

Remiss: Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)

S2023/02549

Juridiska fakultetsstyrelsen vid Lunds universitet, som anmodats att yttra sig över rubricerat betänkande, får härmed avge följande yttrande. Yttrandet har utarbetats av universitetslektor Per Norberg.

1. Inledning – Allmänt om grundproblemet – en arbetslöshetsförsäkring som även ska ta hand om långtidssjuka – renodlingsmyten

Det är viktigt att starta analysen med att se grundproblemet. Alltför ofta hör man ordet renodling och att sjuka personer ska vara i sjukförsäkringen samt arbetslösa i arbetslöshetsförsäkringen. Det sättet att utrycka sig på leder till stor besvikelse för de sjuka som lagen faktiskt tänkt ska föras över till arbetslöshetsförsäkringen. Renodlingsmyten skapar såväl missnöje som missförstånd helt i onödan. Gruppen sjuka människor ska av Försäkringskassan delas in i två undergrupper, sjuka i sjukförsäkring/sjukersättning och sjuka i arbetslöshetsförsäkring/arbete. Detta måste sägas tydligt – så tydligt att alla förstår. Därför är det viktigt att vara noga med ord och undvika vaga eller dubbeltydiga begrepp och på den punkten brister både utredningen och samhället i stort.

Sjukpenningen är skapad för korta sjukskrivningar och fungerar då bra. Ingen förväntas byta yrke vid en kort sjukskrivning utan det är självklart att arbetsförmågan ska bedömas mot det arbete som den försäkrade har. I de fallen är försäkringsläkarens och den vanliga läkarens bedömning likartad. Nyansökningar beviljas i 99 % av fallen (se utredningen s. 64).

De långa sjukskrivningarna som ibland övergår i sjukersättningar är färre om antalet sjukskrivningar räknas men fler om man räknar de förlorade arbetsdagarna. Det är rimligare att ta sin utgångspunkt i de förlorade arbetsdagarna och därmed slå fast att sjukförsäkring/sjukersättning fungerar dåligt i sitt mest betydelsefulla område än att uppfatta området långtidssjuka som en liten atypisk del av sjukförsäkringen baserat på antalet sjukskrivningsfall.

Sjukförsäkringen har i många fall betydligt förmånligare villkor för den försäkrade i jämförelse med arbetslöshetsförsäkringen. Dessutom kan man inte avstå från sjukförsäkringen på det sätt som man kan avstå från den frivilliga och inkomstrelaterade delen av arbetslöshetsförsäkringen. Kollektivavtalen ger ofta tillägg till sjukförsäkringen och sjukersättningen enligt förmånligare principer än tilläggen till arbetslöshetsförsäkringen.

I arbetslöshetsförsäkringen ställs dessutom krav på aktivt arbetssökande och villighet att flytta osv.¹ Ett beslut från Försäkringskassan om att en försäkrad ska lämna sjukförsäkringen och föras till arbetslöshetsförsäkringen kan därför vara ingripande.

Arbetsförmågebedömningar är svåra att göra på ett rättvist sätt. Man måste acceptera att en person som utgör ett gränsfall kan tvingas arbeta eller söka arbete för att få ersättning av samhället eller slippa det på grund av slumpen. Men det är svårt att argumentera för att slumpen ska kunna leda till så stora ekonomiska och sociala försämringar som idag kan ske.

Detta remissvar är upplagt utifrån ett pedagogiskt exempel som är valt för att alla aktörer som kan systemet ska vara överens om detta:

1. Båda personerna är lika sjuka - alltså samma fysiska problem.
2. Båda har samma arbetsuppgifter.
3. Båda har samma procentuella nedsättning av sina kognitiva förmågor.
4. Den ene är ett skolboksexempel på en person som ska vara sjukskriven medan den andre är ett skolboksexempel på en person som ska arbeta eller söka arbete.

För den som arbetar med dessa frågor är det självklart att man med enkelhet kan skapa ett sådant exempel. Men hur många procent av icke-experter tror felaktigt att om två personer är lika sjuka, under lika lång tid och har samma arbetsuppgifter så ska de också få samma beslut när Försäkringskassan bedömer om de har rätt till sjukpenning? Så länge denna missuppfattning är dominerande kommer den försäkrade, Försäkringskassan och vårdgivare inte att förstå varandra.

Mitt exempel är två personer som arbetat länge i ett fysiskt tungt yrke, t.ex. två vårdbiträden som är 58 år. Är muskler och leder utslitna är varje annat fysiskt tungt arbete uteslutet. Men det finns naturligtvis andra uppgifter på arbetsmarknaden. Personerna kan kanske ge telefonsupport på ett callcenter.

- Den ene hade hög kognitiv förmåga före sjukdomen, värken och sömnproblemen sänkte den till medelhög. Denne klarar arbetet på callcentret och är ett skolboksexempel på en person som ska föras från sjukförsäkringen till arbetslöshetsförsäkringen.
- Den andra hade medelhög kognitiv förmåga före sjukdomen och en lika stor procentuell sänkning medförde att denne inte kan arbeta på callcentret. Denne är ett skolboksexempel på en person som ska få stanna i sjukförsäkringen.

Flera problem uppstår då:

1. Det kan vara svårt för en 58-åring som jobbat i vården hela livet att bli anställd på ett callcenter där denne ska konkurrera med ungdomar om anställning – en lång arbetslöshetsperiod är en reell risk.
2. Arbetslöshetsförmånerna är generellt sämre än sjukförmånerna och om personen valt att inte vara med i den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen är förmånerna dramatiskt sämre.

¹ Se t.ex. IAF Rapport 2023:2 Hur arbetar Arbetsförmedlingen med geografiskt och yrkesmässigt sökområde? I denna rapport är IAF kritisk mot Arbetsförmedlingen för att detta krav inte upprätthålls tillräckligt strängt.

3. Callcentret kanske inte finns i staden. Den arbetslöse kan tvingas flytta till en annan stad, något som kan vara svårt om partnern arbetar och inte vill flytta med.

Utslitna muskler och leder kan diagnostiseras. Värk till följd av sådan utslitning är svår att diagnostisera. Men värk som gör det svårt att sova kan leda till problem att arbeta i ett yrke som kräver hög koncentrationsförmåga för att fokusera på kundens problem. I grunden handlar fortsatt sjukskrivning om läkaren tror på patienten eller inte samt vilket beviskrav läkaren lägger på patienten för att anse sig övertygad om att arbetsförmågan saknas på t.ex. ett callcenter.

Inget hälsorelaterat klassificeringssystem kan ändra på att grundfrågan ofta är huruvida läkaren faktiskt tror på patientens berättelse. Det är bra att pröva arbetsförmågan – men om den försäkrade ska våga visa hela sin arbetsförmåga för läkaren under denna provperiod får inte hotet om dramatiska ekonomiska och sociala försämringar vid lyckade resultat hänga över denne. Det är också risken att drabbas av dessa försämringar som utgör den främsta anledningen till att samtalet mellan läkaren och patienten blir så emotionellt laddat och svårhanterat (jmf utredningen s. 43 och hänvisningen i fotnot 31 samt s. 107 fotnot 50).

Även om grundproblemen kommer att bestå – och det var heller inte meningen att denna utredning skulle adressera dem – så finns det värdefulla detaljer i denna utredning och små förbättringar är bättre än inga förbättringar.

2. Synpunkter på olika delar av förslaget

Avsnitt 2.5.2 Avslag och beviljande av sjukpenning

Avsnittet avslutas med underrubriken ”Geografiska variationer i avslagsfrekvensen”. Där sägs följande:

Orsakerna till variationerna är inte klarlagda. Det kan handla om skillnader i handläggningen hos både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Avslag är ett område som inte studerats så mycket och Försäkringskassan konstaterar att fler studier behövs och att även andra perspektiv behöver belysas för att få en bättre helhetsbild, t.ex. hur hälso- och sjukvården arbetar med sjukskrivning.

Flera sannolika delförklaringar till de geografiska variationerna hänger ihop med arbetslöshetsförsäkringen och arbetsmarknaden. Om det finns gott om arbete på orten blir tiden med arbetslöshetsförsäkring kortare och den lägre ersättningsnivån i arbetslöshetsförsäkringen förlorar då en del av sin betydelse. Flyttkrav (söka arbete på annan ort) ställs på de personer som genom det kan öka sina chanser att finna ett arbete. Det hotet är betydligt mindre på orter med en stark arbetsmarknad.

Juridiska fakulteten delar uppfattningen att orsaken till geografiska variationer behöver utredas och lyfter fram vikten av att samspelet mellan arbetsmarknaden och arbetslöshetsförsäkringen blir två av de variabler som undersöks.

- Kan man t.ex. se en tydlig skillnad i avslagsfrekvensen för personer som har avstått från den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen (den grupp som drabbas av de största ekonomiska försämringarna vid nekad sjukpenning)?

- Kan man t.ex. se en tydlig skillnad i avslagsfrekvensen på orter med få arbetsgivare och hög arbetslöshet och där den försäkrade möts av en högre risk att tvingas flytta för att få arbete (söka arbete på annan ort)?

Avsnitt 3.2.3 och 3.3 Olika bilder av vad bedömningen innebär och vem som gör bedömningen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningen presenterar på ett förtjänstfullt sätt de olika bilder som olika aktörer har av vem som gör vilka delar av den samlade bedömningen i ett sjukdomsfall – men föreslår inte en tillräckligt konkret lösning på problemet.

Går vi tillbaka till det grundläggande exemplet i inledningen med de två 58-åriga vårdbiträdena med utslitna muskler och leder som även medför sömnproblem och sänkt koncentrationsförmåga så upplever båda sjukdom som det grundläggande problemet. Om sjukförsäkringen hade varit renodlad så hade båda fått vara kvar i sjukförsäkringen även efter dag 180 i sjukperioden.

Renodlingsideologin stämmer överens med den försäkrades upplevelse de första 180-dagarna. Om den behandlande läkaren sjukskriver så godkänner Försäkringskassan det. Den försäkrade får då intrycket att den behandlande läkaren i realiteten bestämmer vem som ska vara sjukskriven och att sjukdomen är det centrala.

Efter dag 180 kan sjukpenningen dras in utan att patienten blivit friskare. Då ska Försäkringskassan pröva mot ett angivet normalt förekommande arbete i Sverige. I det beslutet anges alltså att den ene av de två försäkrade i vårt exempel inte ska få sjukpenning för att denne trots sin muskelvärk, sina slitna leder och sina sömnproblem m.m, ändå kan arbeta t.ex. med telefonsupport på ett call-center. Försäkringskassan för här en helt nytt moment och det är inte underligt om en icke-expert upplever det som att den behandlande läkarens bedömning av sjukdomens storlek ifrågasätts.

Vill den försäkrade driva denna tvist vidare så har tvisten minst tre sidor.

- Den första är om den behandlande läkaren felaktigt beskrivit värken och sömnproblemen som för små.
- Den andra sidan är att arbetet på callcentret kan vara felaktigt beskrivet och egentligen ställa högre krav på mental koncentrationsförmåga än Försäkringskassan tror eller kanske inte alls är vanligt förekommande på den svenska arbetsmarknaden.
- Den tredje delen handlar om hela den försäkrades person. De två vårdbiträdena som arbetat lika länge, har lika stor värk och lika stora sömnsvårigheter till följd av värken ska **INTE** behandlas lika i sjukförsäkringen såsom många icke-expertter vilseletts att tro. Det är den **KVARVARANDE ARBETSFÖRMÅGAN** som är relevant. Inte sjukdomen eller hur stor nedsättning av arbetsförmågan som skett.

Den tredje strecksatsen är den viktigaste. Den visar hur annorlunda den försäkringsmedicinska bedömningen är i jämförelse med en vanlig medicinsk bedömning. I vanlig medicinsk behandling av ett vårdbiträde med muskel- och ledförslitningar, värk och sömnsvårigheter är det helt irrelevant om personen startade med en hög eller medelhög kognitiv förmåga samt vilken förmåga som återstår efter sänkningen på grund av sjukdomen. Båda personerna i vårt exempel ska behandlas lika ur den vanlige läkarens perspektiv.

Men i en försäkringsmedicinsk bedömning är den kvarvarande arbetsförmågan helt avgörande för att fatta det rättsligt korrekta beslutet, sjukpenning eller överföring till arbetslöshetsförsäkringen.

Om den försäkrade, vanliga behandlande läkare och försäkringsläkare ska få en gemensam bild av vem som gör vad måste detta tydligt beskrivas i varje kommunikation mellan dem.

De första 180 dagarna behövs ingen ändring. Det är efter dag 180 som den stora skillnaden i olika aktörers uppfattning uppstår, såsom utredningen på ett förtjänstfullt sätt beskriver i kap 3.3.

Ett system som är ärligt mot medborgarna och som skulle kunna införas utan att några egentliga ändringar i de materiella reglerna behövs, skulle kunna bygga på följande principer:

1. Den behandlande läkaren sjukskriver dag 8-180 (som i praktiken sker idag).
2. Efter dag 180 är det försäkringsläkare och Försäkringskassans handläggare som sjukskriver i ett gemensamt beslut (naturligtvis hämtar de in uppgifter från behandlande läkare). Sådana sjukskrivningar kan ha tre rutor.
 - Den försäkrade har blivit frisk
 - Den försäkrade är sjuk och ska tillhöra sjukförsäkringen
 - Den försäkrade är sjuk och ska tillhöra arbetslöshetsförsäkringen

Rutsystemet skulle ha en stor pedagogisk effekt genom att tydliggöra för den försäkrade att det kan vara meningen att denne förs över till arbetslöshetsförsäkringen trots att denne är sjuk. Det blir extra tydligt om detta beslut tas av en annan aktör än den behandlande läkaren nämligen Försäkringskassans handläggare och försäkringsläkaren och beslutet sker vid en i lagen tydligt angiven tidpunkt 180-dagar.

Om man går tillbaka till mitt exempel med de två vårdbiträdena som är exakt lika sjuka blir den pedagogiska vinsten stor. Den med den högre kognitiva förmågan som trots sänkningen klarade det angivna normalt förekommande arbetet ser att ingen ifrågasätter vare sig sjukdomen, värken eller sömnsvårigheterna. Försäkringsläkaren eller handläggaren får tydligt säga:

- Vi vet att det finns många vårdbiträden som är lika sjuka som du men som ändå får stanna kvar i sjukförsäkringen. Det är din kvarvarande medelhöga kognitiva förmåga som gör att du ska föras till arbetslöshetsförsäkringen. Trots din sjukdom kan du arbeta i ett normalt förekommande arbete.

Det skulle kunna vara inledningen på en viktig dialog med den som tvingades arbeta och som lätt kunde missuppfatta det som att den behandlade läkarens sjukskrivning ifrågasattes av Försäkringskassan (just den dialog som utredningen efterlyser i slutet på avsnitt 3.3.2).

I mitt exempel med de två 58-åriga vårdbiträdena kan det vara så att de har barn i 25-årsåldern som funderar på om de ska vara med i den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen. De kanske tänker att de alltid kan flytta till ett arbete. Om de förstår att ett avstående från den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen även kan få en avgörande betydelse om de blir långtidssjuka kanske de väljer att vara med. Att se föräldern/släktingen/vännen föras till arbetslöshetsförsäkringen genom en kryssruta där sjukdomen bekräftas skulle göra detta tydligt.

Renodlingsmyten är alltså en viktig förklaring till de olika bilderna som finns kring vem som ska göra vad i processen. Myten skapar en spärr mot att uttala orden:

- Du är sjuk men du ska ändå arbeta.

Bara om man kan uttala de orden kan man sedan gå vidare och förklara varför just den patient/försäkrade man samtalar med tillhör den grupp sjuka som faktiskt ska arbeta eller söka arbete.

Avsnitt 3.3.4 Utmaningar relaterade till att bedöma arbetsförmågans nedsättning – och om begreppens inneboende oklarhet

Mycket av problematiken ligger i att samhället valt att använda otydliga begrepp som arbetsförmågenedsättning/aktivitetsbegränsning. DFA-kedjan bygger alltså på ett begrepp som kan missuppfattas. Det sista steget ska handla om **aktivitetsbegränsning** enligt ordalydelsen av de begrepp som förkortningen är uppbyggd på – men det som faktiskt ska bedömas är något annat nämligen **kvarvarande arbetsförmåga**.

Begrepp som arbetsförmågenedsättning och aktivitetsbegränsning tolkar de flesta vanliga svenskar som personrelaterade begrepp. Det viktiga är nedsättningen i förhållande till en tidigare högre nivå före sjukdomen. Ska samtalet mellan olika aktörer bli tydligt måste sådana begrepp utmönstras efter dag 180 och ersättas av begreppet kvarvarande arbetsförmåga – eller något annat begrepp som **entydigt** relaterar till vad den försäkrade just nu kan, **inte dubbeltydiga** begrepp som språkligt sett även kan relatera till vad den försäkrade kunde före sjukdomen och som därför ofta missuppfattas på det sättet.

På sidan 105 skriver utredningen att läkarintygen ofta saknar information som beskriver aktivitetsbegränsningen - ett dubbeltydigt begrepp. Vill Försäkringskassan att läkaren efter dag 180 ska beskriva den kvarvarande arbetsförmågan och vill samhället att den försäkrade ska förstå att det är detta som beskrivs och ligger till grund för Försäkringskassans beslut bör dubbeltydiga begrepp undvikas och entydiga begrepp användas – samt att detta diskuteras som någonting nytt som sker just för att sjukdomen pågått i mer än 180-dagar.

På sidan 113 diskuterar utredningen hur den försäkrade kan bli vilseledd av uttryck som ”sjukintyg” eller ”läkarintyg för sjukpenning”. Sådant språkbruk kan ge intryck av att den behandlande läkaren intygar att den försäkrade är så sjuk att sjukpenning ska utgå. Om sådana utlåtanden istället fick rubriken - **en bedömning av den försäkrades kvarvarande arbetsförmåga trots dennes sjukdom** - skulle mycket vara vunnet. Om två personer är lika sjuka kan det ändå vara så att den ena ska föras till arbetslöshetsförsäkringen medan den andra ska få stanna kvar i sjukförsäkringen och **exakt** vad som är avgörande i det valet bör vägleda språkbruket i all kommunikation. På denna punkt finns en stor potential för förbättring. Utredningen behandlar problemen men verkar inte förstå hur stora missförstånden faktiskt är.

Avsnitt 5 utredningens slutsatser

I inledningen av avsnittet fastslås två saker. Det första är att problemen är så stora att det inte finns enstaka åtgärder som kan lösa dem. Det andra är att man måste acceptera att det i många fall inte finns en objektiv mätbar standard utan att man helt enkelt måste pröva sig fram.

Juridiska fakulteten vill särskilt lyfta fram den andra av dessa slutsatser. Symptombaserade diagnoser kommer alltid att bygga på den försäkrades beskrivning av sina symtom. Ingen människa kan jämföra sin egen smärta med andra människors smärta – man kan bara gissa att andra människor är ungefär som en själv (före sjukdomen). Därför kommer man aldrig att enbart ur den försäkrades berättelse kunna avgöra den kvarvarande arbetsförmågans storlek – oavsett vilka verktyg som används.

Accepterar man betydelsen av att patienten ärligt vågar beskriva sin situation utan att överdriva och att det bästa sättet att utreda arbetsförmåga ofta är att pröva arbete, måste man också erkänna problemet med de betydande ekonomiska och sociala försämringar som ofta blir fallet för den som öppet visar sin arbetsförmåga, särskild för en person som avstått från den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen.

Ett annat problem är att det finns en tydlig normativ värdering som säger att individen inte rör för att denne är sjuk och därför förtjänar ett generöst stöd av samhället. För arbetslösa gäller en helt annan tydlig normativ värdering nämligen att individen själv är den som i första hand är ansvarig och ska lösa problemet och att samhällets stöd då av naturliga skäl ska vara lägre.²

Oavsett hur denna bild uppstått så är det ingen tvekan om att det är betydligt mer stigmatiserande att tillhöra arbetslöshetsförsäkringen än sjukförsäkringen och det skulle gälla även om ersättningsnivåerna vore desamma.

Avsnitt 5.1 – Tydlighet i informationen (även 5.4.4)

I exemplet med de två vårdbiträdena med olika medfödd kognitiv förmåga men exakt samma sjukdomsbild är fakta valt för att den ene ska vara ett skolboksexempel på när en person som ska tillhöra sjukförsäkringen medan den andre ska vara ett skolboksexempel på en sjuk person som ska tillhöra arbetslöshetsförsäkringen – ändå finns det knappast någon möjlighet att klarlägga detta på något annat sätt än genom arbetsprövning.

Exemplet är vidare valt för att läsaren ska känna att båda är lika förtjänta av samhällets stöd och känna motvilja mot att den ene ska behandlas avsevärt sämre än den andre.

Exemplet är starkt förenklat och är på det sättet inte verklighetstroget – men på ett annat sätt är det mycket verklighetstroget. De sjuka personer som ska föras till Arbetsförmedlingen är i de flesta fall precis lika skyddsvärda som de sjuka personer som tillåts tillhöra sjukförsäkringen.

En ny kategori bör skapas i arbetslöshetsförsäkringen - personer som blivit arbetslösa på grund av sjukdom. Där bör fokus läggas på att steget från att vara sjuk och i sjukförsäkringen till att fortsätta att vara sjuk men tillhöra

² Se t.ex. Oskarson, Maria & Bendz, Anna (2021). Litar svenska folket på socialförsäkringarna? I Ulrika Andersson, Anders Carlander, Marie Grusell & Patrik Öhberg (red) Ingen anledning till oro (?). Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet, s. 140. En majoritet 63 % anser att man har en rätt att förvänta sig att behålla sin invanda levnadsstandard om man blir sjuk medan motsvarande siffra för arbetslöshetsförsäkringen är 42%. Påståendet att många som får sjukförsäkring egentligen skulle kunna arbeta om de ville stöds av 56 % motsvarande siffra för arbetslöshetsförsäkringen är 72 %. Hela 78 % av befolkning menar att många som skulle behöva sjukförsäkring inte får det. Någon sådan siffra saknas för arbetslöshetsförsäkringen vilket är märkligt eftersom kvalifikationskraven är höga.

arbetslöshetsförsäkringen inte är något som leder till ekonomiska förluster, sociala förluster eller till en försämrad självbild (inte längre sjuk – utan arbetslös).

Det är dags att politikerna öppet erkänner att både sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen inte kan vara renodlade samtidigt. Den stora gruppen människor som blivit arbetslösa på grund av sin sjukdom måste tillhöra en av dessa två försäkringar. Idag är arbetslöshetsförsäkringen en blandförsäkring där en stor grupp blivit arbetslösa på grund av sjukdom – men ingen skillnad görs mellan dessa och andra arbetslösa.

Ett system som är ärligt mot medborgarna skulle såsom tidigare sagts (avsnitt 3.3.2 och 3.3.3) kunna införas utan att några egentliga ändringar i de materiella reglerna införs och bygga på följande principer:

1. Den behandlande läkaren sjukskriver dag 8-180 som idag.
2. Efter dag 180 är det försäkringsläkare och Försäkringskassans handläggare som sjukskriver i ett gemensamt beslut (naturligtvis hämtar de in uppgifter från behandlande läkare). Sådana sjukskrivningar kan ha tre rutor.
 - Den försäkrade har blivit frisk
 - Den försäkrade är sjuk och ska tillhöra sjukförsäkringen
 - Den försäkrade är sjuk och ska tillhöra arbetslöshetsförsäkringen

Det stora hindret för en sådan reform är att samtidigt som den införs så skulle frågan om sjuka i arbetslöshetsförsäkringen bör behandlas på samma sätt som friska i arbetslöshetsförsäkringen kräva ett svar och om svaret är Ja skulle en motivering krävas – renodlingsmytens funktion är att den diskussionen inte ska behöva uppstå.

Avsnitt 5.2.2 Förenklat intyg vid korta sjukskrivningar

Ett förenklat intyg vid förväntat korta sjukskrivningar är ett bra förslag som inte har några negativa bieffekter.

Avsnitt 5.2.3 Nationellt infrastruktur för rationell hantering av sjukintyg

En sådan nationell infrastruktur är ett bra förslag som inte har några negativa bieffekter.

Avsnitt 5.3.1 – 5.3.2 Utvärdering av lagen om koordineringsinsatser och mer effektiva informationsinsatser

En utvärdering av denna lag i syfte att undersöka möjliga förstärkningar samt att utreda sätt att effektivisera informationsinsatser är ett bra förslag som inte har några negativa bieffekter.

Avsnitt 5.3.3 Utredning av prövning av förutsättningar för att återgå i arbete

Detta är den i särklass viktigaste av de utredningar som föreslås. Men det är också viktigt att utredningens direktiv inte blir för inskränkta. Sjukpenning medan arbetsförmågan prövas är ett steg i rätt riktning. Men ska man få full effekt måste ett system skapas där den som anstränger sig för att bli frisk och ärligt visar sin arbetsförmåga inte straffas för det.

En vecka (någon vecka) med sjukpenning istället för arbetslöshetsförsäkring är bättre än ingenting alls – men tidsperioden är märkligt kort. För en person som t.ex. drabbats av en utmattningsdepression är en långsam gradvis upptrappning viktig. På de flesta arbeten blir man nått och jämnt inskolad på en vecka. Är man på allvar rädd för missbruk kan försök med sjukpenning under en längre tid än en vecka göras i liten skala och utvärderas.

Avsnitt 5.3.4 Kvalitetssäkrad företagshälsovård.

Att staten tar ansvar för att det finns en bra arbetsmedicinsk utbildning är ett bra förslag som inte har några negativa bieffekter.

Avsnitt 5.4 och 5.5 Säkrad försäkringsmedicinsk kunskap och rätt organisatoriska förutsättningar

Samtliga förslag i detta avsnitt är bra förslag som inte har några negativa bieffekter.

- Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin (se avsnitt 5.4.1.)
- Utredning av arbetsmedicinsk specialistkompetens för läkare (se avsnitt 5.4.2)
- Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna (se avsnitt 5.4.3)
- Rätt bedömningsstöd och tydlighet i kommunikation (se avsnitt 5.1)
- Forskning utifrån ett samhällsnyttoperspektiv (5.4.5)

5.6 Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem

Samtliga förslag i detta avsnitt är bra förslag som inte har några negativa bieffekter. Tyvärr begränsas nyttan av en nationell samordnare och gemensamma hanterings- och informationsutbyten om de mest centrala problemen ska placeras utanför denna samordning.

3. Sammanfattning av remissyttrandet

Utredningen föreslår många bra saker. Men även om alla bra förslag genomförs så kommer huvudproblemen inte att lösas. Hanteringen av långtidssjuka blir bara marginellt mindre dålig.

Det mest centrala problemet är att den som har arbetsförmåga på annat än sitt nuvarande arbete ofta blir arbetslös och att det kan leda till dramatiskt sämre villkor för den som inte är med i den frivilliga delen av arbetslöshetsförsäkringen samt även till flyttkrav, sänkt social status med mera.

Utredningen presenterar många kloka förslag på problemet informationshantering mellan samhällets aktörer – men bortser helt från hur viktigt det är med informationen från patienten/den försäkrade till läkaren/Försäkringskassan.

Bara om frågan kring hur den försäkrade som är sjuk men har viss arbetsförmåga kvar ska hanteras i arbetslöshetsförsäkringen omfattas av samordningen fullt ut

kommer förslagen att göra verklig nytta. En sådan samordning kräver ärlighet och tydlighet på några viktiga punkter:

- Socialförsäkringen bygger på att en del långtidssjuka ska ha sjukpenning/sjukersättning medan andra som är exakt lika sjuka istället ska arbeta eller vara i arbetslöshetsförsäkringen.
- Vid symtomdiagnoser är ofta patientens beskrivning av sina symtom central och svår att kontrollera.

Accepteras de två strecksatserna som sanna blir det självklart att om två personer är lika sjuka och båda kämpar för att bli tillräckligt friska för att kunna arbeta men bara den ena lyckas och förs till Arbetsförmedlingen så måste denna person behandlas som om något bra har hänt.

Stora negativa ekonomiska och sociala konsekvenser av att bli mer frisk måste undvikas eftersom det skapar incitament för den försäkrade att dölja sin arbetsförmåga för såväl Försäkringskassan som för den behandlande läkaren.

Frågan om hur sjuka personer som förs till arbetslöshetsförsäkringen ska behandlas i den försäkringen är själva nyckelfrågan. Innan den frågan lösts kan andra utredningar och lagändringsförslag i bästa fall medföra att de stora problem som finns idag minskar marginellt – denna utredning fick aldrig en ärlig chans att nå längre än så.