

Sjukskrivningsdebatten i början på 2000-talet

av Gunvall Grip



Gunvall Grip
gunvall.grip@telia.com

Debatten om sjukskrivningarna inom den allmänna försäkringen har under senare år varit mycket omfattande. Ett flertal av samhällslivets debattörer har deltagit. Trots en omfattande debatt, återkommande utredningar och relativt genomgripande omorganisationer inom försäkringskasssystemet, tycks osäkerheten vara påfallande när det gäller frågan om sjukskrivningarnas egentliga orsaker. Flera av linjerna i debatten tas upp i denna artikel.

1

Inklusive förtidspension och sjukbidrag kostar sjukskrivningarna inom den sociala försäkringen (i utbetalningar) över 100 miljarder kronor – avtals- och de privata sjukförsäkringarna oräknade. Även kostnader för karensdagar, sjuklön och kostnader som beror på skillnad i lön och sjukersättning oräknade. Även kostnaderna för produktionens minskning oräknade.

Förtidspension, sjukbidrag och sjukskrivning motsvarar, påpekas det, minst 800 000 årsarbeten. Det är ingen obetydlig arbetskraftsreserv – om det inte vore för den där efterhängsna arbetsoförmågan på grund av sjukdom förstås.

Svenska folket blev i slutet av 1900-talet och början av 2000-talet så illa därän att försäk-

ringsbolagen nästan inte tecknade privat sjukförsäkring längre, i alla fall inte utan vidare. I alla fall inte till vilket pris som helst. Och inte till vilka villkor som helst. Uppstramning av försäkringsvillkoren, kallades det.

Även den allmänna sjukförsäkringen uppstramades, främst på grund av det tidigare statsfinansiella läget. Vi har alltså en allmän sjukförsäkring vars försäkrades behov av ersättning styrs av det för tillfället rådande statsfinansiella läget.

Frågan är varför en sådan försäkring ska kallas för försäkring. Frågan är också varför en sådan försäkring ska kallas för social.

Gunvall Grip har tidigare varit verksam som bl.a. produktchef och livchef på Folksam och arbetar nu som författare, konsult och föredragshållare.

2

Med ökad sjukskrivning menas vanligen ökad sjuklighet. Vad förklarar den skröplighetens utveckling? Har vi – objektivt sett – blivit sjukare? Har vår självskattade ohälsa tilltagit? Råder epidemi? Dör vi i förtid? Är det mobiltelefonernas fel? Klarar vi inte amalgam i överkäken? Alstrar arbetsplatsen sjukdom? Är arbete sjukdomsframkallande? Fuskas de försäkrade? Är det offentliga sjukförsäkringssystemet fel organiserat? Är Försäkringskassan underbemannad? Är sjukvårdsköerna för långa? Är de lärda läkarna lättlurade lättingar? Är ersättningsnivåerna okristligt höga? Är ersättningstiden allt för lång? Är vi svenskar inte tillräckligt incitamentsbestoftade?

Alla de frågorna – och många andra – har med större eller mindre tyngd tagits upp och besvarats av alla de svenska samhällsdebattörerna. Bokförläggare har uttalat sig. Detsamma gäller statsvetare, försäkringskassadirektörer, Riksförsäkringsverket, Försäkringskassaförbundet, koncernchefen vid Redcats Nordic, professorer vid Institutet för internationell ekonomi vid Stockholms universitet, socialförsäkringsministrar, statsministrar. Alla inom den politiska sfären inklusive före detta Alf Svensson har yttrat sig. Regeringar har yttrat sig. Försäkringsförbundet har i remissvar yttrat sig. LO har sagt sitt. TCO sitt. Ett flertal kulturchefer föreslog kulturcheck i förebyggande syfte. Att gå på museum främjar folkhälsan, menade man. Kanske därför som den förra regeringen i kulturproposition 2004 föreslog fri entré på statliga museer. Sjukskrivningarna minskade och fortsätter att minska en aning trots att den nya regeringen infört museiavgifterna igen.

Till och med Konjunkturinstitutet (KI) ansåg tidigt att kommande välfärdspolitiska reformer – vilka de nu skulle vara (förutom höjt tak som Pär Nuder, förre finansministern, inte hade råd med) – kunde behöva ställas in därför att sjukskrivningskostnaderna skenade. KI fick

naturligtvis rätt – den sociala försäkringen har, som sagt, återigen, såsom i början av 1990-talet, blivit en regulator för statsfinanserna.

Men därmed inte nog: Irritationen över den under 2003 lagstadgade tredje sjuklöneveckan fick Svenskt Näringsliv att hota med uppsägning av de kollektivavtal som reglerar den extra ersättning som vid sjukdom utges till de anställda – givetvis med negativa konsekvenser för relationerna mellan arbetsmarknadens parter som följd. Därtill bjöd arbetsgivarna in sina motparter till diskussioner om att ta över delar av sjukförsäkringen. Arbetsgivarnas förtroende för den allmänna sjukförsäkringen var nämligen kört i botten.

Kort sagt – alla har sagt och bedyrat och menat och trott och antagit och därmed framfört sina väl grundade ståndpunkter. Forskare har forskat i årtal. År 2003 ventilerades frågan till och med på seminarium under politikerveckan i Almedalen. En landshövding utredde å skattebetalarnas räkning i årtal. Alla har haft intressant att säga. Zaremba åkte på Dagens Nyheters bekostnad till Jämtland och fann att landstinget var hela sjukskrivningseländerns moder.

Trots Zarembas och sjukförsäkringsministrarnas bedyranden: Klarhet saknas. Om vi nu inte ska blint tro på sju professorer förstas – medicinare, psykolog och folkhälsosakkunniga allihopa – som på DN Debatt 2003 helt framtod: ”Sveriges befolkning tillhör de friskaste i Europa och världen.”(!) Enligt dessa hälsans experter borde vi därför passa oss – för euron.

Och mitt i all debatten om de svenska sjukskrivningarna briserade år 2003 mer eller mindre en bomb: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering – påstod att forskningen om sjukfrånvaron var högst otillräcklig. Vi vet, påstod man, för lite. Och det vi vet ägde begränsat värde.

SBU skriver: ”Trots sjukfrånvarons omfattning och dess stora konsekvenser för sam-

hället, liksom eventuellt för individen, är kunskap om dess orsaker och konsekvenser samt om hur dessa kan påverkas starkt begränsad...Många av de frågor om sjukfrånvaro som beslutsfattare ställer kan därmed inte besvaras utifrån föreliggande vetenskapligt kunskapsunderlag...Över huvud taget finns det förvånansvärt få studier om sjukfrånvarons orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få av hög metodologisk kvalitet.”

Detta är naturligtvis en salva som heter duga.

3

Vad förklarar så våra relativt höga sjukskrivningstal?

Arbetsmiljön har varit det gängse svaret, åtminstone från de tidigare politiskt korrekta. Eftersom de försäkrade blir sjukskrivna från arbete är det rimligt att – som förre arbetsmarknadsminister Hans Karlsson – lägga all skuld på arbetsmiljön, både den fysiska och den psykiska. Arbetsmiljön skulle alltså – om man följer sjukskrivningstalen – ha försämrats under senare delen av 1980-talet, förbättrats kraftigt under de första åren under 1990-talet för att återigen kraftigt ha försämrats under slutet av 1990-talet. Och eftersom nu sjukskrivningsintensiteten återigen avtar, har då återigen arbetsmiljön förbättrats? Skulle det sålunda finnas talande och avgörande data för sådana svängningar i kvaliteten på arbetsmiljön?

Enligt min mening: Knappast.

Och om arbetsmiljön varit den avgörande boven i dramat, hur kommer det sig då att skadefallen inte tagits om hand av arbetskadeförsäkringen? Skada orsakad av arbete ska rimligen ge ersättning från det som kallas för arbetsskadeförsäkring.

Att lägga all skuld på arbetsmiljön kan naturligtvis vara politiskt korrekt, men är saken korrekt i sak? De sjukskrivna själva anser

i alla fall inte det. I studier från Riksförsäkringsverket (nu efter förstatligandet januari 2005 kallat Försäkringskassan) anser cirka 20 till 25 procent av de tillfrågade sjukskrivna att det är arbetet som orsakat sjukskrivningen. Lika många anser att det blott till *viss del* är arbete som förklarar sjukskrivningen. Restande del, alltså runt 50 procent, uppger att sjukskrivningen *inte alls* har med arbetet att göra. 70 till 75 procent av de tillfrågade sjukskrivna anser alltså att sjukskrivningen inte endast har med arbetet att göra – också annat har haft inverkan.

4

Kan folkhälsan ha betydelse för svängningarna i sjukskrivningstalen?

Det ligger i sakens natur att förändringar i sjukskrivningstalen borde ha samband med förändringar i folkhälsan. Den yttersta konsekvensen av dålig hälsa är otvivelaktigt dödligheten. Försämras, det vill säga ökar dödligheten i Sverige?

Nej. Sedd i ett längre tidsperspektiv minskar dödligheten i alla åldrar. Under de senaste, säg, fem årtiondena har dödligheten på till exempel arbetsplatserna minskat kraftigt. Och vi lever allt längre, medellivslängden ökar, vilket knappast betyder sämre folkhälsa generellt sett. Därtill botar vi och lindrar i dag fler sjukdomar jämfört med tidigare. Läkemedlen förbättras, detsamma gäller kirurgin.

Flera indikatorer tyder således på förbättrad folkhälsa. Till det bör fogas det faktum att sjukskrivningstalen över ett par årtionden har svängt kraftigt både uppåt och neråt, svängningar som rimligen inte kan antas ha ett direkt samband med folkhälsans utveckling. Folkhälsans utvecklingskurva uppvisar nämligen inte sådana tvära kast.

I samband med folkhälsans betydelse för sjukskrivningstalen bör dock två områden beaktas särskilt.

Det första området: Den psykiska ohälsan tycks vara sämre nuförtiden jämfört med tidigare. Oro, ångest, sömnlöshet o dyl ökar påtagligt, särskilt i de yngre åldrarna. Samtidigt är flera av dessa symtom kroniskt svårbemästrade både vad gäller diagnos och bot.

Det andra: Ohälsan är alltså ett betydande bekymmer för arbetarklassen. Ohälsan är alltså ojämnt fördelad mellan olika samhällsklasser. Detta märks till exempel på dödligheten; arbetarklassen har också här det sämsta utfallet. Arbetare har genomsnittligt kortare medellivslängd jämfört med till exempel tjänstemännen. Klassfrågan bör därför hållas levande.

5

Hur är det då med frågan om regelverket och dess tillämpning?

När en försäkring löper amok bör fokus först riktas på en försäkrings kärna, det vill säga på regelverket och fram för allt på hur regelverket tillämpas. Här skymtar en viktig förklaring, kanske den viktigaste, till den stigande sjukfrånvaron. Även Socialförsäkringsutredningen med Anna Hedborg i spetsen lägger relativt stor vikt vid regelverk och tillämpning. Den frågan borde alltså mycket tidigt ha givits en mer framskjuten plats i debatten. Saken är nämligen följande:

För rätt till sjukpenning krävs att den försäkrade lider av en sjukdom samt att sjukdomen sätter ner arbetsförmågan i en viss omfattning. För sjukförsäkringen är alltså begreppen *sjukdom* och *arbetsförmåga* centrala vid bedömningen av rätt till ersättning.

Redan år 1995 gjordes en ändring i lagen om allmän försäkring i syfte att tydliggöra vad som avses med *sjukdom*. Regeringen angav att behovet av ett klargörande av sjukdomsbegreppet berodde på den glidning i tillämpningen som skett hos läkare, patienter och inom socialförsäkringsadministrationen. Regeringen ansåg det då angeläget att motverka

att ersättning från sjukförsäkringen utgavs för sociala och generella livsproblem.

Även bedömningen av *arbetsförmågan* ansågs viktig. År 1997 trädde därför nya regler för bedömningen av en försäkrads arbetsförmåga i kraft. Enligt en särskild steg-för-steg modell ska försäkringskassan bedöma arbetsförmågans nedsättning hos en försäkrad som drabbats av sjukdom. I de inledande stegen ska bedömningen göras i förhållande till den försäkrades vanliga arbete eller andra arbetsuppgifter hos den egna arbetsgivaren. Vid bedömningen ska man givetvis väga in rehabiliterande åtgärder och anpassning av arbetsuppgifter. Om det bedöms att den försäkrade inte ens efter rehabilitering eller arbetsanpassning kan återgå i arbete hos sin arbetsgivare ska den på grund av sjukdom förändrade arbetsförmågan bedömas gentemot arbeten "*som är normalt förekommande på arbetsmarknaden*".

Vid den bedömningen ska man bortse från om sådana arbeten inte finns direkt tillgängliga. Kan man klara en viss typ av arbeten – alltså även sådana som inte finns direkt tillgängliga – har en arbetslöshetsituation uppstått.

Dessa regler i den svenska allmänna sjukförsäkringen innebär alltså att en person som drabbats av sjukdom som förändrar arbetsförmågan sist och slutligen ska bedömas gentemot *hela* arbetsmarknaden. För en försäkring av social skyddskaraktär är detta en stram regel – för så vitt den följs förstås.

Hur kom då de stramare reglerna att påverka sjukfrånvaron?

Den dåvarande regeringen beräknade att de ovan beskrivna ändringarna skulle medföra avsevärda *minskningar* i kostnaden för sjukpenning och förtidspensioner. Därav blev intet.

När de nya reglerna trädde i kraft år 1997 var antalet sjukskrivna längre tid än ett år ca 44 000. I slutet av 2003 hade antalet stigit till närmast ofattbara 130 000 – alltså en tredubbling.

Ett ökat antal långtidssjukskrivna skulle i och för sig kunna förklaras av att försäkringskassorna inte beviljat tillräckligt många förtidspensioner (numera benämnt sjukersättning). Så har inte varit fallet. Vid ingången av år 1997 var sammanlagt 461 600 personer antingen förtidspensionerade (sjukersättning) eller sjukskrivna längre tid än ett år. Vid utgången av år 2002 hade det antalet stigit till 614 500 personer!

Hur hade den utvecklingen varit möjlig?

Det är alltså inte rimligt att tro att folkhälsan under tidsperioden 1997–2002 så dramatiskt hade försämrats att den avspeglar en tredubbling av antalet sjukskrivna längre tid än ett år. Inte heller kan antas att den svenska arbetsmiljön genomgick en sådan avgörande försämring att den kunde vara den enda tänkbara förklaringen.

En ansenlig del av ökningen kan sannolikt förklaras av att försäkringen inte tillämpades på det sätt som var tänkt, trots att syftet med lagändringen klargjordes mycket tydligt. En korrekt tillämpning av regelverket skulle alltså aldrig ha resulterat i att utvecklingen löpt amok på det sätt som skett.

Att tillämpningen av regelverket varit tveksam är faktiskt redan sagt och nedskrivet – av förra regeringen i proposition 2002/03:89. Och av den regeringen och samarbetspartierna v och mp i dokumentet *Ett hälsosammare arbetsliv – en avsiktsförklaring* från slutet av 2003. Insikten fanns alltså. Men, förunderligt nog, den insikten diskuterades inte. Och handläggare på Försäkringskassan tycktes ha ryckt på axlarna.

Och, vilket är av vikt: Utvecklingen av sjukskrivningarna under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet äventyrade hela sjukförsäkringssystemet. Försäkringen saknade nödvändig grindvakt, vilket också tycks vara Socialförsäkringsutredningens slutsats. Upprätthålls inte kraven för rätt till ersättning kommer kostnaderna att bli sådana att ersättningsnivåerna ganska snart pressas ner till en

grundnivå – på en nivå lika för alla. Vilket i princip är det som moderaterna föreslog i budgetmotion för 2005. Den utvecklingen vore olycklig.

Slutsatsen blir: Det är inte rimligt att tillkortakommanden inom socialförsäkringsadministrationen ska få avgöra vilken sjukpenningförsäkring vi ska ha.

6

Nu till frågan om det allmänna sjukförsäkringssystemets organisation. Jag menar att vi ibland bör hämta någon näring ur historien. Därför följande exempel.

I slutet av 1800-talet stadgades i en försäkringskassa i Södertälje – kassan hette *Frihet* – följande:

Ändamålet med föreningen [sjukkassan] var att – såsom den kristliga kärleken bjöd – fungera som en hjälp i nöden för sina lidande medmänniskor. Var och en som ingick i ”den moraliskt ädla förening” förband sig att rätta sig efter reglerna. Därefter stadgades: ”Och må varje medlem icke allenast tänka på sin egen fördel fastmer på det tillfredsställande medvetandet att bidra till varandras hjälp vid inträffande av naturliga sjukdomsolücksfall och dödsfall.”

Man var alltså medlem i kassan inte endast för sin egen skull utan också för andras. Medlem förband sig att rätta sig efter regelverket.

I en annan sjukkassa från den tiden – kassan hette *Roslagens hopp* – stadgades att en sjukskriven skulle besökas inom 24 timmar från sjukansökan. Den som skulle besöka den sjukskrivne var själv medlem i kassan och utan dennes vitsord utbetalades ingen sjukersättning. I många fall ålades sjukbesökaren ett ansvar för att den sjuke fick adekvat vård.

Enligt min mening bör debatten om de omfattande sjukskrivningarna nuförtiden börja där – i regelverken såsom de skrevs för hundra år sedan – att medlemmarna i kassan bär sitt ansvar, det vill säga att någon bryr sig också

om de andra medlemmarna i kassan.

Jag talar alltså inte om sjukkontroll i tron om att det fuskas ohejdat (även om det fuskas och felutbetalas på mellan en och tre miljarder kronor per år). Jag talar om att ansvaret för sjukskrivningar – för en sjukskriven – inte endast är en fråga för vårdinrättningar, försäkringskassan, riks försäkringsverket, regering och riksdag.

Var och en medlem – numera var och en försäkrad, eller *df* som vi medborgare kallas enligt försäkringskassans språkbruk – bör fundera över sitt eget medlemsansvar. Och hur det medlemsansvaret bättre skulle kunna organiseras jämfört med idag.

7

Och ännu in på 1940-talet fanns en tydlig tvärsidig hållning till socialförsäkringens utveckling:

- självförsörjningsplikten och
- principen om hjälp till självhjälp.

Å ena sidan ansågs det viktigt att medborgarens eget ansvar inte åsidosattes. Envar medborgare hade skyldigheten att efter egen förmåga sörja för sig och de sina. Medborgarna skulle därutöver ”inte fostras till att betrakta staten som en utdelare av gåvor, för vilka ingen behöver betala.” Bernhard Eriksson, en framstående inom socialdemokrati och kooperation och bland annat ordförande i 1937 års socialförsäkringskommitté, skriver att socialförsäkringen syftade till att underlätta för individen att fullgöra denna sin skyldighet att försörja sig själv.

Samtidigt som samhället skulle ställa anspråk på individen skulle medborgarna å andra sidan ges rätt till stöd och hjälp. Självförsörjningsplikten i kombination med principen om hjälp till självhjälp var alltså central.

Och frågan om socialförsäkringens organisation ansågs betydelsefull. En centralisering av sjukvårdskassorna, menade man, kunde innebä-

ra vissa nackdelar: ”Genom förvaltningens centralisering få de försäkrade icke något direkt inflytande över förvaltningen, tjänstemannainslaget blir dominerande och hela verksamheten blir lätt byråkratiserad. Organisationsfrågan står emellertid även i ett intimt samband med själva riskfördelningen och faran för missbruk.” Bernhard Eriksson fortsätter därför: ”Om t. ex. sjukförsäkringen är organiserad i lokala, självförvaltande kassor, uppstår en samhörighet mellan medlemmarna, som är en värdefull tillgång för verksamheten och som bereder större trygghet för att försäkringen icke missbrukas än om den omhänderhades av en hela landet omfattande organisation.”

Eriksson menade att en centralisering skulle förvandla sjukförsäkringen till ett slags ämbetsverk och därmed upphöra att vara en förening byggd för inbördes solidaritet. Han fortsätter: ”Det ideella momentet, som inneslutes i socialförsäkringstanken, kommer således till bättre uttryck i ett system med lokala kassor än i en landsomfattande organisation.”

Och argumenteringen kring kostnadernas utveckling var central: Bernhard Eriksson igen: ”En allt för kostsam administration och en slapp sjukkontroll medför ökade kostnader med förhöjning av avgifterna och blir således direkt kännbar för medlemmen.”

Dessa tankegångar tycks numera helt ha fallit i träda. Bernhard Erikssons ord har gömmts undan och skurits bort från det ideologiska politiska tänkandet. Den senare tidens utveckling har nämligen gått i direkt motsatt riktning. Försäkringskassorna har ytterligare centraliserats under Riksförsäkringsverket och benämns nu från januari 2005 Försäkringskassan. Under den oberoende liberala rubriken ”Förstatliga försäkringskassorna” hurrade DN:s ledarsida över ändringen.

Kommer gemenskapskänslan de försäkrade emellan nu att öka? Kommer den inbördes solidariteten de försäkrade emellan nu att tillta?

Enligt min mening: Knappast.

8

Sjukförsäkring och sjukskrivning är naturligtvis inte endast regelverk, regelverkets tillämpning och en till synes ovidkommande fråga om organisation. Frågan om sjukskrivning från arbete är naturligt nog också en fråga direkt knuten till själva arbetet. Alltså finns anledning att därför belysa ytterligare två områden knutna till just arbete, som med stor säkerhet påverkar benägenheten till sjukskrivning, nämligen

- arbetsgivarnas och arbetsplatsens acceptans (eller bristande acceptans) för förändrad arbetsförmåga och
- frågan om hur vi uppfattar arbete.

Med stor sannolikhet har förändringar skett på dessa två områden, vilket i sin tur, som jag tror, också påverkar sjukskrivningstalen.

9

Låt mig börja med frågan om acceptans (eller bristande acceptans) för förändrad arbetsförmåga.

Under de senaste tjugo åren har det blivit allt vanligare att ledare och chefer inom det privata näringslivet, och efterhand också inom den offentliga sektorn, uttalar sig i termer av ökad effektivitet och produktivitet med återkommande organisationsförändringar som följd. För ekonomisk överlevnad krävs mera av de anställda – minst hundra procentig arbetsinsats, helst 120-procentig, helst ännu mer.

Mer eller mindre underförstått sägs: Den anställd som inte bjuder på ett arbete till över hundra procent platsar inte, han/hon tillhör inte företagets/branschens/landets/ effektivitets- och produktivitetsfrämjande skara. Acceptansen för begränsad arbetsförmåga i termer av effektivitet och produktivitet avtar.

Normen är alltså: Frisk hela arbetslivet, produktiv hela arbetslivet och effektiv hela arbetslivet.

10

Nästa steg i den processen är att de tankebanorna överförs och inympas på arbetsplatsen och på de anställda själva. Den anställd som själv finner sin egen arbetsförmåga begränsad – om än blott i mindre utsträckning – känner på sig att han/hon inte platsar. Det psykosociala trycket ökar med oro, ångest och sömnsvårigheter som följd. Det är också de diagnoserna (om än de bör tolkas med försiktighet) i samband med sjukskrivning som ökat mest under senare år.

Utmönstringen och sällningen av arbetskraft orsakas alltså av en elitistisk människosyn som enligt min mening borde vara främmande för ett arbetsliv byggt på humanism och idéer om långsiktigt hållbart samhälle. Denna brist på acceptans av förändrad arbetsförmåga kan förklara en del av ökningen av sjuktalen även om den fysiska arbetsmiljön faktiskt förbättrats genom åren.

Finns empiriskt stöd för en sådan utveckling? Jag anser det.

Under 1980-talet utgavs både förtidspension och avtalspension för äldre, de som närmade sig 60 år och däröver. Både facket och arbetsgivarna var överens om att många av de äldre inte platsade på arbetsmarknaden. Varför skulle sådan mindre effektiv arbetskraft streta ytterligare några år? Budskapet var alltså: Du duger inte på arbetsmarknaden om du inte kan betraktas som en hel människa, dvs som en till minst hundra procent fullt värdig arbetskraft.

Det tycks också vara så att de arbetshandikappade fått allt svårare att få förankring på arbetsmarknaden. Vad kan det bero på? Beror det på att de ingenting har att erbjuda arbetsmarknaden, eller beror det på en syn på människor och arbetskraft som skjuter de med begränsad arbetsförmåga åt sidan? Jag tror att det beror på det senare.

Och inte endast från arbetsgivare utan också från arbetsplatsens anställda utformas sub-

tila utstötningmekanismer av arbetskamrater som inte längre duger som 120-procentiga arbetskamrater.

Min slutsats blir alltså: Acceptansen för begränsad arbetsförmåga har avtagit. Och därtill: En person med begränsad arbetsförmåga blir inte särskilt villig att arbeta på en arbetsplats där väggarna utskriker att endast 120-procentare duger.

11

Så avslutningsvis till min syn på själva arbetet.

I romanen *Pölsan* från 2002 skriver Torgny Lindgren om en sjuk, om en som haft tbc, men som trots allt blivit bättre:

”Att vara sjuk men icke smittobärande, bättre kunde livet inte vara. Fast det var givet att han gärna ville bli frisk, ja han såg fram emot den dagen. Även om han inte riktigt visste vad han skulle taga sig till med friskheten.”

Därpå skriver han: ”Han ville inte missbruka friskheten i timmerskogen eller dikesgrävningen.”

Han avslutar med följande: ”Också som frisk skulle han nog vilja leva som en sjuk människa.”

De två sista raderna är naturligtvis inte alldeles ointressanta. Missbrukar vi friskheten genom att arbeta med vad som helst? Så att vi blir sjuka? Och håller vi på att skaffa oss en annan syn på arbete? Anses arbete inte lika viktigt längre?

Jag tror att det är fruktbart att spinna vidare på den tråden. Ungefär på följande sätt:

12

Välfärden vilar på arbete och produktion. Arbete och produktion kan också sägas vara en del av livet, en existentiell nödvändighet. Under lång tid har det sagts att arbete ger oss identitet, skänker livet mening och att arbete till och med främjar hälsan. Arbete skapar därtill ekonomiska förutsättningar för drag-

ligt boende, för kläder, föda, fritidsnöjen, resor och kulturella upplevelser. Vi kan alltså inte bortse från att arbete är en central del av vår tillvaro.

En andra tes om arbetets utveckling under senare år har alltså att göra med synen på arbete överhuvudtaget. Jag menar att arbetets innebörd, ja, meningen med arbete, har förändrats. Finns tecken på det? Jag anser det.

När Riksförsäkringsverket i en studie frågar de sjukskrivna om de kan tänka sig att arbeta om de fick bestämma arbetstid, arbetsinnehåll och arbetstempo själva, så svarar en viss andel av de sjukskrivna att de då kan tänka sig att gå tillbaka till arbete. Det svaret överraskar inte.

Svaren på frågan intresserar mig här mindre. Snarare är det själva frågan som är av intresse. Vilket arbete är det som ger sådana friheter att man kan bestämma arbetstider, arbetsinnehåll och arbetstempo helt och hållet själv? Kan det helt enkelt inte vara så att frågan ger uttryck för en ny och förändrad syn på arbete?

Jag tror alltså att det kan vara så. Indikatorerna är flera. I samma Riksförsäkringsverkets studie frågas också i vad mån de sjukskrivna haft ett fysiskt eller psykiskt ansträngande arbete. Återigen är det inte svaren på frågan som intresserar mig utan frågan i sig. Vilka arbeten är varken fysiskt eller psykiskt ansträngande? Finns sådana arbeten över huvudtaget?

Naturligtvis begriper jag att de frågor som ställs av Riksförsäkringsverket och andra institutioner och forskare har ett viktigt undersökande syfte, nämligen att försöka finna samband mellan allt för fysiskt och psykiskt ansträngande arbeten och sjukskrivning. Min poäng är emellertid att försöka fånga den bakomliggande synen på arbete. I ett batteri av frågor till intervjupersoner kan ju framskymta ett mönster som säger att arbete helst inte borde vara varken det ena eller det andra, varken fysiskt eller psykiskt ansträngande och

att arbete bör innehålla alla slags tänkbara frihetsgrader. Det är enligt min mening till och med viktigt att ställa frågan om sådana krav på livskvalitet är realistiska.

Eller kan det vara så att mitt sökande efter en ny och förändrad syn på arbetet bottnar i en förlegad och en idag gammeldags syn på arbete? Vad skulle i så fall ha förändrats? Och varför?

Kanske har välfärdens utveckling skapat en annan syn på arbete – att livets mening inte är arbete endast och att arbete inte är en livsuppehållande nödvändighet längre. Därmed har annat i livet kunnat bli viktigare och angelägnare – familj, vänner, fritid, nöjen. Med välfärdens utveckling har vi fått ekonomiska möjligheter att allt mer kunna bära sådana värderingar.

Frågan är om vi har ekonomiska förutsättningar att klara sådana förväntningar på livskvalitet att vi ska kunna avstå från arbete – med rätt till ersättning från en allmän sjukförsäkring – enbart för att vi själva inte fullt ut kan bestämma arbetstid, arbetsinnehåll och arbetstempo? Jag tvivlar på att vi har sådana storartade ekonomiska förutsättningar. Jag tror därför att arbete och produktion behöver uppvärderas, liksom uppgraderas – inte minst för den framtida välfärdens skull.

13

Alltså för att summera:

Sjukskrivningsfrågan har stötts och blötts i flera år nu. Konferenserna, seminarierna, debatterna och utredningarna har inte varit få, de har varit många. Frågan är genomtröskad av forskning både vitt och brett. Trots det, kunskaperna är begränsade.

Och kostnaderna tär alltså på statens finanser. Detta politikområde kostar runt 100 miljarder kronor. Sjukersättningsnivåerna justeras nedåt. Försäkringskassorna förstatligas. Kassaledningen ska sitta i Stockholm och kassafolket i Sundsvall. Lite regionalpolitik

på köpet. Arbetsgivarna belastas med en tredje sjukvecka, en regel som snart ändras igen. Och den förra regeringen tillsätter en utredning som på ett allsidigt sätt ska belysa den svenska socialförsäkringssystemet. Därpå skulle en parlamentarisk utredning tillsättas. Den parlamentariska utredningen kanske vi inte ens får se skymten av.

Om sjukskrivningarna varit ett drama, så anses arbetsmiljön ha varit boven. Arbete har enligt gängse förklaringsmodell varit en hälsovådlig syssla. I den saken vilar en näst intill ouppmärksam besynnerlighet: Om nu arbetet och arbetsmiljön är enda förklaringen till de senaste årens sjukskrivningsutveckling, hur kommer det sig då att inte arbetsskadeförsäkringen belastas i större utsträckning? Har inte regelverket inom den försäkringen heller följts?

Att förstå sig på utvecklingen av inte bara sjukdom utan också arbetsförmåga är naturligtvis ett mångfacetterat problem, betydligt mer komplext än vad som framgår av också denna artikel. Jag har ingenting nämnt om befolkningssammansättningen, de allt fler äldre i arbetslivet, det civila livets förändringar, kvinnornas hårdare arbetsbelastning inte minst på grund av ojämlig fördelning av hemarbete. Jag har ingenting sagt om läkemedelsmissbruk bland långtidssjuka. Jag har inte nämnt trafikskadorna, inte de skador som orsakas av alkoholmissbruk.

Hur som. För att komma till rätta med sjukskrivningskostnaderna inom den allmänna försäkringen räcker det naturligtvis inte med fokus på arbetsmiljön. Inriktningen bör vara minst fyrfaldig. Och det gäller att börja med själva kärnan i ett försäkringssystem: regelverket.

Alltså för det första: Strama upp tillämpningen av regelverket, vilket ligger i linje med vad som sägs i Socialförsäkringsutredningen. Den saken är nödvändig för att den allmänna sjukförsäkringen ska behålla sin legitimitet. Glädjande nog har Försäkringskassan börjat

inse detta och försöker nu till exempel att skapa en likformig praxis i bedömningen av sjukskrivningsfallen över hela landet.

För det andra: Ändra organisationen. Bygg organisationen utifrån det faktum att den allmänna sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring. Inkomster genereras på arbetsmarknaden. Låt därför parterna på arbetsmarknaden handha den allmänna sjukförsäkringen. Gör sammanlagt med arbetsskadeförsäkringen (vilket synbarligen var på gång inför budgetpropositionen för 2004, åtminstone enligt den förra regeringens pressmeddelande). De två systemen kommer då närmare de försäkrade, ansvaret kommer då närmare de försäkrade, finansieringen kommer då närmare de försäkrade. Kanske kunde vi då åter skapa, eller åtminstone komma i närheten av den gemenskapskänsla för försäkringarna som Bernhard Eriksson fann så betydelsefull under 1940-talet.

För det tredje: Det räcker inte med att följa regelverket och att omorganisera. Vi måste därtill – och kanske i första hand – skapa ett arbetsliv där acceptansen för förändrad arbetsförmåga ökar. Om så inte sker kommer en skärpning i regelverkets tillämpning att skicka allt fler ut i arbetslöshet. Vill vi dessutom ha 80 procent av de vuxna i arbete fordras att vi ser människornas på grund av handikapp, sjukdom, föräldraskap eller åldrande ibland förändrade effektivitet och produktivitet som en naturlig och fullt normal del av livet.

För det fjärde: Under senare år har debatten om sjukskrivningarna resulterat i att arbete generellt sett uppfattats som sjukdomsframkallande, alltså något vi finner närmast fränstötande smittsamt. Vi behöver därför en uppvärdering av själva arbetet. (I förbigående sagt: I det perspektivet är friår inte rätt lösning.) En sådan uppvärdering bygger på att arbete och produktion är basen för vår välfärd. I den saken har vi alla ett ansvar – arbetsgivare inom privat och offentlig sektor, facket, anställda, politiker. Och även de institutioner

som (åtminstone än så länge) operativt handhar den allmänna sjukförsäkringen – försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket, numera Försäkringskassan – har en självklar del i det ansvaret.

Referenser

- Gunnar Aronsson m fl ”Euron ger svenskarna sämre hälsa” DN Debatt 2003.09.03.
- Sven Bohman (1994) *Sjukvård i Stockholms län – fragment från en stor folkrörelse som fallit i glömska*. Stockholms läns allmänna försäkringskassa.
- Göran Brulin m fl (2003) ”Att utveckla effektivare och socialt ansvarsfulla organisationer”, rapport 2003:06, Arbetslivsinstitutet.
- Göran Brulin, Casten von Otter, ”Eländesbilden håller inte”, SvD, Brännpunkt 2003.04.20.
- Göran Brulin, Eskil Ekstedt (2003) ”Ett hållbart arbetsliv kräver legitimitet – dags för ett nytt arbetsorganisatoriskt kontrakt” i *Ute och inne i svenskt arbetsliv* (red. Casten von Otter) Arbetslivsinstitutet 2003:8.
- DN ledare 2003.08.23, ”Förstatliga försäkringskassorna”.
- ”Ett hälsosammare arbetsliv – en avsiktsförklaring från s, v och mp.” 2003.12.18.
- Bernhard Eriksson (1944) ”Socialförsäkring och social omvårdnad”, i *Ett genombrott. Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål*. Tidens förlag.
- Försäkringskassaförbundet (2003) ”Synpunkter på ANSA-utredningen delbetänkande.”
- Torgny Lindgren (1992) *Pölsan*, roman, Norstedts.
- Proposition 1994/95:147, bet. 1994/95:SfU 10, rskr. 1994/95:343.
- Proposition 1996/97: 28, bet. 1996/97:SfU 6, rskr. 1996/97:125.
- Proposition 2002/03:89.
- Riksförsäkringsverket analyserar 2002:16, *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete*.
- Riksförsäkringsverket analyserar 2003:10, *Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?*
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*.
- Socialförsäkringsutredningen, diverse skrifter.
- SOU 2003:63, *En sammanhållen administration av socialförsäkringen*, delbetänkande.
- Anders Wikman, Staffan Marklund (2003) ”Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige”, i *Ute och inne i arbetslivet* (red. Casten von Otter) Arbetslivsinstitutet 2003:8.