

Sundbyberg 2015-08-17

Dnr.nr: S2015/1554/SF

Vår referens: Mikael Klein

Socialdepartementet

Remissvar: Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21

Handikappförbunden

Handikappförbunden är en samarbetsorganisation för 39 funktionshinderförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 människor. Vårt mål är ett samhälle för alla. Vårt intressepolitiska arbete grundar sig på mänskliga rättigheter.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, PSFU, har haft ett brett uppdrag att se över såväl sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen.

Handikappförbunden har följt utredningens arbete och lämnade på begäran från utredningen en underlagsrapport i december 2011, *En socialförsäkring för alla – Handikappförbundens förslag till en hållbar socialförsäkring*. Flera av våra medlemsförbund har också haft en egen dialog med utredningen.

Vårt remissyttrande fokuserar framförallt på utredningens del 2 om En långsiktigt hållbar sjukförsäkring och del 3 om Bättre stöd för återgång till arbete vid ohälsa. Till utredningens övriga delar, del 1 om Ett rättvisande inkomstunderlag, del 4 om En mer rättssäker arbetsskadeförsäkring, del 5 om en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring, del 6 om Bättre försäkringsskydd för vissa grupper (studerande och företagare), lämnar vi bara övergripande synpunkter eller avstår från att lämna synpunkter.

Innehåll

Handikappförbunden	1
Bakgrunden till våra ställningstaganden	3
Socialförsäkringarna måste omfatta alla medborgare	5
Utredningen har helt missat personer med svag arbetsförmåga	7
Försäkrade utan arbetsgivare	11
Den enskildes drivkrafter måste tas tillvara bättre	12
Fungerande rehabiliteringen är nyckeln	15
Tveksamheter kring utökat samordningsansvar för landstingen	18
Förstärkta krav på myndigheterna	20
Handikappförbundens kritik mot rehabiliteringskedjan	21
Utredningens förslag	23
Kap 7 - Förslag till ett rättvisande inkomstunderlag	23
Kap 10 - Förslag för en långsiktigt hållbar Sjukförsäkring	25
10.1.2 Förstärkt ansvar för sjukfrånvaron för hälso- och sjukvården	25
10.1.3 Utvecklat försäkringsmedicinskt beslutsstöd	25
10.1.4 Förbättrad standardtrygghet	25
10.1.5 Förstärkt kompetensutveckling hos Försäkringskassan	26
10.1.6 Utvecklat bedömningsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med tidiga insatser	26
10.1.8 Mer flexibel sjukpenning	27
Kap 13 - Förslag för bättre stöd för återgång i arbete	27
13.1 Krav på samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen	27
13.2 Krav på behandlings- och rehabiliteringsplanering införs i hälso- och sjukvårdslagen	27
13.3 Ekonomiskt stöd för koordineringsfunktioner inom hälso- och sjukvården	27
13.4.1 Expertråd för återgång i arbete	28
13.4.2 Öppna jämförelser av sjukskrivningar	28
13.5 Förtydligande av arbetsgivarens skyldigheter	28
13.6 Bättre stöd från Arbetsförmedlingen	28
13.7.1 Samverkan i sjukförsäkringsärenden	29

13.7.2 Rehabiliteringsplan och arbetshjälpmedel	29
13.8 Investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad	30
13.9 En nationell web-portal för återgång i arbete	30
Kap 20 – Förslag för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring	31
20.7 Ny deltidsbegränsning	31
Kap 22 – Studerande och Trygghetssystemen	31

Bakgrunden till våra ställningstaganden

Rätten till försörjning är en av våra mest prioriterade frågor. Möjligheten att kunna försörja sig genom eget arbete är central för alla människor och vår utgångspunkt är att var och en ska kunna ges förutsättningar att arbeta till hundra procent av sin egen, individuella arbetsförmåga. Det innebär att människor som på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom har begränsningar i möjligheten att jobba eller inte kan arbeta alls, också måste omfattas av en socialförsäkring som ger en trygg inkomst. Den ekonomiska tryggheten får inte bara vara temporär. En stor andel av befolkningen lever med ett långvarigt – ibland livslångt – behov av stöd till sin försörjning. Socialförsäkringarna kan till sin helhet därför inte enbart handla om omställning, utan måste även trygga försörjningen på en god nivå för dem som livslångt står utan arbete. Handikappförbundens främsta kritik mot socialförsäkringsutredningens slutbetänkande är att dessa grupper inte alls är inkluderade i utredningens förslag. Utredningen avstår att lägga förslag som rör sjuk- och aktivitetsersättningen. Här krävs ett fortsatt utredningsarbete.

Handikappförbunden ser positivt på att det finns en parlamentariskt bred enighet kring viktiga grundprinciper för socialförsäkringen. Utredningens slutsatser att socialförsäkringen även fortsättningsvis ska vara gemensamt finansierad och ge alla medborgare en grundtrygghet, borgar för en heltäckande välfärdsmodell där ingen lämnas utanför. Vi gläder oss också för att utredningen drar slutsatsen att de nuvarande problemen i socialförsäkringarna inte

motiverar vidlyftiga strukturella reformer, som att slå samman och harmonisera de olika försäkringarna, att samordna administrationen, att skapa autonoma försäkringar, att flytta ut försäkringsskyddet till parterna på arbetsmarknaden eller att privatisera försäkringarna.

Handikappförbunden välkomnar också utredningens syn på den centrala roll som en fungerande rehabilitering har. Vi delar utredningens syn på att det krävs ett starkt utvecklingsarbete för att säkerställa att alla får en god rehabilitering, både i form av ökad kunskap och metodutveckling men också i att få olika aktörer att samverka utifrån den enskildes behov. Utredningen har i första hand fokus på rehabilitering tillbaka till arbete. Vår syn på rehabilitering är holistisk, en människans behov kan inte sektoriseras. Bästa möjliga hälsa och en fungerande vardagsituation är förutsättningar för möjligheten att uppnå bästa möjliga arbetsförmåga. Här spelar även den eftersatta rehabiliteringen en viktig roll.

Utredningen har med rätta fokuserat starkt på att förbättra samordningen mellan de olika aktörer som spelar en viktig roll för en fungerande rehabilitering. Vi delar utredningens analys av att samordningen idag brister och att det är en avgörande utmaning att få det att fungera bättre. Vi är dock tveksamma till utredningens huvudsakliga förslag om att flytta det samordnande ansvaret till landstingen. Även om vi delar utredningens uppfattning om att det idag råder stora brister med Försäkringskassans samordningsansvar, så är vi inte övertygade om att lösningen skulle vara att flytta över det ansvaret på hälso- och sjukvården som ska koordinera insatserna från övriga aktörer. Vi frågar oss också hur ett sådant ansvar på sikt kommer att påverka hälso- och sjukvårdens roll.

Vi delar utredningens uppfattning att den enskildes roll är viktig och vi vill framhäva den forskning som pekar på att den enskildes inflytande och kontroll över sin situation gagnar en effektivare rehabilitering. Tyvärr saknar vi i utredningen förslag i den riktningen.

Vi stödjer också utredningens förslag att förstärka Arbetsförmedlingens insatser för personer med nedsatt arbetsförmåga, men

vill också lyfta fram behovet av mer omfattande reformer av de arbetsmarknadspolitiska stöd som riktas till personer med funktionsnedsättningar. Funka-utredningens förslag behöver också verkställas.

Socialförsäkringarna måste omfatta alla medborgare

Sjukförsäkringens syfte är att täcka inkomstbortfall på grund av bristande arbetsförmåga till följd av sjukdom. Arbetslöshetsförsäkringens syfte är att täcka inkomstbortfall på grund av arbetslöshet. En fungerande arbetslinje förutsätter att försäkringarna fyller sina syften. När möjligheten att arbeta begränsas till följd av sjukdom ska sjukförsäkringen garantera en försörjning. Att bli sjuk ska inte utgöra en grund för fattigdom. Människor med kroniska sjukdomar eller livslånga funktionsnedsättningar är, och kommer alltid att vara, en naturlig del av befolkningen. För många av dessa måste socialförsäkringen fylla en långvarig, ibland livslång, funktion för att möjliggöra ett arbete efter den egna förmågan.

Socialförsäkringarna ska också garantera en försörjning för de som helt saknar arbetsförmåga och som istället för arbete behöver annan meningsfull sysselsättning.

Våra erfarenheter, av både historiska och internationella jämförelser, är att en gemensam försäkring som alla medborgare på lika villkor har tillgång till och som också finansieras solidariskt har bäst riskspridning. Försäkringslösningar som enbart är kopplade till arbetsmarknaden exkluderar dem som långvarigt eller livslångt står utanför arbetslivet. Privat finansierade försäkringar är inte tillgängliga för alla och leder till ökade klyftor grundade på inkomst och förmögenhet. Olika försäkringslösningar kan utgöra kompletterande skydd, men den generella tryggheten i en gemensam socialförsäkring ska vara tillräckligt stark för att på bred basis skapa möjligheter till omställning och därmed förutsättningar för en fungerande arbetslinje, men också skydda mot fattigdom för dem som helt saknar arbetsförmåga.

Det är glädjande att utredningen i parlamentarisk bred enighet slår fast viktiga grunder för framtidens socialförsäkringar. Vi delar utredningens uppfattning att försäkringarna behöver utvecklas och

förbättras, men att det inte är befogat att göra stora strukturella förändringar. Med den slutsatsen torde ett antal frågor nu kunna avföras från den politiska dagordningen. Ett politiskt fokus kan istället läggas på att stärka och utveckla försäkringarna för att de ska komma att uppnå målsättningen om att ge en majoritet av de försäkrade en grundtrygghet som lever upp till principen om inkomstbortfall.

Genom de lagstadgade trygghetssystem som socialförsäkringarna är, ska alla människor garanteras ett grundläggande ekonomiskt skydd oberoende av hälsotillstånd. Men grundtanken, att sjukdom inte ska leda till fattigdom, har urholkats. Socialförsäkringarna håller idag alltför låga ersättningsnivåer som dessutom minskar ju längre man är i behov av dem. I de allra flesta fall leder en längre sjukdom eller en allvarlig olycka till betydande inkomstbortfall och risk för raserad privatekonomi. Det bristande skyddet har lett till en ökning av försäkringsalternativ via fackliga avtal och privatförsäkringar. De nya alternativa lösningarna utestänger de människor som är utan arbete eller som redan är sjuka, bland annat på grund av krav på hälsostatus för att få teckna försäkring.

För många människor med funktionsnedsättning är kompletterande försäkringar inget alternativ. De nekas eller har svårt att teckna privata försäkringar. Försäkringsbolagen skiljer mellan normalrisker, mindre goda risker och oförsäkringsbara risker när en person vill teckna en privat sjukförsäkring. Personer som har normal risk får teckna försäkring med normala premier och villkor medan personer med mindre goda risker får premieförhöjningar eller inskränkande klausuler. Då långvarig arbetsförmåga blivit allt vanligare har försäkringsbolagen också i större utsträckning än tidigare helt avböjt ansökningar om tecknande av en privat sjukförsäkring.

Rapporten "Funktionshinder Försäkringshinder" publicerades 2001 och är framtagen i samverkan mellan Konsumenternas försäkringsbyrå och Handikappförbunden.¹ Den bygger bland annat på enkätsvar från 32 av Handikappförbundens då 40 medlemsförbund

¹ Svärdman, H (2010).

och från 13 försäkringsbolag. Av rapporten framgår att hela 87 procent av de förbund som svarade på enkäten hade erfarenhet av att medlemmar, på grund av sitt eller sina funktionsnedsättningar, haft problem när det gäller privata personförsäkringar. Det vanligaste problemet (57 procent) var att medlemmen inte fått teckna försäkring alls. Den försäkring som det är svårast att få teckna till normal premie är sjukförsäkring. I enkäten till försäkringsbolagen har bolagen fått göra riskbedömningar av typfall som om de vore verkliga försäkringsansökningar. Typfallen avser förhållandevis "friska" människor med välkända sjukdomar där stora skillnader förekommer avseende grad av sjuklighet. Exempelen som valdes avsåg följande diagnoser: reumatism, diabetes, bröstcancer, dövhet och hjärtinfarkt. Inget av de riskbedömda typfallen har beviljats sjukförsäkring till normal premie.

En sjukförsäkring som ska ge god ekonomiskt trygghet kan inte bygga på att människor måste söka kompletterande försäkringslösningar för att klara sin försörjning i händelse av sjukdom. I synnerhet inte då en stor andel människor nekas den möjligheten. Istället måste ersättningsnivåerna höjas i den generella försäkringen så att alla kan omfattas av ett fullgott skydd.

Många avtalsförsäkringar, privata sjukförsäkringar och även bidrag såsom bostadstillägg för förtidspensionärer, är kopplade till rätten till sjukersättning. Blir ett beslut om sjukersättning indraget från Försäkringskassan, kan det få en rad konsekvenser i andra försäkringar och bidrag. Det extra skydd man som försäkrad tror sig ha, faller då bort när rätten till sjukersättning från Försäkringskassan försvinner.

Utredningen har helt missat personer med svag arbetsförmåga

Ungefär var femte person har en funktionsnedsättning som påverkar den dagliga livsföringen. För många påverkas inte möjligheten att arbeta alls av den funktionsnedsättning man har. För vissa räcker det med enstaka åtgärder, t.ex. fungerande hjälpmedel, för att man ska kunna arbeta. En betydande andel anser dock att deras arbetsförmåga påverkas av den egna funktionsnedsättningen. Denna andel

verkar konstant över tid utgöra cirka tio procent av hela befolkningen i arbetsför ålder, 16-64 år.²

I antal motsvarar det idag 655 000 personer.³

Oavsett vad som ligger i den självskattade bedömningen att den egna arbetsförmågan är nedsatt hos en så pass stor andel av befolkningen i arbetsför ålder, så har tveklöst en stor grupp människor permanenta svårigheter att förvärvsarbeta i full utsträckning. Sjukförsäkringen fyller för dessa personer en helt annan funktion än som omställning för den som blivit tillfälligt sjuk. Möjligheten att kunna förvärvsarbeta i en utsträckning som den egna förmågan tillåter, förutsätter att socialförsäkringarna täcker upp försörjningen till en normal inkomstnivå. Här behöver försäkringen vara flexibel för att fungera både för de som har en livslångt nedsatt arbetsförmåga och för dem som exempelvis har en kronisk sjukdom som går i skov, där arbetsförmågan kan variera kraftigt över tid.

För den enskilde har det en oerhört stor betydelse av att kunna inkluderas i arbetslivet, även om det sker endast i begränsad omfattning eller sker genom omfattande stödåtgärder. Förutom alla de positiva effekter en egen försörjning ger för självkänsla, oberoende och meningsfullhet, så bidrar det till en bättre hälsa. Även den samhällsekonomiska nyttan av att ta tillvara allas arbetsförmåga är betydande. Enligt beräkningar gjorda av ekonomen Dan Andersson⁴, uppstår en samhällsvinst redan vid 10 procents arbetad tid för den som stått helt utan arbete, om man i beräkningarna inte bara inkluderar statens direkta utgifter och inkomster, utan även inkluderar andra samhällsekonomiska faktorer såsom förbättrad hälsa och påverkan på närstående med mera. De samhällsekonomiska incitamenten för olika åtgärder i syfte att fånga upp allas arbetsförmåga är med andra ord mycket stora.

² SCB:s rapporter Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden 1998-2008

³ SCB Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2014

⁴ Dörrarna stängs innan alla fått plats, Dan Andersson (2012)

Det finns också ett djupare motiv till yttersta ansträngningar för att få alla medborgare delaktiga i arbetslivet och det handlar om en grundläggande människosyn och den sociala sammanhållningen i samhället i stort. Om alla medborgare ges möjlighet att vara bidragande utifrån sina förutsättningar, främjas också en solidaritet med att alla medborgare också ska ges stöd efter behov. Alla människor är en resurs för samhället och för de allra flesta ligger det en djup betydelse i att på något sätt vara bidragande till samhället och sina medmänniskor.

Sjukersättningen (tidigare förtidspension) behöver vara utformad så att den ger ett stöd till att arbeta utifrån individens egna förutsättningar. Möjligheten att kunna arbeta deltid inom det yrke som man är bäst kvalificerad att utföra även för den som har en kronisk sjukdom eller en varaktig funktionsnedsättning, skulle förstärkas om sjukersättningen var mer flexibel än idag. Gränssnittet mellan sjukersättning och förvärvsarbete bör inte vara för rigid, så att människor riskerar att permanent utestängas ur arbetslivet (som risken var med den tidigare förtidspensionen), inte heller att människor tvingas från fungerande arbeten när förmågan att inte längre arbeta heltid sviktar. Handikappförbunden skulle gärna se ett återinförande av den tidsbegränsade sjukersättningen som ett steg i riktning mot en flexiblare sjukersättning.

Aktivitetsersättningen infördes 2003, då den tidigare förtidspensionen avskaffades. Förtidspension kunde fås från 16 års ålder och var en passiv och passiviserande stödinsats som fick skarp kritik för dess inlåsnings effekter. Syftet med aktivitetsersättningen var att erbjuda unga människor (19-29 år) förstärkta insatser för att möjliggöra olika vägar till arbete. Handikappförbunden menar att aktivitetsersättningen inte fyllt det syfte som var avsikten med 2003 års reform. Den passiva och passiviserande funktionen som förtidspensionen med rätta kritiserades för, lever kvar även inom aktivitetsersättningen. Många unga vuxna med funktionsnedsättningar står dåligt rustade för arbetslivet efter fullgjord skolgång. Möjligheterna att kunna studera eller skaffa sig arbetslivserfarenheter är starkt begränsade och fortfarande kantade av en lång rad hinder i allt från studiestödssystem till arbetsförmedlingens

program. Aktivitetsersättningen behöver reformeras för att uppfylla sitt ursprungliga syfte. Antalet personer som uppbär ersättningen har ökat kraftigt sedan införandet 2003 och ökningen ser ut att fortskrida. En alldeles för liten andel av dem som uppbär aktivitetsersättning lämnar den för studier eller arbete. Inlåsnings-effekten är fortfarande uppenbar.

Det finns, och kommer alltid att finnas, människor med så pass omfattande funktionsnedsättningar att förvärvsarbete aldrig kommer vara ett alternativ, ens med mycket omfattande arbetsanpassningar. För dessa kan arbete aldrig komma ifråga, däremot kvarstår behoven av en meningsfull vardag och olika typer av stödinsatser som ryms inom funktionshinderspolitiken. Men den ekonomiska försörjningen vilar fortfarande på socialförsäkringarna. Den som aldrig haft en förvärvsinkomst får aktivitets- eller sjukersättning på lägstanivån, den så kallade garantinivån. Bruttoinkomsten med garantinivån är idag vid inträde till aktivitetsersättning när man är 19 år ca 7800 kr i månaden. Med stigande ålder ökar nivån en aning, men blir maximalt 8900 kr brutto i månaden för sjukersättning. Det är en mycket låg månadsinkomst i jämförelse med den generella löneutvecklingen för befolkningen i stort. Även om det finns andra ekonomiska stöd som ska kompensera för olika utgifter är dessa inte heltäckande. Denna grupp lever i en livslång fattigdom. De som uppnår pensionsålder väntar en i särklass låg inkomstnivå. Bland Handikappförbundens medlemsorganisationer finns medlemmar som idag har en negativ disponibel inkomst och en stor andel försörjs av föräldrar eller närstående. Det är ett välkänt problem för föräldrar till vuxna personer med omfattande funktionsnedsättningar, att det finns en oro för försörjningen den dagen man som förälder går bort.

Utredningen har helt utelämnat sjuk- och aktivitetsersättningen i sin översyn, vilket naturligtvis är en brist. Kommittén verkar också ha bortsett från den del av befolkningen som lever med långvarig nedsatt arbetsförmåga. Istället finns i utredningen ett starkt fokus på sjukförsäkringens omställningsfunktion och de förslag som läggs verkar i första hand beröra dem som drabbas av tillfällig ohälsa. Konsekvenserna av det blir bristfälliga lösningar. Exempelvis så

föreslås av utredningen en rad åtgärder för att underlätta möjligheterna för återgång till arbete. Men dessa åtgärder blir otillräckliga om man också vill förbättra möjligheterna för dem som står utanför arbetslivet att få tillträde till arbete.

Handikappförbunden menar att det finns ett fortsatt utredningsbehov av att se över såväl sjukersättningen, aktivitetsersättningen samt den långsiktiga försörjningen för dem som idag har sin ersättning på garantinivån.

Försäkrade utan arbetsgivare

En följd av utredningens starka fokus på de som ingår i arbetslivet, skapar också brister i skydd för de som saknar arbetsgivare.

Utgångspunkten för stora delar av utredningens analys och förslag till åtgärder, är att det finns en arbetsgivare som självklar aktör och en arbetsplats som har en central betydelse för rehabilitering och ett fortsatt arbetsdeltagande. Den som är arbetslös eller har sin försörjning helt utanför arbetslivet, saknar arbetsgivare. För arbetslösa förutsätts Arbetsförmedlingen i olika delar ta det ansvar som för anställda vilar på arbetsgivaren. Det finns stora risker med att inte särskilt analysera förutsättningarna för de som saknar arbetsgivare, och ett förenklat antagande om att Arbetsförmedlingen i olika delar ska kunna fylla funktioner som för anställda vilar på arbetsgivaren. I utredningen kommer det tydligast i uttryck i de förslag som läggs om utvecklat stöd från Arbetsförmedlingen (kap 13.6)

Den så kallade Funka-utredningen⁵ gjorde en ingående kartläggning av hur Arbetsförmedlingen arbetar med de insatser som är riktade till personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning. Redogörelsen är häpnadsväckande och ytterst allvarlig. Genomgående finns brister i allt från styrning och resursfördelning till uppföljning, kvalitetssäkring av olika insatser och de enskilda handläggarnas förutsättningar att utföra sitt arbete. Flera grundläggande brister lyfts fram av utredningen, bland annat att programinsatser ges ofta för sent, det råder bristande kunskap om effekten av insatserna, handläggarstödet är för svagt, resursstyrningen brister. Konsekvenserna för de inskrivna arbetssökande

⁵ Sänkta trösklar - Högt i tak, SOU 2012:31

med funktionsnedsättning är långa arbetslöshetstider, en rundgång i insatser och få övergångar till osubventionerade insatser.

Den samlade bild som Handikappförbunden fick av Funka-utredningen, är att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som Arbetsförmedlingen erbjuder, har allvarliga brister.

Funka-utredningen betänkande lämnades 2012 och situationen kanske inte densamma idag, men det finns anledning till oro. Socialförsäkringsutredningen konstaterar att andelen av de inskrivna hos Arbetsförmedlingen som har en ohälsorelaterad problematik, ökat kraftigt under senare år.

Det är positivt att utredningen lämnar förslag för att utveckla Arbetsförmedlingens insatser, bland annat genom att utveckla och göra effektivare uppföljningar av insatserna för arbetslösa med behov av stöd på grund av ohälsa. Handikappförbunden vill också understryka vikten av att reformera de arbetsmarknadspolitiska programmen som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Här gav Funka-utredningen en rad konkreta förslag på angelägna reformer som också måste verkställas.

Den enskildes drivkrafter måste tas tillvara bättre

Individens egna drivkrafter att uppnå bästa möjliga hälsa, och därmed högsta potentiella arbetsförmåga, är den enskilt starkaste faktorn för en positiv utveckling. Möjligheten för den enskilde att själv eller genom ombud kunna agera när olika insatser uteblir, dröjer eller håller för låg kvalitet, måste utvecklas och förstärkas. Det finns ett fortsatt behov av att se över de övriga tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan, men framförallt att se över dess konstruktion. Tidsgränser eller kontrollstationer kan vara bra för att undvika passivitet från ansvariga aktörer som leder till att insatser uteblir. För att få ett fungerande system, måste incitament kopplas till ansvar. Det är oskäligt att den enskilde drabbas negativt av tidsgränser utan att kunna ha ett eget inflytande över situationen.

Utredningen konstaterar i avsnitt 12.3 Individ i centrum, att den enskildes självförtroende och känsla av kontroll är viktig för återgång i arbete vid ohälsa. I samma avsnitt hänvisas till forskning och

utredningar som styrker det faktum. På liknande sätt finns också en växande kunskap om hur sjukvård och rehabilitering får ett effektivare utfall när den enskilde görs delaktig i processen. I en hänvisning till Arbetsförmågeutredningen⁶ konstateras att flera länder tycks ge större utrymme för den försäkrades medverkan, avseende arbetsförmågebedömning i sjukskrivningsprocessen, än vad som gjorts i Sverige. Såväl i det danska som i det brittiska systemet ryms en betydande grad av delaktighet från den enskilde, trots att dessa system i övrigt är mycket olika.

Utredningen drar slutsatsen att den enskildes delaktighet i och överblick över vad som sker är central för återgång i arbete. Långvarig sjukdom innebär en risk för ett permanentat tillstånd av passivitet. Därför måste processen för återgång i arbete i så hög utsträckning som möjligt vara den enskildes och inte välfärdsaktörernas. Den självtillit och den syn man har på sin egen roll i fråga om att kunna påverka sin omgivning spelar en stor roll för tron på att komma tillbaka till arbete.

Vi hade gärna sett att utredningen lagt flera konkreta förslag för att uppnå en starkare möjlighet till påverkan för den enskilde. Många vittnar om känslan av vanmakt. När man befinner sig i en mycket sårbar situation där en allvarlig sjukdom eller en förvärvad funktionsnedsättning vänder upp och ned på tillvaron, upplevs myndighetskontakterna som det mest påfrestande inslaget i den nya livssituationen. Istället för att få ett förväntat stöd, har många av våra förbunds medlemmar negativa erfarenheter av att få kämpa för att få tillgång till de insatser man har rätt till.

Människor med funktionsnedsättningar är oftare än andra hänvisade till olika myndigheter för att få stödinsatser beviljade. Det krävs många kontakter med olika instanser för att få en trygg försörjning. Inte sällan under hela livet. I mötet med myndigheter befinner sig den som söker hjälp per definition i ett underläge.

⁶ Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder, SOU 2008:66

Samspelet mellan den som söker stöd och den som beslutar, kännetecknas av många beståndsdelar. Samspelet kan störas av brister i kommunikation, ett dåligt bemötande, låg kunskap eller förförståelse. De olika stödinsatserna är lagreglerade rättigheter, men de juridiska instrumenten för en individ att hävda sin rätt är starkt begränsade.

I Lindqvist nia – nio vägar att utveckla bemötandet⁷ finns väl beskrivet hur de många myndighetskontakterna påverkar människors liv:

”Många personer som har ett funktionshinder behöver ofta vara sin egen samordnare. De måste på egen hand ta reda på vilka regler som gäller och vilken hjälp som finns, eftersom myndigheterna brister i sitt informationsansvar. Sedan behöver de själva se till att deras ärende, ansökan eller förfrågan inte hamnar mellan stolarna eftersom det inte är säkert att samarbetet och informationen fungerar mellan myndigheterna eller mellan avdelningarna på en myndighet.

Sådana här situationer råkar inte bara personer med funktionshinder ut för. Alla känner igen dem och det är naturligtvis orimligt att kalla varje brist i organisationen för dåligt bemötande. Men det är stor skillnad att ha kontakter några gånger om året när man skall fråga något om teleräkningen eller skattsedeln och att ha myndighetskontakterna som ett återkommande inslag i vardagen.

Det kan vara lärare, assistenter, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, ortoped, LSS-handläggare, barnomsorgsansvarig, korttidshemmet, hjälpmedelsförvaltningen, färdtjänsten osv och det är inte samma personer under ett barns uppväxt, utan ständigt nya människor att lära känna.”

Handikappförbunden lämnade i vår underlagsrapport *En socialförsäkring för alla*, en rad konkreta förslag till att stärka den enskildes möjligheter till påverkan och för en förstärkt rättssäkerhet. Bland våra förslag finns bland annat att öka tydligheten i överklagansmöjligheter, införande av rätten till ”second opinion”, inrättande av en ombudsman, ett återinförande av lekman-granskning i socialförsäkringsbeslut. Vi har också i andra

⁷ Lindqvists nia, SOU 1999:21

sammanhang föreslagit ett införande av rättshjälp i socialförsäkringsmål. Det finns säkert andra vägar att gå för att ge den enskilde kraftigare verktyg för att påverka den egna situationen. Vi finner det besvärande att utredningen konstaterar den enskildes viktiga roll i ansvarsfördelningen mellan olika aktörer, men samtidigt väljer att inte utveckla förslag i den riktningen. Här finns ett fortsatt behov av viktigt utvecklingsarbete.

Fungerande rehabiliteringen är nyckeln

En fungerande rehabilitering och habilitering är den enskilt viktigaste faktorn för att få socialförsäkringen hållbar och att möjliggöra för fler att försörja sig genom eget arbete. Handikappförbunden menar att den låga kvalitén av såväl medicinsk som arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige varit en huvudorsak till de stora problem som socialförsäkringen dragits med i åtminstone två decennier.

Den så kallade rehabiliteringsreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992, innebar att arbetsgivaren fick ansvar för rehabiliteringsåtgärder för sina anställda. Reformen medförde också att Försäkringskassan fick ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne ska återfå sin arbetsförmåga. Ingen av dessa parter har uppfyllt sitt ansvar tillfredställande, anser Handikappförbunden.

Rehabilitering av människor som är långtidssjukskrivna har sedan reformens införande varit föremål för ett stort antal statliga utredningar. Merparten av dessa utredningar har som utgångspunkt haft frågan om hur rehabiliteringen ska finansieras och organiseras. Enligt Rehabiliteringsrådet är utredningen "Tidig och samordnad rehabilitering", som presenterades i slutet av 1980-talet, den första som på ett genomgripande sätt ägnades både rehabiliteringens kvalitativa innehåll och dess finansiering. Utredningen ledde till att Försäkringskassan fick i uppdrag att finansiera den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ungefär samtidigt inrättades Arbetslivsfonden, som fick disponera 16 miljarder, för att bland annat förbättra arbetsmiljö och motverka arbetsrelaterad ohälsa. Ingen av dessa satsningar har blivit ordentligt utvärderad. Det har medfört att senare utredningar inte har kunnat använda erfarenheterna från

satsningarna för att åstadkomma förbättringar inom rehabiliteringsområdet. De initiativ som tagits kan i och för sig ha varit utmärkta, men eftersom deras effekter inte utvärderats har de inte överlevt när nya försök att lösa sjukskrivningsproblemen har initierats. Rehabiliteringsrådets övergripande bedömning av alla rehabiliteringsutredningar och satsningar som gjorts är följaktligen att hållbara och uthålliga effekter har uteblivit. Till stor del beror det på att de genomförda åtgärderna inte blivit utvärderade.⁸

Den politiska diskussionen har under många år i huvudsak rört kostnadsansvaret för rehabiliteringen och för den enskildes försörjning under olika skeden av sjukskrivningen. Många av våra förbunds medlemmar har vittnat om upplevelsen av att befinna sig i ett "Svarte Petter-spel", där kostnadsansvaret har bollats mellan olika aktörer. Diskussionen om de kvalitativa rehabiliteringsinsatserna har däremot varit svag. Utvecklingen av evidensbaserade metoder för att stärka kvalitén i själva rehabiliteringsinsatserna har kommit i skymundan. Trots en växande kunskap om de stora samhällsvinster som en god rehabilitering ger, så tycks svårigheterna att överbygga "stuprören" vara oöverstiglig i Sverige.

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i artikel 26 om habilitering och rehabilitering framgår det bland annat att "konventionsstaterna ska organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd".⁹ Handikappförbunden konstaterar i funktionshinderrörelsens alternativrapport från 2011 att Sverige inte lever upp till sina åtaganden.¹⁰

En stor del av befolkningen som lever med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar är beroende av aktiva insatser för att utveckla bästa möjliga funktionsförmåga. Beroende på den

⁸ Rehabiliteringsrådets delbetänkande, SOU 2010:58.

⁹ Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning antogs av Sverige 2008.

¹⁰ Svenska funktionshinderrörelsens alternativrapport till FN:s kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2011).

individuella situationen kan det handla om insatser för att, i möjligaste mån, upprätthålla den egna funktionsförmågan eller att återerövra funktionsförmågor som man förlorat. För den som har en medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning handlar det om att bygga upp funktionsförmågor man aldrig haft. För den som lever med en progredierande (något som ökar i omfattning eller svårighetsgrad, det vill säga fortskridande) sjukdom handlar det om att stävja en försvagning av funktionsförmågor.

Begreppen rehabilitering och habilitering täcker tillsammans alla de aktiva insatser som syftar till att stärka den enskildes funktionsförmågor. Av tradition är olika habiliterings- och rehabiliteringsinsatser sektoriserade i Sverige utifrån samhällets organisering. Det är skarpa skiljelinjer mellan medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering eller social rehabilitering, beroende på sammanhang och utifrån samhällsorganisationens perspektiv. Med helt olika syfte och mål, olika utförare och huvudmän, har begreppet rehabilitering devalverats till att kunna uttolkas i princip hur som helst.

Handikappförbundens syn på rehabilitering och habilitering är holistiskt, en människans behov kan inte sektoriseras. Bästa möjliga hälsa och en fungerande vardagssituation är förutsättningar för möjligheten att uppnå bästa möjliga arbetsförmåga.

Handikappförbunden ställer sig även bakom vår danska systerorganisations definition av rehabilitering. Definitionen har utarbetats i samarbete med de olika professionerna inom rehabiliteringsområdet och fastställdes i *Vitbok om Rehabilitering*¹¹ som lanserades i Danmark 2010:

”Rehabilitering är en målinriktad och tidsbestämd samarbetsprocess mellan den enskilde, dennes anhöriga och professionen. Målet är att den enskilde som har – eller löper risk för – betydande begränsningar i sina fysiska, psykiska och/eller sociala funktioner, ska uppnå ett självständigt och meningsfullt liv. Rehabiliteringen utgår från den enskildes hela livssituation och livsval och består av koordinerade, sammanhängande och evidensbaserade insatser.”

¹¹ Danske Handicaporganisationer, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (2010).

Tveksamheter kring utökat samordningsansvar för landstingen

En bärande tanke i utredningens förslag är att ge landstingen ett ökat ansvar för samordningen av den enskildes rehabilitering, och här föreslår utredningen författningsförändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). En betydande förändring som föreslås är att landstingen ska samverka med patientens arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utredningen föreslår vidare att Försäkringskassans nuvarande samordningsansvar ersätts med ett förstärkt uppföljningsansvar. I praktiken innebär det en tydlig ansvarsförskjutning för det sammanhållande ansvaret för den enskildes rehabilitering. Förslaget har enligt Handikappförbunden både för- och nackdelar, men vi ställer oss sammantaget tveksamma till om det är rätt väg att gå för att förstärka rehabiliteringsansvaret.

Vi delar stora delar av utredningens analys, att det idag råder otydligheter i ansvarsfördelningen och att det leder till bristande initiativ för att nödvändiga insatser sätts in. Utredningen lyfter de faktorer som enligt internationell forskning är av betydelse för en effektiv och ändamålsenlig rehabilitering för återgång i arbete: En arbetsfokuserad hälso- och sjukvård, en ansvarstagande arbetsgivare som samarbetar med hälso- och sjukvården och den enskildes motivation och deltagande i processen.

Hälso- och sjukvården har naturligtvis en central roll och det är lätt att konstatera att en del av dagens långa sjukskrivningar skulle kunna förhindras om det gavs en snabbare tillgång till sjukvårdande behandling. Men hälso- och sjukvården har idag en bredare roll än att främja återgång till arbete. Även om det finns goda skäl att förbättra och utveckla de arbetsfrämjande insatserna, så måste hälso- och sjukvårdens huvudsakliga uppgift även fortsatt vara att främja god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Handikappförbunden värnar starkt riksdagens prioriteringsbeslut som också finns inskriven i hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer, att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Vi ser en viss oro för att hälso- och sjukvårdens roll genom utredningens förslag på sikt kan förskjutas, om återgången till arbete blir en bärande uppgift.

Det finns också andra oklara frågor som rör relationen mellan patient och hälso- och sjukvården om samordningsansvaret utökas. Det gäller bland annat patientens relation till behandlande läkare och den egna arbetsgivaren. Vi ser också oklarheter i den rättsliga situationen för patienten, ifall hälso- och sjukvården får ett större socialförsäkringsansvar. I dessa delar skulle det krävas ett fortsatt utredningsarbete.

Vi delar utredningens problembeskrivning av ansvarsfördelningen idag mellan arbetsgivare, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och hälso- och sjukvård. Vi instämmer i bilden av att det idag ibland finns en avvaktan på andra aktörers agerande som skapar onödig tidsförlust innan nödvändiga initiativ tas. Här ser vi också med oro på att det är Försäkringskassan som dröjer med sina initiativ, trots det samordningsansvar som idag vilar på myndigheten. Förutom de förstärkningar vi skulle vilja se av den enskildes handlingsutrymme (se vidare i separat avsnitt), så skulle vi önska ett tydligare och starkare samordningsansvar hos *en* aktör som också skulle ges mer långtgående möjligheter att genom sanktioner eller tillsyn säkerställa att samtliga aktörer fullgör sitt ansvar. Såvida inte en helt ny konstruktion för ett samlat huvudansvar skapas, vore det mest logiska utifrån dagens ansvarsfördelning att Försäkringskassan fick det förstärkta ansvaret. Försäkringskassan är den part som idag torde ha de ekonomiska incitamenten att förbättra rehabiliteringen så att långa sjukskrivningar kan begränsas. Utredningens förslag om att stärka Försäkringskassans uppföljningsansvar och att förbättra kvalitén i myndighetens handläggning, ligger i linje med detta. Men med ett bibehållet samordningsansvar hos Försäkringskassan skulle ytterligare åtgärder behöva vidtas än de förslag utredningen lagt. Bland annat skulle just samordningsansvaret behöva förstärkas och renodlas, så att de kvalitativa rehabiliteringsinsatserna verkligen levereras av de aktörer som innehar den kompetensen. Styrningen av Försäkringskassan skulle sannolikt också behöva ses över, så att myndighetens incitament starkare främjar tidiga insatser och god kvalitet.

Företagshälsovårdens roll berörs endast i begränsad omfattning av utredningens förslag. Ett alternativ till att öka landstingens ansvar för

återgång i arbete, hade kunnat vara att utveckla företagshälsovården. Inte minst i de delar som handlar om förebyggande, hälsofrämjande arbete.

Vi stödjer annars utredningens förslag om olika åtgärder för att förstärka och förbättra rehabiliteringen, bland annat genom att införa ett krav på behandlings- och rehabiliteringsplan i hälso- och sjukvårdslagen. Även förslagen om att stödja landstingen i att utveckla metoder för att bättre upptäcka behov av tidiga insatser, och att utveckla kompetens och kunskapsbyggande kring fungerande metoder och behandlingar. Vi skulle önska att dessa positiva förslag inte bara inskränktes till syftet med rehabilitering för återgång till arbete, utan vidgades till att förstärka rehabilitering och habilitering i stort.

Förstärkta krav på myndigheterna

I Sverige är varje medborgare hänvisad till en rad olika myndighetskontakter för att få sina behov och rättigheter tillgodosedda. För en kvinna eller man med funktionsnedsättning kan antalet nödvändiga myndighetskontakter bli närmast absurda. Mellan de olika aktörer som på olika sätt ska ge stöd till arbete när man lever med en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom, finns uppenbara problem med samordning. Den internationella utvecklingen med en samordnad myndighetsingång (One Stop Shop) har lett till att flera europeiska länder, däribland våra nordiska grannländer, under de senaste två decennierna genomfört omfattande samhällsorganisatoriska förändringar. Utvecklingen av samverkansformer mellan svenska myndigheter fördjupas successivt, inte minst mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Handikappförbunden menar att utvecklingen av samverkan mellan olika myndigheter ändå sker i för begränsad skala. Den tydliga medborgarnytta som delvis präglar idén om "One Stop Shop", har inte fått genomslag alls i Sverige. Utgångspunkten för reformeringen i Europa och i övriga delar av västvärlden är att öppna "en dörr in" till berörda myndigheter, medan den svenska diskussionen endast handlat om behovet av en mer effektiv samverkan. Utgångspunkten i Sverige har varit att samverkan ska vara frivillig.

De samordningsförbund som en majoritet av landets kommuner ingår i tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och landsting enligt Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam), torde utgöra en möjlighet att förstärka myndigheternas samordning utifrån den enskilde medborgarens rehabiliteringsbehov. Enligt en utvärdering som riksdagens socialförsäkringsutskott låtit göra ¹², visar verksamheten i samordningsförbunden upp relativt goda resultat. Samordningsförbundens uppföljningar visar att antalet deltagare som går till arbete eller studier eller som gör stegförflyttningar efter en avslutad insats ökar och att beroendet av offentlig försörjning minskar. Exempel på andra resultat är bl.a. ökad livskvalitet och självständighet, stärkt social kompetens, ökad motivation att aktivera sig, minskad fysisk begränsning och bättre handlingsberedskap, stärkt självkänsla och ökat välbefinnande. I rapporten efterlyses dock en oberoende utvärdering och uppföljning på nationell nivå.

Handikappförbundens kritik mot rehabiliteringskedjan

Ända sedan införandet av rehabiliteringskedjan, med strikta administrativa tidsgränser för rätten till ersättning, har Handikappförbunden varit kritiska till dess konstruktion. Den goda ambitionen att förbättra möjligheterna för fler att komma i arbete har överskuggats av den långt allvarigare konsekvensen att människor som är sjuka förlorar, eller riskerar att förlora, sin försörjning. Det är ett misstag att reformera socialförsäkringen genom att skärpa rätten till ersättning utan att först ha utvecklat och förstärkt de rehabiliterande insatser som faktiskt kan stärka arbetsförmågan hos den enskilde. Ekonomiska incitament har en mycket begränsad effekt för de människor som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Av promemorian Avskaffande av den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen ¹³ framgår att en stor del av dem som nått den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen och utförsäkras, återkommer till sjukförsäkringen efter en tid. Andelen som återvänder blir större

¹² Rapport från riksdagen 2014/15:RFR13, Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

¹³ Ds 2015:17

och återförsäkras allt fortare. Det framgår också av promemorian att det lett till en försämrad ekonomisk situation för många försäkrade. Den som blivit utförsäkrad är hänvisad till arbetslivsintroduktion, ALI, med en betydligt lägre ersättningsnivå. Av deltagarna i ALI är 68 procent kvinnor och flest deltagare finns i åldersintervallet 40-49 år. Generellt är aktivitetsnivån låg inom ALI, flertalet har en aktivitets-nivå under fem timmar i veckan och är för sjuka för att kunna delta i någon meningsfull arbetsmarknadspolitisk insats.

Bland dem som utförsäkrats under åren 2010-2012, så är de alternativa försörjningsformerna oroande.¹⁴ I de äldre åldersgrupperna har relativt många tagit ut ålderspension före 65 års ålder, vilket ger en lägre livslång pension. Andelen som lämnat sjukförsäkringen för kommunalt försörjningsstöd har under de redovisade åren fördubblats. Promemorian pekar också på problemet för de som inte har rätt till försörjningsstöd, eftersom hela hushållets ekonomi räknas in. Risken för anhörigförsörjning pekas ut. Majoriteten av de som utförsäkras är kvinnor.

¹⁴ Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling delrapport 1, Socialförsäkringsrapport 2014:12

Utredningens förslag

Handikappförbunden lämnar synpunkter på så gott som samtliga förslag i utredningens del 2 förslag för **En långsiktigt hållbar sjukförsäkring (kap 10)**, och utredningens del 3 förslag för **Bättre återgång till arbetslivet (kap 13)**.

Till de förslag som läggs i utredningens övriga delar, lämnar Handikappförbunden endast begränsade synpunkter eller avstår helt från att ge synpunkter.

Kap 7 – Förslag till ett rättvisande inkomstunderlag

Handikappförbunden ser positivt på kommitténs ambition att se över den sjukpenninggrundande inkomsten, i syfte att göra den mer rättvis, förutsägbar och rättssäker. För att sjukförsäkringen verkligen ska ge en ekonomisk trygghet, är det motiverat att se över nuvarande modell för fastställande av den sjukpenninggrundande inkomsten, så att det är den inkomst individen förlorar som faktiskt ersätts.

Vi är nöjda med att utredningen uttrycker att huvuddelen av de olika undantag och särregler som finns i nuvarande socialförsäkringar för beräkning av inkomstunderlaget ska fortsätta att gälla. Vi hyser dock en oro när utredningen uttrycker att försäkringen ska utformas så att de flesta sjukskrivna och arbetslösa erhåller en inkomstrelaterad ersättning vid sjukdom och arbetslöshet. Och att ersättningarna i socialförsäkringarna ska efter hand i normala fall baseras på de genomsnittliga inkomsterna under tolv månader före försäkringsfallet. Vi vill här varna för en utveckling mot strikt historisk beräkning av inkomstunderlaget.

En historisk beräkning av SGI grundar sig på den försäkrades tidigare inkomster. Att införa en strikt historisk beräkning kan vara ekonomiskt förödande för den som lidit av längre tids ohälsa eller periodvis haft återkommande ohälsa. Ett nyinsjuknande kan leda till lägre sjukpenning och i förlängningen därmed till mindre intjänade pensionsrättigheter. En sådan modell leder också till inlåsnings effekter på arbetsmarknaden. Det kan försvåra för människor

att byta arbete, karriär eller att satsa på långvariga studier för att inte riskera sin inkomsttrygghet vid en framtida sjukdomsrisk. Historisk inkomstberäkning ger heller inget skydd för nytillträdande på arbetsmarknaden. Ett system som i högre grad baseras på historiskt inkomstunderlag bör utformas så att det inte riskerar leda till lägre sjukpenning och färre intjänade pensionsrättigheter för den som lever med ohälsa under sin yrkesverksamma ålder. För att upprätthålla försäkringsmässigheten bör därför sjukpenningen grundas på förväntat (och styrkt) inkomstbortfall.

För personer med kroniska sjukdomar är dessutom reglerna om så kallad skyddad SGI-tid central. Handikappförbunden menar att dessa måste behållas vid en förändring av inkomstberäkningen.

Handikappförbunden avstår från att lämna synpunkter på utredningens förslag om gemensamt inkomstbegrepp för sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna, liksom förslagen om införande av e-inkomst och utformningen av denna.

Handikappförbunden tillstyrker förslaget med historisk beräkning av SGI, men vill samtidigt betona vikten av att även framöver kunna använda sig av förväntad inkomst som beräkningsgrund. Inte minst är det viktigt för unga som just börjat jobba.

Handikappförbunden saknar information om vad som kommer att hända med den ersättningsgrundande inkomsten för personer som har sjukersättning på deltid. Om man byter till historiskt baserad EGI, hur påverkas personer som har sjukersättning på deltid och som behöver a-kassa, sjukpenning eller utöka sin sjukersättning?

Idag får den som behöver utöka sin sjukersättning, sjukersättning baserad på den SGI man hade när man påbörjade sin deltidssjukersättning. Vi tycker att det är viktigt att man ska kunna välja den EGI som är mest förmånlig. Det är det alternativ som ger bäst incitament till att så långt det är möjligt att arbeta, både för den som på grund av sjukdom måste gå ned i lön och för den som studerar och på sätt höjer sin lön.

Kap 10 – Förslag för en långsiktigt hållbar Sjukförsäkring

10.1.2 Förstärkt ansvar för sjukfrånvaron för hälso- och sjukvården

Handikappförbunden ser positivt på resursförstärkningar inom hälso- och sjukvården, i synnerhet om de kan bidra till att tillgången till vård och rehabilitering kan förstärkas.

Handikappförbunden vill samtidigt uttrycka tveksamhet till ett alltför starkt fokus på återgång till arbete som primärt mål för hälso- och sjukvården. Vi värnar starkt riksdagens prioriteringsbeslut om att den som är i störst behov av vård, ska ges vård först. Denna princip får under inga omständigheter sättas ur spel.

10.1.3 Utvecklat försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Handikappförbunden delar kommitténs syn på behoven av en förbättrad och mer rättssäker sjukskrivningsprocess.

Försäkringsmedicinska beslutsstöd kan, rätt utformade, bidra till detta. Viktigt att framhålla, är att den individuella bedömningen av rätten till sjukpenning alltid är säkerställd. Förutsättningarna för olika individer, även med samma diagnos, kan skilja sig starkt. Sjukförsäkringens centrala rekvisit att pröva den individuella arbetsförmågan, får inte urholkas. Den enskildes möjlighet till individuell prövning är centralt för rättssäkerheten.

10.1.4 Förbättrad standardtrygghet

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag i denna del. Handikappförbunden delar kommitténs syn på att den allmänna sjukförsäkringen ska ge en standardtrygghet för flertalet. Vi delar också kommitténs uppfattning att staten har en självklar roll i välfärdspolitiken och att nuvarande utformning av sjukförsäkringen riskerar att erodera statens roll, då behovet av kompletterande försäkringar ökat.

10.1.5 Förstärkt kompetensutveckling hos Försäkringskassan

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar kommitténs syn på att kvaliteten i tillämpningen av sjukförsäkringen behöver förbättras och utvecklas. Vi kan instämma i att det brister i begriplighet i Försäkringskassans beslut om avslag på sökta förmåner och delar uppfattningen att den bevisvärdering som görs måste vara begriplig för både handläggaren och den enskilde. Vi delar också kommitténs uppfattning att den lagstiftning som Försäkringskassan tillämpar är komplicerad och inslaget av svåra bedömningar är betydande, vilket ställer höga krav på handläggarnas kompetens. Vi vill också tillägga att den enskilde handläggarens förutsättningar att kunna utföra sitt arbete med bibehållen kvalitet och rättssäkerhet, också är av yttersta vikt.

Vi ser positivt på utredningens förslag att utveckla och förbättra utredningsmetodikerna inom Försäkringskassan och att förstärka kommunikationen med hälso- och sjukvården. Problemet med bristfälliga läkarintyg måste kommuniceras tillbaka på ett effektivt sätt. Det är den behandlande läkaren eller motsvarande som är närmast den enskilde och som bör kunna ge de fakta som krävs för en fortsatt handläggning och beslut hos Försäkringskassan. En utvecklad utredningsmetodik som säkerställer ett systematiskt arbetssätt för myndighetens handläggare får däremot förväxlas med schabloniserade prövningar av rätten till sjukpenning som äventyrar den enskildes rätt till individuell prövning.

10.1.6 Utvecklat bedömningsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med tidiga insatser

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden ser positivt på utveckling av rutiner och behandling som kan ge den enskilde snabbare tillgång till adekvata insatser.

10.1.8 Mer flexibel sjukpenning

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på att sjukpenningen behöver kunna ges flexiblere än med dagens få nivåer. Vi hade gärna sett en än större flexibilitet i nivåer och att samma flexibilitet även skulle gälla nivåerna för ersättning inom aktivitets- och sjukersättning, där dagens grovhuggna nivåer skapar precis samma problem som utredningen identifierat med sjukpenningens nivåer.

Kap 13 – Förslag för bättre stöd för återgång i arbete

13.1 Krav på samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen

Handikappförbunden är tveksamma till ett utökat samordningsansvar för hälso- och sjukvården. Konsekvenserna för den enskildes relation till behandlande läkare och arbetsgivare är inte tillräckligt utrett, inte heller de långsiktiga konsekvenserna för hälso- och sjukvårdens roll.

13.2 Krav på behandlings- och rehabiliteringsplanering införs i hälso- och sjukvårdslagen

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på behovet av förstärkningar av samordnade behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Vi skulle önska att ansvaret inte begränsades till rehabiliteringsplanering för återgång till arbete, utan omfatta all typ av rehabilitering och habilitering när en patient är i behov av samordnade behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

13.3 Ekonomiskt stöd för koordineringsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Även fast Handikappförbunden är tveksamma till ett utökat samordningsansvar för hälso- och sjukvården, ser vi positivt på förstärkningar av koordineringen mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer. De positiva exempel från de landsting som nämns i utredningen visar på flera goda resultat från de landsting som infört koordineringsfunktioner.

13.4.1 Expertråd för återgång i arbete

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på behovet av att förstärka kunskapsbyggandet av fungerande behandling och metoder. Ett expertråd kan vara ett stöd i det arbetet. Vi förutsätter att patienterfarenheter inkluderas i ett sådant expertråd för att säkerställa bredden av kompetens.

13.4.2 Öppna jämförelser av sjukskrivningar

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på att öppna jämförelser kan vara ett verksamt instrument för att sprida goda exempel och förbättra och utveckla verksamheter.

13.5 Förtydligande av arbetsgivarens skyldigheter

Handikappförbunden avslår utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på att arbetsgivarens skyldigheter behöver förtydligas, och att olika stöd behöver utvecklas för att möjliggöra för arbetsgivare att ta sitt ansvar. Men eftersom vi är tveksamma till att flytta över samordningsansvaret från Försäkringskassan till landstingen, bör nuvarande skyldighet att lämna upplysningar till Försäkringskassan kvarstå.

13.6 Bättre stöd från Arbetsförmedlingen

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på att stödet från Arbetsförmedlingen till personer med begränsad arbetsförmåga på grund av ohälsa, behöver förstärkas. Funka-utredningen lyfte fram en rad brister i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och lämnade också förslag på angelägna reformer av de arbetsmarknadspolitiska programmen som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.

Vi stödjer utredningens förslag, men vill understryka att behovet av reformer är bredare än de som lyfts av socialförsäkringsutredningen.

13.7.1 Samverkan i sjukförsäkringsärenden

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på behovet av att tydliggöra olika aktörers ansvarsområden. Det är positivt att förtydliga att Försäkringskassan inte själva vidtar några egna rehabiliteringsåtgärder och förhoppningsvis kan det leda till att övriga aktörer inte avvaktar utan självmant initierar olika insatser. Utredningens förslag om att förstärka Försäkringskassans uppföljningsansvar är också positivt för att undvika att åtgärder vidtas först när en gräns inom rehabiliteringskedjan börjar löpa ut. Som utredningen konstaterar, så har Försäkringskassan idag inga sanktionsmöjligheter och utövar heller ingen tillsyn i formell mening. Vi hade gärna sett att Försäkringskassan eller någon annan aktör skulle ges de utökade möjligheterna att ta ett samlat huvudansvar.

13.7.2 Rehabiliteringsplan och arbetshjälpmedel

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag om att ett samlat ansvar för arbetshjälpmedel förs över till Arbetsförmedlingen. Handikappförbunden delar utredningens syn på att den föreslagna lydelsen om att Försäkringskassan ska "verka för" att rehabiliteringsplan följs, bättre stämmer överens med myndighetens befogenheter, än i den nuvarande lydelsen att Försäkringskassan ska "se till" att rehabiliteringsplan följs. Vi hade dock hellre sett att den

typen av förstärkta möjligheter att "se till" att rehabiliteringsplan följs, hade införts.

Handikappförbunden delar helt utredningens förslag att ett samlat ansvar för arbetshjälpmedel ska föras över till Arbetsförmedlingen i enlighet med Funka-utredningens förslag. Vi delar också utredningens förslag om att de rättsliga möjligheterna att överklaga beslut om arbetshjälpmedel bör utredas vid den vidare beredningen av förslaget.

13.8 Investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på behovet av en långsiktig kunskapsuppbyggnad när det gäller vilka åtgärder som effektivast hjälper människor med nedsatt arbetsförmåga tillbaka till arbetslivet. Vi vill här understryka att detsamma gäller för ett första inträde till arbetslivet. Utredningen pekar på behov av både utbyggd statistik och dokumentering, men också av utbyggd forskningskompetens och fler tvärvetenskapliga satsningar för att öka kunskapen om vilka åtgärder som är verkningsfulla. Vi ser också positivt på utredningens ambition att såväl Försäkringskassans som Arbetsförmedlingens egna utvärderingar knyts till en tvärvetenskaplig forskning och att de mått som används ska kunna harmoniseras med internationell forskning.

13.9 En nationell web-portal för återgång i arbete

Handikappförbunden tillstyrker utredningens förslag.

Handikappförbunden delar utredningens syn på behovet av att bygga upp kunskapsstödet till arbetsgivare, för att underlätta arbetsanpassning och rehabilitering. En nationell web-portal med samlad kunskap som också erbjuder internetbaserade utbildningar, är ett steg i rätt riktning. Vi skulle gärna se att det konsultativa stödet till arbetsgivare förstärktes på ytterligare flera sätt, bland annat att skapa enklare tillgång till rådgivning och konsultation.

Kap 20 – Förslag för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

Handikappförbunden grundsyn är att alla som står till arbetsmarknadens förfogande, måste ha en rimlig möjlighet att ansluta sig till arbetslöshetsförsäkringen. Det innebär att grundvillkoret och arbetsvillkoret inte utestänger grupper på grund av ohälsa.

20.7 Ny deltidbegränsning

En person som är sjukskriven eller har sjukersättning på deltid och söker ett jobb kan enbart söka a-kassa på deltid, och riskerar därför att få slut på sina dagar, långt innan andra i motsvarande situation. Det är orimligt och orättvis. Syftet med begränsat antal deltidsdagar är bland annat att uppmuntra arbetssökande att hitta jobb på heltid, men för en som inte kan arbeta heltid är den här typen av incitament meningslösa. De ställer bara till det för en grupp som redan innan är i en utsatt situation.

Handikappförbunden föreslår därför att ett undantag införs för personer som är sjukskrivna eller har sjukersättning på deltid. Vi föreslår att en person som söker jobb på 100 procent av den återstående tiden, efter att man räknat bort sjukskriving och sjukersättning, ska räknas som heltidsarbetslös.

Handikappförbundet tillstyrker förslaget med denna ändring.

Handikappförbunden avstår från att lämna ytterligare synpunkter på förslagen rörande arbetslöshetsförsäkringen.

Kap 22 – Studerande och Trygghetssystemen

Handikappförbunden tillstyrker förslaget. Möjligheten att vara sjukskriven på deltid är ett viktigt steg för att underlätta för unga med funktionsnedsättning eller sjukdom att studera.

Med vänlig hälsning

Handikappförbunden



Stig Nyman

Ordförande