



Framtidens sjukförsäkring

– en rimligare försäkring och ett rymligare arbetsliv

Kjell Rautio, utredare, Arbetslivsenheten



Innehållsförteckning

	Sid.
1. Inledning - förord	3.
2. Sammanfattning - människors vilja till arbete måste tas tillvara	4.
3. Generella trygghetssystem är tillväxtbefrämjande!	6.
4. En mer rättssäker och individuell bedömning	10.
5. En framåtblickande sjukförsäkring!	12.
6. Karensdagen bör avskaffas!	14.
7. Rätten till ideellt engagemang för långtidssjuka	16.
8. Försäkringskassan får inte göras till "Svarte Petter"!	18.
9. Rehabiliteringsrättigheter och stöd tillbaka till arbete	21.
10. En rehabiliterings- och omställningspakt för Sverige	27.
11. Avslutande diskussion – tryggheten är tillväxtgenererande!	31.
Referenslista	36.

1. Inledning - förord

Det du håller i din hand är inte en traditionell LO-rapport, utan mera av ett policyinriktat dokument eller åtgärdsprogram. Texten har tagits fram inom ramen för LOs välfärdsutredning och i nära dialog mellan forskare, utredare, handläggare och förtroendevalda i och utanför fackföreningsrörelsen. Det har skett genom seminariediskussioner och informella träffar. Rapporten bygger och utgår givetvis från den senaste LO-kongressens beslut. Kjell Rautio, välfärdsutredare vid LO, är den som hållit i pennan när texten successivt vuxit fram.

Tanken är att denna rapport ska bli startskottet till en intensivare dialog med initierade företrädare för olika delar av vårt samhälle. Det handlar bland annat om att kunna göra tydliga inspel till den pågående parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Men det handlar också om att påverka politiken inför, under och efter riksdagsvalet 2014. LOs politik på sjukförsäkringsområdet är naturligtvis inte heller ”skriven i runskrift”, utan kommer kontinuerligt att uppdateras och justeras, inte minst i takt med att tiden förändras och kraven i rapporten förverkligas.

En sådan här rapporttext kan man naturligtvis lägga på olika detaljnivåer och utifrån olika tidshorisonter. Det är lätt att inse att en del av förslagen innebär ökade statsfinansiella utgifter, men detta ska vägas mot att andra förslag på lång eller medellång sikt innebär samhällsekonomiska besparingar. En rimlig bedömning är ändå att alla förslagen i denna rapport inte enkelt kan genomföras inom loppet av endast en budgetproposition, utan att det krävs ett antal sådana innan huvuddelen av förslagen kommit på plats.

När det gäller tidshorizonten bör man alltså arbeta utifrån ett något längre tidsperspektiv, vilket innebär att huvuddelen förslagen bedöms kunna vara genomförbara inom ca 6-7 år. Detta förutsätter att den ekonomiska utvecklingen relativt snart återgår till en ”normal” tillväxttakt. Men avgörande för reformtakten är naturligtvis också ”den politiska viljan”. Det handlar då naturligtvis om att, utifrån det som är strategiskt önskvärt och ekonomiskt möjligt, prioritera och omprioritera bland angelägna förslag.

Det åtgärdspaket som nu presenteras har alltså lite av en ”provisorisk utopi” över sig, där det finns en del tunga förslag som kräver ytterligare analyser och utredningar innan de kan sjösättas. Men där det samtidigt också finns förslag som har en tydlig koppling till den konkreta dagspolitiken och i princip skulle kunna sjösättas direkt.

Rapporten tecknar alltså konturerna av hur LO just nu tänker sig att sjukförsäkringen kan och bör repareras. I så motto handlar det om att peka ut en tydlig rörelseriktning för politiken, mer än att på varje område leverera heltäckande och färdiga reformförslag även om också sådana kan hittas i texten.

Stockholm 2012-06-13

Tobias Baudin, LOs förste vice ordförande

2. Sammanfattning – människors vilja till arbete måste tas tillvara

En av samhällets största långsiktiga utmaningar är den växande motsättningen mellan människors faktiska arbetsförmåga och arbetslivets allt hårdare krav. Idag går inte den ekvationen ihop. På sikt riskerar växande grupper av människor, som både kan och vill arbeta, att ställas utanför samhällsgemenskapen. Detta skulle generera enorma framtida mänskliga och samhällsekonomiska kostnader.

Långsiktigt krävs en fördjupad analys av hur trygghetsförsäkringarna samspekar med övriga delar av samhället. Inte minst handlar det om att skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt anpassningsarbete ute på arbetsplatserna. Hittills har varken regeringen eller arbetsgivarna visat någon större vilja att komma fram till tillräckligt omfattande och långsiktigt hållbara lösningar på detta område.

Från LOs sida är vi beredda att förutsättningslöst pröva olika modeller för att åter få igång processen. Man skulle exempelvis kunna tänka sig att korta, eller till och med slopa, arbetsgivarens sjuklöneperiod i utbyte mot att det upprättas ett rehabiliterings- och omställningsavtal som ger de som drabbas av ohälsa motsvarande stöd att ställa om som idag finns för personer som sägs upp på grund av arbetsbrist. Detta stöd bör även inkludera åtgärder på arbetsplatsen, som t.ex. anpassning av arbete, arbetstid och arbetsorganisation, liksom olika utbildningsinsatser som rustar den enskilde på vägen tillbaka till arbetsmarknaden.

Riksdag och regering har givetvis ett ansvar att skapa så goda förutsättningar som möjligt för parterna att komma överens. Detta ansvar kan man inte springa ifrån. Vad vi i denna rapport försöker lyfta fram är att det behövs en ny rehabiliterings- och omställningspakt, där såväl staten som arbetsmarknadens parter ingår. I kort sammanfattning (tio punkter) innebär detta att:

- Det förebyggande arbetsmiljöarbetet ute på arbetsplatserna måste stärkas, så att fler långsiktigt ryms i arbetslivet. Arbetsplatserna måste i högre grad anpassas efter den arbetsförmåga som medborgarna faktiskt besitter. Alla som drabbats av ohälsa ska ha rätt till medicinsk- och arbetslivsinriktad rehabilitering samt ett arbete som anpassas efter individernas förutsättningar.
- Det måste finnas tillgång till högkvalitativ företagshälsovård för alla som behöver den.
- Den som inte kan gå tillbaks till sin tidigare arbetsgivare och behöver stöd för att ställa om, exempelvis hitta fram till en ny anställning eller ett nytt yrke, bör erbjudas individuellt utformade och anpassade utbildningsinsatser.
- Sjukförsäkringen måste åter bli en försäkring som garanterar den som drabbats av ohälsa ett rimligt och fullgott inkomstskydd. Inkomsttaket måste höjas och kopplas till löneutvecklingen!
- Ingen ska bli av med sin ersättning bara för att man passerar någon administrativ tidsgräns. De tidsgränser som idag gäller vid 180, 364 och 914 dagar - som infördes sommaren 2008 – bör omvandlas till stödjepunkter där individen rustas med rehabiliteringsrättigheter.
- Regeringen bör så snart som möjligt utreda införandet av en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring tillsammans med parterna. I rapporten skissas på olika konkreta lösningar som kan utgöra utgångspunkter i detta arbete.

- När beslut om rätten till sjukpenning och sjukersättning fattas bör även ålder, utbildningsbakgrund och bostadsförhållanden kunna vägas in.
- Sjukersättningen (tidigare förtidspension) bör höjas och ska ge trygghet även för personer med fleråriga, men inte nödvändigtvis livslånga, sjukdomstillstånd.
- Karensdagen i sjukförsäkringen bör avskaffas.
- Vi behöver kraftfullare anställningsstöd och fler lönebidragsplatser, så att alla som vill och kan arbeta också får möjlighet att göra det.

Ska vi klara av de viktigaste samhällsekonomiska utmaningarna vi har framför oss måste vi bygga en arbetsmarknad som bättre bejakar den variation av funktions- och arbetsförmågor som befolkningen faktiskt besitter. Vi har helt enkelt inte råd att avstå från att ta till vara på alla människors inneboende kapacitet.

3. Generella trygghetssystem är tillväxtbefrämjande

LOs grundläggande uppfattning är att var och en av oss som kan och vill arbeta, om än i begränsad omfattning, också ska få möjlighet att göra detta. Men när detta inte går ska vi ändå känna en trygghet i att vi klarar oss ekonomiskt. Sjukförsäkringen ska vara ett fullgott inkomstskydd vid sjukdom som nedsätter arbetsförmågan.

När någon blir sjuk får detta i första hand inte vara en källa till oro för hur ekonomin ska gå ihop. Den sjuke bör, istället för att stressas ytterligare, få lämpligt stöd och möjlighet att koncentrera sig på att tillfriskna. En sådan trygghet för alla skapar vi genom den generella välfärden. Denna ger en ordentlig riskutjämning över hela medborgarkollektivet, som i praktiken innebär en solidarisk omfördelning av resurser mellan kvinnor och män, mellan lågavlönade och högavlönade och mellan och under olika perioder i våra liv.

Men ett generöst försäkringsskydd vid ohälsa kräver naturligtvis också att det finns verksamma kontrollfunktioner som effektivt stävjar fusk och överutnyttjande. Även om fusket inte är ett särskilt stort samhällsproblem idag är det ändå viktigt för legitimiteten och tilltron till sjukförsäkringen att de medel som anslås verkligen går till det de är avsedda för.

Extremt hårda sjukregler som utförsäkrar och fattiggör

Sjukförsäkringen bör enligt LO utformas så att den i praktiken är ett löfte om att slippa fattiggöras när arbetsolyckan eller sjukdomen är framme. Sjukförsäkringen är en viktig del av ett samhällskontrakt där individen naturligtvis så långt det är möjligt förväntas försörja sig på förvärvsarbete i utbyte mot stöd i situationer när hen drabbas av ohälsa som nedsätter arbetsförmågan. Idag är detta samhällskontrakt på väg att brista uppifrån.

Regeringens attacker mot sjukförsäkringen har lett till att sjuka utförsäkras, inte för att de tillfrisknat eller fått rehabilitering utan enbart för att de passerat en administrativ gräns. Hittills har ungefär 70 000 personer utförsäkrats vid den s.k. borte tidsgränsen. Av den grupp på 17 643 personer som utförsäkrades vid årsskiftet 2009/2010 och som specialstuderats var exempelvis drygt 65 procent, eller två tredjedelar, tillbaks i sjukförsäkringen i maj 2011.¹

Granskar man Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans statistik, rörande hela gruppen utförsäkrade efter 2,5 år, visar det sig att endast 17 procent är i någon form av sysselsättning. Då räknas alla former av anställningar, exempelvis lönebidrag och Samhällsanställningar samt alla olika typer av aktivitetsgrad (dvs såväl springvikariat som kortare timanställningar). Samtidigt bör man veta att ungefär en tredjedel av dem som utförsäkrats fick ersättning på halv- eller deltid när de utförsäkrades, dvs många arbetade redan när de utförsäkrades.²

¹ Försäkringskassan (2012).

² Siffrorna bygger på statistik från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och presenterades i Dagens Eko 21 och 22 oktober 2012.

Det är idag mycket svårt att se några som helst jobbskapande effekter av den s.k. rehabiliteringskedjan. Tvärtom. I en rapport från fackförbundet Kommunal, ”Kedjan som brast”³, har 320 långtidssjukskrivna och utförsäkrade kommunalare intervjuats. Där bekräftas och fördjupas bilden ytterligare. Bara var tionde utförsäkrad kommunalare lyckades återvända till arbetslivet – men då på andra villkor: deltid, visstid och dagtid. Detta är ungefär samma nivå som AF tidigare hamnat på när man studerat vad som sker med de som är långtidssjuka. Storleken på den grupp långtidssjukskrivna som återvänder till arbetslivet skiljer sig inte nämnvärt från hur det var innan regeringen införde de nya sjukreglerna (se exempelvis det s.k. PILA-projektet).⁴

Rapporten från Kommunal visar också att de som utförsäkrats, och hamnat på den tre månader långa arbetslivsintroduktionen (ALI) på AF, i stor utsträckning har fattiggjorts. Ungefär 36 procent hade minskat sina inkomster med minst 5 000 kronor i månaden. 27 procent hade blivit av med mellan 2 500 och 5 000 kronor.⁵ Då ska man veta att vi här talar om människor som från början knappast hade några toppinkomster.

Av detta kan man dra slutsatsen att regeringens ”rehabiliteringskedja”, som kostat så mycket mänskligt lidande och gjort att så många kommit i kläm, knappast åstadkommit några underverk när det gäller återgång i arbete. Vad vi ser är en sjukförsäkring som havererat. LO har därför krävt att det tillsätts en haverikommission för att ordentligt och i grunden se över sjukreglerna och ge upprättelse och kompensation för dem som drabbats av det uppenbart orimliga regelverket. Detta krav står naturligtvis kvar.

Till problemen med utförsäkringar vid de olika tidsgränserna ska också läggas att allvarligt sjuka idag nekas sjukersättning (tidigare förtidspension) pga. att vi idag sannolikt har det hårdaste regelverket inom hela OECD.⁶ ”Så vitt jag vet finns det inget annat land som har så extremt stränga regler”, säger exempelvis Petter Odmark, huvudsekreterare i Anna Hedborgs s.k. arbetsförmågeutredningen (SOU 2009:89), till tidningen Östersundsposten 2010. Odmark har på utredarens uppdrag granskat olika sjukförsäkringssystem i världen. Han har dock inte hittat något som kommer i närheten av det svenska. ”De flesta har formuleringar i stil med ’man kan förutse att tillståndet kommer att vara i några år’. Jag har aldrig stött på så extremt hårda kriterier som Sverige har.”⁷

Detta är oacceptabelt. Så gott som dagligen får vi fortfarande, trots de justeringar regeringen gjort i regelverket, rapporter om vad det mänskliga lidandet som kan kopplas till ”rehabiliteringskedjan” innebär.

³ Kommunal (2011), *Kedjan som brast – En berättelse om Kommunals utförsäkrade medlemmar*.

⁴ Försäkringskassan, *Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå*, Socialförsäkringsrapport 2009:6

⁵ Kommunal (2011), *Kedjan som brast – En berättelse om Kommunals utförsäkrade medlemmar*.

⁶ Se Anna Hedborgs utredning ”Gränslandet mellan sjukdom och arbete...” (SOU 2009:89), s. 277 där hon skriver att Sverige troligen har det snävaste definierade varaktighetskriteriet i hela OECD.

⁷ Se intervju med Petter Odmark i Östersundsposten, 13 november 2010.

Sjukförsäkringens legitimitet urgröps av ett orimligt regelverk

Kritiken mot dagens regelverk är dock inget nytt fenomen. När förslaget om den s.k. rehabiliteringskedjan, under våren 2008, var ute på remiss i landet framkom en massiv kritik från såväl berörda myndigheter, andra expertinstanser som från ett brett spektra av folkrörelse-Sverige.⁸ Kritiken från expert- och myndighetshåll var dessutom förankrad i folkdjuret. Redan i slutet av år 2007, dvs innan regeringen införde sin s.k. rehabiliteringskedja, visade TCO i en rapport att en kraftig majoritet (ca 60 procent) ansåg att deras förtroende för regeringen skulle påverkas negativt av de då aktuella förslagen på sjukförsäkringsområdet (den s.k. rehabiliteringskedjan).⁹ Trots denna breda folkliga och sakligt grundade kritik genomförde regeringen ändå ”rehabiliteringskedjan”.

I ljuset av detta är det knappast förvånande att en opinionsundersökning som LO gjorde några år senare (2010) visade att drygt var tredje inte känner sig trygga med att de får hjälp att komma tillbaka till arbetslivet om de skulle bli långtidssjukskrivna. Hälften tror inte att de får en rättssäker bedömning av sitt ärende hos Försäkringskassan. Hälften hävdar också att det är fel att utförsäkra den som kan ta ett annat jobb efter ett halvår (enligt den nya så kallade rehabiliteringskedjan) och väldigt många – sju av tio – anser att det är fel att sjukpenningen sänks från 80 till 75 procent efter ett års sjukskrivning. Fler än var tredje svarade också att deras ekonomi skulle drabbas allvarligt om de var sjukskrivna mer än en månad. När forskare vid Umeå universitet ställde samma fråga år 2002 var det enbart var femte som trodde att de skulle få svårt att klara sjukskrivning en månad.¹⁰

Trots den rådande politiska inriktningen har forskningen visat att solidarisk finansierade och uppbyggda trygghetssystem har ett växande starkt stöd i vårt land, också långt in i den s.k. medelklassen har stödet vuxit de senaste åren. Men när det gäller tilltron till sjukförsäkringssystemet har denna utvecklats i tydligt negativ riktning, framför allt efter de stora systemförändringar som den nuvarande regeringen genomdrivit. Mellan 2002 och 2010 har gruppen som inte tror att det offentliga kan ”upprätthålla en hygglig levnadsstandard för de sjukskrivna” vuxit, från 23 till 35 procent.¹¹ Det är således mycket svårt att undgå att dra slutsatsen att regeringens s.k. reformer medverkat till att förtroendet för hela sjukförsäkringssystemet försämrats.

Tryggheten skapar tillväxtförutsättningar och konkurrenskraft

Generell välfärd gör ett samhälle framgångsrikt och främjar dynamik och konkurrenskraft. De svenska arbetstagare som rör sig över arbetsmarkanden har hittills kunnat ta med sig sitt offentligt finansierade socialskydd, trots att de flyttar långa sträckor och byter jobb. Deras sociala skyddsnät har inte varit fastkopplade till anställningen eller företaget, vilket gjort att det generella välfärdsskyddet inte i likhet med de företagsanknutna lösningarna i USA och andra europeiska länder hämmat

⁸ TCO-Granskar nr. 2/08, *Hög tid för en parlamentarisk socialförsäkringsutredning – remissinstanserna enade i en stark kritik mot förslaget om ny sjukförsäkringen.*

⁹ TCO Granskar nr. 1/08

¹⁰ LO (2010), *Otrygghet som konsekvens? – Synen på den förändrade sjukförsäkringen.*

¹¹ Svallfors, S., *Trygg, stöttande, tillitsfull? – Svenskarnas syn på socialförsäkringarna*, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

rörligheten och dynamiken på arbetsmarkanden. Istället skapas en trygghet som gör att rörlighet stimuleras.

Man vågar lättare ta steget ut i det okända när man vet att det finns ett skyddsnät som fångar upp en om man skulle råka ta ett snedsteg på vägen. Det är detta som LO-ekonomen Gösta Rehn, en gång i tiden, avsåg när han talade om behovet av att skapa en ”vingarnas trygghet”. Efter de stora nedskärningar som gjorts i sjukförsäkringen finns det idag anledning att åter knyta an till denna ”Rehnska” kungstanke. Generella och effektiva trygghetssystem är i grunden tillväxtbefrämjande.

Höjda inkomsttak viktigt för legitimiteten

Regeringen har sänkt det s.k. inkomsttaket i sjukförsäkringen. Gruppen som inte får ersättning för hela sin inkomst har vuxit år från år. När människor märker att de inte längre kan lita på systemet skaffar de som har råd i stället privata försäkringar eller förhandlar gruppvis fram olika former av avtalslösningar. Dessa grupper riskerar att successivt förlora intresset för att upprätthålla en rimlig nivå på de offentliga trygghetssystemen.

Tilltron till trygghetssystemen urgröps därmed successivt. Allt fler kommer att ställa sig frågan varför de skall betala två gånger i två olika riktningar för samma trygghet. Välfärdsstatens legitimitet riskerar att föras ut på ett ”sluttande plan”, risken för s.k. skatterevolt hos de mera välbeställda ökar. Det leder långsiktigt till sämre kvalitet och allt mer bidragslika ersättningssystem, tanken på ”socialförsäkringsmässighet” tynar då långsamt bort.

Att ungefär fyra av tio löntagare idag befinner sig över inkomsttaket i sjukförsäkringen är ohållbart, i alla fall om vi ska kunna fortsätta att tala om en generell välfärdspolitik. Detta är naturligtvis ett stort problem, inte minst ur legitimitetssynpunkt. Ett rimligt första steg för att åtgärda detta problem vore att slå fast att inkomsttaket i sjukförsäkringen åtminstone höjs till motsvarande 10 prisbasbelopp och att inkomsttaket sedan fortsättningsvis kopplas till löneutvecklingen.

Därför krävs:

Att den s.k. inkomstbortfallsprincipen återupprättas i sjukförsäkringen. Inkomsttaket i sjukförsäkringen bör successivt höjas så att sjukpenningen ligger på 80 procent upp till motsvarande 10 prisbasbelopp, 65 procent mellan 10 och 20 prisbasbelopp och 32,5 procent mellan 20 och 30 prisbasbelopp.

Att sänkningen av sjukpenningen efter 365 dagar avskaffas så att ersättningen är 80 procent av inkomsten under hela sjukpenningperioden.

Att det s.k. inkomsttaket i sjukförsäkringen kontinuerligt justeras upp i takt med löneutvecklingen i ekonomin.

4. En mer rättssäker och individuell bedömning

Idag har vi ett stelbent sjukförsäkringssystem som inte tar hänsyn till den komplexa verkligheten. Till exempel innebär det att den som arbetar 25 procent och känner att hen vill pröva att arbeta mer måste gå upp till minst 50 procent. Det kan för vissa vara ett allt för stort steg att ta utan att hälsan försämras. Därför bör den enskilde ges möjlighet att trappa upp sitt arbetskraftsdeltagande ”steglöst”, dvs. utifrån vad som bedöms vara rimligt. Kan man jobba till 40 procent ska man ha möjlighet att faktiskt också göra detta. Genom en steglös ersättning individanpassas sjukförsäkringen och det blir lättare och mindre riskabelt att pröva på att börja arbeta igen

En långsiktigt hållbar sjukförsäkring bör inte bara bygga på ett realistiskt arbetsmarknadsbegrepp, utan även utgå ifrån ett verklighetsanknutet individbegrepp. Mot bakgrund av detta bör det därför införas en möjlighet att ta individuell hänsyn vid bedömning av rätten till sjukpenning i enlighet med reglerna som gällde tidigare före 1 juli 2008 (alltså innan proposition 2007/08:136 trädde i kraft). Det innebär konkret att vid beslut om rätt till sjukpenning och sjukersättning kan hänsyn tas till den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden och tidigare verksamhet. Den enskilde kan då sägas vara försäkrad i ”befintligt skick” och i relation till faktiskt existerande arbeten (”normalt förekommande arbete”).

Försäkringskassans medicinska rådgivare har till uppgift att hjälpa handläggarna att tolka behandlande läkares bedömning av den sjukes tillstånd. Trots att Försäkringskassans medicinska rådgivare inte träffar den enskilda personen blir dennes tolkning ofta helt avgörande för handläggarens beslut. Att personer blir nekade sjukpenning på grund av en bedömning gjord av en person de inte har träffat är naturligtvis problematiskt, inte minst ur rättssäkerhetssynpunkt. Detta särskilt om orsaken till det negativa beslutet är bristfälliga underlag eller annat som hade kunnat klaras upp om man hade träffats ansikte mot ansikte.

Grundhållningen bör därför vara att ingen försäkrad ska kunna nekas ersättning enbart på grund av ett beslut som utgår ifrån rekommendationer av en läkare som inte träffat den försäkrade. Den behandlande läkares roll i sjukskrivningsprocessen bör stärkas, inte minst eftersom den har kunnat följa den sjukskrivne under en längre tid.

Att den tidsbegränsade sjukersättningen har avskaffats drabbar nu särskilt dem som behöver lugn och ro för att bli friska. För att komma tillbaka i arbete från till exempel vissa psykiska sjukdomstillstånd är det viktigt att kunna känna trygghet och slippa oro sig för sin ekonomiska situation. För denna grupp vore det värdefullt med en faktisk möjlighet att beviljas rehabiliteringspenning för längre perioder. Detta skulle innebära att den försäkrade får tid att fokusera på att bli frisk och rehabilitera sig. Vården ska naturligtvis kontinuerligt hålla fortsatt och nära kontakt med den sjuke – ingen ska lämnas åt sitt öde.

Därför bör lagstiftaren ta fram ett förslag om att där så är nödvändigt ska man kunna beviljas sjukpenning även för längre perioder utan återkommande rutinkontroll från Försäkringskassans sida. Kontakterna mellan Försäkringskassan och den enskilde, där så ändå är nödvändigt, bör i dessa fall kunna gå via den behandlande läkaren. För att detta ska fungera krävs naturligtvis också att Socialstyrelsen utövar sitt ansvar och ser till att läkarna utövar sitt yrke på ett professionellt sätt.

Den tidsbegränsade sjukersättningen har successivt fasats ut och kraven för att beviljas permanent sjukersättning skärptes i samband med att den s.k. rehabiliteringskedjan infördes sommaren 2008. Dessa rekvisit är av allt att döma allt för hårda och lagstiftning är helt uppenbart i behov av en rejäl översyn, inte minst utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv.

De hårda kraven för att bli beviljad sjukersättning och brist på alternativ gör att människor som är för sjuka för att arbeta allt för ofta hänvisas till att leva på sin partners inkomst. Det är naturligtvis varken hållbart eller acceptabelt. Regeringen bör därför återkomma med ett förslag om att införa en möjlighet att ta större individuell hänsyn vid beslut om sjukersättning så att den ger trygghet även för personer med kroniska eller fleråriga, men inte nödvändigtvis livslånga, sjukdomstillstånd.

Att Sverige, så som regeringens egen utredare konstaterat, idag troligen har OECD-världens hårdaste regler på området är orimligt.¹² Idag är dessutom anställningsskyddet och de offentliga välfärdssystemen anpassade för dem som orkar arbeta till 67 år. Men rätten till sjukersättning upphör redan vid 65 år, vilket framför allt riskerar att drabba LO-grupperna. Därför är det viktigt att anpassa det offentliga försäkringsskyddet så att det följer åldersreglerna i Lagen om anställningsskydd (LAS).

Därför krävs:

Att dagens fyra aktivitetsnivåer - 25, 50, 75 eller 100 procent - vid ersättning från sjukförsäkringen avskaffas och att ersättningen görs steglös, så som skissas här ovan, från och med 25 procentsnivån.

Att den behandlande läkarens roll i sjukskrivningsprocessen stärks så att den som av medicinska skäl bedöms ha behov av en längre rehabilitering, utan att pressas av exempelvis Försäkringskassans rutiner, ges möjlighet till lämplig återhämtning. Detta naturligtvis förutsatt att en kontinuerlig kontakt upprättas mellan den försäkrade och sjukvården.

Att sjukersättningen höjs och rätten till sjukersättning individanpassas så att den ger trygghet även för personer med kroniska eller fleråriga, men inte nödvändigtvis livslånga, sjukdomstillstånd.

Att det vid bedömning av arbetsförmågan hänsyn också bör kunna tas till individuella faktorer såsom ålder, utbildning, bosättningsförhållanden och annan verksamhet.

Att ingen försäkrad ska kunna nekas sjukpenning på grund av en bedömning som endast är gjord av en läkare som inte har träffat den försäkrade.

Att bostadstillägget för personer med sjuk- och aktivitetsersättning höjs så att de kommer upp på samma nivå som gäller för ålderspensionärerna.

Att det offentliga socialförsäkringsskyddet anpassas så att de följer åldersreglerna i Lagen om anställningsskydd (LAS).

¹²Hedborg, A., *Gränslandet mellan sjukdom och arbete* (SOU 2009:89).

5. En framåtblickande sjukförsäkring!

För LO är den givna principiella utgångspunkten när det gäller sjukförsäkringen att det är den faktiska skada som individen har av inkomstbortfall p.g.a. nedsatt arbetsförmåga som ska ersättas. Därför ställer LO sig i grunden kritisk till att ersätta dagens framåtblickande beräkningsgrund (sjukpenninggrundad inkomst, SGI) med en historisk SGI (ersättningsgrundad inkomst, EGI). En sådan förändring riskerar att leda till nya och allvarliga problem i sjukförsäkringen.

Men samtidigt är det viktigt att framhålla att en höjning av ersättningsnivåerna och inkomsttaket i sjukförsäkringen är nödvändigt ifall principen om att sjukförsäkringen ska ge ersättning för förlorad framtida arbetsinkomst verkligen ska gälla. Idag får allt för många, även i LO-kollektivet, som har inkomster över inkomststaken i försäkringen inte ut det försäkringskydd de faktiskt betalt för.

För att sänka nivåerna, och i avvaktan på att en historisk ersättningsgrund ska införas, har regeringen infört ett särskilt sätt att beräkna dagersättningen inom socialförsäkringen¹³. Efter att SGI fastställts multipliceras denna med en omräkningsfaktor på 0,97. Denna så kallade särskilda beräkningsgrund innebär att det som påstås vara 80 procents ersättning i själva verket enbart är 77,6 procent och det som påstås vara 75 procent enbart är 72,75 procent. LO anser att ersättning ska utgå utifrån hela den sjukpenninggrundade inkomsten och därmed ligga på 80 procent av inkomsten. Den särskilda beräkningsgrunden (SGIx0,97) bör avskaffas.

Av allt att döma skulle ett införande av EGI (historisk SGI) i sjukförsäkringen, nästan hur denna än utformas, missgynna dem som har en lös koppling till arbetsmarknaden. Idag utgör de med tidsbegränsade anställningar ca 15 procent av anställda.¹⁴ Men även andra med osäkra anställningar samt de ny tillträdde, d.v.s. de ungdomar som tar sina första steg in på arbetsmarknaden, kommer sannolikt att missgynnas om en historisk beräkningsgrund infördes i sjukförsäkringen.

Om SGI ersätts av historisk SGI (EGI) krävs troligen också, precis som analyser gjorda av tidigare offentliga utredningar lyft fram, att ett mer grundtrygghetsliknande ersättningssystem (med ett ”golv i sjukförsäkringen”) behöver kopplas till systemet. Detta just för att de med osäkra anställningar inte ska drabbas allt för hårt av förändringen. Det finns en risk med detta tankesätt, inte minst om sjukförsäkringen bakvägen omvandlas bort från tanken på att vara ett inkomstskydd och därmed blir allt mindre socialförsäkringsmässig. Detta skulle långsiktigt ytterligare försämra försäkringens legitimitet. LOs syn är att det är genom arbete individer ska kvalificera sig för inkomstrelaterad ersättning från socialförsäkringen.

Det är också en klar fördel att de två näraliggande systemen, sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen, har ungefär liknande grund för ersättning. Livräntan räknas ju, i likhet med SGI, ut utifrån ett tänkt framtida inkomstbortfall. Idag är dessutom sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen samordnade i en rad olika avseenden, exempelvis när det gäller rätten till ersättning. Det ligger därför ett viktigt

¹³ Detta gäller för samtliga dagersättningar från socialförsäkringen, dvs bland annat sjuk- och föräldrapenningen och havandeskaps- och rehabiliteringspenningen.

¹⁴ SCB 2012, Länk: www.scb.se/Pages/TableAndChart___316775.aspx

socialpedagogiskt värde i att ersättningsgrunderna i dessa två näraliggande trygghetsförsäkringar inte allt för mycket avviker från varandra.

Visst finns det brister med dagens SGI. I sjukpenningssystemet ses exempelvis idag inte studier som en ersättningsgrundad aktivitet. Detta ställer ofta de studenter som dabbas av ohälsa inför orimligt stora problem. Sveriges förenade studentkårer (SFS) har nyligen lagt ett förslag om att studenter som saknar SGI ändå ska kunna omfattas av sjukförsäkringen.¹⁵ LO kan tänka sig att, utifrån SFS:s förslag, utveckla en modell där ersättningen även utgår från inkomster och därmed ger en ersättning som ligger närmare principen om standardtrygghet.

Mot tankarna på att införa en historisk SGI (EGI) ska man ställa att de grupper som har osäkra och korta anställningar relativt enkelt med dagens SGI kan få ett fullgott inkomstskydd. Det enda som krävs är att man kommer från ett arbete i landet som kan antas pågå under sex månader och som beräknas ge en årsinkomst på drygt 10 000 kr. Utifrån den ”överutnyttjandediskurs” som låg till grund när Alliansen utformade sin sjukförsäkringspolitik, i början av 2000-talet, sågs just detta faktum som ett problem. Eftersom det krävdes en så liten arbetsinsats att få tillgång till ett gott inkomstskydd vid sjukdom ansåg man att den typ av ”arbetslinje” man stod för riskerade att undergrävas.

LO menar dock att det både är orimligt och kontraproduktivt att låta ett sådant misstroende mot de försäkrade styra utformningen av ett av de viktigaste sociala skyddsnet vi har. Nyare och fördjupad forskning har dessutom visat att fusket och överutnyttjandet i sjukförsäkringen faktiskt inte var eller är något av våra största samhällsproblem. Därmed faller även ett av de motiv som tidigare aktualiserade ett införande av EGI i sjukförsäkringen.

Därför krävs:

Att den ersättningsgrund som bör gälla i sjukförsäkringen utgår från den faktiska skada som individen har av inkomstbortfall pga. ohälsa, dvs. i huvudsak utifrån de principer som gäller vid dagens framåtblickande SGI-beräkning.

Att den omräkningsfaktor som idag används vid beräkningen av dagersättning socialförsäkringen (SGI x 0,97) avskaffas.

Att utifrån det förslag SFS fört fram i en underlagsrapport till socialförsäkringsutredningen (S 2010:04) ta fram en ny sjukförsäkringsmodell för studerande, där ersättningen även utgår från inkomster och därmed ger en ersättning som ligger nära principen om standardtrygghet.

¹⁵ SFS, *Studerande och socialförsäkringen*, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

6. Karensdagen bör avskaffas!

LO beslutade vid sin senaste kongress att avskaffa sjukförsäkringens karensdag. Karensdagen gör att människor som har små ekonomiska marginaler tvingas gå till jobbet trots att de egentligen borde stanna hemma. Sådan sjuknärvaro är idag ett långsiktigt och växande folkhälsoproblem. Sjukdomar och skador riskerar att förvärras och spridas i högre grad än vad de skulle göra om man hade stannat hemma när det behövdes.

Karensdagen är dessutom orättvist utformad eftersom vissa arbetstagare drabbas hårdare än andra. De som arbetar koncentrerad arbetstid – det vill säga färre men längre pass per månad – förlorar en större del av sin månadsinkomst än andra när de är borta en dag från jobbet. En sådan fördelning av arbetstiden är vanligt hos till exempel personer som arbetar nattpass. Systemet slår även snett mot dem som arbetar hela dagar men deltid eftersom en dags förlorad inkomst för dem innebär att en större andel av månadsinkomsten uteblir.

Inte minst de kvinnodominerade grupperna inom vård och omsorg drabbas av dagens karensdagssystem eftersom det där är vanligt med både långa nattpass och ofrivillig deltid. Till exempel är det vanligt att den som arbetar ständig natt arbetar deltid 68 procent fördelat på 12 nätter på fem veckor. En karensdag innebär då att man förlorar hela 9,4 procent av månadslönen. Det ska jämföras med att den som arbetar heltid fem dagar i veckan förlorar 4,5 procent av månadslönen. Till detta kommer att varje procent förlorad inkomst är värre för låginkomsttagare än höginkomsttagare eftersom marginalerna är mindre.¹⁶

Karensdagen medverkar otvivelaktigt till att den s.k. sjuknärvaron har ökar. Utifrån studier vid Karolinska institutet kan vi konstatera att sjuknärvaron ökat med tre procentenheter mellan 2010 och 2012. Ökningen innebär 140 000 fler personer med sjuknärvaro.¹⁷

En rad studier visar dessutom att personer som upprepade gånger går till jobbet trots att de borde ha sjukskrivit sig löper större risk för framtida sjukskrivningar, både korta och långa. Över två miljoner anställda i vårt land går till jobbet minst två gånger om året trots att de borde sjukskriva sig och stanna hemma i stället. Det motsvarar 50 procent av kvinnorna och 47 procent av männen på arbetsmarknaden. De grupper som har högre sjuknärvaro än andra är exempelvis förskolelärare, socialsekreterare, vårdpersonal, byggjobbare, restauranganställda och lagerarbetare.¹⁸

¹⁶ Kommunal (2011) *Lagom är bäst, varken för mycket eller för lite sjukskrivning – om självrisker och karens*.

¹⁷ Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sickness Presenteeism predicts Suboptimal Self-rated Health and Sickness Absence: a nationally representative study of the working population of Sweden. *PLOS ONE*, September 2012, Volume 7, Issue 9, e44721 och Aronsson, G. (2012). Sjuknärvaro - en forskningsöversikt. i K. Alexandersson (Red.), *Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund*. Karolinska institutet, sid 23-33

¹⁸ Ibid.

Professor Gunnar Aronsson, på psykologiska institutionen vid Stockholms universitet, är en av de främsta forskarna på området. Han delar upp personer med hög sjuknärvaro i tre grupper:¹⁹

1. De som har yrken med låg lön,
2. Personer med otrygga anställningar,
3. Högutbildade med specialkompetens, som kan vara svåra att ersätta.

Gunnar Aronsson tror dock att det som främst avgör valet mellan att stanna hemma eller gå till jobbet oftast är hög tidspress och små ekonomiska marginaler: ”– *Många har helt enkelt inte råd med karensdagen. Man glömmar dock bort att dagens sjuknärvaro kan vara morgondagens sjukfrånvaro.*”²⁰

Det finns således starka jämlikhetsmotiv och väl grundade långsiktiga samhällsekonomiska skäl till att avskaffa karensdagen. Den hör helt enkelt inte hemma i en modern sjukförsäkring.

LO är dock väl medveten om att det kan vara svårt att omedelbart avskaffa karensdagen, inte minst pga att det idag saknas ett brett politiskt stöd för en sådan åtgärd. Därför kan ett första steg vara att det införs ett så kallat karensavdrag. Ett sådant förslag remissbehandlades 2004 men blev aldrig genomfört, trots att de allra flesta remissinstanserna var positiva till förslaget.

Karensavdraget skulle innebära ett avdrag på en femtedels veckoinkomst i stället för en dags/ett arbetspass inkomstbortfall. Förutom att den negativa smittspridningseffekten skulle lindras innebär förslaget också att en rad orättvisor som följer av karensdagen motverkas.

Problemen för dem med koncentrerad (del)tid skulle minska. De personer som har flera arbetsgivare och som med dagens system riskerar att få flera karensdagar i samma sjukperiod skulle få samma inkomstbortfall som alla andra. Att den som går hem sent på eftermiddagen och blir sjuk klarar sig med bara några timmars avdrag skulle också lösas mera rättvist.

Att löntagare med koncentrerade arbetspass behandlas som alla andra är ett viktigt fackligt krav. Deras karensavdrag bör motsvara en femtedel av veckoarbetstiden. För de ytterligare timmar som arbetspasset omfattar bör de, som andra, få sjuklön. Tungt, viktigt och oundvikligt nattarbete ska inte drabbas av extra pålagor. I dag är detta tyvärr ett faktum, som dessutom i särskilt stor utsträckning missgynnar kvinnor med låga inkomster och osäkra anställningar.

Därför krävs:

Att karensdagen i sjukförsäkringen avskaffas.

Att ett första steg i arbetet med att avskaffa karensdagen kan vara att införa ett s.k. karensavdrag, som innebär ett avdrag på en femtedels veckoinkomst i stället för en dags/ett arbetspass inkomstbortfall.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Intervju i *Arbetet* 2012-08-24

7. Rätten till ideellt engagemang för långtidssjuka

Ett annat problem för personer med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning är att möjligheterna till ideellt engagemang i praktiken är begränsade pga Försäkringskassans praxis. Detta beror på att rätten att engagera sig ideellt utan att förlora sin ersättning från Försäkringskassan är inte reglerad i lag. Det har därför förekommit att personer med sjukersättning avråds av Försäkringskassan att engagera sig ideellt, eftersom detta riskerar att inkräkta på deras rätt till ersättning. Så här får det inte vara.

Många av de sjukfrånvarande vågar därför inte engagera sig i t.ex. en ideell förening eller ett politiskt parti. Detta måste betraktas som en omotiverad inskränkning av demokratin. Situationen blir helt orimlig när personer som har drabbats av den förda sjukförsäkringspolitiken drar sig för att protestera mot densamma, eftersom de är rädda att försvåra sina möjligheter till framtida försörjning.

För att komma tillrätta med dessa problem skulle man kunna bygga vidare på en av de åtgärder som regeringen genomfört. Det handlar om en utökad rätt att arbeta upp till en viss nivå för dem som beviljats sjukersättning. Men här finns det dock idag omotiverade skillnader beroende på *när* beslutet om sjukersättning är fattat.

De som beviljats sjukersättning före den 1 juli 2008 har - till skillnad från dem som beviljats sjukersättning efter detta datum, rätt att arbeta - arbeta ideellt eller studera i obegränsad omfattning med bibehållen ersättning. De har i år (2013) möjlighet att tjäna 44 500 kr om året om de har en hel sjukersättning. Över denna nivå räknas sjukersättningen av med 50 procent av arbetsinkomsten. Arbetsförmågan kommer inte att ifrågasättas, inte ens för den som går upp till heltidsarbete. Möjligheten att gå tillbaka till hel förtidspension (sjukersättning) finns kvar tills personen fyllt 65 år.

Att de generösare villkoren rörande rätten att förvärvsarbeta och samtidigt uppbära sjukersättning enbart gäller dem som beviljats sjukersättning före 1 juli 2008 är naturligtvis både orättvist och orimligt. Villkoren rörande rätten att arbeta och samtidigt uppbära sjukersättning borde vara lika för alla, oavsett när beslutet om sjukersättning fattats. När denna rätt genomförs generellt för alla med sjukersättning bör man justera regelverket så att vi får en avtrappning av sjukersättningen efter en viss tid, exempelvis mellan ett halvt till ett års förvärvsarbete.

En sådan ordning skulle ändå på ett bra sätt stimulera dem som drabbats av långvarig ohälsa och beviljats sjukersättning att i den takt de kan öka sitt arbetskraftsdeltagande. Sjukersättningen skulle då inte heller behöva upplevas som att man för tid och evighet parkerats utanför arbetsmarkanden utan hopp om att någonsin komma tillbaks.

Därför krävs:

Att rätten till ideellt engagemang entydigt säkras i lagstiftningen, även för dem som får ersättning från sjukförsäkringen.

Att alla som beviljats sjukersättning när som helst ska kunna prova på att arbeta, öka sin arbetstid eller studera utan att förlora sin godkända ersättning enligt de villkor som gäller för dem som beviljats sjukersättning före 1 juli 2008. När denna rätt genomförs

generellt för alla med sjukersättning bör man justera regelverket så att vi får en avtrappning av sjukersättningen efter en viss tids arbete, exempelvis mellan ett halvt till ett års helt förvärvsarbete.

8. Försäkringskassan får inte göras till ”Svarte Petter”

Samtidigt som förtroendet för andra myndigheter stärkts något under de senaste åren har förtroendet för Försäkringskassan (FK) rasat. Det visar SOM-institutets och andra akademiska forskares mätningar av medborgarnas förtroende för olika myndigheter. Under de senaste tio åren har svenskarnas förtroende för Försäkringskassan, enligt SOM-institutet, aldrig varit så lågt som just nu.

År 1999 hade 36 procent stort förtroende för Försäkringskassan, 2009 hade den siffran sjunkit till 16 procent. Samtidigt hade de 19 procent som hade litet förtroende 1999 ökat till 48 procent 2009. Detta är en utveckling som tyvärr inte tycks ha nått sitt slut ännu. Medborgarna litar uppenbarligen inte längre på Försäkringskassan. Vad vi ser är alltså en statlig myndighet i djup förtroendekris.²¹ Och det är inte frågan om vilken myndighet som helst:

”- Försäkringskassan har hand om väldigt stora delar av hela vårt socialförsäkringssystem med sjukpenning, föräldraförsäkring och väldigt stora transfereringar. Ur folkhälsoperspektiv är det väldigt, väldigt viktigt att den myndighet som sköter de här försäkringssystemen har ett stort förtroende för att man ska kunna bedriva en effektiv och trygg verksamhet som medborgarna känner tillit till”, så säger exempelvis statsvetaren Helena Rohdén som tittat närmare på frågan.²²

Det är lätt att inse att personalen på Försäkringskassan inte har det lätt just nu. Många FK-anställda sliter hårt för att på bästa sätt tolka de ofta hafsigt genomförda och otydligt formulerade regelverk de fått att hantera av ansvariga politiker. En del av handläggarna anser exempelvis att de nya och hårdare tidsgränserna i sjukförsäkringen visserligen gör det lättare för dem att snabbare ”avsluta ärenden”, men samtidigt inser de att konsekvenserna av besluten i allt för många fall blir helt orimliga och ibland till och med förödande för de enskilda försäkrade.²³ De skarpa tidsgränserna är också förknippade med ett stort antal otydligt formulerade och svårtolkade undantag, som dessutom på kort tid förändrats ett antal gånger av politikerna.

I samband med hanteringen av dessa svåra ärenden får FK-personalen också ta emot ett växande antal samtal från förtvivlade människor, som till följd av det hårdare regelverket blivit av med sin ekonomiska trygghet, och nu i sin desperation allt oftare tar till hotfulla formuleringar eller hotar med att ta sitt eget liv.²⁴ Det är inte så svårt att förstå att man då känner sig extra frustrerad som FK-anställd.

Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans personal skulle behöva en kontinuerlig kompetensutveckling, där exempelvis handikappreformen och personer med olika

²¹ Hensing, G, Holmgren, K och Rohdén, H (2010) Sänkt förtroende för försäkringskassan i Sören Holmberg & Lennart Weibull (red) *Nordiskt ljus*. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.

²² Intervju i *P1-morgon*, 2010-08-30

²³ Fackförbundet ST (2010), *Sjukförsäkringsreformen: så blev det – arbetsförmedlarnas och försäkringskassehandläggarnas bild av en kontroversiell reform*.

²⁴ Antalet utförsäkrade som meddelar Försäkringskassan att de tänker ta sitt liv har ökat med över 3 000 procent mellan 2008, då de nya sjukreglerna infördes, och 2012. 2011 tog Försäkringskassan emot 599 självmordshot från personer som blivit utförsäkrade eller fått besked om en snar utförsäkring. 2007 var motsvarande siffra 19. Se statistik från Försäkringskassan som refereras i *Arbetet* 27 april 2012.

typer av funktionsnedsättningar engagerades. Detta är viktigt inte minst för att motverka att man fastnar i en fokusering på hindren istället för att se och utgå från möjligheterna med att anställa en person med funktionsnedsättning. Många som har olika typer av funktionsnedsättningar har i sin egen vardag tvingats utveckla en problemlösningsförmåga. Detta är en egenskap som bara blir mer och mer intressant för arbetsmarkanden, inte minst på grund av att vi just nu är inne i en process där vi går från ett industri- till ett informationssamhälle.

Dessutom har Försäkringskassan tyvärr gått miste om den erfarenhetsbaserade kunskap som kunde kvalitetssäkra svåra beslut via de s.k. socialförsäkringsnämnderna när regeringen beslöt att lägga ned dessa. Här anser LO att en bättre väg att gå är att bygga ut och förstärka socialförsäkringsnämnderna exempelvis genom att vid behov öppna upp för medverkan av andra aktörer, så som exempelvis de yrkesmedicinska klinikerna och handikapprörelsen, för att stärka kunskapen och kvaliteten i beslutsunderlaget. Socialförsäkringsnämnderna spelade och kan i framtiden fortsätta att spela en viktig roll, inte minst när det gäller att kvalitetssäkra beslut och samtidigt skapa förståelse och legitimitet för de beslut som försäkringskassapersonalen tvingas fatta.

En fungerande socialförsäkring kräver en fungerande Försäkringskassa. Att fatta beslut utifrån omänskliga regler har tillsammans med minskade resurser lett till mycket pressade förhållanden för de anställda. Regeringens besparingar har även inneburit en plan från Försäkringskassans ledning att lägga ned sin verksamhet på de lokala servicekontoren, vilket skulle slå hårt mot dem som behöver träffa en människa ansikte mot ansikte till exempel för att man inte helt behärskar språket.

LO har drivit på för att behålla de lokala servicekontoren. Därför är det bra att riksdagen tog beslut och som ledde till att regeringen stoppat dessa planer. Detta innebär dock inte att situationen är löst. Det krävs generellt sett höjda anslag så att de lokala servicekontoren kan räddas. Men även verksamheten i övrigt kräver ökade medel om rättssäkerheten och en god medborgarservice ska kunna upprätthållas.

De orimliga sjukförsäkringsreglerna har lett till att allt fler tvingas överklaga sina beslut. Det innebär en stor arbetsbelastning för förvaltningsrätterna som lett till mycket långa handläggningstider, för både sjukförsäkringsärenden och andra ärenden. Dessutom har det visat sig avgörande för utgången i ärendet i vilken del av landet man bor och vilken förvaltningsrätt som fattar beslutet.²⁵ Detta är orimligt. Men med de förslag till ny sjukförsäkring som här presenterats kan den ökade belastningen på rättsväsendet, som nuvarande sjukregler orsakat, antas lätta och resurser därmed frigöras.

Därför krävs:

Att Försäkringskassan, för att kunna upprätthålla en rättssäker behandling och en god service till medborgarna, behåller de lokala servicekontoren.

²⁵ Se reportage i *Dagens Nyheter* 2012-04-26, där statistisk ang. utfallet i olika förvaltningsdomstolar refererades.

Att det införs en ny form av socialförsäkringsnämnder där parterna deltar, men där även andra viktiga aktörer vid behov inbjuds för att stärka kunskapen och kvaliteten i verksamheten.

Att handikapprörelsen i större utsträckning än idag ges möjlighet att delta vid olika typer av utbildningar av försäkringskassepersonal för att exempelvis dela mer sig av sin erfarenhetsbaserade kunskap om hur myndighetens bemötande av personer med funktionsnedsättning kan förbättras.

9. Rehabiliteringsrättigheter och stöd tillbaka till arbete

Sjukförsäkringen och dess villkor ska stimulera aktivitet för att förbättra hälsan och arbetsförmågan. Även när vägen tillbaka till arbete inte är spikrak ska man kunna känna en ekonomisk trygghet. Sjukförsäkringen bör därför vara rymlig så att välmotiverade medicinska insatser, rehabilitering och arbetsprövning kan pågå på ett individuellt anpassat sätt utan att ersättningen riskeras. Detta är särskilt viktigt då många individer som länge funnits i sjukförsäkringen har olika typer av samsjuklighet/multisjuklighet som ofta kräver skraddarsydd insatser.

Insatserna ska planeras så att de sätts in i rätt tid. Okomplicerade sjukdomstillstånd kan även de behöva olika lång tid för läkning och återhämtning, i andra fall krävs särskilt stöd eller rehabiliteringsåtgärder. I sjukskrivningsprocessen är det individens behov och arbetsvilja som bör sättas i centrum. En individuell bedömning av den sjukskrivnes arbetsförmåga bör därför göras av Försäkringskassan senast sex veckor efter första sjukskrivningsdag.

För dem som har en funktionsnedsättning som kräver rehabilitering är det särskilt viktigt att såväl den medicinska som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen stärks och att de utbildningsinsatser som eventuellt krävs för att vidmakthålla eller förbättra individens arbetsförmåga sätts in så snabbt som möjligt. Detta gäller i synnerhet för de ungdomar som har neuropsykiatriska diagnoser och lämnar särskolan och/eller helt saknar tidigare arbetslivserfarenhet. För många som befinner sig i denna situation kan det vara värdefullt att så snart som möjligt aktualisera frågan ”vad vill jag göra av resten av mitt liv?”. Strävan måste vara att hitta fram till långsiktigt hållbara lösningar, såväl ur den enskildes, arbetsgivarnas som samhällets synvinkel. De som kan och vill arbeta ska också ges möjlighet att göra detta.

Ett steg i rätt riktning vore kanske att närmare analysera hur lagstiftningen på detta område bättre kan anpassas till dagens arbetsmarknadssituation, inte minst finns det behov av att förstärka det arbetsrättsliga skyddet för dem som drabbats av ohälsa. En annan möjlighet, som skyndsamt behöver utredas vidare, är att till arbetsmiljölagen och dess föreskrifter samt diskrimineringslagen och främjandelagen²⁶ tydligare koppla effektivare och mer verkningsfulla sanktionsmöjligheter mot den arbetsgivare som uppenbart bryter mot lagstiftningen.²⁷

Omvandla tidsgränserna i sjukförsäkringen till stödjepunkter

En tredje väg att gå är att omvandla dagens tidsgränser i den s.k. rehabiliteringskedjan till stödjepunkter där individen rustas med tydliga rehabiliteringsrättigheter. Konkret kan det innebära att arbetsgivaren så snart som möjligt dock senast inom tre månader -

²⁶ Se särskilt paragraferna 8-13 i främjandelagen som rör tillämpningen.

²⁷ I en underlagsrapport från ISF till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstateras när man jämför situationen i olika europeiska länder att ”sammantaget har arbetsgivaren i Sverige litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och jämförelsevis låga kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensioner.”, se *Arbetslivsinriktad rehabilitering* (S 2010:04), s. 61. *Långtidsutredningen (2011:11)* föreslog också ett införande av ”tydligare finansiella sanktioner mot arbetsgivare som inte erbjuder rehabiliterings- eller omplaceringsmöjligheter där detta borde ha skett.” LO ansåg att den modell som LU föreslog på detta område var intressant och förtjänar att analyseras närmare, för en mer fördjupad analys se LOs remissvar rörande SOU 2011:11.

i samarbete med den enskilde, Försäkringskassan, behandlande läkare, företagshälsovården och då det är aktuellt även annan kontakt - bör utforma en individuell rehabiliteringsplan. Den enskilde ska till dessa träffar även ha rätt att ta med fackligt ombud. Ingen annan än den enskilde ska kunna neka facket från att delta vid dessa träffar.²⁸

Huvudansvaret för att initiera denna process bör ligga på arbetsgivaren, som ju enligt arbetsmiljölagen har skyldighet att anpassa arbetsplatsen efter den anställdes förutsättningar. Här finns dock fortfarande en hel del kvar att göra, inte minst för att se till att lagstiftningen tillämpas bättre och även överväga hur denna ska kunna förbättras.

Det ska således finnas en lagstadgad skyldighet (i socialförsäkringsbalken, SFB) för arbetsgivaren att se till att en individuell rehabiliteringsplan upprättas senast inom den angivna tidsramen på tre månader. En kontinuerligt återkommande uppföljning/utvärdering av rehabiliteringsplanen bör naturligtvis göras, där såväl den enskilde som skyddsombudet involveras. Om en arbetsgivare inte fullföljer sina skyldigheter bör det finnas möjligheter att utdöma betydlig mer kännbara sanktioner än dem som finns idag. Via en väl utbyggd rehabiliteringsförsäkring skulle exempelvis de mindre arbetsgivarna kunna ges stöd och hjälp, så att de klarar av sina åtaganden när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering.²⁹

I de individuella rehabiliteringsrättigheterna kan en rad olika delar ingå:

- Målsättningen för rehabiliteringen ska i första hand vara att pröva lämpligheten av att den enskilde rehabiliteras tillbaks till den tidigare anställningen. Om detta inte fungerar ska arbetsgivaren hitta en annan plats inom företaget/organisationen. Därefter kan det bli frågan om att, via olika former av omställningsstöd, hjälpa den enskilde att hitta en ny plats på den övriga arbetsmarknaden.
- En grundprincip i det offentliga omställningsstödet bör vara att alla medborgare ska ha rätt att få ett likvärdigt omställningsstöd oavsett kön, yrke eller utbildningsbakgrund. Oavsett om man är arbetare, tjänsteman eller akademiker har man alltså lika rätt att få ett individuellt anpassat omställningsstöd utgående från de behov man har. Det får aldrig vara gruppens sjukdomsrisk som avgör hur omfattande och högkvalitativt stödet är. Staten har ett ansvar att tillse att stödet för olika grupper är likvärdigt.
- Arbetsgivaren bör göras ansvarig för att ta fram en individuell rehabiliteringsplan senast inom tre månader. Om detta inte gjorts inom angiven tidsram (avstämning senast vid 6 månader) ska arbetsgivaren vara skyldig att betala sjuklön för den period som den enskilde stått utan en individuell rehabiliteringsplan.
- LO vill dessutom se ett utbyggt rehabiliterings- och omställningsavtal som bland annat tydliggör att om arbetsgivaren inte fullföljer sitt anpassnings- och rehabiliteringsansvar inom de angivna tidsramarna åläggs denne bland annat

²⁸ Ett förtydligande i föreskrifterna som är kopplade till AML bör övervägas om skyddsombudets medverkan vid anpassning och rehabilitering.

²⁹ Även arbetet med s.k. samverkansavtal på olika nivåer kan utvecklas ytterligare, så att i synnerhet små arbetsgivare i samverkan med ansvariga myndigheter och facket kan hitta fram till smidigare lösningar för dem som drabbats av ohälsa.

att stå för olika utbildningsinsatser, som gör att arbetstagaren kan ställa om till annat arbete.³⁰

- Ingen anställd ska bli uppsagd, eller bli av med sin ersättning från sjukförsäkringen, så länge rehabilitering pågår och behandlande läkare bedömer att det finns en möjlighet att arbetsförmågan kan förbättras så att den enskilde kan återgå till sin arbetsplats.
- Alla anställda ska ha tillgång till en kvalitetssäkrad och partsgemensam företagshälsovård.
- För den som saknar anställning ska arbetsförmedlingen fortsatt ha det övergripande ansvaret, samtidigt kan den enskilde ändå omfattas av omställningsstöd via de s.k. inkluderingsgrupperna som de anställda (se nästa avsnitt).

Rättigheter motsvaras alltid av skyldigheter. Det är självklart att den individ som, trots behandlande läkares och Försäkringskassans inrådan, vägrar delta i medicinsk- eller arbetslivsinriktad rehabilitering inte ska kunna räkna med fortsatt ersättning från sjukförsäkringen.

Arbetsmarknaden måste göras rymligare

När den individuella rehabiliteringsplanen utformas är det av största vikt att företagshälsovården involveras i processen så tidigt som möjligt och att kunskap om arbetsplatsen, såväl den psykosociala som den fysiska arbetsmiljön, vägs in. Företagshälsovården har möjlighet att se kopplingen mellan ohälsa och problem på arbetsplatsen och kan dessutom reagera så att åtgärder sätts in. Självklart måste också skyddsombudet involveras i denna process.

Den individuella rehabiliteringsplanen ska innehålla en beskrivning av de insatser som behövs för att den enskilde ska kunna återgå i arbete, beslut om resurser, vem som ansvarar för att insatserna utförs samt inom vilken tidsram dessa ska vara påbörjade. Rehabiliteringsplanen ska löpande följas upp och stämmas av vid de tidpunkter som finns angivna i planen. Förbryter sig någon av de berörda aktörerna, som kan leverera rehabilitering, mot innehållet i planen ska det finnas möjligheter att via avtal eller via Försäkringskassan vidta kännbara sanktioner. Varje individ ska under sin sjukskrivningsperiod ha rätt till en individuell rehabiliteringsplan i enlighet med det ovan angivna.

I och med att Sverige ratificerat ILO-konventionen 161 har staten huvudansvaret att tillse att en positiv utveckling, när det gäller tillgången på företagshälsovård, kommer till stånd. Därtill har även arbetsmarkandens parter ett ansvar att se till att företagshälsovården kommer alla till del genom kollektivavtal. Företagshälsovården ska vara en partsgemensam resurs som arbetar i nära samverkan både med företaget och det lokala facket. Ett strategiskt förebyggande arbetsmiljöarbete - där företagshälsovårdens expertkompetens utnyttjas vid förändringar i företaget så som vid omorganisationer, inköp eller ombyggnader - kräver ett nära samarbete. Återkoppling av resultat från olika typer av undersökningar och andra kontakter med

³⁰ Ett liknande lagförslag fördes fram i utredningen ”Gränslandet mellan sjukdom och arbete” (SOU 2009:89). Men där begränsades denna sanktion till dag 1-180.

företagshälsovården bör ske systematiskt för upprättande av gemensamma handlingsplaner för det fortsatta arbetet.

I dag ses företagshälsovården fortfarande allt för mycket som en ”minimiresurs”, många arbetsgivare väljer helt enkelt den som är billigast.³¹ Men företagshälsovården skulle i betydligt större utsträckning än idag kunna spela en aktivare roll i det förebyggande och hälsobefrämjande arbetet.³² En företagshälsovård som känner företaget kan initiera att åtgärder och anpassningar vidtas i arbetsmiljön innan förhållandena leder till ohälsa. Med en utvecklad samverkan mellan företagshälsovården och företaget så finns också det professionella stödet när arbetsgivaren har behov av att upprätta en rehabiliteringsplan.

Regeringens så kallade rehabiliteringsgaranti har enligt en utvärdering från Karolinska institutet inte gett den avsedda effekten.³³ Sjukskrivna som deltagit i rehabilitering inom ramarna för garantin har inte återvänt till arbete i högre grad än andra. En av de brister som uppmärksammats är att det endast finns bristfälliga vetenskapliga underlag för val av behandlingsmodell vid exempelvis lättare psykisk ohälsa. Detta anser bland andra Rehabiliteringsrådet, som också tillsatts för att granska garantin. Enligt rådet kan man bygga upp en del av den kunskap som i dag saknas genom att koppla ett rehabiliteringsregister till rehabiliteringsgarantin, så att resultaten kontinuerligt rapporteras in och analyseras. Ett sådant kvalitetsregister, med tydlig koppling till arbetslivet och dess utveckling, bör inrättas.³⁴

För att Arbetsmiljöverket ska klara sitt uppdrag att arbeta med föreskrifter krävs resurser, annars riskerar såväl arbetet som hela regelverket kring arbetsmiljön att bli föråldrat. Här finns mycket att göra efter de neddragningar som den borgerliga regeringen genomfört. Idag lever Sverige inte ens upp till ILO:s allmänna råd om antalet arbetsmiljöinspektörer per anställd.³⁵ Det finns dessutom ett stort behov av att kraftigt öka stödet så att antalet skyddsombud kan öka. En undersökning från LO visar exempelvis att ca 40 procent av skyddsombuden inte deltog i någon arbetsmiljöutbildning under år 2008.³⁶ Detta är naturligtvis inte bra. Här behöver naturligtvis insatserna förstärkas ytterligare.³⁷

Det är också viktigt att stödja ett mer aktivt, systematiskt och strategiskt arbetsmiljöarbete som bättre tar tillvara på människors kraft och låter dem spela en roll i att utveckla arbetsorganisationen. Inflytande över arbetet och möjligheter att få använda sin kompetens i jobbet är här centralt. Med hjälp av en genomtänkt arbetsorganisation kan risker för arbetsolyckor och belastningssjukdomar undvikas och den psykosociala hälsan förbättras.

Efter att Arbetslivsinstitutet lades ned saknas en samlad kunskapsbild när det gäller arbetsmiljöfrågorna, rehabiliteringen och de insatser som syftar till att tillvarata

³¹ Gellerstedt (2013) *Arbetsmiljö 2012. Klass och kön*, LO-rapport.

³² Se även mer utvecklade tankar i exempelvis *Inte bara Samhall* (SOU 2003:56).

³³ Karolinska Institutet (2011) *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin, slutrapport del II*.

³⁴ Här bör man även se över vilken roll som exempelvis AFA och Alecta kan spela.

³⁵ Enligt internationella arbetsorganisationen (ILO) bör det finnas en arbetsmiljöinspektör per 10 000 anställda i industriländer. Sverige låg 2012 på 0,62 inspektörer, vilket gör oss till sämst i Norden.

³⁶ LO (2008) *Samverkan för en bättre arbetsmiljö – skyddsombudens arbete och erfarenheter*.

³⁷ De europeiska avtalen på området bör dessutom i större utsträckning användas och tillämpas.

arbetsförmågan hos dem som har någon form av funktionsnedsättning. Det måste därför till en nationell kraftsamling av forskare, som samarbetar med fackföreningsrörelsen, kring en vetenskaplig kartläggning av vad som i verkligheten händer med personer som går in i långtidssjukskrivning och hur detta samspelar med förändringar i arbetsmiljön. Hur Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bemöter de försäkrade samt arbetsmiljön för de anställda i Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen måste också studeras inom ramen för denna forskningssatsning.

Långsiktigt vinner alla på ökade investeringar i en hållbar arbetsmiljö. Den enskilde som kan utföra sitt jobb i en säker, trygg och utvecklande arbetsmiljö kan arbeta ett helt yrkesliv med hälsan i behåll. Arbetsgivaren som får lägre kostnader, bättre produktionsresultat och ekonomisk utveckling. Samhället som får skatteintäkter av arbetsinkomster i stället för att betala vård och ersättning från sjukförsäkringen.

En god arbetsmiljö kan således ge konkurrensfördelar, trivsel och produktivitet utveckling. Centralt för minskad ohälsa är det förebyggande arbetet. Ett mänskligare arbetsliv med bättre arbetsmiljö, utbildade skyddsombud och starka fackföreningar är nödvändigt för att minimera risk för skador och sjukdom.

Därför krävs:

Att dagens tidsgränser i sjukförsäkringen - vid 180, 364 och 914 - omvandlas till stödjepunkter där den enskilde rustas med individuella rehabiliteringsrättigheter. Senast efter tre månader ska den enskilde exempelvis ha rätt till en individuellt utformad rehabiliteringsplan.

Att arbetsgivaren åter ges huvudansvaret att se till att den sjukskrivne får en individuellt utformad rehabiliteringsplan. Huruvida arbetsgivaren uppfyllt sitt ansvar i detta avseende prövas senast sex månader efter sjukfallets början. Brister arbetsgivaren i ansvar när det gäller detta ska denne kunna dömas till att stå för sjuklön under den period som den enskilde stått utan rehabiliteringsplan.

Att Försäkringskassan är skyldig, när behandlande läkare inte föreskriver annat, att göra en individuell helhetsbedömning av den sjukskrivnes arbetsförmåga senast sex veckor efter första sjukskrivningsdag. Här är det även viktigt att hänsyn tas till eventuell samsjuklighet.

Att alla anställda ska ha rätt till en kvalitetssäkrad företagshälsovård.

Att regeringen avsätter stimulansmedel så att parterna branschvis och med hjälp av företagshälsovården kan ta fram ett utvecklat datastöd att använda vid riskvärdering av arbetsmiljön.

Att koppla ett rehabiliteringsregister till rehabiliteringsgarantin, så som Rehabiliteringsrådet föreslagit, så att resultaten kontinuerligt rapporteras in och kan användas vid utformningen av de individuella rehabiliteringsplanerna.

Att arbetsförmågan skall bedömas av personer med medicinsk kompetens, arbetsmiljökompetens, kunskap om sjukförsäkringsreglerna och god kännedom om

patienten. Det innebär bl.a. att den behandlande läkarens status i sjukskrivningsprocessen förstärks jämfört med hur det ser ut idag.

Att den medicinska rehabiliteringen genom rehabiliteringsgarantin ska omfatta alla diagnosgrupper samt individanpassas och kvalitetssäkras.

Att regeringen utreder om någon form av sanktionssystem kan utvecklas i de fall när sjukvården brister och den enskilde inte alls eller för sent får tillgång till en rimligt och adekvat medicinsk rehabilitering.

Att Sverige lever upp till ILO:s allmänna råd om antalet arbetsmiljöinspektörer per 10 000 invånare.

Att Arbetsmiljöverket tillförs ökade resurser så att myndigheten åter kan bli ett viktigt verktyg i arbetet.

Att regeringen tar initiativ till att återskapa den samlade kunskapsbild på arbetsmiljöområdet som fanns innan ALI lades ned. Det behövs därför en nationell kraftsamling av forskare, som nära samarbetar med fackföreningsrörelsen, kring en vetenskaplig kartläggning av vad som i verkligheten händer med personer som går in i långtidssjukskrivning och hur detta samspelar med förändringar i arbetsmiljön.

Att Sverige genast ratificerar ILO 94, som innebär att det vid offentliga upphandlingar kan ställas sociala krav på leverantörer av varor och tjänster.

Att det tidigare statsbidraget för funktions- samt vidareutbildning av regionala-/huvud skyddsombud samt bolagsstyrelseledamöter återinförs.

10. En rehabiliterings- och omställningspakt för Sverige

Ansvar och kraven i sjukförsäkringen måste fördelas såväl på samhälle, arbetsgivare som på den enskilde. Visst finns det alltid en risk att skärpta krav och sanktioner på arbetsgivarna riskerar att leda till en selektion, där personer med ohälsoproblematik riskerar att sorteras ut och få svårare att stanna kvar och komma in på arbetsmarknaden. Samtidigt måste man beakta att arbetsgivarna i vårt land, i ett internationellt jämförande perspektiv, har ett litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och dessutom jämförelsevis låga kostnader för den långa sjukfrånvaron.³⁸

Detta är naturligtvis en effekt av att alliansregeringen systematiskt sedan man tillträdde har avlöst arbetsgivarna på ansvar. I början efter maktövertagandet 2006 avskaffade man det s.k. medfinansieringssystemet, som gjorde att arbetsgivarna fick ett kostnadsansvar för de långtidssjuka och incitament att snabbare se till att de kommer tillbaka i arbete.³⁹ Därefter har man också tagit bort arbetsgivarens skyldighet att upprätta en individuell rehabiliteringsplan som tidigare fanns inskriven i lagen om allmän försäkring (LAF).

Vi behöver en rimligare balans i ansvarsfördelningen

I dag ligger således ansvaret och kraven i sjukförsäkringen nästan uteslutande på den sjuka personen själv, medan arbetsgivare kan vänta ut de olika tidsgränserna i rehabiliteringskedjan för att på så sätt sortera ut de anställda som inte kan arbeta med maximalt tempo hela tiden eller av andra skäl enligt arbetsgivaren är mindre önskvärda. Behovet av en rimligare balans i ansvarsfördelningen är alltså uppenbar.⁴⁰

Arbetsmiljölagstiftningens uttalade skyldigheter för arbetsgivaren att anpassa arbetsplats och arbetsuppgifter behöver tydligare kopplas till kännbara ekonomiska sanktionsavgifter. Lagstiftaren bör därför närmare utreda olika förslag om ekonomiska sanktionsavgifter för de arbetsgivare som inte fullgör sina skyldigheter att underlätta för den anställda att återgå till sitt tidigare arbete. Sådana lagstiftade sanktionsavgifter kan med fördel göras semidispositiva. Det skulle öka möjligheterna för facken att driva fall där arbetsgivare inte fullföljt sina skyldigheter, samtidigt som avtalen möjliggör en bättre anpassning av reglerna.⁴¹

³⁸ Johansson, P., Aydin, E. och Bergendorff, S. m.fl. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), s. 60-61.

³⁹ Medfinansieringen i sjukförsäkringen gällde mellan 1 januari 2005 och 1 januari 2007 och innebar att arbetsgivaren betalade två veckors sjuklön och sedan 15 procent av den fortsatta kostanden för sjukpenning.

⁴⁰ I olika rapporter från Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) visas t.ex. att Försäkringskassans handläggare i ca 70 procent av fallen idag gör en bedömning, utifrån ett arbetsgivarutlåtande, utan att utreda möjligheten till alternativa arbeten hos arbetsgivaren, se ISF Rapport 2011:4 och ISF Rapport 2011:5. Även OECD har vid ett flertal tillfällen kritiserat Sverige för att arbetsgivarna har allt för få incitament att underlätta återgången i arbete för sjukfrånvarande. Nu senast skedde detta i rapporten OECD (2013) *Mental health and work . Sweden*.

⁴¹ Långtidsutredningen (SOU 2011:11) föreslog också ett införande av ”tydligare finansiella sanktioner mot arbetsgivare som inte erbjuder rehabiliterings- eller omplaceringsmöjligheter där detta borde ha skett.” LO ansåg att den modell som LU föreslog på detta område var intressant och förtjänar att analyseras närmare, för en mer fördjupad analys se LOs remissvar rörande SOU 2011:11.

Givetvis bör Försäkringskassan fortsatt ha det grundläggande ansvaret för den som är sjukskriven och Arbetsförmedlingen för den som är arbetslös. Men för att nå fram till smidigare lösningar än de vi har idag, för dem med partiell/nedsatt arbetsförmåga, krävs av allt att döma en mer utvecklad myndighetssamverkan och en tydligare koppling till den erfarenhetsbaserade kunskap som arbetsmarknadens parter faktiskt besitter. En arbetsmarknadsnära samverkan, mellan de ansvariga myndigheterna och arbetsmarknadsparterna, behöver därför utvecklas.

Rehabiliteringsförsäkring, omställningsstöd och inkluderingsgrupper

Genom en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring och utvidgade omställningsavtal, som även inbegriper personer som varit sjukfrånvarande, kan förhoppningsvis en mer sammanhållen struktur skapas så att alla parter bättre kan ta sitt ansvar. Men detta räcker inte. Staten måste ta ett huvudansvar för att insatserna som kommer individerna till del är tillräckligt kraftfulla och att alla får ett likvärdigt stöd. LO anser alltså att staten bör ha ett ansvar att riskgruppsutjämna så att alla - oavsett om de är kvinnor, män, arbetare, tjänstemän och akademiker - får ett likvärdigt offentligt omställningsstöd när de drabbas av ohälsa.

När den framtida anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten utformas är det också viktigt att ta hänsyn till den erfarenhetsbaserade kunskap som finns kopplad till de s.k. anpassningsgrupperna som fanns ute på nästan varje stor arbetsplats under 1980- och i början av 90-talen.⁴² En del av denna verksamhet finns fortfarande kvar och kan tjäna som utgångspunkt vid utformningen av ett mera nationellt heltäckande omställningsstöd för personer med ohälsa eller ohälsohistoria.⁴³

Den anpassningsverksamhet som till stor del bröts sönder, i spåren av 90-talskrisen och även av politiska beslut i riksdagen, hade när den var i full verksamhet onekligen en hel del positiva sidor.⁴⁴ Men sedan dess har förhållandena på arbetsmarknaden förändrats, vilket gör att anpassningsgrupperna så som de fungerade på 80- och 90-talen inte enkelt kan eller bör återupprättas exakt så som de tidigare såg ut tidigare.

Anpassningsgrupperna omfattade ju exempelvis endast dem som hade en anställning, medan de med lös eller ingen koppling till arbetsmarknaden stod utanför. Här bör givetvis statsmakten via Arbetsförmedlingen fortsatt ha det grundläggande ansvaret för de personer med nedsatt arbetsförmåga som är arbetssökande. Men samtidigt är det värdefullt med en ökad samverkan, såväl mellan FK och AF som mellan parterna på arbetsmarknaden, för att finna fram till långsiktigt hållbara lösningar.

En lösning för att också kunna inkludera dessa grupper skulle kunna vara att bygga upp en liknande verksamhet som tidigare fanns i de arbetsplatsanknutna

⁴² Under 90-talet kraschade rehabiliteringssystemet, se exempelvis Björn Johnssons *Kampen om sjukfrånvaron* (2010) och Tor Larsson m.fl (2005). i *Den galopperande sjukfrånvaron – Sken, fenomen och väsen, RARs forskningsrapport nr. 1*. Rehabiliteringskraschen åskådliggörs tydligt när utgifterna för rehabilitering ställs i relation till BNP. Då visar det sig att vi mellan 1994/95 – 2005/06 i praktiken ser en halvering av utgifterna för arbetslivsinriktad rehabilitering, se Lindvall, J., i ”Vad hände med den aktiva arbetsmarknadspolitikerna?” i *Ekonomisk Debatt* nr. 3/2011.

⁴³ Se exempelvis Galaxen inom byggbranschen.

⁴⁴ Se exempelvis Björn Johnssons *Kampen om sjukfrånvaron* (2010) och Tor Larsson m.fl (2005). i *Den galopperande sjukfrånvaron – Sken, fenomen och väsen, RARs forskningsrapport nr. 1*.

anpassningsgrupperna men nu istället utgå från medborgarbegreppet och även förlägga denna samverkan på en något högre nivå, exempelvis på arbetsmarknadsregionnivå. Denna struktur, som här benämns inkluderingsgrupper, blir då en ny form av myndighets- och partsgemensam samverkan runt den enskilde individen som behöver stöd.⁴⁵ Verksamheten bör givetvis ha en tydlig koppling till anpassningsarbetet ute på arbetsplatserna.

Huruvida detta sedan bör leda fram till bildandet av en ny rehabiliteringsmyndighet, så som exempelvis socialdemokraterna föreslagit, lämnas i denna rapport utan närmare kommentarer. I denna text ligger fokus istället på ”verktygsnivån”, dvs. hur samverkan mellan de viktiga aktörerna kan utvecklas och vilket innehåll de olika insatserna bör ha. Men helt klart går de förslag som presenteras i denna text väl ihop med tanken på ”en-dörr-in”, där syftet är att undvika att folk ”faller mellan stolarna” och att individen inte ska hamna i en situation där man upplever att man bollas mellan olika myndigheter och aktörer.⁴⁶

Statsmakten måste våga ta på sig ”ledartröjan”

I de skisserade inkluderingsgrupperna bör inte bara arbetsmarknadsparterna utan även Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, sjukvården/företagshälsovården ingå.⁴⁷ För att bygga upp ett sådant fungerande och effektivt stödsystem krävs naturligtvis ett statligt huvudansvar och statliga medel. Därför är det viktigt att en samverkan, där såväl staten som parterna ingår, så snart som möjligt kommer till stånd.

Detta skulle konkret kunna innebära att när allt gjorts i enlighet med lagstiftningen⁴⁸ och de skyldigheter arbetsgivaren har för att försöka anpassa företaget/organisationen efter enskildes förutsättningar är uttömda - och det utifrån den enskildes perspektiv vore lämpligare att söka sig till en annan plats på arbetsmarknaden - då ska det finnas ett omställningsstöd som via de s.k. inkluderingsgrupperna hjälper den enskilde vidare. Detta omställningsstöd kan handla om såväl arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetsmarknadspolitiskt stöd och utbildning som utbildningspolitiska insatser och alltså även omfatta dem som står utan anställning.⁴⁹

Ska en rehabiliterings- och omställningspakt, som skissats här i denna rapport, fås att fungera krävs naturligtvis att statsmakten och regeringen tar på sig ”ledartröjan” och skapar goda förutsättningar för parterna att komma överens. Ett sätt att göra detta på vore exempelvis att villkora ett borttagande av den andra sjuklöneveckan mot att arbetsgivare och fack kom överens om ett utvidgat avtalat omställningsstöd för personer med ohälsa, ungefär på samma sätt som det avtalade omställningsstödet idag fungerar för dem som blivit uppsagda pga arbetsbrist. Några sådana eller liknande

⁴⁵ Mellan dessa inkluderingsgrupper och det förslag om s.k. MOA-kontor som (s) tidigare föreslagit finns uppenbara likheter. Men i inkluderingsgrupperna ges arbetsmarknadens parter en mer aktiv roll.

⁴⁶ Detta bör inte tolkas som att LO vill se en sammanslagning av flera försäkringar och politikområden, likt NAV-reformen i Norge 2006.

⁴⁷ Redan idag pågår i olika delar av samhället och på olika nivåer en snarlik verksamhet som skulle kunna utgöra en inspirationskälla för uppbyggnaden av en mera heltäckande verksamhet som inkluderar samtliga medborgare i arbetsför ålder.

⁴⁸ Här handlar de krav som finns formulerade i både arbetsmiljölagen (AML) och om lagen om anställningsskydd (LAS).

⁴⁹ Redan idag finns en upparbetad kunskap som kan användas i detta sammanhang inom ramen för exempelvis TSL och TRR, som ju idag enbart rör personer som blivit uppsagda pga arbetsbrist.

framstötat eller utspel har dock inte hittills gjorts. LO tvingas därför konstatera att regeringen och ansvariga statsråd hittills intagit en bekväm läktarplats och inte visat någon som helst vilja att aktivt delta i den för vår samhällsekonomi så viktiga ”matchen”.

Därför krävs:

Att regeringen utreder införandet av en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring tillsammans med parterna.

Att regeringen tar initiativ till att utveckla samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, sjukvården och arbetsmarkandens parter i syfte att bättre ta tillvara på den arbetsförmåga och arbetsvilja som befolkningen faktiskt besitter. En lösning, för att bättre kunna inkludera grupper med en lösare koppling till arbetsmarkanden som drabbats av nedsatt arbetsförmåga, kan vara att bygga upp s.k. inkluderingsgrupper, så som skissas i texten här ovanför.

Att regeringen snarast bör ta initiativ till samtal med arbetsmarkandsparterna om hur ett bättre och långsiktigt hållbart omställningsstöd för personer som drabbats av ohälsa, och inte kan gå tillbaks till sin tidigare anställning, bör se ut.

Att det övergripande ansvaret för rehabiliteringsfrågorna tydliggörs, så att ett institutionellt tryck kan åstadkommas som gör att rehabiliteringsverksamheten kontinuerligt utvärderas, effektiviseras och utvecklas.

11. Avslutande diskussion – tryggheten är tillväxtgenererande!

När man ser till den samlade bilden av de förslag som läggs i denna rapport kan man naturligtvis göra en del reflektioner. Visst finns det exempelvis alltid en risk att skärpta krav och sanktioner på arbetsgivarna riskerar att leda till en förstärkt selektion, där personer med ohälsoproblematik i än större riskerar att sorteras ut och få svårare att stanna kvar och komma in på arbetsmarknaden.

I en IFAU-studie konstaterades exempelvis att arbetsgivare väljer bort sökande med vissa karaktäristika, t ex en historik av sjukfrånvaro. I samma studie konstateras att vad som är att se som ökade kostnader och osäkerhet i anställningsprocessen för arbetsgivare, t ex ökat medfinansieringsansvar⁵⁰ i sjukförsäkringen, riskerar att leda till att färre personer anställs.⁵¹

Medfinansieringen av sjukpenning var i kraft under kort tid men i en första preliminär utvärdering konstaterade Försäkringskassan att fyra av tio av de arbetsgivare som kände till reformen sade sig ha skärpt, eller sade sig ha för avsikt att skärpa, rutinerna vid nyrekrytering. Samtidigt hade också medfinansieringsreformen positiva effekter i form av att fler sjukfrånvarande fick en rehabiliteringsutredning och något fler avstämningsmöten hade också kommit tillstånd. Av de arbetsgivare som hade kännedom om reformen uppgav exempelvis 18 procent att de skulle förändra sitt arbete med rehabilitering och 23 procent sade att de kommer att se över arbetsmiljön på arbetsplatsen som en konsekvens av reformen.⁵²

Sammantaget konstaterade Försäkringskassan att samtidigt som det fanns indikationer på en attitydförändring avseende att arbetsgivare blir försiktigare med att anställa personer med ohälsa eller ohälsohistoria kunde man också notera en del positiva effekter rörande synen på rehabilitering och arbetsmiljö. Men rapportförfattarna varnade ändå för att dra allt för långtgående slutsatser av rapporten samt att effekterna av reformen troligen inte märks så snart som efter ett år. För att kunna dra några övergripande och generella slutsatser ansåg rapportförfattarna att det krävdes ytterligare studier.⁵³

Utsorteringen från arbetsmarknaden måste motverkas

De förslag som läggs i denna rapport är visserligen inte direkt jämförbara med medfinansieringsreformen. Men i likhet med denna kan förslagen ändå antas ha effekter som pekar i olika riktningar. Visst lägger en del av de förslag som presenteras i denna rapport - som exempelvis ett ökat arbetsrättsligt skydd för personer med

⁵⁰ Medfinansieringen i sjukförsäkringen gällde mellan 1 januari 2005 och 1 januari 2007 och innebar att arbetsgivaren betalade två veckors sjuklön och sedan 15 procent av den fortsatta kostnaden för sjukpenning. I den aktuella IFAU studien väjde man dessutom in effekten av en tredje arbetsgivarfinansierad sjuklönevecka.

⁵¹ IFAU (2012:13), *Vad är rätt profil för att få ett jobb? En experimentell studie av rekryteringsprocessen.*

⁵² Försäkringskassan (2006:18), *Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen - en första utvärdering.*

⁵³ Försäkringskassan (2006:18), *Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen - en första utvärdering.* Tyvärr kom aldrig medfinansieringsreformen att utvärderas på ett mer fördjupat sätt. När regeringen beslöt att avskaffa medfinansieringen bestämde man också att lägga ned den analysverksamhet som startades när reformen infördes.

ohälsa, ökade sanktionsmöjligheter vid brott mot arbetsmiljölagsstiftningen, slopad karensdag och skyldighet för arbetsgivare att göra en rehabiliteringsplan och sanktioner om detta inte görs – ett ökat tryck på arbetsgivaren. Dessa förslag är visserligen på inget sätt särskilt obekanta eller nya i den fackliga diskussionen om sjukförsäkring och ohälsa. Men likväl kan vi konstatera att de riktar sin udd mot arbetsgivarsidan.

Samtidigt bör man framhålla att förslagen sammantaget syftar till att öppna upp arbetsplatserna för personer med nedsatt arbetsförmåga och att se till att arbetsmiljön bättre anpassas efter den variation av arbets- och funktionsförmågor som befolkningen faktiskt besitter, vilket sannolikt leder till att fler med ohälsoproblem kan stanna kvar på arbetsmarknaden. Vi får alltså, när förslagen får avsedd verkan, en i någon bemärkelse rymligare arbetsmarknad. Dessutom bör man till de uppräknade åtgärderna, som skärper kraven på arbetsgivaren, lägga till LO-förslagen om att förstärka och kraftigt utöka subventionerade anställningar för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Dessa insatser skapar förhoppningsvis också ökade förutsättningar, för dem som riskerar att selekteras bort men som vill och kan arbeta, att komma in på arbetsmarknaden.

Sedan handlar ju inte alla förslag om att öka pressen på arbetsgivarna. LO har exempelvis sagt sig vara positiv till att avskaffa den andra sjuklöneveckan i utbyte mot ett utvidgat avtalat omställningsstöd för personer med ohälsa, ungefär på samma sätt som det avtalade omställningsstödet idag fungerar för dem som blivit uppsagda pga arbetsbrist. Ett utökat ansvar för arbetsgivaren paras alltså i detta fall med ekonomiska lättnader.⁵⁴

Det är trots allt viktigt att beakta att arbetsgivarna i vårt land, i ett internationellt jämförande perspektiv, har ett ovanligt litet ansvar för arbetstagarens återgång i arbete och dessutom jämförelsevis låga kostnader för den långa sjukfrånvaron.⁵⁵ ”Till skillnad från många andra länder har man i Sverige valt att inte lägga något kostnadsansvar på arbetsgivaren (Försäkringskassan 2009:10). Snarare har regeringen under perioden 2006-2010 gjort tvärtom genom att avskaffa medfinansieringen. Sjuklöneperioden på två veckor är kort i ett internationellt perspektiv”, skriver ett antal forskare som granskat vår sjukförsäkring ur ett jämförande perspektiv.⁵⁶ Till detta kan också läggas att alliansregeringen tagit bort arbetsgivarens skyldighet att upprätta en individuell rehabiliteringsplan som tidigare fanns inskriven i lagen om allmän försäkring (LAF).

Ännu tydligare blir bilden när man lägger till regeringens sjukförsäkringsreform från sommaren 2008. Vid en jämförelse med andra länder blir det då uppenbart att allianspolitiken efter 2008 tydligt avviker från det mönstret. När man i många andra jämförbara länder lägger på arbetsgivarna ett ökat ansvar för återgången i arbete går

⁵⁴ Se debattartikel av Ulla Lindqvist, ”Vi måste våga se systemfelen”, *SvD* 2011-04-01 samt debattartikel av Tobias Baudin, Torbjörn Johansson och Kjell Rautio i *Dagens Industri* 2013-03-18

⁵⁵ Johansson, P., Aydin, E. och Bergendorff, S. m.fl. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), s. 60-61. Även OECD har vid ett flertal tillfällen kritiserat Sverige för att arbetsgivarna har allt för få incitament att underlätta återgången i arbete för sjukfrånvarande. Nu senast skedde detta i rapporten OECD (2013) *Mental health and work . Sweden*.

⁵⁶ IFAU (2010:17), *Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006-2010: vilka effekter kan vi förvänta oss?*, s.37.

Sverige i motsatt riktning⁵⁷: ”I Sverige har tvärtom arbetsgivarens ansvar gentemot arbetstagaren minskat genom införandet av rehabiliteringskedjan. Efter ett halvår blir arbetsgivaren av med ansvaret för den sjukskrivne om denne inte bedöms kunna återgå till sin gamla, alternativt andra, arbetsuppgifter hos arbetsgivaren.”⁵⁸

I dag ligger således ansvaret och kraven i sjukförsäkringen ensidigt på den sjuka personen själv, medan arbetsgivare kan vänta ut de olika tidsgränserna i sjukförsäkringen för att på så sätt sortera ut de anställda som inte kan arbeta med maximalt tempo hela tiden eller av andra skäl enligt arbetsgivaren är mindre önskvärda.

Behovet av en rimligare balans i ansvarsfördelningen mellan de viktiga aktörerna i sjukskrivningsprocessen är alltså uppenbar, om vi ska kunna möta de stora framtida utmaningarna och bättre ta tillvara den variation av förmågor som befolkningen faktiskt besitter. Då kan man inte, som alliansregeringen gjort sedan den tillträdde 2006, ensidigt bevilja arbetsgivarna lättnader utan att också faktiskt ställa motkrav. Den politiken har, som vi på olika sätt beskrivit i denna rapport, hittills inte visat sig vara särskilt framgångsrik. Tvärtom.

En utbudsfixerad politik som skapar ökad social stigmatisering

Den nu rådande utbudsfixerade politiken, med huvudfokus inställt på ökade inkomstskillnader och lägre ersättningar och hårdare villkor i trygghetsförsäkringarna, har uppenbarligen inte lyckats minska det antal personer som står längst bort från den reguljära arbetsmarknaden eller att bättre matcha arbetskraftsutbudet med efterfrågan på arbetskraft.

För många som haft oturen att drabbas av ohälsa eller arbetslöshet har socialbidraget (försörjningsstödet) idag blivit en alternativ sjuk- eller arbetslöshetsförsäkring och riskerar dessutom att i framtiden bli en permanent försörjningskälla.⁵⁹ Detta är samhällsekonomiskt förödande och långsiktigt fullständigt ohållbart, både för de berörda familjerna och för samhället.

Vad man kanske inte tänker på är att denna situation, sett ur den enskildes synvinkel, innebär en kraftig frihetsinskränkning där den som söker stöd tvingas vika ut och in på hela sin privatekonomiska och sociala situation. Efter att ha tömt familjens tillgångar tvingas man sedan att ”stå med mössan i hand och ödmjukt be om en nådegåva” från kommunen eller från kyrkornas välgörenhetsverksamhet. Man riskerar social stigmatisering och att permanent stängas ute från möjligheterna att försörja sig

⁵⁷ I Nederländerna har exempelvis inte arbetsgivarna enbart två veckors sjuklöneperiod, utan två års sjuklöneansvar. I Finland tar arbetsgivarna ett relativt stort kostnadsansvar för förtidspensionärerna. I Norge försöker man integrera personer med funktions- och arbetsförmågenedsättning avtalsvägen via s.k. IA-avtal. osv.

⁵⁸ IFAU (2010:17), *Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006-2010: vilka effekter kan vi förvänta oss?*, s. 38

⁵⁹ Mellan 2006 och 2011 ökade antalet långvariga bidragstagare över 18 år med ungefär 30 procent, från 84 142 personer år 2006 till 109 301 år 2011. Det är då framför allt i gruppen unga vuxna som socialbidragstagandet idag ökar mest. Se Socialstyrelsens rapporter "Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2011" och "Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2011"

själv.⁶⁰ Dessutom är idag risken för varaktig inlåsning i lågkvalitativa arbetsmarknadsprojekt, som sysselsättningsfasen (Fas 3), allt för påtaglig för allt för många.⁶¹

Forskningen har visat på att om man sätter större ekonomisk press på de enskilda som befinner sig längst bort ifrån arbetsmarknaden, vilket nu sker systematiskt och medvetet, glider dessa grupper i regel bara ännu längre bort från en framtida möjlighet att försörja sig själv genom lönearbete.⁶² Här fungerar uppenbarligen ofta inte den ekonomiska incitamentsteorin, som används som grundsten i olika nationalekonomiska modeller. Däremot har olika typer av ”empowerment-metoder”⁶³ visat sig vara mer framgångsrika. Det handlar då om att först stärka individens självförtroende och sedan ovanpå detta lägga lager av kompetensutveckling och vidareutbildning.⁶⁴

På den makroekonomiska nivån innebär den ensidiga fokuseringen på snävare tidsgränser och lägre ersättningsnivåer att den strukturella arbetslösheten, d.v.s. den arbetslöshet som inte är beroende av konjunkturen, idag successivt ökar. Detta påverkar hela samhällsekonomin. Dynamiken och konkurrenskraften blir lidande. ”Utanförskapet” permanentas och vi ställer stora grupper vid sidan av arbetslivet. Både det framtida mänskliga och det samhällsekonomiska priset kommer då att bli mycket högt. Har vi verkligen råd med detta?

En rimligare sjukförsäkring och en rymligare arbetsmarknad!

Om vi långsiktigt ska kunna hantera dessa problem krävs att regeringen och arbetsmarknadens parter har modet att se de verkliga systemfelen. Dit hör en arbetslöshetsförsäkring, som idag befinner sig i europeisk strykclass och endast täcker

⁶⁰ Nyligen uppmärksammade svenskt näringsliv att antalet som står ”utanför utanförskapet”, dvs antagligen försörjs av anhörig ligger på ca 140 000 personer, se Svenskt Näringsliv (2012), *Utanför utanförskapet*. Att denna grupp just nu växer kraftigt bekräftas av sociologen Tapio Salonen, som pekar på att andelen vuxna som varken arbetar eller studerar just nu ökar mycket kraftigt framförallt utanför våra storstäder, se intervju i *Svenska Dagbladet* 2012-05-07.

⁶¹ I februari 2013 visade exempelvis siffror från Arbetsförmedlingen att Fas 3 ökat mer än väntat. Arbetsförmedlingen reviderar därför sin prognos till regeringen. Nu hamnar toppnoteringen på 47 000 inskrivna under 2016. Så sent som i oktober 2012 trodde Arbetsförmedlingen att höjdpunkten skulle bli 37 000 inskrivna i Fas 3 under 2014 och 2015. Hela jobb- och utvecklingsgarantin ökar till 117 000 inskrivna toppåret 2015, enligt AF:s prognos. Det är 18 500 fler än Arbetsförmedlingen trodde hösten 2012.

⁶² Melén, D. (2008). "Sjukskrivningssystemet - Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna". Angelin, A, och Starrin, B, (2012), Om ekonomisk stress, skam och kampen för värdighet, i Engelmars L, och Svärd H, (red), *Fattigdom utan gränser*, Rantakeisu, U, Starrin, B., Hagquist, C., Arbetslöshetens ekonomi och skam, *Socialvetenskaplig tidskrift nr1-2/1996*, Bengt Starrin och Leif R. Jönsson, Ekonomi-skammodellen och reaktioner på arbetslöshet, *Socialvetenskaplig tidskrift nr 2/2000*, Starrin, B, Åslund & Nilsson, K W. Financial stress and shaming experiences and psychosocial ill-health – Studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*, 1991: 2, sid. 283-298.

⁶³ För en fördjupad diskussion om olika ”empowermentmetoder” se Askhem, O (red.) och Starrin, B (red.), (2007), *Empowerment*.

⁶⁴ Se exempelvis SOU 2007:002, s. 222 ff., Angelin, A, och Starrin, B, (2012), Om ekonomisk stress, skam och kampen för värdighet, i Engelmars L, och Svärd H, (red), *Fattigdom utan gränser*. Starrin, B, (2010), Att ge utsatta en röst. I *Kund, brukare, klient, medborgare. Om intressen och inflytande i socialtjänsten*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Stockholm.

en liten minoritet av de arbetslösa och ger ett alltför dåligt skydd mot det inkomstbortfall som arbetslöshet innebär. Dit hör en försämring av den aktiva arbetsmarknadspolitiken, där de kompetenshöjande insatserna i allt för stor utsträckning ersatts av passiva inslag. Dit hör ett utbildningssystem med fallande kunskapsresultat och ökad social segregation, där det blivit allt svårare att ställa om när man blivit ”vuxen”. Dit hör även en sjukförsäkring med orimliga och rättsosäkra tidsgränser, en stelbent arbetsförmågeprövning, brist på individuell arbetsanpassning och effektiva rehabiliteringsinsatser.

Ska vi komma tillrätta med dessa problem bör vi utgå från den kunskap som idag finns i forskarvärlden, myndighetsfären, de fackliga organisationerna och handikapprörelsen. Arbetsmarknadens parter skulle också kunna bidra med en hel del lösningar avtalsvägen. Inte minst handlar det om att skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt omställnings-, rehabiliterings- och anpassningsarbete ute på arbetsplatserna. Detta var en av de frågeställningar som var aktuella i de s.k. huvudavtalsförhandlingarna, som strandade när arbetsgivarna lämnade förhandlingsbordet. Men arbetsgivarnas ovilja att komma fram till konstruktiva lösningar kan på inget sätt legitimera den passivitet som statsmakten därefter har visat upp.

Regeringen, med statsministern i spetsen, har givetvis ett ansvar att skapa så goda förutsättningar som möjligt för parterna att komma överens. Detta ansvar kan man inte springa ifrån. Från LO:s sida har vi varit tydliga med att markera att vi beredda att förutsättningslöst pröva olika modeller för att åter få igång processen.⁶⁵

I detta program har LO skissat på hur vi skulle kunna förstärka och reparera sjukförsäkringen så att den återigen blir en viktig och fungerande kugge i en framtida tillväxtpolitik. Ska vi lyckas skapa en rymligare arbetsmarknad, där den variation av arbetsförmågor som vi faktiskt besitter kommer till sin rätt, måste vi också skapa en rimligare sjukförsäkring. Vi har inte råd att avstå från insikten att långsiktigt hållbar tillväxt och social trygghet förutsätter varandra.

⁶⁵ Se debattartikel av Ulla Lindqvist, ”Vi måste våga se systemfelen”, i *SvD* (2011-04-01) samt debattartikel av Tobias Baudin, Torbjörn Johansson och Kjell Rautio i *Dagens Industri* (2013-03-18).

Referenslista

Litteratur, offentligt tryck och tidningsartiklar m.m.

- Angelin, A, och Starrin, B, (2012), Om ekonomisk stress, skam och kampen för värdighet, i Engelmark L, och Svärd H, (red), *Fattigdom utan gränser*, Arbetet 2012-08-24.
- Aronsson, G. (2012). Sjuknärvaro - en forskningsöversikt. i K. Alexandersson (Red.), Socialförsäkringsforskning. *En vänbok till Staffan Marklund*. Karolinska institutet.
- Askhem, O (red.) och Starrin, B (red.), (2007), *Empowerment*.
- Baudin, T., Johansson T. och Rautio K. i *Dagens Industri* 2013-03-18
- Burström, B., m.fl., (2004), Vad påverkar sjukskrivningarna? SCB – Demografiska rapporter 2004:2
- Bäckström, H., (2005), *Omställningsbranschen och omställningsavtalet mellan Svenskt Näringsliv och LO*, Arbetslivsrapport nr. 2005:1, arbetslivsinstitutet.
- Dagens Eko 21 och 22 oktober 2012
- Dagens Nyheter 2012-04-26
- Försäkringskassan Analyserar 2006:18, *Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering*.
- Försäkringskassan, *Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå*, Socialförsäkringsrapport 2009:6.
- Försäkringskassans sjukförsäkringsstatistik (2012).
- Gellerstedt (2013) *Arbetsmiljö 2012. Klass och kön*, LO-rapport.
- Hedborg, A., ”Gränlandet mellan sjukdom och arbete...” (SOU 2009:89)
- Hensing, G, Holmgren, K och Rohdén, H (2010) Sänkt förtroende för försäkringskassan i Sören Holmberg & Lennart Weibull (red) *Nordiskt ljus*. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- IFAU (2010:17), *Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006-2010: vilka effekter kan vi förvänta oss?*
- IFAU (2012:13), *Vad är rätt profil för att få ett jobb? En experimentell studie av rekryteringsprocessen*.
- Johansson, P., Aydin, E. och Bergendorff, S. m.fl. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04)
- Johnson, B., (2010), *Kampen om sjukfrånvaron*.
- Karolinska Institutet, (2011), *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin, slutrapport del II*.
- Kommunal (2011) *Lagom är bäst, varken för mycket eller för lite sjukskrivning – om självrisker och karens*.
- Kommunal (2011), *Kedjan som brast – En berättelse om Kommunals utförsäkrade medlemmar*.
- Larsson, T., Marklund, S., Westerholm, P., (2005), *Den galopperande sjukfrånvaron – sken, fenomen och väsen*. Arbetslivsinstitutet.
- Lindvall, J., (2011), ”Vad händer med den aktiva arbetsmarknadspolitiken?” i *Ekonomisk Debatt* nr3/2011.
- Lindqvist, U., ”Vi måste våga se systemfelen”, SvD 2011-04-01.
- LO (2010), *Otrygghet som konsekvens? – Synen på den förändrade sjukförsäkringen*.
- LO (2008), *Samverkan för en bättre arbetsmiljö – skyddsombudens arbete och erfarenheter*.

- LO (2007) *Sjukas rätt till stöd – En idéskrift om morgondagens sjukförsäkring.*
- Melén, D. (2008). *Sjukskrivningssystemet - Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna.*
- Nyström, Ö. och Nilsson, A., (2008), *Reformismens möjligheter – åter till den bättre framtiden.*
- OECD (2013) *Mental health and work . Sweden.*
- Rantakeisu, U, Starrin, B., Hagquist, C., *Arbetslöshetens ekonomi och skam, Socialvetenskaplig tidskrift nr1-2/1996.*
- Socialstyrelsens "Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2006-2012"
- SOU 2007:002, *Från socialbidrag till arbete.*
- SOU 2011:11, *Långtidsutredningen*
- Starrin, B., och Jönsson L. R., *Ekonomi-skammodellen och reaktioner på arbetslöshet, Socialvetenskaplig tidskrift nr 2/2000,*
- Starrin, B, Åslund & Nilsson, K W. Financial stress and shaming experiences and psychosocial ill-health – Studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*, 1991: 2, sid. 283-298.
- Starrin, B, (2010), *Att ge utsatta en röst i Kund, brukare, klient, medborgare. Om intressen och inflytande i socialtjänsten.* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Stockholm.
- Svallfors, S., *Trygg, stöttande, tillitsfull? – Svenskarnas syn på socialförsäkringarna, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).*
- Svenska Dagbladet 2012-05-07.
- Svenskt Näringsliv (2012), *Utanför utanförskapet.*
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). *Sickness Presenteeism predicts Suboptimal Self-rated Health and Sickness Absence: a nationally representative study of the working population of Sweden.* PLOS ONE, September 2012, Volume 7, Issue 9.
- Theorell, T., (2002), *Psykosocial arbetsmiljö och stress*
- Theorell, T., (2006), *I spåren av 90-talet*
- TCO-Granskar nr. 2/08, *Hög tid för en parlamentarisk socialförsäkringsutredning – remissinstanserna enade i en stark kritik mot förslaget om ny sjukförsäkringen.*
- TCO Granskar nr. 1/08, *8 av 10 väljare vill ha avtalsfrihet i sjukförsäkringen*
- Östersundsposten, 13 november 2010.



Rapporten beställs från LO-distribution:
lo@strombergdistribution.se
Telefax: 026-24 90 26

Juni 2013
ISBN 978-91-566-2882-5
www.lo.se

FOTO: Lars Forsstedt