

# Tillbaka till jobbet

Unionens politik för en bättre arbetsanpassning,  
rehabilitering och sjukförsäkring

# Innehåll

<b>FÖRORD .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
METOD OCH DISPOSITION.....	5
<b>STÄRKT REHABILITERING PÅ ARBETSPLATSEN.....</b>	<b>6</b>
BAKGRUND.....	6
RÄTTEN TILL EN GOD REHABILITERING.....	6
DET FÖREBYGGANDE PERSPEKTIVET MÅSTE TYDLIGGÖRAS .....	8
FACKETS ROLL MÅSTE STÄRKAS .....	9
<i>Rätt till information .....</i>	<i>9</i>
<i>Verktyg för att aktivera rehabiliteringsarbetet .....</i>	<i>10</i>
ARBETSGIVARE BEHÖVER MER KUNSKAPER.....	11
<i>Satsning på utbildning.....</i>	<i>11</i>
<i>Tydligare krav på företagshälsovård .....</i>	<i>12</i>
BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR ATT REHABILITERA .....	14
<i>Partsgemensamma lösningar .....</i>	<i>14</i>
<i>Utnyttja företagshälsovården potential .....</i>	<i>14</i>
<b>SJUKFÖRSÄKRINGSREGELVERKET .....</b>	<b>16</b>
BAKGRUND.....	16
UNIONENS UTGÅNGSPUNKTER FÖR SJUKFÖRSÅKRINGENS REGELVERK.....	17
FRÄMJA REHABILITERING .....	18
<i>Utökade möjligheter till flexibilitet vid deltidssjukskrivning .....</i>	<i>18</i>
<i>Sjukpenning i väntan på vård.....</i>	<i>19</i>
PSYKISK OHÄLSA .....	19
<i>Lika rätt till undantag.....</i>	<i>19</i>
RÄTT PERSON I RÄTT SYSTEM.....	20
<i>Verklighetsbaserade prövningar .....</i>	<i>21</i>
<i>Ingen bortre tidsgräns .....</i>	<i>22</i>
<i>Fast tidsgräns för prövning av sjukersättning .....</i>	<i>23</i>
<b>BÄTTRE STÖD TILL DEN ENSKILDE.....</b>	<b>25</b>
BAKGRUND.....	25
EN VIKTIG FUNKTION SOM HALTAR .....	25
UPPVÄRDERA AVSTÄMNINGSMÖTEN .....	27
MER FLEXIBILITET .....	27
<i>Lättare att få arbetsträning .....</i>	<i>28</i>
<i>Rehabiliteringsersättning som stimulerar till rehabilitering.....</i>	<i>29</i>
ETT STÄRKT TILLSYNSANSVAR .....	30
<i>Kraft bakom tillsynen.....</i>	<i>30</i>
<b>REHABILITERINGENS OLIKA AKTÖRER.....</b>	<b>31</b>
BAKGRUND.....	31

BÄTTRE SAMARBETE OCH TYDLIGARE ROLLFÖRDELNING .....	32
<i>Försäkringskassan och arbetsgivaren</i> .....	32
<i>Försäkringskassan och hälso- och sjukvården</i> .....	33
<i>Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen</i> .....	34
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	35
<i>Sjukskrivning vid psykisk ohälsa</i> .....	35
<i>Rehabiliteringskoordinatorer</i> .....	36
<b>DE SOM INTE KAN KOMMA TILLBAKA .....</b>	<b>38</b>
BAKGRUND.....	38
TRYGGHET OCH STÖD ATT KOMMA VIDARE.....	38
<i>Värna anställningstryggheten</i> .....	39
<i>Kvalifikationer för giltiga skäl</i> .....	40
<i>Förhandsbesked</i> .....	41
<b>ERSÄTTNING VID SJUKDOM .....</b>	<b>42</b>
BAKGRUND.....	42
GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER .....	42
<i>En allmän och solidariskt finansierad sjukförsäkring</i> .....	42
<i>Inkomstbortfallsprincipen</i> .....	43
ERSÄTTNINGSNIVÅER .....	45
<i>Taket i försäkringen bör höjas</i> .....	46
<i>Ta bort den ekonomiska avtrappningen till redan sjuka</i> .....	47
<i>Indexera sjukersättningen utifrån löneutvecklingen</i> .....	48
SJÄLVRISK I SJUKFÖRSÄKRINGEN .....	48
BÄTTRE INKOMSTUNDERLAG - FÖRÄNDRA OCH FÖRBÄTTRA BERÄKNINGAR AV SGI.....	50
<b>LITTERATURFÖRTECKNING .....</b>	<b>51</b>

# Förord

Sjukförsäkringen är en grundbult i de svenska trygghetssystemen och av stor betydelse för Unionens medlemmar. Det är därför viktigt för oss som Sveriges största fackförbund att delta i debatten om sjukförsäkringens utformning och regelverk. Ohälsa kan drabba oss alla. Och när det oförutsedda inträffar behövs trygghet på vägen tillbaka till jobbet efter sjukdom.

Om sjukförsäkringen kan skapa materiella förutsättningar för återgång, är det rehabiliteringen – inte minst rehabiliteringen på arbetsplatsen – som utgör själva processen för att komma tillbaka. Men trots att det finns många beröringspunkter mellan sjukförsäkring och rehabiliteringsprocessen diskuteras de ofta var för sig. Detta leder till att viktiga perspektiv och frågeställningar riskerar att tappas bort.

Därför har Unionen valt att ta ett helhetsgrepp kring frågorna om arbetsanpassning, rehabilitering och sjukförsäkring. Vi ser att alltför många medlemmar varken får det stöd eller den trygghet de behöver vid sjukdom. Detta gäller inte minst det stora antalet personer som är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.

Med våra förslag vill vi på ett konstruktivt sätt bidra till samtalet om hur vi kan nå ett mer hållbart arbetsliv, en lägre sjukfrånvaro och en bättre väg tillbaka till jobbet efter sjukdom.

Rapporten har tagits fram av Mirjam Olsson, utredare i arbetsmiljöfrågor, Stina Jakobsson, utredare i socialförsäkringsfrågor och Linda Wallin, förbundsjurist med inriktning försäkringsrätt på Enheten för avtal och politik. Politiken är fastställd av Unionens förbundsstyrelse 16 april 2019.

*Henrik Ehrenberg*  
Samhällspolitisk chef

# Inledning

Sjukfrånvaron i Sverige har under lång tid präglats av kraftiga variationer och därtill ständigt varit föremål för debatt. Åsikterna går isär både i fråga om vad variationerna beror på och i fråga om hur en stabil och låg sjukfrånvaro kan uppnås. För Unionen är dock inte sjukfrånvaron i första hand siffror som går upp och ner. De som blir sjuka, kämpar med rehabilitering, oroar sig för sjukpenningen eller kläms mellan två myndigheters motstridiga tolkningar – det är Unionens medlemmar. Varje dag sitter Unionens förtroendevalda eller ombudsmän på rehabiliteringsmöten med medlemmar för att vara ett stöd i processen tillbaka. Engagemanget för de frågor som avhandlas i denna politik springer ur Unionens egen verksamhet och medlemmarnas verklighet.

Unionen vill se ett mänskligt arbetsliv där alla får plats. Det innebär att det måste finnas reella chanser att komma tillbaka till sitt arbete efter sjukdom, stöd i omställningsprocessen för den som inte kan komma tillbaka till sin arbetsgivare och ekonomisk trygghet när livet plötsligt förändras. Försäkringssystemen som ska fungera som ett skydd när det oförutsedda inträffar är just försäkringar. I debatten beskylls ibland de personer som rättmätigt tar del av dessa försäkringar för att vara arbetsovilliga, lata eller ”bidragsberoende”. Det är fullkomligt oacceptabelt. Unionens förtroendevalda och ombudsmän har lång erfarenhet av att stå bredvid medlemmar som befinner sig i rehabilitering och *vi vet* att människor – en absolut förkrossande majoritet – vill arbeta, vill bidra, vill ha den gemenskap, mening och det sammanhang som ett arbete kan innebära. De lösningar vi presenterar utgår från denna syn på människan.

Två ytterligare perspektiv löper som en röd tråd genom denna politik. För det första finns där ett starkt arbetsplatsnära perspektiv. Problemet med arbetsrelaterad ohälsa och sjukskrivningar kommer inte kunna lösas enbart genom justeringar i sjukförsäkringsregelverket. I partipolitiken har den bortre tidsgränsens vara eller icke vara debatterats som om det är den viktigaste - eller rentav enda - fråga som har betydelse för sjuktalens utveckling. Det är hög tid för ett fokusskifte. I första hand krävs ett stärkt förebyggande arbetsmiljöarbete och ett utvecklat lokalt rehabiliteringsarbete som kan träda in med kunskap och driv tidigt vid ohälsa. För att nå dit måste arbetsgivare ta större ansvar. Men det behövs också bättre förutsättningar för rehabilitering på arbetsplatsen, i synnerhet under de första månaderna.

För det andra präglas politiken av det faktum att psykisk ohälsa har kommit att ligga till grund för en allt större del av sjukfallen. I slutet av 2018 låg psykiska diagnoser i grunden för 48 procent av alla pågående sjukfall<sup>1</sup>. Tio år tidigare var det 31 procent, vilket alltså innebär att vi sett en ökning på nästan 55 procent under denna tidsperiod. I slutet av 2018 var hela 71 procent av de sjukskrivna med psykiska diagnoser kvinnor.<sup>2</sup> Mot bakgrund av detta är det oerhört viktigt att såväl det lokala rehabiliteringsarbetet som sjukförsäkrings-systemet är likvärdigt oavsett om det rör sig om fysisk eller psykisk ohälsa. För att nå dit behövs såväl kunskapshöjande insatser som förändrade regelverk.

### Metod och disposition

Ett stort arbete har legat till grund för rapporten. Bland annat har djupintervjuer genomförts med ombudsmän på Unionen från olika regioner, ett par huvudarbetsmiljöombud inom Unionen, arbetsgivarrepresentanter och andra externa aktörer. 130 av Unionens rehabiliteringsärenden från 2016 har kartlagts och slutsatser och förslag diskuterats. Kunskap och inspiration till politikutvecklingen har hämtats från ett stort antal rapporter, utredningar och forskningspublikationer. Ett flertal tjänstemän på Unionens förbunds kontor har varit involverade i arbetet.

Rapporten består av sex avsnitt. I det första avsnittet presenteras förslag för en bättre rehabilitering på arbetsplatsen, och förslagen är till sin karaktär också arbetsplatsnära. Det andra avsnittet handlar om de aspekter i sjukförsäkringsregelverket som gäller tidsgränser, bedömningar och undantag. Det tredje avsnittet tar sikte på Försäkringskassans involvering i själva rehabiliteringen, där fokus ligger på Försäkringskassans samordningsansvar och tillsynsansvar. I det fjärde avsnittet adresseras olika aspekter som rör rehabiliteringens olika aktörer, och primärt hur samarbetet mellan dessa aktörer kan och behöver förbättras. Arbetslöshetsförsäkringen är huvudsakligt fokus i det femte avsnittet som handlar om ökat stöd och mer trygghet för de som inte kan komma tillbaka till sin arbetsgivare, eller har mycket svårt att komma tillbaka efter sjukskrivning. Det sista avsnittet berör de delar av sjukförsäkringen som handlar om sådant som ersättningsnivåer, sjukpenninggrundande inkomst och självrisk.

<sup>1</sup> Försäkringskassans statistik, *Pågående sjukfall efter diagnos, 2005-, 2018 4e kvartal och 2008 4e kvartal*

<sup>2</sup> Ibid.

# Stärkt rehabilitering på arbetsplatsen

## Bakgrund

Arbetsgivaren har en mycket central roll i rehabiliteringsarbetet. Arbetsgivaren är enligt lag skyldig att upprätta en organisation för arbetsanpassning och rehabilitering, löpande undersöka behovet av rehabilitering bland arbetstagarna och att vidta åtgärder så snart behov av arbetsanpassning eller rehabilitering framkommit. Arbetsgivaren ska förebygga ohälsa för hela arbetstagarkollektivet genom att vidta så kallade ”generella anpassningsåtgärder” och förebygga ohälsa eller möjliggöra återgång för den enskilde genom individuella eller generella anpassningsåtgärder. Arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete senast den trettionde sjukskrivningsdagen för arbetstagare som förväntas vara sjukskriven mer än 60 dagar. Rehabiliteringsarbetet ska precis som annat arbetsmiljöarbete bedrivas i samverkan.

Arbetsgivarens skyldigheter att rehabilitera är desamma oavsett vad som gett upphov till ohälsan. Den arbetstagare som brutit benet i skidbacken på semestern har således samma rätt till en bra rehabiliteringsprocess som en arbetstagare som blivit sjuk till följd av för hög arbetsbelastning. Lagstiftaren ställer dock olika krav på rehabiliteringsåtgärder beroende på förutsättningarna i det enskilda fallet. Sådant som vägs in kan vara arbetsgivarens storlek, hur omfattande insatser som krävs och insatsernas påverkan på arbetsgivaren.

Forskning har visat att arbetsplatsen och arbetsgivaren är av central betydelse för att rehabiliteringsprocesser ska bli framgångsrika.<sup>3</sup>

## Rätten till en god rehabilitering

Ingen arbetstagare ska behöva bli sjuk eller skada sig på grund av brister i arbetsförhållandena eller arbetsmiljön som skulle ha kunnat åtgärdas. Men när detta trots allt inträffar, eller oförutsedd sjukdom eller olycka drabbar en person utan arbetets inblandning – ska alla arbetstagare ha rätt till en ordentlig chans att komma tillbaka till sitt tidigare arbete. Det kan hända oss alla – och det är viktigt att anställningstryggheten fungerar i sådana utsatta situationer.

<sup>3</sup> Se exempelvis Forte, *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*, 2015, s 6-7 och RISE och Uppdrag Psykisk Hälsa, *Forskningsöversikt: arbete och sjukfrånvaro*, 2017

Att få en ordentlig chans att komma tillbaka innebär dels att arbetsgivaren vidtar och prövar olika åtgärder för att möjliggöra återgång, men också att arbetstagaren blir hörd och bemött på ett respektfullt sätt. Rehabilitering är ett kunskapsmässigt hantverk men också en relationell process, i synnerhet vid psykisk ohälsa. Arbetsledarens engagemang och förhållningssätt gentemot den sjukskrivne har mycket stor betydelse för återgång i arbete.<sup>4</sup> Den här typen av aspekter som inte går att reglera genom lagstiftning är också oerhört viktiga.

En alltför stor del av olyckor och sjukdom som kräver rehabilitering beror helt eller delvis på arbetet eller arbetsmiljön. Och i många fall hade ett förebyggande arbete eller tidiga anpassningsåtgärder kunnat förhindra att ohälsan uppstod eller eskalerade. Att välja kortsiktiga ekonomiska intressen framför arbetstagarernas hälsa är inte bara en enorm kränkning av de som blir utsatta utan också ett stort resursslöseri för företaget eller organisationen och på längre sikt också för samhället. Det vilar ett tungt moraliskt ansvar på arbetsgivare som inte uppfyller sina lagstadgade skyldigheter att arbeta förebyggande.

Självklart finns också många arbetsgivare som bedriver ett väldigt bra förebyggande arbete men där arbetstagare ändå blir sjuka - helt oberoende av arbetet. Detta tar dock inte lagen hänsyn till. Det finns både praktiska och samhällsekonomiska aspekter<sup>5</sup> som talar för att arbetstagare ska ha samma rätt till rehabilitering oavsett ohälsans karaktär eller ursprung. Dessutom kan det ibland vara samverkande faktorer - både brister i arbetsmiljön och omständigheter i livet utanför arbetet - som ligger till grund för ohälsan, vilket gör det svårt att tänka sig en annan modell.

Arbetsgivarens skyldigheter att arbeta såväl förebyggande som för återgång i arbete är i flera avseenden väl avvägt och klokt reglerat. Men det finns luckor i lagstiftningen och brister avseende hur rehabiliteringsarbetet i praktiken bedrivs på arbetsplatserna. Nedan beskrivs några områden där Unionen skulle vilja se nya regleringar eller andra åtgärder för stärkt rehabilitering på arbetsplatsen.

<sup>4</sup> SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, 2015, s 586

<sup>5</sup> Exempelvis arbetsanpassningsåtgärder är så pass arbetsplatsnära till sin karaktär att det är svårt att föreställa sig att en annan aktör skulle genomföra sådana åtgärder i arbetsgivarens ställe.



## Det förebyggande perspektivet måste tydliggöras

Arbetsmiljöarbetets tyngdpunkt ska alltid ligga vid att förebygga ohälsa och olycksfall. Därför ska alla indikationer på brister i arbetsmiljön tas på allvar och undersökas. Om en arbetstagare uppvisar tecken på ohälsa eller blir sjukskrivnen kan det i sig vara en indikation på brister i arbetsmiljön - brister som i så fall måste identifieras och åtgärdas för att arbetstagaren ska kunna återfå en hållbar arbetssituation och för att andra arbetstagare inte ska drabbas av ohälsa.

I förarbeten till arbetsmiljölagen är det tydligt att lagstiftarens avsikt är att det ska finnas en nära koppling mellan det enskilda rehabiliteringsärendet och den förebyggande verksamheten.<sup>6</sup> I lagstiftningen blir denna avsikt tydlig genom 9§ AFS 2001:1 som anger att arbetsskador och allvarliga tillbud ska utredas.

Unionens erfarenhet är att arbetsgivare ofta brister just i detta hänseende – att se kopplingen mellan den enskildes ohälsa och arbetsmiljön. Arbetsgivare kan alltför lättvindigt skylla på omständigheter i arbetstagarens privatliv istället för att undersöka arbetsmiljön. När koppling mellan den uppkomna ohälsan eller skadan och arbetet förnekas, är risken stor att en utredning av arbetsskada inte görs och att arbetsmiljön inte ses över. Unionen skulle med anledning av detta vilja se att lagstiftningen förtydligas på detta område.

### Unionen vill att:

- Kopplingen mellan den enskildes sjukskrivning och arbetsgivarens skyldighet att se över brister i arbetsmiljön blir tydligare. Arbetsmiljölagen bör kompletteras med en skrivning om att såväl sjukskrivning som upprepad korttidsfrånvaro ska föranleda en utredning av arbetsmiljön, om det inte står helt klart att sjukskrivningen eller frånvaron helt saknar samband med förhållanden på arbetsplatsen.

<sup>6</sup> Prop. 1990/91:140, s 47

## Fackets roll måste stärkas

Fackförbundens och primärt arbetsmiljöombudens roll är central i verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering. Arbetsmiljöombuden ska vara med vid upprättande av rutiner, vid målformulering och i arbetsmiljökommitténs arbete kring frågor om arbetsanpassning och rehabilitering. Inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet är arbetsmiljöombuden med och analyserar orsakerna till ohälsa och olycksfall på arbetet och bidrar till att åtgärder sätts in så att risker för ohälsa kan förebyggas i framtiden. En del av arbetsmiljöombudens kärnuppdrag är att vaka över att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter, bland annat gällande arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.

I det enskilda rehabiliteringsärendet kan arbetsmiljöombudet eller annan facklig representant finnas med som stöd till den berörda arbetstagaren. Rent konkret kan det ta sig uttryck i att arbetsmiljöombudet finns med vid möten med arbetsgivaren eller andra externa aktörer, bidrar med förslag på anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder samt på möjligheter till omplacering inom arbetsgivarens verksamhet. Eftersom arbetsmiljöombuden känner verksamheten kan de komma med viktiga bidrag och tankar som för processen framåt. För medlemmen kan det vara skönt att ha med sig ett stöd, vilket innebär ytterligare en person som hör samtalen och efteråt kan resonera kring alternativen. Sammantaget är arbetstagarrepresentanters närvaro och medverkan i rehabiliteringsarbetet av ytterst central betydelse. Detta bekräftas även av förarbeten och statliga utredningar.<sup>7</sup>

### Rätt till information

För att kunna medverka och bidra i en enskild rehabiliteringsprocess är en förutsättning att arbetsmiljöombudet känner till att ett rehabiliteringsarbete är på väg att dra igång och således kan ta kontakt med den berörda arbetstagaren och erbjuda sitt stöd. Unionens erfarenhet är att ett vanligt hinder för arbetsmiljöombudens deltagande är just avsaknaden av information om nya rehabiliteringsärenden. Det betyder att många medlemmar inte får det stöd som de har rätt till och behöver. Unionen skulle därför vilja se att arbetstagarorganisationens roll förtydligas genom en skrivning om att arbetsgivaren ska vara skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisation som arbetstagaren tillhör när en rehabiliteringsprocess ska påbörjas.

<sup>7</sup> Se exempelvis prop. 1990/91:140 och SOU 2006:107

**Unionen vill att:**

- Arbetstagarorganisationernas roll förtydligas på så sätt att arbetsgivaren ska vara skyldig att informera den lokala arbetstagarorganisation som arbetstagaren tillhör när en rehabiliteringsprocess ska påbörjas.

**Verktyg för att aktivera rehabiliteringsarbetet**

Som arbetstagarrepresentant är en viktig roll för arbetsmiljöombuden att vaka över att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter gentemot den enskilda arbetstagaren under en rehabiliteringsprocess. I huvudsak handlar det om att bevaka att rehabiliteringsprocessen rör sig framåt och att skäliga åtgärder prövas. En uppenbar brist idag är att arbetsmiljöombuden saknar lämpliga åtgärder att kunna vidta när arbetsgivaren brister i rehabiliteringsarbetet. Detta gör att det i praktiken är mycket svårt att säkra lagens efterlevnad på arbetsplatsen.

Det främsta påtryckningsverktyg som står till buds för arbetsmiljöombuden – begäran om arbetsmiljöåtgärd enligt 6 kap 6 § AML – är utformat för att angripa brister i arbetsmiljön i sin helhet, och fungerar därför ofta dåligt i enskilda ärenden. Unionen vill därför se att arbetsmiljöombuden eller den lokala fackliga organisationen stärks med ytterligare påtryckningsverktyg som kan användas i ovan nämnda situationer.

**Unionen vill att:**

- Arbetsmiljöombuden eller den lokala fackliga organisationen stärks med ytterligare påtryckningsverktyg för att kunna aktivera arbetsgivare som brister i rehabiliteringsarbetet.

## Arbetsgivare behöver mer kunskaper

För att arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering ska kunna bedrivas på ett effektivt sätt på arbetsplatsen är en grundförutsättning att arbetsgivare har tillräckliga kunskaper för att driva rehabiliteringsprocessen framåt. Enligt 6 § AFS 1994:1 ska arbetsgivaren klargöra hur arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering ska fördelas och tillse att de som arbetar med frågorna har de befogenheter och resurser samt den kunskap och kompetens som behövs för uppgiften. När arbetsgivarens egna kunskaper inte räcker till är de skyldiga att anlita företagshälsovård eller annan expertresurs utifrån.

Unionens erfarenhet är att nödvändiga kunskaper saknas på många arbetsplatser – såväl vad gäller det förebyggande arbetet och arbetet för återgång. Bristande kunskap kan för det första leda till att fler drabbas av ohälsa. Unionen egen undersökning Arbetsmiljöbarometern visar att arbetsmiljöombud på arbetsplatser med ett systematiskt arbetsmiljöarbete ger högre betyg till såväl den fysiska som den psykosociala arbetsmiljön.<sup>8</sup> Bristande kunskap kan även göra att arbetsgivaren missar tidiga tecken på ohälsa. Om det dessutom saknas rutiner för att löpande undersöka behovet av arbetsanpassning och rehabilitering bland arbetstagarna är risken större att ohälsan inte identifieras så tidigt som faktiskt vore möjligt. Bristande kunskaper kommer också, med största sannolikhet, att leda till att arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering utförs på ett bristfälligt sätt. Detta leder i sin tur till att arbetstagare som återgår i arbete riskerar att bli sjuka igen, att återgången tar längre tid än nödvändigt eller att återgången helt uteblir.

### Satsning på utbildning

Ansvar för att säkerställa att tillräckliga kunskaper finns på arbetsplatsen ligger otvetydigt hos arbetsgivaren. Det är således i första hand arbetsgivare och deras intresseorganisationer som behöver se till att utbildning och kompetensutveckling på detta område fungerar bättre än idag. Unionen vill se en ambitionshöjning från arbetsgivare när det gäller detta. Alltför många av de regionala arbetsmiljöombuden får fungera som ”utbildare” av arbetsgivare när de deltar i rehabiliteringsprocesser. En sådan ordning fungerar inte. Det behövs en långsiktig förbättring och förstärkning av arbetsmiljöutbildning för arbetsgivares representanter.

<sup>8</sup> Unionen, *Arbetsmiljöbarometern 2018*, s 19-20

Som ett komplement till detta ser också Unionen att det finns behov av punktsatsningar på utbildning av de som arbetar med rehabilitering på arbetsplatsen. Sådana satsningar kan inte ersätta behovet av en ambitionshöjning från arbetsgivarsidan, men kan fungera som en kortsiktig förstärkning. Punktsatsningar kan med fördel göras gemensamt av arbetsmarknadens parter. Men också staten har ett intresse av en kompetenshöjning hos samtliga som arbetar med rehabilitering på arbetsplatsen eftersom sjukförsäkringskostnaderna påverkas av arbetet för att förebygga ohälsa och för att främja återgång i arbete. Med hänsyn till det tydliga sambandet mellan aktiva arbetsgivare och en snabb och framgångsrik rehabilitering skulle en sådan satsning dessutom vara samhällsekonomiskt lönsam. Unionen vill att staten tar ett större ansvar för kunskapshöjande insatser i samband med regelförändringar som påverkar rehabiliteringsområdet.

**Unionen vill att:**

- Det sker en ambitionshöjning från arbetsgivare avseende utbildning i det ansvar som åligger dem i frågor om arbetsanpassning och rehabilitering.
- Utbildning prioriteras för att stärka upp rehabiliteringen på arbetsplatserna, från såväl stat som arbetsmarknadens parter.

**Tydligare krav på företagshälsovård**

När arbetsgivarens kunskaper inte räcker till för det som ska utföras i arbetsmiljöarbetet är arbetsgivaren skyldig att anlita en företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs. Lagen ställer alltså inte krav om att varje enskild arbetsgivare ska klara av att kartlägga, bedöma och genomföra alla rehabiliteringsåtgärder med interna krafter.<sup>9</sup> Detta innebär dock inte att allt arbetsmiljöarbete kan läggas på entreprenad.

<sup>9</sup> Prop. 1990/91:140, s 50

När företagshälsovården fungerar som den ska kan den stärka upp både arbetet för återgång och arbetet för att förhindra ohälsa och olycksfall. Unionen ser företagshälsovården som en nyckelresurs som behöver användas oftare och klokare. I rehabiliteringssammanhang kan företagshälsovården bidra till att lämpliga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder vidtas på arbetsplatsen och till att kopplingar mellan ohälsan och arbetsmiljön undersöks. Företagshälsovården finns dessutom – till skillnad från kontakten i hälso- och sjukvården - kvar efter avslutad medicinsk rehabilitering och kan följa upp ett ärende över en längre tid.

Lagstiftningen som reglerar arbetsgivares skyldighet att anlita företagshälsovård är oprecis och öppnar för många olika tolkningar. Detta skapar problem. Det är många arbetstagare som saknar tillgång till företagshälsovård (kvinnor är överrepresenterade)<sup>10</sup> och där företagshälsovård väl anlitas används den väldigt olika. I Unionens undersökning Arbetsmiljöbarometern var det bara 4 av 10 arbetsmiljöombud som uppgav att företagshälsovården fungerar som en resurs i det förebyggande arbetet – trots att det är inom det förebyggande som tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete bör ligga<sup>11</sup>. Unionen vill med anledning av detta se tydligare regleringar av arbetsgivares skyldighet att anlita företagshälsovård. Reglering av företagshälsovård skulle med fördel kunna samlas i ett eget föreskriftshäfte.

**Unionen vill att:**

- Arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla ”den företagshälsovård arbetsförhållandena kräver” förtydligas ytterligare genom föreskrifter.

<sup>10</sup> SCB statistik, *Arbetsmiljöundersökningen 2017*

59 procent av de sysselsatta har tillgång till företagshälsovård genom arbetet enligt undersökningen. Inom gruppen kvinnor är det 55 procent, och inom gruppen män 62 procent.

<sup>11</sup> Unionen, *Arbetsmiljöbarometern 2018*, s 26

## Bättre förutsättningar att rehabilitera

För många arbetsgivare är det absoluta fokuset för en rehabiliteringsprocess att få arbetstagaren tillbaka i arbete. Ett hinder kan vara att rehabiliteringsarbete ofta kostar pengar, vilket kan vara kännbart för arbetsgivaren. I synnerhet gäller detta mindre företag eller organisationer med små marginaler.

Historiskt sett har det funnits olika statliga stödformer för arbetsgivare, så som arbetslivsfonden (1990-1996), och ersättning för arbetsgivare som anslutit sig till företagshälsovården (1986-1992). Sedan 2014 finns möjligheten för arbetsgivare att ansöka om så kallat ”Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd”. Som mest kan en arbetsgivare under ett år beviljas 10 000 kronor för en arbetstagare, med villkorad lika stor egeninsats. Som ett komplement till detta stöd går det även att få bidrag för arbetshjälpmedel vid vissa inköp.

### Partsgemensamma lösningar

Det lokala rehabiliteringsarbetet skulle stärkas av bättre ekonomiskt stöd till arbetsgivare avseende de kostnader som är knutna till arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering. Det är viktigt att sådana stöd är lätta att ta del av och att förebyggande insatser särskilt premieras. Företags och organisationers skilda villkor bör beaktas när ekonomiska stöd utformas.

En intressant modell att ta inspiration ifrån är den så kallade AGS-fonden som ägs av Svenskt Näringsliv och LO. Unionen vill att ett liknande stöd ska erbjudas arbetsgivare för tjänstemän i privat sektor.

#### Unionen vill att:

- Det skapas en partsgemensamt ägd fond för privatanställda tjänstemän som ger arbetsgivare möjlighet till ekonomisk ersättning för kostnader när en anställd behöver arbetslivsinriktad rehabilitering och/eller när man behöver göra insatser för att förebygga arbetsförmåga.

### Utnyttja företagshälsovårdens potential

Under det tidiga 90-talet utgjorde statsbidrag ungefär 30 procent av de totala kostnaderna för företagshälsovården. Under denna period var det tydligt att staten lade ett stort värde vid företagshälsovården och var angelägen om att den kom alla arbetstagare till del. Idag är situationen en annan. Företagshälsovården har kommit att få en mycket undanskymd roll i den offentliga debatten om hur sjuktalen kan bromsas. Unionen tror att företagshälsovården – rätt använd- är en central pusselbit när det gäller dessa frågor.

Utifrån detta vill Unionen se en klokt utformad ekonomisk stimuli vid köp av tjänster från företagshälsovård. En tänkbar modell skulle kunna vara en avdragsrätt för små företag vid köp av förebyggande insatser från företags-hälsovård. Det är viktigt att stimuli leder till ökad anslutning och klokare användning och inte till generella ekonomiska lättnader för arbetsgivare som redan idag har ett välfungerande samarbete med företagshälsovården.

Ekonomiskt stöd bör dock vara förbehållet företag och organisationer som upphandlar tjänster från företagshälsovården i samverkan med fackliga organisationer eller som upprättat kollektivavtal om användning av företags-hälsovården.

**Unionen vill att:**

- Staten ekonomiskt stimulerar anslutning till företagshälsovård och köp av tjänster från företagshälsovården

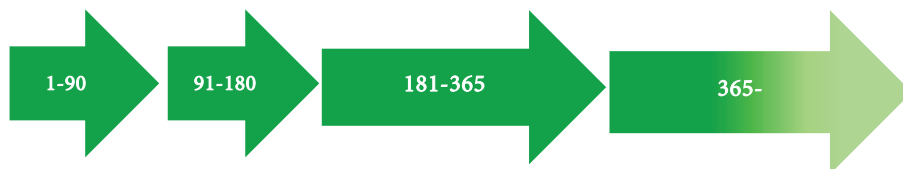


# Sjukförsäkringsregelverket

## Bakgrund

Bedömning av rätten till sjukpenning görs enligt den så kallade rehabiliteringskedjan. När rehabiliteringskedjan infördes år 2008 var ett uttalat syfte att formalisera sjukskrivningsprocessen och värna arbetslinjen, med stärkta drivkrafter för återgång i arbete.<sup>12</sup> Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningen av rätten till ersättning prövas gentemot en successivt vidgad arbetsmarknad, beroende på hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. Rehabiliteringskedjan tillkom efter att kritik riktats mot att sjukförsäkringen var "för mjuk" och tog för stor hänsyn till exempelvis den lokala arbetsmarknaden eller omständigheter i det individuella fallet. Rehabiliteringskedjan kännetecknar därför en frånvaro av individuella hänsyn i form av exempelvis ålder, bostadsort och yrke. Tanken med införandet av rehabiliteringskedjan var att renodla försäkringen så att samma tidsgränser och kontroller skulle gälla för alla försäkrade.<sup>13</sup>

Rehabiliteringskedjan är uppbyggd genom att prövning av rätt till ersättning görs vid olika dagar i ett pågående sjukfall, vilket nedan illustreras genom fyra olika pilar. Inom varje pil prövas rätten till ersättning genom olika kriterier, och det är vid övergången från en pil till en annan som en arbetstagare når en "tidsgräns" (och riskerar att bli av med sjukpenningen).



Under kalenderdag 1 till 90 beviljas arbetstagaren ersättning under förutsättning att hen inte kan utföra sitt vanliga arbete hos arbetsgivaren. Under dag 91 till 180 beviljas arbetstagaren ersättning under förutsättning att hen inte kan utföra något arbete alls hos arbetsgivaren. Fram till den sjätte månaden är alltså avsikten att alla som inte kan arbeta hos sin tidigare arbetsgivare ska kunna få sjukpenning som en ersättning för den uteblivna lönen.

<sup>12</sup> Prop. 2007/08:136, s. 56–59

<sup>13</sup> I förarbetena skrivs att regeringen anser att sjukförsäkringen är "för mjuk" och vidare: "Situationen på arbetsmarknaden har tillmätts för stor betydelse." Prop. 2007/08:136, s. 67.

Vid den andra tidsgränsen – inför den tredje pilen – sker en viktig förändring. Från dag **181 till 365** beviljas ersättning under förutsättning att arbetstagaren inte kan utföra något ”normalt förekommande arbete” på arbetsmarknaden.

Under denna tidsperiod finns det två olika undantag från att prövas mot alla normalt förekommande arbeten, ”särskilda skäl” och ”oskäligt”. Särskilda skäl kan föreligga om Försäkringskassan bedömer att den anställda med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete på heltid någonstans i arbetsgivarens verksamhet före dag 366. Här måste det framgå av det medicinska underlaget att det finns en välgrundad anledning att anta att den anställde kan återgå i heltidsarbete hos arbetsgivaren och även en tydlig tidplan för när så förväntas ske. Det andra undantaget ”oskäligt” innebär att den som är svårt sjuk kan slippa prövas mot normalt förekommande arbeten.

När dag **365** har passerat beviljas ersättning endast under förutsättningen att arbetstagaren inte kan utföra något normalt förekommande arbete. Endast i de fall där det bedöms oskäligt kan man undantas från denna prövning. När rehabiliteringskedjan infördes fanns även en bortre tidsgräns i försäkringen som innebar att sjukpenning maximalt kunde betalas ut under 914 dagar. Den regeln är borttagen sedan år 2016.

### Unionens utgångspunkter för sjukförsäkringens regelverk

Unionen anser att sjukförsäkringens regelverk bör vara utformat på ett sätt som främjar rehabilitering och återgång i arbete, samt vid behov omställning. Studier visar att passivitet och brist på kontroll leder till längre sjukskrivningar än nödvändigt.<sup>14</sup> Undersökningar har även visat att rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser har lett till mer aktivitet i sjukskrivningsärendena. Med fasta tidsgränser kan inte ärenden ”bli liggande”, på samma sätt som kunde vara fallet innan rehabiliteringskedjan infördes.<sup>15</sup> Unionen anser, mot bakgrund av detta, att en rehabiliteringskedja med fasta tidsgränser generellt sett har många fördelar. Unionen anser att det varken är bra för den enskilde eller samhälls-ekonomiskt försvarbart att en sjukskrivning tillåts löpa på helt utan kontroller eller krav på omställning. Däremot finns det ett antal problem med det nuvarande regelverket, som kommenteras i följande avsnitt.

<sup>14</sup> IFAU 2010:1 Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna.

<sup>15</sup> ISF 2014:22: Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser, s. 88s

## Främja rehabilitering

### Utökade möjligheter till flexibilitet vid deltidssjukskrivning

Att vara sjukskriven på deltid, och arbeta på deltid, är ofta en bra form av rehabilitering. Upprepade studier har också visat att kontakt med arbetsplatsen är en framgångsfaktor för en lyckad återgång i arbete. Exempelvis rekommenderar Socialstyrelsen partiell sjukskrivning och successiv återgång vid flera psykiska diagnoser. Grundprincipen vid deltidssjukskrivning är att den sjukskrivne arbetar lika mycket varje dag. Enligt rättspraxis kan Försäkringskassan göra undantag från grundprincipen om det är medicinskt motiverat<sup>16</sup>. För många deltidssjukskrivna passar det mindre bra att förlägga arbetstiden varje dag. De kan med hänsyn till besvärsskilderna och arbetets karaktär etcetera behöva återhämta sig en hel dag mellan arbetsdagarna.

Unionen anser att det är viktigt att sjukförsäkringen är utformad på ett sådant sätt som möjliggör för sjukskrivna att arbeta deltid. Det bör därför vara möjligt för den sjukskrivne att förlägga arbetstiden på ett sätt som passar denne, det vill säga, antingen genom att arbeta del av dag eller endast vissa dagar i veckan, utan att riskera att få sjukpenningen indragen. Förslaget tar sikte på den sjukskrivnes rätt till flexibilitet vid deltidssjukskrivning i syfte att främja rehabilitering och ska inte ses som en möjlighet för arbetsgivaren att förlägga den sjukskrivnes arbetstid på ett sätt som passar verksamheten.

#### Unionen vill att:

- Flexibiliteten vid deltidssjukskrivning utökas. Det ska vara möjligt för den sjukskrivne att förlägga arbetstiden på ett sätt som passar denne.

<sup>16</sup> HFD 2011 ref. 30

### Sjukpenning i väntan på vård

Ibland är orsaken till att en person inte kan utföra sitt vanliga arbete att hen ännu inte fått en viss typ av behandling, vård eller operation. Däremot kanske personen kan utföra ett annat arbete – även utan att ha fått behandlingen. Unionens utgångspunkt är att ingen ska behöva få sin sjukpenning indragen, om den nedsatta arbetsförmågan kvarstår på grund av köer eller väntetid på rätt vård eller behandling från hälso- och sjukvården.

#### Unionen vill att:

- En försäkrad inte ska kunna få sin sjukpenning indragen om den nedsatta arbetsförmågan kvarstår till följd av köer eller väntetid till rätt sorts behandling inom hälso- och sjukvården.

### Psykisk ohälsa

Andelen sjukfall som har sin grund i psykiska diagnoser har ökat betydligt under det senaste decenniet. Mellan tredje kvartalet 2008 och 2018 har andelen ökat från 29 till 46 procent, en ökning om 17 procentenheter, eller hela 59 procent.<sup>17</sup> Det är viktigt att såväl regelverk, kunskaper och riktlinjer är giltiga och rättvisa även för personer som är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa.

#### Lika rätt till undantag

Vid dag 180 i rehabiliteringskedjan finns, som sagt, två olika undantag som innebär att prövningen mot normalt förekommande arbete kan skjutas upp. För det ena undantaget som betecknas ”särskilda skäl” är villkoret för beviljande att det av medicinskt underlag finns en ”välgrundad anledning att anta” att den försäkrade kommer att vara helt tillbaka i arbete senast dag 365. Det måste också finnas en tidplan för detta. På så sätt kan ett lyckat rehabiliteringsarbete få fortsätta i ytterligare ett halvår för att en arbetstagare ska kunna komma tillbaka i arbete hos sin arbetsgivare.

<sup>17</sup> Statistik från Försäkringskassan, *Pågående sjukfall efter diagnos, 2005*

Av förarbetena framgår att undantaget endast bör kunna beaktas vid ”tydliga diagnoser” och inte vid diffusa diagnoser.<sup>18</sup> Unionens erfarenhet är att kopplingen till en så kallad tydlig diagnos leder till problem eftersom såväl Försäkringskassan som domstolar ofta ser exempelvis utmattningssyndrom som en diffus diagnos som utesluter tillämpning av särskilda skäl - detta trots att läkare har bedömt återgång sannolik i det enskilda fallet och det funnits en tydlig tidplan om återgång senast dag 365. Med den typen av tolkning utesluts stora grupper i praktiken från möjligheten till undantag från prövning vid dag 180. Det är mycket olyckligt, inte minst då utmattningssyndrom är en diagnos som kan kräva lång tid innan återgång i heltidsarbete är lämpligt. Denna strikta tillämpning slår dessutom särskilt hårt mot kvinnor, som är kraftigt överrepresenterade i sjukskrivningar som har sin grund i psykiska diagnoser.

Unionen anser att särskilda skäl ska kunna tillämpas oavsett diagnos, givet att de erforderliga kraven är uppfyllda. Individuella prövningar med utgångspunkt i medicinskt underlag och tidplan ska alltid göras.

**Unionen vill att:**

- Särskilda skäl ska kunna tillämpas oavsett diagnos

### Rätt person i rätt system

Alla personer som genom eget arbete betalat in till den allmänna socialförsäkringen, ska i första hand få ekonomisk ersättning från just sjukförsäkringen vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Olika ersättningssystem ger olika möjligheter i termer av stöd och villkor i relation till andra insatser men medför också olika skyldigheter och olika kvalifikationsvillkor. I a-kassan ska en person (i regel) vara aktivt arbetssökande, i sjukpenningen ska en person ha en nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, för att beviljas försörjningsstöd krävs att hushållet inte har några andra tillgångar i form av besparingar eller ägodelar som kan säljas (till exempel bil, bostad). Det är därför av stor betydelse att rätt person finns i rätt system.

<sup>18</sup> Prop. 2007/08: 136 s. 69

### Verklighetsbaserade prövningar

När en arbetstagare når en viss dag i rehabiliteringskedjan prövas dennes arbetsförmåga mot ”normalt förekommande arbeten”. Om arbetstagaren bedöms ha arbetsförmåga enligt denna bedömningsgrund dras sjukpenningen in och arbetstagaren hänvisas till Arbetsförmedlingen för att ställa sig till arbetsmarknadens förfogande – redo att söka dessa ”normalt förekommande arbeten” som man uppges kunna utföra.

Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan är strikt teoretisk. Det behöver således inte finnas något arbete ledigt av det slag som Försäkringskassan bedömer att en arbetstagare har arbetsförmåga i relation till. Det viktiga är i Försäkringskassans ögon att arbetstagaren i teorin kan få ett arbete, inte om det är möjligt i praktiken. I stor skala innebär detta att flera tusen personer kan bli av med sjukpenningen med hänvisning till att de kan utföra exempelvis ett ”lättare administrativt arbete”, trots att det knappast finns några sådana arbeten tillgängliga på arbetsmarknaden idag.

Denna strikt teoretiska bedömning av rätten till sjukpenning leder till att stora grupper befinner sig hos Arbetsförmedlingen och a-kassan utan förmåga att i praktiken kunna leva upp till de skyldigheter som är utgångspunkten för ersättningen. De är helt enkelt för sjuka för de jobb som finns, och således i praktiken inne i fel ersättningssystem. Ett stort problem i sammanhanget är också att arbetstagare kan tvingas frånträda sin tidigare anställning vid övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen eftersom a-kassa (i regel) inte beviljas personer som har en anställning. Och när anställningsförhållandet upphör, upphör också arbetsgivarens skyldigheter att rehabilitera.

Unionen vill att det ställs större krav på Försäkringskassan att göra verklighetsförankrade bedömningar vid prövning av arbetstagarens rätt till ersättning och att hänsyn ska tas till förhållandena på arbetsmarknaden i stort. En arbetstagare som inte kan utföra några av de arbeten som kan förväntas finnas på arbetsmarknaden ska kunna kvarstå i sjukpenningen.

#### Unionen vill att:

- Försäkringskassans bedömningar mot ”normalt förekommande arbete” vid dag 180 har verklighetsförankring och görs i relation till hur arbetsmarknaden ser ut i stort.

### Ingen bortre tidsgräns

Från år 2008 till och med 2016 fanns en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen, som innebar att sjukpenning kunde betalas ut under maximalt 914 dagar. Syftet med en maximal tid var att öka möjligheterna och drivkrafterna för sjukskrivna att återgå i arbete.<sup>19</sup>

Unionen anser självfallet att det är viktigt att stärka drivkrafterna och möjligheterna till rehabilitering och återgång i arbete för personer som varit sjukskrivna länge. Sjukpenningen ska inte bli en parkeringsplats för sådant den inte är avsedd för.

Unionen anser dock att en bortre tidsgräns inte fyller funktionen att öka drivkrafterna att återgå i arbete vid riktigt långa sjukskrivningar och att det finns bättre sätt att stärka möjligheterna till rehabilitering och återgång i arbetet (hela den här rapporten är på sätt och vis ett bidrag till den diskussionen). Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) konstaterade i en rapport från 2013 att bland dem som blev utförsäkrade genom att de nådde den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen, så återvände omkring hälften till sjukförsäkringen inom ett år. Av dessa återvände hälften redan efter 90 dagar.<sup>20</sup> Samma rapport kunde även se att beroendet av kommunalt ekonomiskt bistånd ”ökade ganska markant”.

Argumentet för att fortsatt ha en sjukförsäkring utan bortre tidsgräns handlar om individens rätt till en skälig ersättning och en trygg försörjning, och om att rätt person ska finnas i rätt trygghetssystem. Det är en viktig princip att värna om att den som inte kan arbeta till följd av sjukdom, ska ha ersättning från sjukförsäkringen (och inte något annat trygghetssystem). En person som är för sjuk för att delta i arbetslivsinriktade åtgärder bör lämpligen ha sin försörjning från sjukförsäkringen, och inte a-kassan. Personer som arbetat och betalat in till vår allmänna sjukförsäkring ska inte behöva bli utförsäkrade och hänvisade till kommunens försörjningsstöd med allt vad det innebär, utan skyddas av de allmänna socialförsäkringarna.

<sup>19</sup> Prop. 2007/08:136, s. 56–59.

<sup>20</sup> ISF 2013:6 *Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen*

Unionen anser att det måste finnas en trygg försörjningsform för personer som har långvarigt, men inte livslångt, nedsatt arbetsförmåga. Det finns fall där en sjukskrivning behöver pågå längre än 2,5 år (vilket var den tidigare borte tidsgränsen) men där nedsättningen inte är livslång och sjukersättning kan komma ifråga. Unionen är av den åsikten att sjukpenning då bör vara den ersättningsform som kan beviljas dessa personer. Överhuvudtaget bör sjukpenningen vara en omställningsförsäkring som ger ekonomisk trygghet under tillfälligt nedsatt arbetsförmåga vid sjukdom: om det så rör sig om tre veckors sjukskrivning eller tre år. Så länge en person kan väntas återgå i arbete bör hen finnas inom ersättningsformen sjukpenning. Samtliga personer som uppbär sjukpenning bör kontinuerligt få sin arbetsförmåga prövad och det bör finnas ett fortsatt fokus på återgång i arbete för denna grupp.

**Unionen vill att:**

- Försäkrade med långvarigt, men inte livslångt, nedsatt arbetsförmåga bör få sin försörjning från sjukförsäkringen. Sjukpenningen bör därför även fortsättningsvis sakna borte tidsgräns.

**Fast tidsgräns för prövning av sjukersättning**

Den som till följd av sjukdom bedöms ha *livslångt* nedsatt arbetsförmåga kan idag beviljas sjukersättning. Sjukersättningen kan beviljas antingen efter ansökan från den enskilde eller genom att Försäkringskassan på eget initiativ byter ut sjukpenningen mot sjukersättning. Tidigare fanns även en ersättningsform som hette tidsbegränsad sjukersättning, som kunde beviljas personer som hade en nedsättning i arbetsförmågan som kunde antas bestå om minst ett år. Den tidsbegränsade sjukersättningen var till stor del ett substitut till långa sjukskrivningar med sjukpenning, men den ersättningsformen avskaffades i samband med regelförändringarna år 2008. Samtidigt blev det väsentligt mycket svårare att bli beviljad sjukersättning. Utvecklingen på senare år har gått mot att allt färre beviljas sjukersättning.



Ett problem idag är att det sker för få prövningar av rätten till sjukersättning. Enligt Försäkringskassans egen vägledning ska det, någon gång mellan dag 366 och dag 450 i sjukfallet, göras en så kallad särskild utredning. En del i en sådan utredning är att utreda om det är möjligt att byta ut sjukpenning mot sjukersättning.<sup>21</sup> En granskning från Riksrevisionen visar dock att dessa prövningar görs i mycket begränsad utsträckning.<sup>22</sup> En konsekvens av detta är att personer som uppfyller kriterierna för sjukersättning förbises.

Vidare visar Riksrevisionens granskning att ju svagare anknytning till arbetsmarknaden en person har, desto värre blir konsekvenserna av att nekas sjukersättning: såväl vad gäller hälsa som ekonomi. Unionen anser att personer som inte kan arbeta till följd av sjukdom, och som inte kan utföra något arbete på arbetsmarknaden, har rätt till en trygg försörjning – även vid långvarig sjukdom. Därför anser Unionen, i likhet med Riksrevisionens rekommendationer, att det är önskvärt att en fast tidsgräns införs, då Försäkringskassan är skyldig att pröva om rätt till sjukersättning föreligger. Förslaget innebär att Försäkringskassan vid en specifik tidpunkt och då den enskilde uppburit sjukpenning under relativt lång tid ska ta ställning till om den enskilde på sikt har rehabiliteringspotential och kan återgå i arbete eller om det är aktuellt med sjukersättning. På så sätt ökar möjligheten för att den enskilde hamnar i rätt ersättningsform i sjukförsäkringen. Ersättning i form av sjukpenning ska vara förbehållet de som har en övergående arbetsförmåga medan sjukersättning ska vara förbehållet dem där varken arbetslivsinriktad eller medicinsk rehabilitering kan återställa arbetsförmågan.

**Unionen vill att:**

- En fast tidpunkt införs då Försäkringskassan är skyldig att göra en prövning av om rätt till sjukersättning föreligger, exempelvis efter 450 dagars sjukskrivning

<sup>21</sup> Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, s 295

<sup>22</sup> Riksrevisionen, *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning. Effekter på inkomst och hälsa*, 2018

# Bättre stöd till den enskilde

## Bakgrund

Försäkringskassan har två olika roller i relation till den enskilda arbetstagaren som vänder sig till kassan vid sjukskrivning. Försäkringskassans ena uppdrag är att bedöma arbetstagarens rätt till ersättning – vilket avhandlades i rapportens föregående avsnitt om sjukförsäkringsregelverket. Det andra uppdraget handlar om att samordna rehabiliteringsarbetet. Försäkringskassan ska inom ramen för samordningen ”verka för att” andra aktörer gör sitt, ”se till att” rehabiliteringsbehovet kartläggs och att rehabiliteringsarbetet påbörjas. Försäkringskassan är således inte en rehabiliteringsaktör i egen kraft men kan i allra högsta grad vara involverade i den enskildes process för återgång i arbete.

Det tydligaste exemplet på samordning är när Försäkringskassan kallar den berörda arbetstagaren och ytterligare en aktör till ett så kallat avstämningsmöte. Ett avstämningsmöte ska leda till att en rehabiliteringsplan upprättas, och kan i flera fall också innebära att arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas.

Att ”arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas” innebär att Försäkringskassan beviljar rehabiliteringsåtgärder så som arbetsträning, utbildning eller arbetsförberedande insatser som arbetsförmedlingen anvisat till.<sup>23</sup> När en arbetstagare beviljas arbetslivsinriktad rehabilitering förs hen helt eller delvis över från sjukpenning till rehabiliteringsersättning.

Rehabiliteringsersättning består av två olika delar; rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenning ersätter sjukpenning för den tid en arbetstagare befinner sig i sådana insatser som beviljats av Försäkringskassan. Särskilt bidrag kan ersätta andra kostnader som uppkommer i samband med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, så som kursavgift, reseersättning eller traktamente.

## En viktig funktion som haltar

Samordningsuppdraget är en mycket viktig del av Försäkringskassans verksamhet som har fått alldeles för lite uppmärksamhet under de senaste åren. Unionens erfarenhet är att Försäkringskassan ofta är frånvarande och inte tar sitt samordnande ansvar.

<sup>23</sup> Försäkringskassan, *Rehabiliteringsersättning – rättslig kvalitetsuppföljning*, 2016, s 19

I en departementspromemoria beskrivs hur rehabiliteringskoordinatorer gått in och tagit ansvar för samordning för att de inte upplever att Försäkringskassan ger den enskilde det stöd de har rätt till.<sup>24</sup> Och i Försäkringskassans egna årsredovisningar kan vi se ett tapp på nästan 60 procent i personliga möten (åren 2014-2017)<sup>25</sup> och minskade utgifter för rehabiliteringspenning.<sup>26</sup> I en rapport från Inspektionen för socialförsäkringen konstateras att brister i samordningen påverkar såväl bedömningen av rätten till ersättning, identifieringen av de som är i behov av rehabiliteringsåtgärder och samordningen av de olika aktörer som kan vara involverade i ett enskilt ärende.<sup>27</sup> Försäkringskassans passivitet leder således till färre aktiva insatser och sämre förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering.

Inom ett område där många aktörer är inblandade behövs en funktion som har uppgiften och mandatet att samordna. Det är dock viktigt att samordning innebär just samordning – inte att Försäkringskassan behöver utbilda arbetsgivare om hur ett rehabiliteringsarbete ska bedrivas, eller ta över som ”drivande” i rehabiliteringsarbetet. Samordning behöver alltså komma fler till del men samtidigt vara tydligare definierad och avgränsad.

Samordningen bör även i mycket större utsträckning än idag vara orienterad utifrån det rehabiliteringsarbete som sker på arbetsplatsen, istället för att betraktas som ”extra verktyg” när det lokala rehabiliteringsarbetet har nått vägs ände. För att nå dit behövs mer flexibilitet i samordningen.

**Unionen vill att:**

- Försäkringskassans samordnande insatser för de enskilda arbetstagarna prioriteras upp. Samordning leder till stärkt rehabiliteringsprocess och bättre underlag vid bedömning av rätten till ersättning.

<sup>24</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s 26

<sup>25</sup> Försäkringskassan, *Årsredovisning 2017*, s 98  
Från cirka 121 000 till cirka 53 000.

<sup>26</sup> Försäkringskassan, *Årsredovisning 2016*, s 125, Försäkringskassan, *Årsredovisning 2017*, s 105  
Mängden samordning samvarierar till viss del med kostnaderna för rehabiliteringsersättningen, eftersom det krävs samordning för att insatser som berättigar rehabiliteringsersättning ska komma till stånd, och där kan vi se att kostnaderna för rehabiliteringspenning sjönk mellan åren 2015 och 2016 medan kostnaderna för sjukpenningen ökade (-13 procent mot +2 procent). Och mellan åren 2016 och 2017 sjönk kostnaderna för rehabiliteringspenningen snabbare än kostnaderna för sjukpenningen (-17 procent mot -10 procent). Under 2016 bedömde Försäkringskassan att de bedrev samordnande insatser i ungefär 15 procent av ärendena, se *Årsredovisning 2016*, s 52

<sup>27</sup> ISF 2017:9, *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan – En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*, s 9 ff.

## Uppvärdera avstämningsmöten

Unionen har många positiva erfarenheter av avstämningsmöte som inslag under en rehabiliteringsprocess. Det finns en stor betydelse av att de centrala aktörerna kommer samman och diskuterar vilka åtgärder som kan vara lämpliga för återgången.

Unionen vill se en tydlig uppvärdering och prioritering av avstämningsmöten. En tumregel bör vara att avstämningsmöten genomförs där sjukfallen förväntas bli mer än 60 dagar, och där således arbetsgivare har en skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete. När det behövs ska avstämningsmöten självklart även genomföras i övriga ärenden. Unionen vill också att Försäkringskassan ska prioritera avstämningsmöten om arbetsgivaren, arbetstagarrepresentant eller hälso- och sjukvårdens representant efterfrågar ett sådant möte.

Det är viktigt att avstämningsmöten inte leder till en förskjutning av ansvar från arbetsgivaren till Försäkringskassan. Tvärtom bör de fungera som en ytterligare katalysator in i det pågående arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet. Unionen vill därför att avstämningsmöten i första hand ska leda till att arbetsgivarens plan för återgång i arbete uppdateras.

Unionen vill att:

- Försäkringskassan prioriterar avstämningsmöten för de sjukfall som förväntas pågå i mer än 60 dagar, i synnerhet om arbetsgivare, arbetstagarrepresentant eller hälso- och sjukvårdens representant önskar ett sådant möte.

## Mer flexibilitet

Det som är utmärkande för rehabiliteringsärenden är dess inbördes olikheter. Det är olika historik, diagnos, arbetsplatser, chefer, arbetstagare, läkare och förutsättningar i övrigt. Och utifrån den vetskapen är det mest rimliga att rehabiliteringsregelverket är utformat så att rätt åtgärd kan träda in i rätt tid i det enskilda fallet. Unionens uppfattning är därför att de olika åtgärder som kan komma på tal i rehabiliteringssammanhang i så låg grad som möjligt ska inträda efter en viss dag eller i en viss sekvens i relation till andra åtgärder.

### Lättare att få arbetsträning

Arbetsträning innebär att arbetstagaren kommer till en arbetsplats utan krav på prestation.<sup>28</sup> I cirka tre fjärdedelar av alla ärenden där arbetsträning förekommer genomförs arbetsträningen hos den gamla arbetsgivaren, antingen med arbetsuppgifter som ingick i arbetstagarens ordinarie arbete, eller med andra arbetsuppgifter.<sup>29</sup>

Unionen har positiva erfarenheter av arbetsträning som rehabiliteringsåtgärd. I synnerhet vid stressrelaterad ohälsa har Unionen sett att det kan vara värdefullt för arbetstagaren att få befinna sig på arbetsplatsen och utföra vissa arbetsuppgifter, helt utan krav på prestation. Vi är övertygade om att arbetsträning i många fall är en klok åtgärd att sätta in i ett tidigt skede, för att bibehålla kontakten med arbetsplatsen. En aspekt som påtagligt försvårar möjligheten att använda arbetsträning i ett tidigt skede är det faktum att arbetsträning med rehabiliteringsersättning måste föregås av såväl ett avstämningsmöte och upprättande av en rehabiliteringsplan. Unionens erfarenhet är dessutom att det under de senaste åren blivit allt svårare att få arbetsträning beviljad, vilket styrks av Försäkringskassans minskade kostnader för rehabiliteringsersättning.

Det är svårt att begripa varför åtgärden arbetsträning ska hanteras restriktivt. För samhället är kostnaden densamma för en person som går på hel sjukpenning som för en person som går på 75 procents sjukpenning och arbetstränar med 25 procents rehabiliteringspenning. Unionen menar därför att endast en formell begäran, utan ytterligare prövning, ska krävas för att påbörja arbetsträning för en arbetstagare som beviljats hel sjukpenning från Försäkringskassan för den period som beviljandet gäller. Arbetsgivaren bör emellertid kunna visa för Försäkringskassan att åtgärden är del av en plan för återgång i arbete där perioden för, och ramarna kring arbetsträningen beskrivs.

#### Unionen vill att:

- Det blir betydligt lättare att ansöka om och att få arbetsträning med rehabiliteringsersättning beviljad.

<sup>28</sup> Försäkringskassan.se

<sup>29</sup> Försäkringskassan, *Rehabiliteringsersättning – rättslig kvalitetsuppföljning*, 2016, s 19-20

### Rehabiliteringsersättning som stimulerar till rehabilitering

När rehabiliteringspenning infördes var ersättningsnivån inom den ersättningsformen hundra procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (att jämföra med sjukpenningen som uppgår till knappt 80 procent av inkomsten). Den som gick in i arbetslivsinriktad rehabilitering blev på så vis ekonomiskt premierad för detta.<sup>30</sup> Så är det inte idag. Rehabiliteringspenning betalas idag ut på precis samma nivå som sjukpenning. Dessutom prövas även de som går på rehabiliteringspenning enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det som till en början infördes för att utgöra ett incitament som skulle stimulera till rehabilitering, har idag snarast utvecklats till ett administrativt hinder som står i vägen för rehabiliteringsinsatser. Det är olyckligt. Ett tydligt exempel på detta är svårigheten att beviljas arbetsträning som rehabiliteringsinsats.

Unionens uppfattning är att rehabiliteringsersättningen – i sin nuvarande form – i mångt och mycket har förlorat sitt existensberättigande. För den enskilde spelar det inte längre någon roll om man befinner sig i sjukpenningen eller rehabiliteringspenningen. Unionen vill att det utreds på vilket sätt ersättningsformen kan förändras i syfte att göra faktisk skillnad för den enskilde och att stimulera till rehabilitering. Unionen ser exempelvis att det skulle vara intressant om rehabiliteringsersättningen kunde beviljas vid något större rehabiliteringsinsatser som skulle kunna medge frånträde från provningarna inom rehabiliteringskedjan. Det skulle kunna innebära att exempelvis en nio månaders rehabiliteringsplan med olika insatser kan genomföras utan att det hela tiden sker nya provningar inom systemet. Genom en sådan förändring skulle ytterligare ett mått av flexibilitet föras in i systemet.

#### Unionen vill att:

- Det bör utredas hur rehabiliteringsersättningen kan utformas för att bättre stimulera till rehabilitering

<sup>30</sup> Prop. 1990/91:141 *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.* s. 63

## Ett stärkt tillsynsansvar

I Försäkringskassans samordningsuppdrag ryms ett särskilt ansvar att se till att arbetsgivarna uppfyller sina skyldigheter gentemot den enskilde, vilket brukar betecknas ”tillsynsansvar”. Tillsynsansvaret när det gäller rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen är delat mellan två myndigheter. Arbetsmiljöverket har tillsyn över det förebyggande, organisatoriska arbetet medan Försäkringskassan har fått ansvar för tillsynen i enskilda ärenden. Arbetsmiljöverket utövar sin tillsyn genom inspektioner som kan leda till varningar, direktsanktioner och vitesförelägganden. Försäkringskassan utövar tillsynen genom att anmäla arbetsgivare som vid upprepade gånger missköter sig till Arbetsmiljöverket. Försäkringskassan har således mycket små möjligheter att agera inom ramen för sitt tillsynsansvar. De saknar också andra typer av verktyg för att säkra att det lokala rehabiliteringsarbetet faktiskt kommer att kunna lyckas.

### Kraft bakom tillsynen

Eftersom Försäkringskassan inte har några verktyg blir det i praktiken endast den förebyggande och organisatoriska tillsynen som har reell inverkan. Rätten att bli rehabiliterad av arbetsgivaren för den enskilda arbetstagaren säkerställs därmed inte av någon aktör. Unionen menar att det är rimligt att en tillsynsmyndighet har lämpliga verktyg till sitt förfogande och vill därför se att Försäkringskassans tillsynsansvar stärks med en sanktion. Denna sanktionsmöjlighet kan förslagsvis knytas till arbetsgivarens skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete. Den nuvarande ordningen som innebär att Försäkringskassan kan anmäla en arbetsgivare som vid upprepade gånger missköter sig till Arbetsmiljöverket bör också finnas kvar.

#### Unionen vill att:

- Försäkringskassan ska ha rätt att utfärda sanktion mot arbetsgivare som inte upprättar en plan av tillräcklig kvalitet inom angiven tid eller som inte uppfyller sina åtaganden enligt planen.

# Rehabiliteringens olika aktörer

## Bakgrund

I rehabiliteringsprocessen är en rad olika aktörer inblandade. Aktörerna har i regel helt egna uppdrag men det finns ofta områden inom uppdragen som överlappar med en annan aktörs ansvar eller som påverkar en eller flera andra aktörers agerande. I korthet beskrivs några viktiga aktörer i rehabiliteringsarbetet nedan.

*Arbetsgivaren.* Har ansvar för att det finns en organisation för arbetsanpassning och rehabilitering, för att rehabiliteringsarbetet drivs framåt och att skäligen åtgärder provas.

*Arbetsmiljöömbudet.* Vakar över att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter i rehabiliteringsarbetet, bidrar till processen och fungerar som ett stöd till arbetstagaren.

*Försäkringskassan.* Bedömer rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Samordnar rehabiliteringsarbetet på individnivå men också på strukturell nivå. Har tillsynsansvaret för att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter gentemot den enskilde i rehabiliteringsarbetet.

*Hälso- och sjukvården.* Ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Det är också läkare som sjukskriver och utfärdar läkarintyg.

*Rehabiliteringskoordinator.* En funktion inom hälso- och sjukvården. Insatserna består av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet.

*Företagshälsovården.* Fungerar som en oberoende expertresurs i rehabiliteringsarbetet (det vill säga, företräder varken arbetstagare eller arbetsgivare). Ett stöd i det konkreta rehabiliteringsarbetet; vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta och hur det görs.

*Arbetsförmedlingen.* Ansvarar för rehabilitering för personer utan en anställning.



## Bättre samarbete och tydligare rollfördelning

Det är uppenbart för de flesta som regelbundet följer med i nyheterna att det finns brister i samarbetet mellan rehabiliteringens olika aktörer. För att den enskilda arbetstagaren som ska förhålla sig till, få stöd av och bedömas av alla dessa olika aktörer är det viktigt att det finns ett fungerande samspel mellan rehabiliteringens olika aktörer. Det kan vara oerhört jobbigt för den enskilde att få höra av sin läkare att man måste vila och inte arbeta för att bli frisk, men trots detta få sin sjukpenning indragen. Eller att hamna i kläm mellan Försäkringskassan som tycker att man har arbetsförmåga och Arbetsförmedlingen som menar att sådan arbetsförmåga saknas. Vi ska komma ihåg att de som befinner sig i en rehabiliteringsprocess många gånger har ett tufft utgångsläge och sämre förutsättningar än normalt att klara av motgångar.

### Försäkringskassan och arbetsgivaren

Försäkringskassan och arbetsgivaren kan ha kontakt under flera delar av en sjukskrivning. Men ett viktigt samarbete är det som kan uppstå kring arbetstagarens rehabilitering – då Försäkringskassan utför sitt uppdrag som samordnare och arbetsgivaren arbetar utifrån sitt rehabiliteringsansvar.

Unionens erfarenhet är att det på många arbetsplatser finns en osäkerhet om vad Försäkringskassans samordningsansvar innebär. Detta kan till viss del bero på att lagstiftningen tolkas mer ”bokstavligt” än den faktiska tillämpningen av lagstiftningen<sup>31</sup>. Det kan också vara en konsekvens av att Försäkringskassan själv har haft svårt att definiera samordningsuppdragets innebörd.<sup>32</sup> I den parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstateras att ”både arbetsgivare och arbetstagare ofta lever i föreställningen att det är Försäkringskassans ansvar att åtminstone ta initiativet till rehabiliteringen” och att många små arbetsgivare tycker att Försäkringskassans roll är oklar.<sup>33</sup> Det har alltså uppstått ett slags förväntansgap i detta samarbete där arbetsgivare, fackliga och enskilda arbetstagare förväntar sig en större närvaro från Försäkringskassan än vad Försäkringskassan har kapacitet – eller ens avsikt – att vara.

<sup>31</sup> Skrivningen i socialförsäkringsbalken som säger att ”Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl” (30 kap 11§ SFB) kan exempelvis ge sken av att Försäkringskassan har kontakt med arbetsgivare i varje rehabiliteringsärende för att säkerställa just detta. Så är dock inte fallet.

<sup>32</sup> I Försäkringskassans årsredovisning för 2015 anges exempelvis att ”...[samordnings]uppdraget är ottydligt definierat, svårt att konkretisera och tidskrävande att genomföra...”, se sid 14.

<sup>33</sup> SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*, s 608

Försäkringskassan måste på ett mycket tydligare sätt definiera sitt eget samordningsuppdrag; när de kliver in i samordning och på vilket sätt de i så fall gör det. Det behöver bli konkret för den enskilda arbetsgivaren om – och i så fall hur Försäkringskassan kan bli delaktig i rehabiliteringen. Rolltydlighet är en förutsättning för att samarbetet ska kunna bli så bra som möjligt och i förlängningen för att Försäkringskassan ska kunna bidra med extra verktyg in i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Om Försäkringskassan inte förmår definiera eller avgränsa uppdraget på egen hand måste lagstiftaren ge tydligare direktiv. Risker är annars att andra aktörer är passiva i väntan på att Försäkringskassan ska göra sådant som Försäkringskassan aldrig haft för avsikt att göra.

**Unionen vill att:**

- Samordningsuppdraget förtydligas och kommuniceras gentemot de aktörer som samverkar med Försäkringskassan i rehabiliteringsarbetet.

#### **Försäkringskassan och hälso- och sjukvården**

Hälso- och sjukvården har kontakt med Försäkringskassan i egenskap av expertis när det gäller den aktuella arbetstagarens medicinska tillstånd. Läkare utfärdar exempelvis de sjukintyg som används som underlag vid bedömning av rätt till ersättning och kan även finnas med vid avstämningsmöten för att bidra till planering av återgång i arbete.

Under 2017 begärde Försäkringskassans handläggare komplettering på lite knappt vart tionde läkarintyg.<sup>34</sup> Detta tyder på en bristande samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården om vad som rimligen ska finnas med i ett läkarintyg. I en rapport från Riksrevisionen våren 2018 konstaterades att: ”Det finns en osäkerhet bland läkarna när ett läkarintyg i sjukskrivningsärenden i psykiatriska diagnoser anses tillräckligt underbyggt på grund av Försäkringskassans begäran av kompletteringar i den utsträckning som läkarna upplever sker idag.”<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Försäkringskassan, *Årsredovisning 2017*, s 92

<sup>35</sup> Riksrevisionen, *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, 2018, s 50

Varje komplettering innebär merarbete för sjukskrivande läkare och kan leda till förlängd handläggningstid i det enskilda ärendet. Dessutom kan det skapa oro hos den berörda arbetstagaren som är beroende av att läkarintyget blir godkänt för att beviljas ersättning. Här behöver det skyndsamt etableras en samsyn kring sådana grundläggande delar av sjukskrivningsprocessen som vad som är rimligt att kräva av ett läkarintyg.

**Unionen vill att:**

- Det skyndsamt skapas en samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården inom de områden där samverkan är nödvändig, exempelvis avseende vad som går att förvänta sig av ett läkarintyg, vad arbetsförmåga är och vad ”normalt förekommande arbeten” är.

#### **Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen**

Om den enskildes rätt till sjukpenning dras in är det naturliga steget för många att skriva in sig hos Arbetsförmedlingen för att söka den typen av arbete som Försäkringskassan har uppgett att man kan utföra. Det är dock inte alltid som dessa personer välkomnas som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen. Personen hamnar då i ett slags limbo, som i populära ordalag brukar benämnas ”för frisk för sjukpenningen, för sjuk för a-kassa”.

I praktiken är problemet att Försäkringskassan har gjort en bedömning att arbetstagarens arbetsförmåga i relation till ”normalt förekommande arbete”, som Arbetsförmedlingen helt enkelt inte delar. Chefen på avdelningen för rehabilitering till arbete på Arbetsförmedlingen beskrev detta i en intervju för Sveriges Radio under våren 2018. *”Vi ser att ett antal av de som kommer till oss inte kan söka jobb, eller tillgodogöra sig våra åtgärder. Är man sjuk ska man få sjukpenning från Försäkringskassan.”*<sup>36</sup>

<sup>36</sup> [www.sverigesradio.se](http://www.sverigesradio.se), Arbetsförmedlingen: Sjuka ska ha sjukpenning av Försäkringskassan, 19/3-2018 (hämtad 27/9-2018)

Återigen är det den enskilde som hamnar i kläm mellan två myndigheters olika uppfattningar. Myndigheterna måste göra sitt yttersta för att den här typen av situationer inte ska uppkomma, och om de gör det måste de hanteras skyndsamt. Det är av största vikt att samarbetet inte präglas av revirtänk eller av att det viktigaste i alla lägen är att nå sin egen myndighets målsättning. Det borde ligga i båda myndigheternas uppdrag att rätt person ska befinna sig i rätt system, det vill säga där de i praktiken kan leva upp till villkor, krav och ta del av insatser som erbjuds.

**Unionen vill att:**

- Försäkringskassan säkerställer att det finns en samsyn med Arbetsförmedlingen om vilket slags arbetsförmåga som krävs för att en person ska kunna söka ”normalt förekommande arbeten”

### Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har en mycket viktig roll i rehabiliteringsprocessen. Det är hos hälso- och sjukvården som ansvaret för den medicinska rehabiliteringen ligger. Ofta är medicinsk rehabilitering en förutsättning för att andra aktörer ska kunna kliva in och göra sitt. Studier visar också att kontakten mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården är särskilt viktig för att främja återgång.<sup>37</sup>

#### Sjukskrivning vid psykisk ohälsa

Tidigare i detta avsnitt konstaterades att det är ganska vanligt att Försäkringskassan begär kompletteringar av utfärdade läkarintyg. En viktig fråga som lyfts av Riksrevisionen, också angående läkarintygen, är huruvida de krav som ställs på läkarintygen är rimliga vid sjukskrivning av psykiska diagnoser. Riksrevisionen konstaterar att det finns flera utmaningar i detta avseende. Bland annat är det svårt för läkarna att visa på sådana objektiva undersökningsfynd som förväntas samt att värdera och tillräckligt utförligt beskriva hur aktivitetsbegränsningen påverkar arbetsförmågan.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Se exempelvis SOU 2015:21, s 606

<sup>38</sup> Riksrevisionen, *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, s 49-50

Detta är ett av flera exempel på särskilda svårigheter som idag möter personer som sjukskrivs på grund av psykisk ohälsa. Unionen vill se en ordentlig översyn av såväl intygsmallar som andra förutsättningar för sjukskrivning vid psykisk ohälsa.

Sjukskrivning är ett viktigt verktyg i rehabiliteringsprocessen som ska användas i situationer där det är det bästa alternativet. Felaktigt ordinerad sjukskrivning kan vara negativt för såväl den enskilde som arbetsgivaren och innebär dessutom kostnader för samhället. Den process som leder fram till beslut om sjukskrivning ska därför inte behöva stressas fram. Unionen vill att läkare får den tid de behöver för att både möta patienten och upprätta väl underbyggda intyg, som förhoppningsvis inte behöver kompletteras. Sjukskrivande läkare kan även behöva finnas med i andra delar av en rehabiliteringsprocess, exempelvis vid avstämningsmöten, och behöver ha tillräckligt utrymme i sin tjänst för att delta i det arbetet.

**Unionen vill att:**

- Det finnas rimligt med tid vid läkares möte med patienter och i synnerhet vid första sjukskrivningstillfälle.
- Läkare får förutsättningar för att samverka med andra relevanta aktörer under rehabiliteringsprocessens gång.

**Rehabiliteringskoordinatorer**

Under de senaste 10-15 åren har rehabiliteringskoordinatorer växt fram som en ny funktion inom hälso- och sjukvården vid flera landsting. Den samlade erfarenheten av denna typ av koordineringsfunktion är positiv. I ett par utvärderingar syns en minskning av antalet sjukskrivningsdagar för vissa patientgrupper som en effekt av insatser från en rehabiliteringskoordinator. Därutöver framkommer att patienter många gånger anser att de genom koordineringsinsatser får ett sådant adekvat stöd genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som de behöver.<sup>39</sup>

Unionen är i det stora hela positiv till att rehabiliteringskoordinatorer tillkommit som en ytterligare aktör i rehabiliteringsarbetet. Ett extra stöd för arbetstagaren att orientera sig rehabiliteringen är välkommet, liksom att hälso- och sjukvården kan bli mer närvarande och aktiv i rehabiliteringsprocessen.

<sup>39</sup> Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*, s 21 ff.

Med det sagt är det viktigt att det finns tydliga gränsdragningar mellan olika aktörer och att koordinatörer inte börjar utföra sådana uppgifter som åligger andra aktörer. Unionen vill särskilt understryka betydelsen av att rehabiliteringsarbetet inte förs längre bort ifrån arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska äga och driva rehabiliteringsarbetet framåt, inte en koordinator. Koordinatorerna kan inte heller utgöra ett allt-i-allo-stöd. De måste ha förståelse och respekt för arbetsmiljöombud och fackliga förtroendevaldas roll i rehabiliteringsarbetet. Exempelvis ska arbetstagares frågor av mer arbetsrättslig karaktär alltid hänföras till arbetstagarens fackliga organisation. Till sist är det också viktigt att Företagshälsovårdens roll inte ersätts av hälso- och sjukvården, utan att funktionerna fungerar kompletterande. Exempelvis bör arbetsgivaren även fortsättningsvis bedriva arbetet med att identifiera lämpliga arbetsanpassningsåtgärder tillsammans med företagshälsovården.

**Unionen vill att:**

- Utökade koordineringsinsatser inte leder till att arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering förs längre bort från arbetsplatsen.
- Rehabiliteringskoordinatorernas förståelse för och kunskap om de fackliga företrädarnas roll i rehabiliteringsarbetet prioriteras upp.
- Gränsdragningen mellan rehabiliteringskoordinatorernas och företagshälsovården uppgifter upprätthålls.

# De som inte kan komma tillbaka

## Bakgrund

Alla arbetstagare kommer inte att kunna komma tillbaka till samma arbetsgivare efter en sjukskrivning. För vissa är det av hälsoskäl omöjligt att gå tillbaka, trots rehabilitering, anpassning eller omplacering. Detta kan exempelvis gälla skador eller sjukdomar av kronisk karaktär som är oförenliga med de arbetsuppgifter som utförs. I sådana fall kommer anställningen – på ett eller annat sätt – komma till sitt avslut.

En annan orsak kan vara att rehabilitering brister eller uteblir. Ofta kan det höra samman med en bristande vilja från arbetsgivarens sida att få medarbetaren tillbaka. I den här typen av situationer kan det vara omöjligt med återgång *även om arbetstagaren blir frisk*, om sådana brister i arbetsmiljön som gett upphov till ohälsan inte har åtgärdats.

En ytterligare orsak till att en arbetstagare kan behöva skiljas från sin anställning är om det krävs för att säkra en inkomst. Detta uppstår vanligen om sjukpenning dras in och arbetstagaren fortfarande saknar arbetsförmåga i relation till allt arbete hos arbetsgivaren. För att ha rätt till a-kassa måste arbetstagaren i regel lämna anställningen.

## Trygghet och stöd att komma vidare

Unionens utgångspunkt i rehabiliteringsarbetet är att arbetstagaren ska tillbaka till samma arbetsgivare. I princip hela detta politikprogram handlar därför om att stärka förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet lokalt. Samtidigt är det uppenbart att alla rehabiliteringsprocesser inte kommer att leda till återgång.

Unionens uppfattning är att det inte ska behöva vara ett nederlag att återgång till den tidigare arbetsgivaren inte är möjlig. Och det ska definitivt inte behöva innebära att man förpassas till otrygghet och bristande stöd – så som verkligheten ser ut för många idag. En bättre infrastruktur för arbetstagare som måste lämna sin anställning har inte bara positiva effekter för de som slutligen hamnar där. Det leder också till tryggare rehabilitering och bättre förutsättningar för omställning. Det måste finnas bra förutsättningar att komma vidare, trots historik med ohälsa.

Arbetsmarknadens parter har tagit ett stort ansvar för stärkt stöd till arbetstagare som förlorar anställningen på grund av ohälsa. Sedan januari 2019 erbjuds stöd från TRR Trygghetsrådet till alla arbetstagare som sagts upp på grund av sjukdom eller som på grund av sjukdom upprättat en överenskommelse med arbetsgivaren om avslutad anställning<sup>40</sup>. Arbetstagare inom denna grupp kan också omfattas av TRRs studiestöd som även det är nytt sedan januari 2019. Detta är ett stort steg framåt.

Men de arbetstagare som på grund av sjukdom själv avslutar en anställning står fortfarande ofta utan ekonomisk trygghet. Unionen vill se justeringar i lagstiftningen för att fler ska kunna kvarstå i anställning med a-kassa och för att fler som på grund av ohälsa frånträder anställningen ska kunna kvalificera sig för a-kassa med kort avstängningstid.

#### Värna anställningstryggheten

En arbetstagare som når dag 180 i sjukförsäkringen prövas mot ”normalt förekommande arbeten” på arbetsmarknaden. Denna prövning gör att arbetstagare kan förlora rätten till sjukpenning trots att arbetstagaren är för sjuk för att utföra något arbete hos arbetsgivaren. Om sjukpenningen dras in vid denna tidpunkt står två alternativ till buds för att arbetstagaren ska kunna säkra en inkomst: antingen att gå tillbaka till den tidigare arbetsgivaren och uppbära lön, eller anmäla sig hos Arbetsförmedlingen som arbetsökande och ansöka om arbetslöshetsersättning.

För att ha rätt till arbetslöshetsersättning måste arbetstagaren antingen lämna anställningen<sup>41</sup> eller få beviljad *tjänstledighet för att på grund av ohälsa söka annat arbete*<sup>42</sup>. En arbetstagare som säger upp sig själv för att vara berättigad a-kassa riskerar att stängas av från a-kassan i 45+6 dagar, och diskvalificerar sig även från stöd från TRR Trygghetsrådet. Möjligheten till tjänstledighet är bra men är förbehållen de arbetstagare som har en arbetsgivare som vill bevilja en sådan – eller en a-kassa med en generösare tillämpning av regelverket.

<sup>40</sup> Detta gäller bara om arbetsgivaren är ansluten till TRR Trygghetsrådet

<sup>41</sup> Och leva upp till övriga villkor i arbetslöshetsförsäkringen

<sup>42</sup> Utöver beviljad tjänstledighet måste arbetstagaren leva upp till övriga villkor i arbetslöshetsförsäkringen. Därtill behöver några ytterligare villkor som finns i 19a § förordning om arbetslöshetsförsäkring vara uppfyllda.



Det är fullt rimligt – som grundregel – att rätt till a-kassa förutsätter att ingen anställning finns, eftersom en anställning som regel innebär lön. När det gäller ohälsa kan det dock uppstå situationer där det inte finns tillräcklig grund för att säga upp en arbetstagare på grund av personliga skäl<sup>43</sup>, men där arbetstagaren ändå inte är berättigad lön. Arbetstagaren kan då på grund av ohälsa vara ledig utan lön. Ledighetens längd bestäms av rehabiliteringsförloppet (alltså när återgång är möjlig) eller i sista hand av bestämmelserna i lagen om anställningsskydd om giltiga skäl för uppsägning.

A-kassan medger idag undantag från huvudregeln om att a-kassa förutsätter avsaknad av en anställning i och med möjligheteten till tjänstledighet för att på grund av ohälsa söka annat arbete. Det är således inget *principiellt problem* att det finns en anställning i grunden, så länge det finns en ohälsa och ingen lön betalas ut. Utifrån detta förefaller kravet (som vissa a-kassor ställer) om beviljad tjänstledighet märkligt. Varför ska a-kassan ställa villkor som får konsekvenser för anställningen? Det finns redan en ordning som reglerar rätten till anställningen, och det bör vara den ordningen som gäller. Unionens uppfattning är därför att a-kassa bör berättigas arbetstagare som på grund av ohälsa är lediga från sitt arbete utan lön. Arbetsrätten får sedan sätta gränserna för denna ledighet.

**Unionen vill att:**

- A-kassa ska beviljas arbetstagare som på grund av ohälsa är lediga från arbetet utan lön, förutsatt att arbetstagaren uppfyller andra villkor i arbetslöshetsförsäkringen.

**Kvalifikationer för giltiga skäl**

Idag finns det så kallade ”giltiga skäl” vid egen uppsägning som gör att det är möjligt att slippa avstängningstiden i a-kassan. Ett av de giltiga skälen är egen uppsägning på grund av hälsoskäl, och beskrivs av Unionens a-kassa så här:

<sup>43</sup> För giltig uppsägning krävs att arbetsgivaren genomfört skäligen arbetsanpassnings-, rehabiliterings- och omplaceringsåtgärder, att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt och arbetstagaren inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren.

”För att ha giltig anledning att säga upp dig på grund av hälsoskäl krävs att du på grund av hälsoskäl inte kan gå tillbaka till ditt arbete eller till annat arbete hos din arbetsgivare. Vi behöver ett läkarintyg som styrker att du inte kan gå tillbaka till arbetet. Läkarintyget ska ha utfärdats innan anställningen upphörde. Det krävs också att du har tagit upp hälsoskäl med din arbetsgivare för att försöka lösa problemet, till exempel genom förändrade arbetsuppgifter, rehabilitering eller omplacering.” Unionens erfarenhet är att dessa krav sammantaget är väldigt högt ställda och svåra att uppfylla.

**Unionen vill att:**

- Det blir lättare att kvalificera sig för a-kassans ”giltiga skäl” vid egen uppsägning på grund av ohälsa

**Förhandsbesked**

Det är bra att det idag går att slippa avstängning från a-kassan i vissa situationer. Men den möjlighet som har skapats, och som är bra i teorin, är i praktiken mycket svår använd eftersom den enskilda arbetstagaren inte på förhand kan veta om hen kvalificerar sig för ”giltiga skäl” eller inte. Idag räcker det inte att en arbetstagare faktiskt lever upp till giltiga skäl för att arbetstagaren ska kunna tillvarata den möjligheten – det krävs också att arbetstagare har råd att få nej på sin ansökan. Arbetstagare som inte har råd att få nej, kommer inte att säga upp sig, vilket innebär att detta i praktiken blir ett undantag för de med bättre ekonomi.

Unionens uppfattning är att alla ska ha lika möjlighet att tillvarata de möjligheter och undantag som finns i trygghetssystemen. Unionen vill därför att det ska vara möjligt att få ett förhandsbesked från a-kassan om ansökan kommer beviljas eller inte.

**Unionen vill att:**

- Det ska gå att få förhandsbesked från a-kassan om kvalifikation enligt ”giltiga skäl” vid egen uppsägning på grund av ohälsa

# Ersättning vid sjukdom

## Bakgrund

Alla människor riskerar att någon gång bli sjuka och oförmögna att arbeta. Men ingen vet när det kommer inträffa, eller hur länge det i så fall kommer att pågå. Därför finns sjukförsäkringen, som är en del av den allmänna svenska socialförsäkringen. Sjukförsäkringen, som administreras av Försäkringskassan, ska dels ge ekonomiskt stöd åt de som på grund av sjukdom är oförmögna att arbeta, dels möjliggöra rehabilitering och hjälpa sjukskrivna att komma tillbaka i arbete. Unionen anser att en välfungerande sjukförsäkring är avgörande för att medlemmarna ska ha trygghet i arbetslivet.

År 2017 betalade Försäkringskassan ut totalt omkring 228 miljarder kronor från olika socialförsäkringar. Lite mer än hälften av socialförsäkringens utgifter (55 procent eller cirka 128 miljarder kronor) gick till sjuka och personer med funktionsnedsättning. Dessa ersättningar utgör med andra ord en betydande del av samhällsekonomin. Dock har socialförsäkringarnas andel av BNP sjunkit betydligt på senare år. År 2017 motsvarade utbetalningarna från Försäkringskassan 4,9 procent av Sveriges BNP, vilket är den lägsta andelen under de senaste 35 åren. Andelen av BNP som utgörs av olika offentliga transfereringar till hushåll ligger för Sverige ungefär i nivå med genomsnittet i EU.<sup>44</sup>

## Grundläggande principer

### En allmän och solidariskt finansierad sjukförsäkring

Sjukförsäkringen finansieras via socialförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgiften. Unionen anser att socialförsäkringen även fortsättningsvis ska vara allmän och solidariskt finansierad. Med det menar vi att den även fortsättningsvis ska omfatta alla som arbetar i Sverige, och avgifterna som betalas in ska vara proportionerliga mot inkomsten.<sup>45</sup>

#### Unionen vill att:

- Sjukförsäkringen ska vara allmän och solidariskt finansierad via socialförsäkringsavgiften.

<sup>44</sup> Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror*, 2018.

<sup>45</sup> Motsatsen till solidarisk finansiering skulle kunna vara att den som löper högre risk för sjukdom skulle betala en högre försäkringspremie.

### Inkomstbortfallsprincipen

Sjukförsäkringar kan utformas på många olika sätt. I Sverige finns en lång tradition av socialförsäkringar som bygger på den så kallade inkomstbortfallsprincipen. Inkomstbortfallsprincipen kan sammanfattas som att storleken på ersättningen är relaterad till ens inkomst (detta till skillnad från att exempelvis alla sjukskrivna ges ett lika stort månatligt belopp – ett så kallat grundskydd).

Den svenska sjukförsäkringen har ända sedan den infördes år 1955 varit grundad på inkomstbortfallsprincipen.<sup>46</sup> Syftet med detta är att personer som tillfälligt är arbetsförmögna till följd av sjukdom trots detta ska kunna upprätthålla sin levnadsstandard under sjukperioden. Den statliga utredningen från 1944 som ligger till grund för dagens obligatoriska sjukförsäkring, formulerade det så här:

”Den försäkrades utgifter äro nämligen avpassade efter hans normala inkomster och kunna i regel icke hastigt nedskäras vid inträffad sjukdom. Ur social synpunkt är det icke heller önskvärt, att en sjukdom skall förorsaka någon större standardförskjutning.”<sup>47</sup>

Unionen anser att det är viktigt att fortsätta värna och stå upp för principen om att människor som är tillfälligt arbetsförmögna på grund av sjukdom måste kunna upprätthålla sin levnadsstandard under tiden. Förutom att det bidrar till trygghet på det individuella planet, så finns det också stora fördelar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att befolkningen har större delen av sin inkomst försäkrad. (Det finns belägg för att socialförsäkringar generellt främjar en stabil ekonomisk utveckling, och verkar dämpande på makroekonomiska svängningar).<sup>48</sup>

Studier visar även att trygghetssystem likt det svenska systemet motverkar fattigdom i högre grad än system som bygger på behovsprövade ersättningar riktade mot de mest ”utsatta”.<sup>49</sup> Dessutom vågar människor som känner trygghet ofta ta större risker och till exempel byta jobb eller starta eget – något som ofta är positivt både för den enskilda och för samhället i stort.

<sup>46</sup> Ståhlberg, *Socialförsäkringarna i Sverige*, 2004

<sup>47</sup> SOU 1944:15.

<sup>48</sup> Bergh A, *Socialförsäkringar och samhällsekonomi*, 2012 Olofsson J, *Socialpolitik. Varför, hur och till vilken nytta?*, 2007

<sup>49</sup> Korpi, Palme: The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries

Vidare kan frågan om ersättning vid sjukdom placeras in i en bredare kontext: nämligen i den om sambandet mellan ekonomisk standard och hälsa<sup>50</sup>. Sambandet mellan ekonomi och hälsa är väl belagt: personer med högre socioekonomisk standard är i regel friskare och lever längre än personer med mindre resurser. Detta samband går sannolikt åt båda håll. (Den som är frisk och har god hälsa får därmed bättre ekonomi, samtidigt som den som har bra ekonomi håller sig friskare än den som har dålig ekonomi). Folkhälsomyndigheten sammanfattar det så här:

”Att leva under knapphändiga materiella förhållanden, ekonomisk stress och med bristande kontroll över sin livssituation har troligen negativa hälsoeffekter, också när hänsyn tagits till faktorer som yrkesstatus och utbildningsnivå.”<sup>51</sup>

Mot bakgrund av detta anser Unionen att det finns goda belägg för att arbetet med att minska sjukfrånvaron och öka återgången i arbete, inte bör inriktas mot ekonomiska incitament riktade mot den enskilde personen som redan är sjukskriven. (Däremot erfar Unionen att det finns flertalet empiriska belägg för att finansiella incitament riktade mot arbetsgivare kan minska den långvariga sjukfrånvaron betydligt.<sup>52</sup>)

**Unionen vill att:**

- Sjukförsäkringen ska baseras på inkomstbortfallsprincipen.

<sup>50</sup> När det fanns en borte tidsgräns i sjukförsäkringen övergick de som blev utförsäkrade till att istället få så kallat aktivitetsstöd och delta i program hos Arbetsförmedlingen. Intervjustudier av Försäkringskassan har visat att övergång från sjukpenning till aktivitetsstöd medförde en betydande oro för den personliga ekonomin, vilket i sig medförde minskat fokus på att delta i insatser. (Se Försäkringskassan 2012:1: *Med bristande känsla av sammanhang: de försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion*.) Även av intervjustudier som ISF genomfört med handläggare bekräftas bilden av att oro för ekonomin kan stressa individen. (Se ISF 2014:22: *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*, s. 88.) Vidare har Riksrevisionen granskat vad som händer med personer som nekats sjukersättning, och de har kunnat visa att nekande av ersättning kan leda till negativa konsekvenser för hälsan. Bland annat hade personer som nekats sjukersättning fler dagar inlagda inom slutenvård, jämfört med dem som beviljats ersättning. Personer med allvarliga psykiska sjukdomar har en särskilt utsatt situation, konstaterar man. (Se Riksrevisionen 2018:9)

<sup>51</sup> Folkhälsomyndighetens sammanfattning av Geyer S et al: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/livsvillkor/ekonomisk-standard/s>

<sup>52</sup> Bilaga 8 till LU2011 Effektiva åtgärder för att förhindra problem med moral hazard på arbetsmarknaden

## Ersättningsnivåer

I det kommande beskrivs i korthet de regler som gäller för ersättning vid sjukdom idag. Den första dagen i ett sjukfall görs ett så kallat karensavdrag som utgör 20 procent av veckoinkomsten.<sup>53</sup> Därefter är arbetsgivaren ansvarig för att betala sjuklön under dag 2-14 i ett sjukfall. Sjuklönen motsvarar 80 procent av lönen, oavsett hur stor lönen är.<sup>54</sup>

Från och med dag 15 är det Försäkringskassan som bedömer arbetsförmågan, beslutar om och betalar ut ersättning i form av sjukpenning. Rätten till sjukpenning regleras i socialförsäkringsbalken. För att ha rätt till sjukpenning ska den försäkrade på grund av sjukdom ha nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel.<sup>55</sup> Storleken på sjukpenningen beror på den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

SGI är den årliga inkomst som den försäkrade förväntas få för eget arbete.<sup>56</sup> Sjukpenningen motsvarar knappt 80 procent av den försäkrades SGI, upp till en årslön på 8 prisbasbelopp.<sup>57</sup> Det motsvarade år 2018 en månadslön på 30 333 kronor. Inkomster över detta inkomsttak ersätts inte av den allmänna försäkringen.

Om ett sjukfall pågår mer än 364 dagar sänks sjukpenningen normalt – från 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (normalnivå) till 75 procent (så kallad fortsättningsnivå).<sup>58</sup> Tidigare fanns en bortre tidsgräns i sjukpenningen, vilken innebar att sjukpenning maximalt kunde betalas ut under 914 dagar, men den regeln är borttagen sedan 2016.

Anställda som omfattas av kollektivavtal har utöver sjukpenningen från Försäkringskassan även rätt till extra ersättning som komplement till sjukpenningen.<sup>59</sup>

Sjukersättning är en ersättningsform som kan betalas ut till försäkrad som troligen aldrig kommer kunna arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukersättning beräknas till 64,7 procent av den genomsnittliga inkomsten under de senaste åren. År 2019 kunde sjukersättning som mest uppgå till 18 803 kronor i månaden, före skatt.

<sup>53</sup> DS 2017:18, *Karensavdrag – en mer rättvis självrisk*

<sup>54</sup> Lag (1991:1047) om sjuklön 6 §

<sup>55</sup> 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken

<sup>56</sup> 25 kap. 2 § socialförsäkringsbalken

<sup>57</sup> Taket höjdes den 1/7 2018 från 7,5 prisbasbelopp till nuvarande 8 prisbasbelopp.

<sup>58</sup> Sjukpenning på normalnivå kan efter ett års sjukfrånvaro endast ges till personer med en allvarlig sjukdom.

<sup>59</sup> Förenklat kan sägas att dag 15-90 kompletterar arbetsgivaren sjukpenningen så att ersättningen totalt sett motsvarar uppåt 90 procent av lönen. Från och med dag 91 betalas ett extra tillägg ut via Alecta, för tjänstemän som omfattas av ITP-avtalet.

### Taket i försäkringen bör höjas

Det finns – som tidigare redogjorts för – stora fördelar med ett allmänt socialförsäkringssystem, baserat på inkomstbortfallsprincipen. Men om dess legitimitet ska upprätthållas och betalningsviljan för systemet vara fortsatt hög, är det viktigt att det också kommer alla som arbetar till del. För Unionen är det därför en viktig princip att alla som bidrar till socialförsäkringen genom sitt arbete också ska ha sin inkomst försäkrad av det allmänna. Detta måste gälla oavsett om man är anställd, företagare, eller både och.

Så är emellertid inte riktigt fallet idag. Som tidigare redogjorts för så utgår sjukpenningen med knappt 80 procent av den försäkrades inkomst, men detta gäller bara inkomster upp till ett visst övre tak – för närvarande 8 prisbasbelopp.

Prisbasbeloppet fastställs årligen och följer prisutvecklingen i landet. I Sverige har vi haft reallöneökningar sedan 1990-talets början, vilket betyder att lönerna har stigit mer än priserna. Det är positivt i sig. Men samtidigt har det inneburit att skyddet i sjukförsäkringen försämrats successivt på så sätt att allt färre – inte minst bland tjänstemännen – numera har hela sin inkomst försäkrad vid sjukdom. Detta gäller i allra högsta grad bland tjänstemännen, som ofta har inkomster som överstiger taket.

I diskussionen kring taket inom sjukförsäkringen har bland annat den parlamentariska socialförsäkringsutredningen föreslagit att ett mål kunde vara att omkring 80 procent av de försäkrade bör få en ersättningsnivå motsvarande 80 procent av inkomsten.<sup>60</sup> TCO har beräknat att om 80 procent av tjänstemännen i TCO:s medlemsgrupper ska få 80 procent av sin inkomst i ersättning från försäkringskassan vid sjukdom, behöver taket år 2018 ligga på en nivå som motsvarar inkomsten 46 850 kr per månad eller 14,3 prisbasbelopp – att jämföra med dagens tak som ligger på 8 prisbasbelopp.<sup>61</sup> Unionen anser att ett första, realistiskt steg, vore att höja taket i sjukförsäkringen till 10 prisbasbelopp. Då skulle den allmänna sjukförsäkringen ersätta omkring 80 procent åtminstone för alla som tjänar 37 900 kronor eller mindre.

Unionen är vidare av den bestämda uppfattningen att det faktum att det finns kollektivavtalade försäkringar som höjer den totala ersättningsnivån inte bör användas som motargument för höjda tak i den allmänna försäkringen. De kollektivavtalade ersättningarna är förhandlingslösningar tänkta att ge ett extra tillägg till den allmänna försäkringen, inte ersätta den.

<sup>60</sup> SOU 2015:21.

<sup>61</sup> TCO, *Morgondagens sjukförsäkring. Standardtrygghet och omställning*, 2018

**Unionen vill att:**

- Taket i sjukförsäkringen höjs, i ett första steg till 10 prisbasbelopp.

**Ta bort den ekonomiska avtrappningen till redan sjuka**

När rehabiliteringskedjan med dess fasta tidsgränser infördes år 2008 infördes samtidigt en regel om att sjukpenning motsvarande 80 procent av inkomsten skulle kunna ges under maximalt ett års tid, därefter skulle sjukpenning på så kallad "fortsättningsnivå" – motsvarande 75 procent av inkomsten – kunna betalas ut.

Unionen är av den uppfattningen att denna minskningsregel bör tas bort, och att sjukpenning på normalnivå bör betalas ut under hela sjukfallet. Anledningarna till detta är flera. Dels har en person som varit sjukskriven i ett års tid knappast lägre omkostnader än en person som exempelvis varit sjukskriven i 10 månader. Dels finner Unionen inga belägg för att en sänkning av ersättning motsvarande fem procentenheter för personer som varit sjukskrivna i över ett års tid, skulle stärka incitamenten att återgå i arbete. (Något Unionen antar var åtminstone ett av syftena med reformen – förarbetena till reformen ger inga fylliga motiveringar kring detta).

En studie från 1990-talet finner förvisso att sjukfallen blev både fler och längre när ersättningsnivåerna successivt *ökade* med sjukfallets längd.<sup>62</sup> Några empiriska belägg för att *minskningar* i ersättningsnivå under ett redan sedan lång tid pågående sjukfall skulle få motsvarande – men omvänd effekt – finner Unionen däremot inga belägg för.

**Unionen vill att:**

- Ersättningsnivån ska vara 80 procent av SGI under hela perioden med sjukpenning, utan nedtrappning efter ett visst antal dagars sjukskrivning.

<sup>62</sup> År 1991 infördes en reform som gav 65 procents ersättning under de första tre dagarna, därefter 80 procents ersättning fram till dag 90. Detta ledde till att fler fortsatte vara sjukskrivna efter dag 90.



### Indexera sjukersättningen utifrån löneutvecklingen

Sjukersättningen är långt ifrån inkomstrelaterad för stora grupper, då den maximala ersättningen bara är drygt 18 000 kronor i månaden före skatt. Unionen anser att även denna grupp har rätt till en trygg och stabil ersättning från den allmänna försäkringen, som inte urholkas i värde med tiden. Sjukersättningen behöver därför indexeras utifrån löneutvecklingen. Samtidigt är det tydligt att bedömningarna av rätt till sjukersättning numera är allt för restriktiva – fler långvarigt sjuka bör få rätt till sjukersättning.

#### Unionen vill att:

- Sjukersättningen indexeras utifrån löneutvecklingen.

### Självrisk i sjukförsäkringen

När man talar om försäkringar i allmänhet, och kanske socialförsäkringar i synnerhet, så uppkommer alltid frågan om ett fenomen som brukar kallas *moral hazard*. Det är en teori som bygger på att försäkringens konstruktion kan påverka individens benägenhet att nyttja den. (Exempelvis kanske den som har en mycket generös försäkring mot stöld blir mer oförsiktig med sina ägodelar).<sup>63</sup> Av den här anledningen är i princip alla försäkringar, även den svenska socialförsäkringen, konstruerad för att undvika överutnyttjande till följd av oönskade beteendeförändringar och attityder. I den svenska sjukförsäkringen finns idag en självrisk i form av ett karensavdrag under första dagen med sjukdom. Dessutom är ju ersättningen vid sjukdom alltid lägre än vad inkomsten varit om man arbetat (i dagsläget som mest knappt 80 procent av inkomsten, upp till inkomsttaket).

Unionen anser att det är rimligt att det finns en viss självrisk i sjukförsäkringen. Det fyller en funktion bland annat för att stärka förtroendet till att försäkringen inte missbrukas. Däremot motsätter sig Unionen ytterligare karensavdrag eller på annat sätt höjda självrisker för den enskilde. Unionen anser att självrisken – det vill säga den kostnad för sjukfrånvaron som den enskilde står för – inte får vara så stor att den äventyrar inkomsttryggheten.

<sup>63</sup> Berg A, *Socialförsäkring och samhällsekonomi*, 2012

Arbetslivets förändring och teknikutvecklingen har lett till att många privat-tjänstemän idag i praktiken mer sällan behöver sjukskriva sig vid kortare tids sjukdom. Vid exempelvis förkylning är det idag många tjänstemän som jobbar hemifrån istället för att sjukskriva sig. Om karensen utökades ännu mer är det möjligt att sjuknärvaron bland tjänstemännen skulle öka ytterligare, vilket vore en mycket olycklig konsekvens. Den som är sjuk ska aldrig behöva känna ekonomisk press att arbeta istället för att sjukanmäla sig, då brist på återhämtning och vila snarast kan leda till att tillfrisknandet tar längre tid.

Unionen anser vidare att det är viktigt att självrisken är utformad på ett rättvist sätt så att inte exempelvis skiftarbetare eller personer med oregelbundna arbetstider drabbas hårdare. Det var därför en välkommen ändring att från och med den 1 januari 2019 ersätta karensdagen med ett karensavdrag.

Vidare anser Unionen att karensreglerna för egna företagare behöver förändras, så att även de med enskild firma som fyllt 55 år kan välja den kortaste karenstiden (motsvarande en dag). Karensreglerna för egenföretagare med aktiebolag behöver också ses över – de står idag för sin egen sjuklön i 14 dagar, precis som stora företag med många anställda gör.

**Unionen vill att:**

- Även egenföretagare som fyllt 55 år ska ha rätt till karenstid motsvarande en dags arbete.
- Karensreglerna för egenföretagare med aktiebolag ses över.

## Bättre inkomstunderlag - förändra och förbättra beräkningar av SGI

Förutom att det ekonomiska skyddet vid sjukdom har försämrats på senare år för stora inkomstgrupper, så är det på många sätt även illa anpassat till hur arbetsmarknaden förändrats ur andra aspekter. Exempelvis behöver skyddet vid sjukdom för personer som driver eget företag, kombinerar anställning med eget företagande, eller har ojämna inkomster, förbättras.<sup>64</sup>

Hur mycket en person får i ersättning vid till exempel sjukdom beror på hur stor den så kallade sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) bedöms vara. Ett av de största problemen för egenföretagare och kombinatorer är att det är svårt att få sin SGI fastställd av Försäkringskassan och att den ofta blir låg. SGI:n fastställs genom att göra en prognos av hur stora inkomsterna förväntas vara framöver, vilket kan vara betydligt svårare att göra för en egenföretagare eller kombinator jämfört med en anställd med månadslön.

Bland annat mot bakgrund av detta, anser Unionen att SGI-beräkningarna på sikt behöver förändras i grunden: från att vara en prognos över framtida inkomster, till att istället bygga på vad man faktiskt har tjänat. Det är också något som föreslogs i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, och som på sikt verkar kunna bli verklighet. Det skulle förbättra situationen för de flesta vars inkomster är ojämna eller svåra att förutse. Dessutom skulle det öka förutsebarheten och stärka kopplingen mellan inkomstbortfall och ersättning överlag, vilket i sig skulle kunna stärka socialförsäkringarnas legitimitet.

Ett arbete mot ett nytt inkomstunderlag pågår, men det behöver påskyndas. Vidare behöver reglerna som säger att endast inkomster från anställningar som varat längre än sex månader eller är årligen återkommande förändras, så att fler personer som arbetar får ett bättre skydd.

### Unionen vill att:

- Det införs ett nytt inkomstunderlag för sjukförsäkringen och övriga socialförsäkringar, som bygger på tidigare faktiska inkomster, istället för framåtblickande prognoser. (Så kallad "historisk SGI").
- Även inkomster från anställningar kortare än sex månader ska kunna ligga till grund för ens SGI, och inkomsterna ska inte heller behöva vara årligt återkommande.

<sup>64</sup> Unionen, *Unionens politik för ökad trygghet bland egenföretagare*, 2018

# Litteraturförteckning

Bergh, A, *Socialförsäkringar och samhällsekonomi*, Lunds universitet och Institutet för näringslivsforskning (IFN), Socialdepartementet 2012.

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser i hälso- och sjukvården*

DS 2017:18, *Karensavdrag – en mer rättvis självrisk*

Forskningsrådet Forte, *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*, 2015

Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 8, s. 150. *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.

Försäkringskassan, *Rehabiliteringsersättning – rättslig kvalitetsuppföljning*, 2016

Försäkringskassan, *Årsredovisning 2015*

Försäkringskassan, *Årsredovisning 2016*

Försäkringskassan, *Årsredovisning 2017*

Försäkringskassan 2012:1, *Med bristande känsla av sammanhang: de försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion*

Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2018*

Försäkringskassan statistik, *Pågående sjukfall efter diagnos, 2005-*

Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. *Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice.* J Epidemiol Community Health. 2006;60(9):804-10.

HFD 2011 ref. 30

IFAU 2010:1, *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*

ISF 2013:6, *Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen*

ISF 2014:22, *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*

ISF 2017:9, *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan – En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*

Långtidsutredningen 2011, Bilaga 8: *Effektiva åtgärder för att förhindra problem med moral hazard på arbetsmarknaden*

Olofsson J, *Socialpolitik. Varför, hur och till vilken nytta?*, SNS Förlag, 2007

Palme, Korpi, *The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries*

Prop. 1990/91:140 *Arbetsmiljö och rehabilitering*

Prop. 1990/91:141 *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*

Prop. 2007/08:136 *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*

Riksrevisionen 2018:11, *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa- en process med stora utmaningar,*

Riksrevisionen 2018:9, *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning. Effekter på inkomst och hälsa.*

RISE och Uppdrag Psykisk Hälsa, *Forskningsöversikt: Arbete och sjukfrånvaro, Varningssignaler och effektiva insatser för att göra jobbet!, 2017*

SCB statistik, *Arbetsmiljöundersökningen 2017*

SOU 1944:15, *Socialvårdskommitténs betänkande VII: Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring*

SOU 2006:107 *Fokus på åtgärder*

SOU 2015:21 *Mer trygghet och bättre försäkring*

Ståhlberg A-C, *Socialförsäkringarna i Sverige*, SNS Förlag, 2004

TCO, *Morgondagens sjukförsäkring. Standardtrygghet och omställning*, 2018

Unionen, *Arbetsmiljöbarometern 2018, 2019*

Unionen, *Unionens politik för ökad trygghet bland egenföretagare*, 2018

[www.sverigesradio.se](http://www.sverigesradio.se)

[www.försäkringskassan.se](http://www.försäkringskassan.se)

**SJUKFRÅNVARON I SVERIGE** har under lång tid präglats av kraftiga variationer och ständigt varit föremål för debatt. För Unionen är dock inte sjukfrånvaron i första hand siffror som går upp och ner. De som blir sjuka, kämpar med rehabilitering, oroar sig för sjukpenningen eller kläms mellan två myndigheters motstridiga tolkningar – det är Unionens medlemmar.

Alltför många medlemmar får varken det stöd eller den trygghet de behöver vid sjukdom. Detta gäller inte minst det stora antalet personer som är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Unionen vill se ett mänskligt arbetsliv där alla får plats. Det innebär att det måste finnas reella chanser att komma tillbaka till sitt arbete efter sjukdom, stöd i omställningsprocessen för den som inte kan komma tillbaka till sin arbetsgivare och ekonomisk trygghet när livet plötsligt förändras.

Det är viktigt för oss som Sveriges största fackförbund att delta i debatten om sjukförsäkringens utformning och förutsättningarna för rehabilitering på arbetsplatsen. Med rapporten Tillbaka till jobbet har Unionen tagit ett helhetsgrepp kring frågorna om arbetsanpassning, rehabilitering och sjukförsäkring. Med de förslag som presenteras i rapporten vill vi på ett konstruktivt sätt bidra till samtalet om hur vi kan nå ett mer hållbart arbetsliv, en lägre sjukfrånvaro och en bättre väg tillbaka till jobbet efter sjukdom.

#### **UNIONEN ÄR SVERIGES STÖRSTA FACKFÖRBUND**

Hos oss är alla tjänstemän i det privata arbetslivet välkomna, oavsett utbildning och befattning.

Bland våra medlemmar hittar du många chefer och dessutom både egenföretagare och studenter.

Vår vision är att tillsammans skapa **framgång, trygghet och glädje** i arbetslivet.