

## Motion till riksdagen 2016/17:2355

av Johan Forssell m.fl. (M)

# En sjukförsäkring som stöder återgång i arbete

---

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en separat rehabiliteringskedja för vissa lättare psykiska diagnoser och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en särskild tillsyn av den psykosociala arbetsmiljön inom utsatta yrkesgrupper och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka dagens rehabiliteringskedja och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillsyn av läkares sjukskrivningsmönster och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka och förtydliga hälso- och sjukvårdens roll inom sjukförsäkringen och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka drivkrafterna för återgång i arbete och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla anställdas möjligheter till förebyggande insatser via sin arbetsgivare och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

Samhällets utgifter för sjukfrånvaron fortsätter att öka. Samtidigt ökar inflödet i sjukförsäkringen fortfarande, antalet startade sjukfall ökar för samtliga åldersgrupper och sjukfallens längd fortsätter att öka.

Kostnaderna för sjukpenning och rehabilitering uppgick till 32 miljarder kr år 2014 och i år beräknas de ligga runt 42 miljarder kr. Detta kan jämföras med situationen år 2010 då motsvarande kostnader var 20,5 miljarder kr. Att i detta läge välja, som

regeringen gör, att driva en politik som man vet kommer att öka sjukskrivningarna är djupt oansvarigt och undergräver statens redan hårt prövade ekonomi.

Ur individens perspektiv leder sjukfrånvaro till sämre privatekonomi och en lång frånvaro från arbetslivet leder ofta till färre sociala kontakter i vardagen. Utanförskapet är både ekonomiskt och socialt. Effekterna kan också vara stora i nästa generation: barn till föräldrar som är långtidssjukskrivna tenderar att själva bli sjukskrivna i större grad än andra.

Moderaterna har en plan för ett starkare Sverige. För oss är det självklart att samhällets insatser i möjligaste mån ska inriktas på att hjälpa människor tillbaka till arbetslivet. Den som är sjuk eller skadad och inte kan arbeta ska självklart ha rätt till ersättning, vård och rehabilitering. Men den som har eller får tillbaka sin arbetsförmåga måste alltid få stöd och hjälp att komma tillbaka i arbete.

Att, som regeringen, avveckla den bortre tidsgränsen och återigen öppna upp för att förtidspensionera unga är fel väg. Istället bör sjukförsäkringssystemet reformeras för att dels bryta den negativa utvecklingen, dels skapa en långsiktigt stabil sjukförsäkring som inte uppvisar de variationer över tid som gällt hittills. Möjligheterna och drivkrafterna att agera för att hjälpa människor tillbaka till arbetslivet måste stärkas för samtliga aktörer i sjukförsäkringssystemet – den försäkrade, arbetsgivaren, läkaren och handläggaren på Försäkringskassan.

## Sjukförsäkringens grundprinciper

Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är grundkriteriet i sjukförsäkringen. Sjukdomar definieras oftast utifrån ett medicinskt perspektiv och diagnoser ställs baserade på rådande kunskapsläge inom hälso- och sjukvården. Det saknas dock en tydlig och objektiv definition av vad hälsa egentligen är. När man diskuterar frågor om hälsa och sjukdom tenderar människor därför att lägga egna värderingar och uppfattningar i begreppet.

Alla människor definierar sin egen hälsa utifrån sitt eget sammanhang. Samverkan mellan sjukdom och hälsa är enkel att intuitivt se, men det är svårt att dra gränser mellan dessa. Sjukdom skapar ofta känsla av ohälsa, samtidigt kan en upplevd ohälsa i sig skapa sjukdom, arbetsförhållanden kan skapa en känsla av ohälsa och en upplevd dålig hälsa kan påverka hur man upplever sina arbetsförhållanden.

På samma sätt är begreppet arbetsförmåga svårt att objektivt definiera. Arbetsförmågan beror helt på vilket arbete som avses. Och samma sjukdomsdiagnos kan innebära att arbetsförmågan antingen försvinner totalt eller inte påverkas alls. Hur påverkar ett brutet ben arbetsförmågan hos en tjänsteman som sitter vid ett skrivbord jämfört med hos en asfaltsläggare? Hur påverkas arbetsförmågan hos dessa två om vi byter diagnos till en lättare depression? Det enkla men samtidigt djupt komplicerade svaret är att det alltid finns arbetsuppgifter som både är möjliga och omöjliga att genomföra för samma diagnos. Det är mot den bakgrunden man måste se frågor om reformer av sjukförsäkringen.

## Den psykiska ohälsan

Psykisk ohälsa är en övergripande term som innefattar nedsatt psykiskt välbefinnande, diagnostiserade psykiska sjukdomar och psykisk funktionsnedsättning. Huvudparten av

de pågående sjukfallen på grund av psykisk sjukdom utgörs av sjukdomar inom diagnosgrupperna förstämningssyndrom och ångest- och stressrelaterade syndrom. I fortsättningen avses dessa diagnosgrupper då begreppet psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa används.

Avgränsningen mellan normala och naturliga reaktioner på svåra livshändelser och psykisk sjukdom är inte alltid enkel. Traumatiska livshändelser kan ge psykiska reaktioner och symptom som kan innebära betydande lidande. Men det behöver inte innebära att man uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Människor kan reagera kraftigt på livsproblem, vilket kan leda till en upplevd psykisk ohälsa, men det behöver inte innebära att man har en psykisk sjukdom.

Psykisk ohälsa begränsar dock människors förmåga till funktion och aktivitet i olika omfattning och under olika långa tidsperioder. Den psykiska hälsan har därför en stor inverkan på en individs arbetsförmåga. Samtidigt är variationen stor mellan symptom inom en diagnoskategori och vissa symptom kan vara starkare än andra. Även individers olika personlighet, känslighet, sociala skyddsnät och livsinställningar har betydelse för hur arbetsförmågan påverkas vid sjukdom. Det innebär att det kan vara mycket svårt att bedöma hur en individs faktiska arbetsförmåga egentligen ser ut.

De vanligast förekommande symptomen vid psykisk sjukdom påverkar individens arbetsförmåga och en god psykisk funktionsförmåga är en grundförutsättning för att kunna klara av många av de arbeten som finns idag. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att de flesta med depressions-, ångest- eller stressrelaterade symptom inte har någon påtaglig nedsättning av arbetsförmågan, har ingen ersättning från sjukförsäkringen och behöver ingen anpassning av arbetet.

Antalet startade sjukfall med psykiatriska diagnoser ökade från 82 000 år 2010 till 139 000 år 2015. De vanligaste psykiatriska diagnoserna är olika typer av depressioner och ångestsyndrom; dessa stod för 95 procent av de startade sjukfallen med psykiatrisk diagnos år 2015.

Orsakerna till den ökande sjukfrånvaron har studerats av både Försäkringskassan och andra. Det finns ett flertal olika faktorer som kan ligga bakom ökningen och som dessutom kan samverka med varandra. En faktor där det i forskning är väl belagt att det finns ett samband med psykiatriska diagnoser och sjukfrånvaro är den psykosociala arbetsmiljön. En tidigare rapport från Försäkringskassan, Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser (Socialförsäkringsrapport 2014:4), visade att det är inom yrken som har den största negativa psykosociala arbetsmiljöbelastningen som risken för sjukfall med psykiatriska diagnoser är som störst.

## Inrätta särskild rehabiliteringskedja för lättare psykiska diagnoser

Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken. För att motverka en utveckling mot allt fler och allt längre sjukfall i psykiska diagnoser bör stödet vid psykisk ohälsa förbättras.

Som framgått ovan är frågor om hälsa och arbetsförmåga komplicerade och mångfacetterade. Situationen kompliceras dessutom vid de psykiska diagnoserna. Vi vet trots allt ungefär hur lång tid det tar för ett brutet ben att läka och vi vet ungefär hur arbetsförmågan påverkas av detta brutna ben. Det ser dock annorlunda ut för psykisk sjukdom. Därför behöver vi skapa ett nytt spår i rehabiliteringskedjan för psykiska diagnoser. Detta då tidsgränserna i den befintliga kedjan egentligen är bättre anpassade för ”traditionella” sjukdomstillstånd.

Särskilt tydligt blir detta när man väger in den psykosociala arbetsmiljöns samverkan med psykisk ohälsa. En person som drabbats av utmattningssyndrom kanske inte alls ska sjukskrivas i hemmet under en längre period då arbetsplatsen i sig kan vara en del i de bakomliggande orsakerna till sjukdomen. Det är då inte rimligt att vänta i 90 dagar innan en prövning görs om det finns andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som personen kan utföra. Det är inte heller rimligt att vänta i ett halvår innan man lyfter frågan om personen över huvud taget ska arbeta kvar på sin nuvarande arbetsplats.

Många beskriver en situation där pressen från den dåliga psykosociala arbetsmiljön blir för stor och skapar en svår stressreaktion. Men det är inte självklart att denna åtgärd kommer åt grundproblemet. Det kanske är bättre för alla om den sjukskrivne istället byter arbetsplats, eller, om problemen är stora, arbetsgivare.

Förslaget innebär att:

1) Man redan under de första veckorna ska undersöka om den sjukskrivne skulle må bättre av andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen eller hos arbetsgivaren. Huvudsyftet med denna prövning ska vara att undersöka om sjukdomen påverkas av arbetsmiljön eller eventuella problem med kollegor eller chefer. För arbetsgivare med många liknande arbetsplatser (till exempel en kommun eller ett landsting) bör man här söka möjligheter till omplacering till en liknande arbetsplats i de fall där man kan misstänka att sjukdomen påverkas av den psykosociala arbetsmiljön.

2) Därefter prövas om den sjukskrivne kan återgå till arbete utifrån en individuell anpassad rehabiliteringsplan. Syftet är att läkare, arbetsgivare och försäkringskassa, tillsammans med den försäkrade om det är möjligt, undersöker om en rehabiliteringsplan för återgång till arbete behövs.

3) Dag 90 ska sedan den sjukskrivne prövas mot övriga arbetsmarknaden. I samband med denna prövning ska Arbetsförmedlingen kopplas in. Utifrån den individuellt anpassade rehabiliteringsplanen ska Arbetsförmedlingen hjälpa den sjukskrivne att hitta en ny anställning. Denna prövning syftar till att träffa de personer som förmodligen mår bäst av att byta arbetsgivare eller bransch. Om man jobbar som akutläkare men inte klarar av stress behöver man byta jobb.

Till denna del knyts en särskild satsning hos Arbetsförmedlingen för att skapa ett särskilt system för dessa "arbetsbytare" som av hälsoskäl behöver byta jobb. I detta steg vill vi även bjuda in arbetsmarknadens parter att se över möjligheten att ta en mer aktiv roll i denna omställning för den sjukskrivne. Vi tänker oss en modell liknande Omställningsfonden med skillnaden att de som ska hjälpas till omställning är sjukskrivna som på grund av hälsoskäl behöver byta jobb.

4) För att en strategi med fler och tidigare insatser ska bli framgångsrik krävs att rätt individ får rätt insats. Samtidigt är variationen stor mellan symptom inom en diagnoskategori och vissa symptom kan vara mer starka än andra. Även individers olika personlighet, känslighet, sociala skyddsnet och livsinställningar har betydelse för hur arbetsförmågan påverkas vid sjukdom. Det innebär att det kan vara mycket svårt att bedöma hur en individs faktiska arbetsförmåga egentligen ser ut.

Handläggarna på Försäkringskassan spelar därför en central roll för att denna reform ska bli framgångsrik. Det kommer att ställa särskilt höga krav på att handläggarna klarar av de dubbla roller som det innebär att både vara den som prövar individens rätt till ersättning och samtidigt fungera som stöd och utreda behovet av rehabiliteringsinsatser. Allt detta sammantaget innebär att de handläggare som ska arbeta med sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser ska vara mer erfarna handläggare.

## Skärp tillsyn, krav och sanktioner för arbetsgivare med hög sjukfrånvaro

Det finns en bred konsensus hos våra expertmyndigheter att arbetsgivaren har en nyckelroll i arbetet med att minska sjukfrånvaron. Detta gäller särskilt vid psykisk sjukdom. Samtidigt måste man vara medveten om att frågan är komplex och till vissa delar ligger utanför arbetsgivarens kontroll.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, har gått igenom forskningsläget för samband mellan en lång rad faktorer i arbetsmiljön och depressionssymtom, respektive symtom på utmattningssyndrom och enligt SBU finns det vetenskapligt underlag för att följande gäller på gruppnivå:

1. Personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom.
2. Personer som upplever bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. De som upplever mobbning eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer depressionssymtom än andra, men det går inte att avgöra om det finns något motsvarande samband för symtom på utmattningssyndrom.
3. Personer som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. Detta gäller även för dem som upplever osäkerhet i anställningen, t ex en oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.

Samtliga dessa faktorer kan i hög grad påverkas av arbetsgivaren. Det är därför rimligt att lägga större ansvar för arbetsgivare vid sjukfrånvaro som kan antas ha samband med brister i den psykosociala arbetsmiljön. Vi ser ett tydligt behov av att skapa en bättre incitamentsstruktur för arbetsgivare när det gäller det förebyggande arbetet med psykosocial arbetsmiljö, samt tidiga insatser och bättre rehabilitering.

Försäkringskassan har genomfört en studie av sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Enligt Försäkringskassan finns det en tydlig koppling mellan svag psykosocial arbetsmiljö och sjukfall med psykisk diagnos. Man konstaterar vidare att många av de yrken där de anställda upplever brister i den psykosociala arbetsmiljön och där man konstaterar överrisker för att påbörja sjukfall med psykisk diagnos finns inom offentligfinansierad verksamhet. Man lyfter särskilt fram sjuksköterskor, barnmorskor, specialistsjuksköterskor, vård- och omsorgspersonal, grundskol- och gymnasielärare.

Sammanlagt finns det över 800 000 anställda i dessa grupper vilket innebär att överriskerna får betydande effekter. Vi föreslår därför att Arbetsmiljöverket ska genomföra en särskild tillsyn av den psykosociala arbetsmiljön inom dessa särskilt utsatta yrkesgrupper: barnmorskor, sjuksköterskor med särskild kompetens, sjuksköterskor, grundskollärare, vård- och omsorgspersonal, samt gymnasielärare.

Under tillsynen ska den psykosociala arbetsmiljön granskas och arbetsgivare som har brister i sin psykosociala arbetsmiljö ska åläggas att avhjälpa dessa brister. Relevanta myndigheter såsom exempelvis Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg ska vara Arbetsmiljöverket behjälpliga under denna granskning.

## Stärk dagens rehabiliteringskedja med tidsgränser och regelbunden uppföljning

Forskningen visar att kontrollinsatser av olika slag, inklusive tidsgränser, minskar användningen av försäkringen, både direkt via kontrollerna i sig och indirekt via drivkrafter att inte vilja bli kontrollerad. Är kompensationsgraden hög, kontrollen svag och en bortre tidsgräns saknas, kan sjukfrånvaron förväntas bli högre än om kompensationsgraden är lägre, kontrollen stark och en tidsgräns finns. För en långsiktigt stabil sjukfrånvaro är en bortre tidsgräns också en central komponent. Genom den skickas en signal om att en sjukskrivning inte kan pågå för evigt vilket skapar drivkrafter för alla inblandade aktörer att agera för att hitta en lösning innan tidsgränsen nås. Inspektionen för socialförsäkringen, ISF, har dessutom funnit att införandet av tidsgränser inte haft någon inverkan på hälsan. Moderaterna anser av dessa anledningar att rehabiliteringskedjan bör förstärkas.

ESO sammanfattar frågan om den bortre tidsgränsen såhär: ”För en långsiktigt stabil sjukfrånvaro är en bortre tidsgräns en central komponent. Genom den skickas en signal om att en sjukskrivning inte kan pågå för evigt vilket skapar drivkrafter för alla inblandade aktörer att agera för att hitta en lösning innan den bortre tidsgränsen nås. Forskningen inom såväl sjuk- som den angränsande arbetslöshetsförsäkringen är tydlig såtillvida att tidsgränser (kontroll i vidare mening) minskar användandet av försäkringen både direkt, via tidsgränsen i sig, och indirekt via ökade drivkrafter att avsluta ersättningsperioden innan tidsgränsen.”

Vi föreslår därför att den bortre tidsgränsen återinförs i sjukförsäkringen och att regelbunden uppföljning av den försäkrades arbetsförmåga ska ske under hela sjukfallet fram till den bortre tidsgränsen.

Det finns en svensk studie om hur handläggarnas attityder påverkar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen. Resultaten visar bland annat att om handläggaren är relativt positivt inställd till gällande regelverk, till att uppfylla verksamhetsmål, samt känner sig trygg med innebörden av centrala begrepp i sjukskrivningsprocessen, påskyndas återgången i arbete. Detta är därför ett område som måste prioriteras högre hos myndigheten och handläggarnas bedömningar bör tydligare systematiskt följas upp.

## Öka tillsynen av läkarnas arbete med sjukskrivningsfrågor

Läkaren har en nyckelroll i sjukskrivningsprocessen. Läkaren ställer diagnos och dokumenterar arbetsförmågebesvär. Detta arbete är komplext, vilket bland annat har att göra med svårigheterna kring begreppen sjukdom och arbetsförmåga. Till sin hjälp har läkaren det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det finns dock ett inneboende problem i att läkaren och patienten kan vara oense om vad som egentligen är bäst för patienten. Många sjukdomstillstånd har diagnoskriterier som kan vara öppna för tolkning. Patientens upplevelse av sitt tillstånd behöver heller inte vara överensstämmande med den medicinska bedömningen, upplevelsen av den egna arbetsförmågan är med andra ord inte alltid överensstämmande med läkarens uppfattning och till detta kommer svårigheten med att bedöma vad arbetsförmågan egentligen är i relation till patientens medicinska och/eller upplevda tillstånd. Detta gäller särskilt psykiska diagnoser där det mesta av läkarens bedömning grundas på patientens egna uppgifter. Samtidigt skapas lätt en målkonflikt för en läkare som agerar inom ett fritt vårdval. Från patientens

perspektiv finns alltid möjligheten att gå till en annan läkare som kanske är mer beredd att agera på det sätt patienten önskar.

Ett bättre sätt att få läkarkåren att ta ansvar för sjukfrånvaron vore att, precis som Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi föreslår, tydliggöra att det är Försäkringskassan (försäkringsgivaren), och inte läkaren, som beslutar om rätten till ersättning. Försäkringskassan bör därför kunna sätta upp kvalitetskrav för vårdgivare som skriver ut sjukintyg. Kraven kan exempelvis bestå i att läkarna ska ha vissa kunskaper om reglerna i sjukförsäkringen och hur man bedömer arbetsförmågan. Vidare kan Försäkringskassan ges i uppdrag att via administrativa register löpande följa upp och granska sjukskrivningsmönstret hos olika vårdgivare. Osakliga skillnader och avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan snabbt upptäckas och utredas. Vid upprepade anmärkningar liksom vid rent fusk skulle enskilda vårdgivare kunna förlora rätten till utfärdande av sjukintyg.

## Stärk och förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården har en central roll för att bryta långvarig sjukfrånvaro, men samspelet med sjukförsäkringen behöver förstärkas. Den grundläggande brist på samverkan som följer av att sjukvården och sjukförsäkringen finansiellt och organisatoriskt inte har några starka gemensamma intressen och mål, måste balanseras bättre än idag. Kalmarmodellen är ett förslag som innebär att landstinget ska bära hela eller delar av det ekonomiska ansvaret för sjukförsäkringen. Modellen är intressant då den skapar incitament för fler aktörer att hjälpa den sjukskrivne tillbaka i arbete. Landstingen får tydliga incitament att ge hälso- och sjukvården förutsättningar för att arbeta förebyggande eller hjälpa patienter tillbaka till arbete.

Hälso- och sjukvården ska redan i dag ge stöd till sjukskrivna som behöver hjälp för att återgå i arbete eller studier, men detta uppdrag behöver förstärkas. I hälso- och sjukvårdspolitiken och de försäkringsmedicinska riktlinjerna, men också i forskning och tillsyn, bör återgång i arbete ingå som en parameter för framgång. Hälso- och sjukvårdens ansvar för att aktivt bidra till sjukskrivnas återgång i arbete bör förtydligas.

## Inför en förebyggandegaranti mot psykisk ohälsa

ISF konstaterar att tidiga rehabiliteringsinsatser, innan en sjukskrivning, har bättre förutsättningar att förhindra en framtida sjukfrånvaro än att öka återgången i arbete bland redan sjukskrivna. Därför bör möjligheterna att genomföra tidiga rehabiliteringsinsatser stärkas. Utvärderingar av tidigare insatser mot psykisk ohälsa innan och efter sjukskrivning har visat att de behandlingar som sätts in innan sjukskrivning hade god effekt på patientens hälsa, medan de som sattes in efter sjukskrivningen hade begränsad effekt. En rimlig målsättning är att den som har ett jobb och är i behov av förebyggande insatser ska kunna påbörja dessa inom en månad. Samtidigt bör lagstiftningen skärpas vad gäller landstingens ansvar att erbjuda förebyggande insatser för att motverka ohälsa.

## Stärk drivkrafterna att komma tillbaka till arbete

Att regler och ersättningsnivåer i sjukförsäkringen påverkar sjukfrånvaron är som ovan framgått väl känt i forskningen. Sjukförsäkringssystemet har idag en långsam avtrappning som medför att ersättningen minskar vid dag 365 då ersättningsnivån sjunker från 80 till 75 procent av den sjukpenninggrundade inkomsten. Den första karensdagen är det enda och tydliga exemplet på en tidig tröskel in i sjukförsäkringens sjuklönedel.

Långa sjukfall kan naturligtvis vara helt nödvändiga för den enskilde och sjukförsäkringssystemet ska ge trygghet i att den som är sjuk ska få stöd. Men om de långa sjukfallen ökar totalt sett skapas många problem och risker. För att stärka incitamenten att komma tillbaka till arbete tidigare än idag vill vi stärka drivkrafterna för att komma tillbaka till arbete genom att öka avtrappningen av sjukpenningen och införa en karensdag vid övergången från sjuklön till sjukpenning, det vill säga vid dag 15. Dagens regelverk som medger att särskilt allvarliga sjukdomstillstånd kan undantas från nedtrappningen i ersättningsnivåer ska också fortsättningsvis gälla.

## Stärk anställdas möjligheter att få förebyggande behandling via arbetsgivaren

En arbetsgivare kan erbjuda sin personal skatte- och avgiftsfri personalvårdsförmån i form av motion och annan friskvård av enklare slag och mindre värde. Inom ramen för friskvård omfattas ”stresshantering”, enligt Skatteverket. Idag finns också en möjlighet för arbetsgivaren att göra avdrag för kostnader för förebyggande behandling, om arbetsgivaren kan visa att behandlingen syftar till att den anställde ska kunna fortsätta att förvärvsarbeta. Dessa möjligheter bör utvecklas så att anställda och arbetsgivare uppmuntras agera förebyggande i större grad.

*Johan Forssell (M)*

*Mikael Cederbratt (M)*

*Lotta Finstorp (M)*

*Carl-Oskar Bohlin (M)*

*Finn Bengtsson (M)*

*Lars-Arne Staxäng (M)*

*Tina Ghasemi (M)*

*Jörgen Warborn (M)*