagarna. I 5 § samma föreskrift anges att arbetsgivaren ”så tidigt som möjligt ska påbörja arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering för de arbetstagare som har behov därav.” I de allmänna råden för tillämpningen av nämnda föreskrift anges att ”Arbetsgivarens ansvar enligt arbetsmiljölagen gäller bl.a. då det finns ett anställningsförhållande. Detta innebär att arbetsgivaren redan under den anställdes sjukskrivningsperiod bör planera åtgärder som underlättar återgång i arbetet för denne. Det är därför angeläget att arbetsgivaren har fortlöpande kontakt med den sjukskrivne, så att återgången till arbetet på olika sätt underlättas”

I förslaget till ny lagstiftning, se kap 5, anges att arbetsgivaren tillsammans med arbetstagaren ska ta fram en plan för återgång i arbete inom 30 dagar från första sjukdag och vid behov vidta nödvändiga arbetsplatsinriktade åtgärder. Detta förslag innebär ett

förtydligande av vad som framgår av dagens arbetsmiljölagföreskrifter, om att arbetet med arbetsanpassning och rehabiliteringen ska påbörjas så tidigt som möjligt. Förslagen berör alla arbetsgivare. I kapitel 4 beskrivs de överväganden, som gjorts rörande alternativa lösningar för att stärka individens rehabiliteringsmöjligheter.

För de arbetsgivare som redan idag följer arbetsmiljölagens föreskrifter är förändringen sålunda av mindre karaktär. Den tillkommande arbetsuppgift, jämfört med dagens lagstiftning, är en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta och dokumentera en plan för återgång i arbete då den anställde förväntas var sjukfrånvarande längre tid än 30 dagar.

För att beräkna kostnadskonsekvenser för arbetsgivarna så har arbetsgruppen utgått från den analys som gjordes i SOU 2006:107 – Fokus på åtgärder – en plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. Enligt utredningen bedömdes tidsåtgången för att upprätta en plan vara 20 minuter. Om vi överför denna beräkning till den föreslagna lagstiftningen så innebär det följande:

- 354 000 anställda hade 2015 en sjukfrånvaro längre än 28 dagar. Om vi antar att alla dessa anställda skulle få en plan och att tidsåtgången för att upprätta planen är 20 minuter, så blir den totala tidsåtgången 118 000 arbetstimmar eller cirka 58 årsarbetskrafter för hela arbetsmarknaden. Nu kommer inte alla dessa anställda ha behov av en plan eftersom vissa kommer att bli friska inom 60 dagar. Om vi alternativt skulle basera uppskattningen på antalet anställda som 2015 hade en sjukfrånvaro längre än 56 dagar så sjunker den totala tidsåtgången till cirka 39 årsarbetskrafter. Utifrån dessa uppskattningar kan den ökade resursåtgången antas bli mellan 39 och 58 årsarbetskrafter för hela arbetsmarknaden.
- Utifrån ovanstående uppskattning skulle resursökningen per sektor vid en ökad resursåtgång motsvarande 58 årsarbetskrafter fördelningen cirka 15 årsarbetare i den kommunala sektorn, cirka 4 årsarbetare i den landstingskommunala sektorn, cirka 4 årsarbetare i den statliga sektorn och cirka 33 årsarbetare i den privata sektorn. Om man istället utgår från en lägre resursökning motsvarande cirka 39 årsarbetskrafter så fördelas dessa på cirka 10 årsarbetare i den kommunala sektorn, cirka 3 årsarbe-

tare i den landstingskommunala, cirka 3 årsarbetare i den statliga sektorn och cirka 22 årsarbetare i den privata sektorn.

- Med tanke på att möjligheten att använda digital teknik har förbättrats avsevärt sedan 2006 bör tidsåtgången per plan snarare bli mindre än i den analys, som gjordes i SOU 2006:107, vilket skulle tala för att resursåtgången hamnar i nedre änden av intervallet.

Om någon av de alternativa lösningar, som beskrivs i kapitel 4 skulle genomföras så kommer kostnaderna för arbetsgivare vara desamma, som i ovanstående kostnadsberäkning.

Förslaget förväntas också medföra en ökad återgång i arbete och därmed förkortade sjukskrivningstider. För arbetsgivare medför detta minskade kostnader för produktionsbortfall och rekrytering. Det bedöms inte möjligt att beräkna de totala kostnadskonsekvenserna i det avseendet. Denna promemoria innehåller också förslag om förbättrade möjligheter för arbetsgivare att erhålla bidrag för vissa rehabiliteringskostnader.

För mindre arbetsgivare innebär alltid en sjukfrånvarande anställd en relativt högre belastning på arbetsgivarnas produktionsverksamhet jämfört med arbetsgivare med många anställda med större möjligheter till flexibilitet i personal- och produktionsplanering. Lagförslagen i denna promemoria förändrar inte på detta förhållande. Förslaget om utvidgat rehabiliteringsstöd syftar till att underlätta arbetsgivarnas arbete med anpassning och rehabilitering. Förekomsten av ett tak för bidraget bedöms inte försämra små och medelstora arbetsgivares möjligheter att få rehabiliteringsstöd.

Stora privata och offentliga arbetsgivare har idag i stor utsträckning genomarbetade rutiner och policier för arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor. Chefer och medarbetare har oftast stödresurser att tillgå vid sjukfrånvaro och rehabiliteringsbehov bland medarbetarna genom egna personalavdelningar eller företagshälsovårdstjänster. Sveriges Kommuner och Landsting ger t.ex. i skriften "Arbetslivsinriktad rehabilitering" handfasta råd och rutiner för hur en rehabiliteringsprocess bör gå till. Dessa råd och rutiner motsvarar de rekommendationer som finns i denna departementsskrivelse. Följer man sådana rekommendationer redan idag så medför de lagregleringar, som föreslås i denna departementsskrivelse, inga ytterligare kostnader för dessa arbetsgivare.

Förslagen i denna departementsskrivelse riktar sig till alla arbetsgivare, inklusive kommuner och landsting. Vid förändringar som påverkar kommuner och landsting på samma sätt som andra arbetsgivare är den kommunala finansieringsprincipen inte tillämplig. Av samma skäl behövs ingen särskild proportionalitetsbedömning göras.

6.2 Arbetstagare

Syftet med denna reform är att stärka anställdas, med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, möjligheter att komma tillbaka till arbete på del- eller heltid. Arbetsgruppen bedömer att ett i praktiken förtydligt ansvar för arbetsgivaren avseende tidpunkten för vidtagande av åtgärder för arbetsanpassning och rehabilitering kommer att få denna effekt. Med ett sådant förtydligt ansvar följer också krav på att den anställda medverkar vid planering och genomförande av rehabiliteringen.

Ett vanligt förekommande argument vid ökade krav på arbetsgivaren är att detta kan medföra risker för ökad selektering vid nyrekryteringar, dvs. att arbetssökande med tidigare sjukdomshistorik ska missgynnas. Denna risk finns rent generellt. I det här fallet är det dock svårt att se att ett sådant nytt krav kommer att medföra en ökad risk för bortsortering vid nyanställningar. Det beror på att arbetsgivaransvaret för anpassning och rehabilitering finns redan idag. Som tidigare nämns innehåller föreskrifterna (AFS 1994:1) för arbetsanpassning och rehabilitering en bestämmelse om att arbetsgivaren så tidigt som möjligt ska påbörja arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering för de arbetstagare som har behov av det och i de allmänna råden för tillämpningen av nämnda bestämmelse finns en rekommendation att arbetsgivare bör planera åtgärder tidigt vid anställdas sjukfrånvaro. Detta lagförslag innehåller en anvisning om att planering, i form av en plan för återgång i arbete, ska göras med den anställda senast då denna varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar. Det är med andra ord svårt att se en ökad risk för selektering på grund av att lagstiftningen preciserar vid vilken tidpunkt planeringsarbetet senast ska påbörjas.

6.3 Sjukfrånvaron

Förslagen i denna departementsskrivelse förväntas leda till en ökad aktivitet i form av planering och genomförande av arbetsplatsinriktade åtgärder för de anställda som är eller riskerar att bli sjukfrånvarande.

Av kapitel 5 framgår att det finns stöd för att tidiga arbetsplatsinriktade åtgärder leder till att förutsättningarna för återgång i arbete ökar. Förslagen i denna skrivelse syftar till att stärka individens möjligheter till rehabilitering genom tidiga arbetsplatsförlagda åtgärder. Utifrån ovanstående bedöms förslagen i denna departementsskrivelse ge bättre förutsättningar för att anställdas sjukperioder förkortas och leda till lägre sjukfrånvaro. Arbetsgruppen kan dock inte bedöma omfattningen av effekterna på den minskade sjukfrånvaron.

6.4 Försäkringskassan

Arbetsgruppen bedömer att lagförändringen medför att kvaliteten i Försäkringskassans arbete med att klarlägga och bedöma rehabiliteringsbehov samt att se till att åtgärder vidtas kommer att förbättras. Detta medför också ett förbättrat beslutsunderlag vid ställningstagande avseende rätten till ersättning och bedömning av rehabiliteringsbehov. Arbetsgruppens slutsats är att förslaget inte innebär några nya arbetsuppgifter i förhållande till dagens processbeskrivning i handlägningsprocessen ”sjukpenning och rehabilitering”. Denna departementsskrivelse betonar vikten av att Försäkringskassan följer upp arbetsgivarnas rehabiliteringsverksamhet inom ramen för myndighetens tillsynsansvar avseende de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.

Den nya lagstiftningen syftar till att öka arbetsgivarnas aktivitet på arbetsplatsen tidigt vid ett sjukfall, vilken kan kräva en motsvarande ökad tidig aktivitet från Försäkringskassan jämfört med idag. Förslaget förväntas samtidigt förkorta sjukskrivningens längd för de längre sjukfallen. Eventuella ökade kostnader för fler insatser tidigt i ett sjukfall bedöms således vägas upp av förbättrade beslutsunderlag och kostnadsbesparingar till följd av minskad varaktighet för de långa sjukfallen. Sammantaget bedöms eventuella för-

ändringar av myndighetens kostnader rymmas inom befintliga anslagsramar.

6.5 Arbetsmiljöverket

Utgångspunkten för arbetsgruppens förslag är att en förändrad lagstiftning medför att arbetsgivarnas aktivitet kring anpassnings- och rehabiliteringsfrågor kommer att öka. En konsekvens kan bli att Försäkringskassan kommer att i högre grad anmäla vissa arbetsgivare till Arbetsmiljöverket. Det kan utifrån dessa anmälningar finnas skäl för en utökad inspektionsverksamhet rörande arbetsgivarnas ansvar för anpassning och rehabilitering. Denna verksamhet bedöms rymmas inom myndighetens befintliga anslagsramar.

6.6 Statsfinansiella konsekvenser i övrigt

I promemorian föreslås att det nuvarande statliga bidraget till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stödinsatser ska utvidgas till att även omfatta planering, genomförande och uppföljning. Vidare föreslås att bidrag får lämnas med högst 10 000 kronor per arbetstagare och kalenderår, jämfört med nuvarande 7 000 kronor per insats. Förslagen förväntas innebära ett ökat utnyttjande av detta bidrag. Kostnaderna för bidraget belastar utgiftsområde 10, anslaget 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen. De ökade kostnaderna finansieras genom omprioriteringar inom anslaget.

6.7 Jämställdhet

Förslagen tydliggör arbetsgivarens ansvar för anpassning och rehabilitering så att anställda ska få bättre förutsättningar att återgå i arbete. Eftersom fler kvinnor än män är sjukskrivna påverkar förslaget sannolikt fler kvinnor än män.

Sammantaget bedöms förslaget om förtydligt arbetsgivaransvar för anpassning och rehabilitering bidra till kortare sjukskrivningstider bland både kvinnor och män, men att också skillnaderna i sjukfrånvaro mellan könen minskar. Förslaget bedöms därigenom bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

6.8 Sveriges internationella åtaganden

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser eller stå i strid med de skyldigheter som följer av EU-lagstiftningen eller Sveriges internationella åtaganden.

Det föreslagna stödet till arbetsgivare enligt förslaget till förordning om ändring i förordningen (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete är förenligt med EU-rätten genom att stödet ges i enlighet med Europeiska kommissionens beslut 2012/21/EU av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse. Det innebär bland annat att Försäkringskassan ska föra ett register över de stöd som lämnats enligt denna förordning. Ett sådant register ska innehålla de uppgifter som behövs för att Sverige ska kunna fullgöra sådana skyldigheter som följer av kommissionens ovan nämnda beslut.

7 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

30 kap.

1 §

I paragrafen anges kapitlets innehåll. Paragrafen har ändrats på grund av att det har införts en skyldighet för arbetsgivare i 6 § att i vissa fall upprätta en plan för återgång i arbete.

6 §

Paragrafen är ny.

I det *första styckets första mening* anges att om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag som den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete. Det innebär att arbetsgivaren i god tid måste göra ett *antagande* huruvida den försäkrade kommer att återgå i arbete före det att 60 dagar har förflutit från och med det att arbetsförmågan blev nedsatt. Arbetsgivaren måste göra detta för att – om antagandet är att den anställdes arbetsförmåga fortsatt kommer att vara nedsatt – hinna upprätta en plan senast den dag då den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar. I *andra meningen* anges att om det har antagits att den försäkrades arbetsförmåga inte kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar och det därefter framkommer att nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga kan antas komma att fortgå under minst 60 dagar ska dock en sådan plan omgående upprättas. Det innebär att om arbetsgivaren en gång har gjort antagandet att den försäkrade kommer att återgå i arbete före det att 60 dagar har förflutit från det att arbetsförmågan blev nedsatt och det därefter framkommer att nedsättningen kan antas komma att överstiga 59 dagar ska

arbetsgivaren så snabbt som det är praktiskt möjligt upprätta en plan för återgång i arbete.

I *andra stycket första meningen* anges att en plan för återgång i arbete inte behöver upprättas om det av den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Med att den försäkrade inte kan återgå i arbete avses att dennes hälsotillstånd är av en sådan art att det är uppenbart att en återgång i arbete (inte heller med rehabiliterande åtgärder) inte är möjlig. Detta förhållande måste klart framgå för att arbetsgivaren inte ska vara skyldig att upprätta en plan. Om det skulle föreligga någon tveksamhet i fråga om den försäkrades hälsotillstånd måste en plan upprättas. I *andra meningen* anges att om den försäkrades hälsotillstånd förbättras ska en plan för återgång i arbete omgående upprättas. Det innebär att om hälsotillståndet förbättrats på så sätt att en återgång i arbete kan vara möjlig ska arbetsgivaren upprätta en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren ska då omgående upprätta planen, dvs. så snabbt som det är praktiskt möjligt för arbetsgivaren att göra detta. I *tredje meningen* anges att planen i den utsträckning som det är möjligt ska upprättas i samråd med den försäkrade. En motsvarande reglering finns i 12 § avseende Försäkringskassans upprättande av en rehabiliteringsplan. Att den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans eller hennes behov av rehabilitering och efter bästa förmåga medverka i rehabiliteringen framgår av 7 §. Om det med hänsyn till den försäkrades ovilja eller oförmåga inte är möjligt för arbetsgivaren att samråda med den försäkrade måste arbetsgivaren likafullt upprätta en plan för återgång i arbete. Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar att delta i rehabiliteringsåtgärder enligt 7 § har Försäkringskassan möjlighet att besluta att den försäkrades ersättning ska dras in eller sättas ned.

I det *andra stycket* anges att arbetsgivaren fortlöpande ska se till att en plan för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i planen. Stycket motsvarar vad som enligt 14 § gäller för Försäkringskassan i fråga om myndighetens skyldighet fortlöpande se till att en rehabiliteringsplan följs och att det vid behov görs ändringar i denna.

Överväganden finns i avsnitt 5.1.1.

110 kap.**21 §**

Paragrafen innehåller bestämmelser om vissa uppgiftsskyldigheter för den försäkrade i hans eller hennes ärende om sjukpenning.

Ändringen innebär att den försäkrade inte längre ska vara skyldig att ge in ett utlåtande till Försäkringskassan utfärdat av hans eller hennes arbetsgivare som anger vilka möjligheter som finns att ta till vara den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet efter åtgärder som avses i 30 kap. I övrigt görs redaktionella ändringar i paragrafen.

Överväganden finns i avsnitt 5.1.2.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Enligt *första punkten* ska lagen träda i kraft den 1 juli 2018.

I *andra punkten* anges att den nya bestämmelsen i 30 kap. 6 § även ska tillämpas på försäkrade vars arbetsförmåga den 30 juni 2018 har varit nedsatt eller kan antas komma att vara nedsatt under minst 60 dagar. Det innebär att om en försäkrad har en nedsatt arbetsförmåga dagen före det att lagen träder i kraft, dvs. var nedsatt den 30 juni 2018, och nedsättningen har varat under minst 60 dagar eller kan antas komma att vara nedsatt under minst 60 dagar räknat från och med dagen då arbetsförmågan blev nedsatt är arbetsgivaren skyldig att upprätta en plan för återgång i arbete. En sådan plan behöver dock inte upprättas direkt efter lagens ikraftträdande utan en viss respit finns så planen ska upprättas senast den 31 juli 2018. En plan behöver dock inte upprättas om den försäkrade dessförinnan har återfått sin arbetsförmåga eller om det av den försäkrades hälsotillstånd, enligt vad som anges i 6 § första stycket andra meningen, klart framgår att han eller hon inte kan återgå i arbete.

Överväganden finns i avsnitt 5.4.

Departementsserien 2017

Kronologisk förteckning

1. Elektronisk övervakning av kontaktförbud. Ju.
2. Åldersdifferentierat underhållsstöd och höjt grundavdrag för bidragsskyldiga föräldrar. S.
3. Genomförande av ICT-direktivet. Ju.
4. Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. S.
5. Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan m.m. N.
6. Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall. S.
7. Kommunikation för vår gemensamma säkerhet. Uppdrag om en utvecklad och säker kommunikationslösning för aktörer inom allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar. Ju.
8. Kultursamverkan för ett Sverige som håller ihop. Framtida inriktning och utvecklingsmöjligheter för kultursamverkansmodellen. Ku.
9. Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. S.

Departementsserien 2017

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Elektronisk övervakning
av kontaktförbud. [1]

Genomförande av ICT-direktivet. [3]

Kommunikation för vår gemensamma
säkerhet. Uppdrag om en utvecklad
och säker kommunikationslösning
för aktörer inom allmän ordning,
säkerhet, hälsa och försvar. [7]

Kulturdepartementet

Kultursamverkan för ett Sverige
som håller ihop. Framtida inriktning
och utvecklingsmöjligheter för
kultursamverkansmodellen. [8]

Näringsdepartementet

Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan
m.m. [5]

Socialdepartementet

Åldersdifferentierat underhållsstöd och
höjt grundavdrag för bidragsskyldiga
föräldrar. [2]

Sjukpenning i avvaktan på slutligt beslut. [4]

Förslag till lag om ersättning till personer
som har fått ändrad könstillhörighet
fastställd i vissa fall. [6]

Förstärkt rehabilitering för återgång i
arbete. [9]