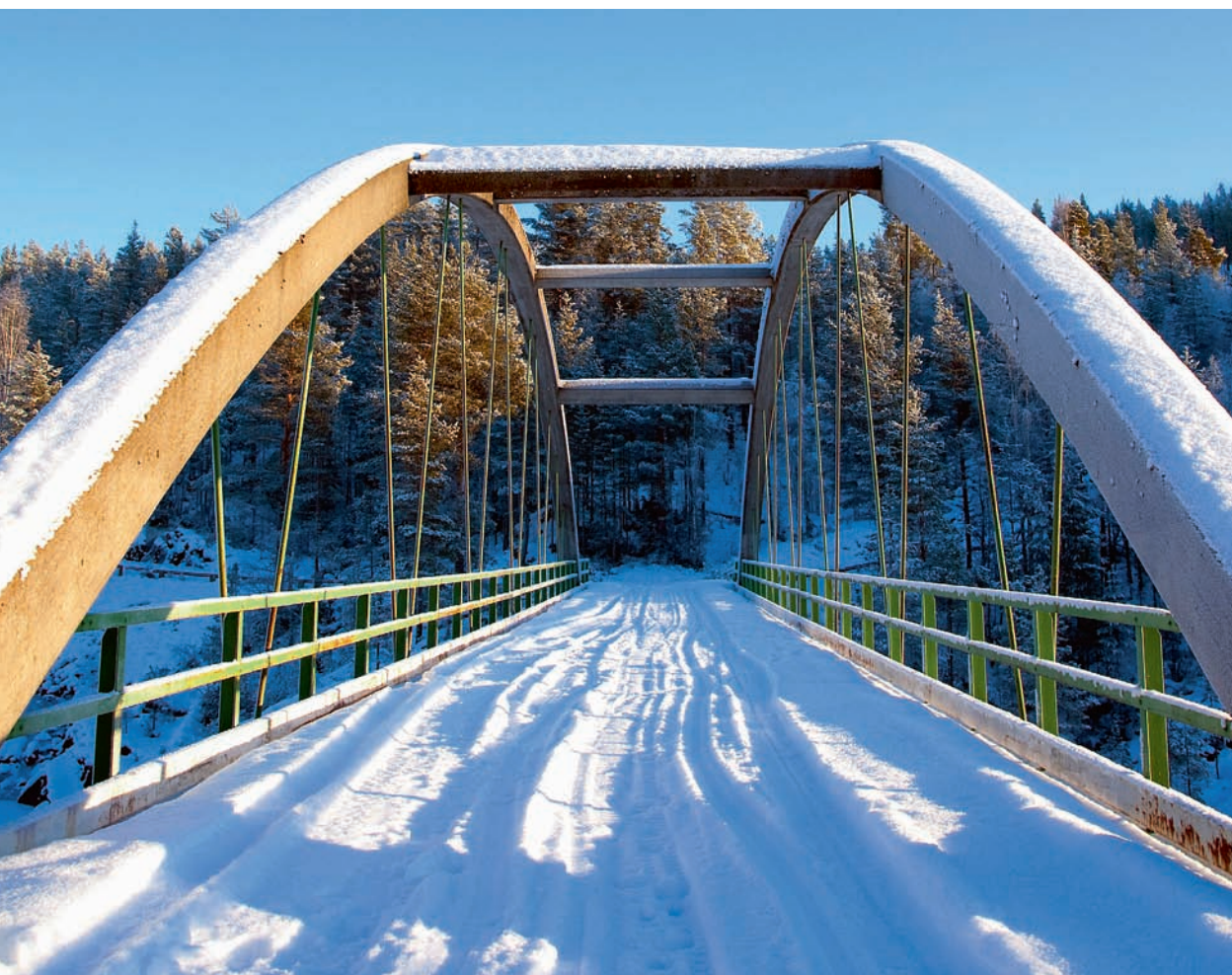


En socialförsäkring för alla

Handikappförbundens förslag till en hållbar socialförsäkring



UNDERLAGSRAPPORT TILL
DEN PARLAMENTARISKA
SOCIALFÖRSÄKRINGSUTREDNINGEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

En socialförsäkring för alla

*Handikappförbundens förslag
till en hållbar socialförsäkring*

**HANDIKAPP
FÖRBUNDEN**



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen*
(S 2010:04)

Underlagsrapport nr 6 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Samtliga underlagsrapporter finns att ladda ned gratis på www.psfu.se eller kan beställas från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. E-post: psfu@social.ministry.se

Foto: www.fotoakuten.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2011

Förord

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ska enligt regeringens direktiv se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Kommittén ska överväga förändringar som kan leda till mer hållbara sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar. De förändringar som kan bli aktuella ska bidra till ökad sysselsättning och hållbara statsfinanser på lång sikt.

Med syfte att inbjuda till bred debatt och för att skapa ett mångfacetterat underlag inför kommitténs betänkanden har en rad underlagsrapporter beställts från forskare, myndigheter och andra aktörer med kunskaper om sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Analyser, slutsatser och rekommendationer i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av den parlamentariska kommittén.

Människor med kroniska sjukdomar eller livslånga funktionsnedsättningar är och kommer alltid att vara en del av befolkningen. Sysselsättningen bland dem är jämförelsevis låg och många får ersättning från sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. I denna rapport presenterar Handikappförbunden sina erfarenheter av hur sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna fungerar för människor med medfödd eller förvärvad funktionsnedsättning, samt ger en rad konkreta förslag till förändringar.

Rapporten är den sjätte i den serie underlagsrapporter som kommittén ger ut.

Stockholm i december 2011

Irene Wennemo
Huvudsekreterare i den parlamentariska
socialförsäkringsutredningen

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningens ledamöter

Under 2010 tillsatte regeringen den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Kommitténs uppdrag är att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Syftet är att övervägas förändringar som ger hållbara försäkringar för framtiden. Kommitténs arbete, som ska vara avslutat i maj 2013, kommer att presenteras i ett slutbetänkande med förslag till utformning av framtidens sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar.

Ledamöter i den parlamentariska kommittén är:

Gunnar Axén (M), ordförande

Tomas Eneroth (S)

Lars-Anders Häggström (S)

Patrik Björck (S)

Lotta Finstorp (M)

Kajsa Lunderquist (M)

Tomas Tobé (M)

Gunvor G Ericson (MP)

Johan Pehrson (FP)

Fredrick Federley (C)

Erik Almqvist (SD)

LiseLotte Olsson (V)

Emma Henriksson (KD)

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Bakgrund och fakta	13
1.1 Inledning.....	13
1.1.1 Tillvägagångssätt.....	14
1.1.2 Disposition.....	15
1.2 Om handikappförbunden.....	15
1.3 Erfarenheter från medlemsförbunden	16
1.4 Funktionsnedsättningar.....	25
1.4.1 Definitioner.....	25
1.4.2 Olika funktionsnedsättningar, olika förutsättningar	26
1.4.3 Hur många har en funktionsnedsättning?	27
1.5 Livsvillkor och levnadsförhållanden	28
1.5.1 Ohälsa bland människor med funktionsnedsättning	29
1.6 Arbetsmarknaden.....	30
1.6.1 Nedsatt arbetsförmåga	30
1.6.2 Arbetsgivarperspektiv	31
1.6.3 Fackligt perspektiv	32

2	Rättssäkerheten för den enskilde.....	35
2.1	Utsatthet i kontakten med myndigheter	35
2.2	Hur garanteras rättssäkerheten?.....	36
2.3	Lekmannainflytande en viktig demokratisk princip	37
2.4	Individen måste ges kraftigare verktyg att hävda sin rätt	38
3	Socialförsäkringen och rehabilitering	41
3.1	Rehabiliteringen har inte fungerat på två decennier.....	41
3.2	Införandet av rehabiliteringskedjan har skapat nya problem	43
3.3	Handikappförbundens syn på rehabilitering och habilitering	44
3.4	Privata försäkringslösningar utestänger.....	45
3.5	Särskilda skäl i sjukförsäkringen.....	46
3.6	Sjukpenninggrundande inkomst (SGI).....	48
3.7	Återinför tidsbegränsad sjukersättning	49
3.8	Olika åldersgränser för olika insatser.....	50
3.9	Att ha flera diagnoser samtidigt	51
3.10	Myndigheternas samordning brister	53
4	Arbetslivet och arbetslöshetsförsäkringen	57
4.1	Att hushålla med arbetskraften	57
4.2	Arbetslivets villkor	58
4.3	Arbetsplatsens betydelse.....	60
4.4	Arbetslöshetsförsäkringen måste vara tillgänglig för alla	61

5	Handikappförbundens förslag	63
5.1	Stärk rättssäkerheten för den enskilde	63
5.2	Arbetslöshetsförsäkringen	67
	Referenser	69
Bilagor		
Bilaga 1	Handikappförbundens plattform för socialförsäkringen	73
Bilaga 2	Handikappförbundens 39 medlemsförbund	77
Bilaga 3	Sammanfattning av rapporten: Funktionshinder Försäkringshinder.....	79

Sammanfattning

Syftet med rapporten är att utifrån Handikappförbundens samlade erfarenhet beskriva hur socialförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen påverkar människor med medfödd eller förvärvad funktionsnedsättning, samt att ge konkreta förslag till hur man kan komma till rätta med problem som kan uppkomma.

Socialförsäkringen måste omfatta alla medborgare

Socialförsäkringens syfte är att täcka inkomstbortfall på grund av bristande arbetsförmåga till följd av sjukdom. Arbetslöshetsersättningens 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. Socialförsäkringen ska också garantera en försörjning för de som helt saknar arbetsförmåga och som i stället för arbete behöver ta del av annan meningsfull sysselsättning.

En solidariskt finansierad försäkring inkluderar alla

Alla människor riskerar att någon gång i livet bli så sjuk eller skadad att det påverkar arbetsförmågan och därmed möjligheten att försörja sig. 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.

Socialförsäkringen är beroende av andra fungerande samhällsstrukturer

Socialförsäkringen verkar inte i ett vakuum. Arbetsmarknadens funktionssätt definierar i stor utsträckning villkoren för socialförsäkringen. Ett arbetsliv som inte i sig genererar ohälsa och som dessutom bättre tar till vara människor som tillfälligt eller permanent har en nedsatt arbetsförmåga är en avgörande utmaning för att på allvar få ett större arbetsdeltagande. Hälso- och sjukvårdens förmåga att erbjuda adekvata insatser av medicinska behandlingar, såväl tillfälliga som långvariga, är också avgörande för att människor överhuvudtaget ska kunna stärka den egna arbetsförmågan. Den främsta nyckeln till framgång är att från grunden bygga upp och säkerställa tillgång till habilitering och rehabilitering, som ska vara sammanhållen och livsinriktad – inte fragmentiserad i medicinsk, arbetslivsinriktad, social eller andra uppdelningar. För att människor med sjukdom eller funktionsnedsättning ska kunna förbättra, återfå, upprätthålla eller inte försämrade sin hälsa och arbetsförmåga, förutsätts att habilitering och rehabilitering håller en hög kvalitet och finns att tillgå efter behov under hela livet.

Stärkt rättsäkerhet och stöd för individens drivkrafter

Individens egna drivkrafter att uppnå bästa möjliga hälsa, och därmed högsta potentiella arbetsförmåga, är den enskilt starkaste faktorn för en positiv utveckling. Rättssäkerhet och förutsägbarhet är viktiga faktorer ur individens synvinkel. Möjligheter att överklaga, att begära en ”second opinion” och att få föra sin talan i

rättsliga sammanhang behöver stärkas inom socialförsäkringen. Försäkringskassans och andra instansers beslut kan vara direkt livsavgörande för en människa. Individens rättsställning inom socialförsäkringen ska därför vara minst lika stark som i rättssituationer inom andra samhällsområden. 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.

Handikappförbundens förslag

Sjukförsäkringen

- Öka tydligheten i överklagansmöjligheter
- Inför rätten till en ”second opinion”
- Inrätta en ombudsman
- Inför lekmannagranskning
- Den enskilde arbetsgivaren bör inte ta för stort kostnadsansvar
- Bygg upp en sammanhållen, kvalitetsstyrd och livsinriktad rehabilitering
- Riv upp rehabiliteringskedjans tidsgränser
- Så länge privata försäkringar utgör ett komplement till den generella sjukförsäkringen ska de vara tillgängliga för alla
- Definiera och Tydliggör ”särskilda skäl” i sjukförsäkringen
- Behåll den skyddade SGI:n, en strikt historisk SGI
- Ta bort fasta ersättningsnivåer och inför procentuell ersättning inom sjukförsäkringen
- Återinför tidsbegränsad sjukersättning
- Harmonisera åldersgränserna
- Samla rehabiliteringsansvaret under en huvudman

Arbetslöshetsförsäkringen

- Lagstifta om bristande tillgänglighet som diskrimineringsgrund
- Utöka arbetsmiljöombudens ansvar för generell tillgänglighet
- Förändra villkoren till a-kassan så att fler omfattas
- Ta bort de fasta nivåerna och inför procentuell ersättning i arbetslöshetsförsäkringen

1 Bakgrund och fakta

1.1 Inledning

De flesta i den vuxna befolkningen som inte har en nedsatt arbetsförmåga försörjer sig genom lönearbete på en arbetsmarknad som regleras via avtal och med tillgång till olika trygghetssystem och avtalsförsäkringar. Personer med en svårare funktionsnedsättning får i stor utsträckning sin huvudsakliga försörjning via socialförsäkringen. De utestängs från de trygghetssystem och avtalsförsäkringar som bärs upp av arbetsmarknadens parter. För de grupper som aldrig kommer att återfinnas på en arbetsmarknad i någon större omfattning är det viktigt att de generella systemen behålls och utvecklas. När trygghetssystemen urholkas och mer ansvar läggs på arbetsmarknadens parter att upprätthålla försäkringsnivåer kommer stora grupper att utestängas på grund av sin funktionsnedsättning.

Såväl sjukförsäkringen som arbetslöshetsförsäkringen har orimligt hårda regler. Båge är omställningsförsäkringar och kan fungera väl som sådana för människor som har behov av stöd en kortare tid. Men skyddet för den som helt eller delvis saknar full arbetsförmåga måste också rymmas inom försäkringarna.

Människor som väljer att organisera sig i något av Handikappförbundens 39 medlemsförbund, äger stor erfarenhet av vad det innebär att strida för möjligheten att kunna arbeta. Likaså är erfarenheterna många av att ha fått kämpa för sin försörjning, när den egna arbetsförmågan reducerats eller kanske helt försvunnit. Utöver att dagligen tampas med den egna sjukdomen eller funktionsnedsättningen, ha en fungerande vardag med familj och vänner, hantera en ibland oförstående omgivning och den bristande tillgängligheten i samhället, vittnar många om svårigheter att få ta del av olika stödinsatser och få sina rättigheter tillgodosedda. Inte minst gäller det i strävan att få, eller behålla ett arbete. Belastningen på den enskilde, dennes närstående och föräldrar till barn med funktionsnedsättning,

är i dag orimligt hög. Samhället måste ta ett betydligt större ansvar för den enskildes situation och försörjning.

Att studera, göra arbetspraktik, fortbilda sig och göra karriär är självklara delar av livet för många. Men kvinnor och män med funktionsnedsättning ställs inför helt andra villkor. Grundläggande förutsättningar är till exempel att ta sig till och från skolan eller arbetet och att ha tillgång till lämpliga anpassningar och hjälpmedel även utanför arbetsplatsen. Att kunna kommunicera blir till ett hinder när teckenspråkstolken inte finns att tillgå eller när den personliga assistansen som gör att man överhuvudtaget tar sig ut ur hemmet på morgonen, saknas.

1.1.1 Tillvägagångssätt

Rapporten är utarbetad i samarbete med en referensgrupp bestående av representanter från sex medlemsorganisationer. Handikappförbundens ordförande Ingrid Burman har varit sammankallande. Deltagare i gruppen har varit: Kristina Söderlund, Reumatikerförbundet, Gunn Franzen Ljung, Parkinsonförbundet, Monica Reinholdson, Personskadeförbundet RTP, Ulf Brändström, Astma- och Allergi-förbundet, Håkan Jarmar, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) samt Göran Stridsberg, FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning. Huvudsekreterare har varit Ylva Arnhof, tidigare avdelningschef och folkhälsopolitisk expert vid Statens folkhälsoinstitut. Mikael Klein, intressepolitisk chef på Handikappförbunden, har följt arbetsgruppen och skrivit stora delar av rapporten. Redaktör har varit Janna Olzon, kommunikationschef på Handikappförbunden.

Dialog har skett löpande med medlemsförbunden genom återkommande ordförandemöten. Referensgruppen har dessutom anordnat ett seminarium med medlemsförbunden, samt hört olika experter inom välfärdsområdet. På Handikappförbundens kongress i maj 2011 hölls också ett seminarium av referensgruppen. Rapporten diskuterades på ett remissmöte under hösten och fastställdes slutligen av styrelsen i september 2011.

Parallellt med detta rapportskrivande har en plattform för socialförsäkringar som rör kompensatoriska ersättningar vid kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning arbetats fram.¹

¹ Bilaga 1: Plattform för socialförsäkringar.

1.1.2 Disposition

Rapporten inleds med generella utgångspunkter och förslag på lösningar. I kapitel ett beskrivs Handikappförbunden som organisation samt ett avsnitt som belyser kunskap och erfarenhet som finns inom funktionshindersrörelsen gällande socialförsäkringssystemet. Kapitlet innehåller även definitioner av olika begrepp samt ett avsnitt som beskriver omfattningen av antal människor som berörs. Kapitel två, tre och fyra är problembeskrivning. I sista kapitlet redogörs för Handikappförbundens förslag till ändringar för att komma till rätta med problemen.

1.2 Om handikappförbunden

Handikappförbunden är en organisation som består av en rad rikstäckande funktionshindersförbund. Uppdraget är att vara funktionshindersrörelsens samlade röst mot regering, riksdag och centrala myndigheter och samhället i övrigt. För närvarande består Handikappförbunden av 39 funktionshindersförbund som tillsammans samlar omkring 430 000 medlemmar. Det finns ett gott samarbete också med de förbund som inte är medlemmar i organisationen.²

Handikappförbunden har sitt ursprung i Samarbetskommittén för partiellt arbetsföra som bildades av fyra funktionshindersförbund 1942. Syftet då var att förbättra möjligheterna för ”handikappade” att få arbete.

Kongressen, ordförandemöten samt styrelsen är Handikappförbundens beslutande forum. Det är på kongressen som den långsiktiga prioriteringen beslutas, och kongressen 2011 beslöt att prioriterade områden ska vara Tryggad försörjning genom arbete och socialförsäkring, Jämlik hälso- och sjukvård, Utvecklat diskrimineringskydd och Ökat stöd åt barn och deras familjer.

Det finns också regionala samarbetsorgan för funktionshindersföreningar runt om i landet. Dessa är egna juridiska personer, men samarbetet är tätt.

² Bilaga 2: Förteckning över Handikappförbundens medlemmar.

1.3 Erfarenheter från medlemsförbunden

Att vara njursjuk

För många njursjuka är sjukförsäkringsreglerna ett stort bekymmer. För dialyserande och njursjuka i väntan på njurtransplantation finns möjlighet att få sjukersättning på normalnivå utan den tidsbegränsning som annars råder. Men fortfarande finns grupper som har svårt att få gehör för sina medicinska åkommor. Det är personer med grav njursvikt på väg in i dialysbehandling, men som inte står på väntelistan för njurtransplantation, samt svårt sjuka njurtransplanterade med sviktande njurfunktion eller annan sjukdom. Det nuvarande regelverket är också problematiskt för personer som väntar på en ny njure. En ny njure kan ge möjlighet att komma tillbaka i arbete, men under tiden är de som väntar på transplantation oftast för sjuka för att på ett meningsfullt sätt delta i Arbetsförmedlingens arbetslivsintroduktion. De är alltså för friska för sjukersättning, men för sjuka för insatser från Arbetsförmedlingen.³

Att leva med blodcancer

Att drabbas av blodcancer är av förståeliga skäl mycket omtumlande. Om inte annat blir insikten om att man kan dö väldigt påtaglig. Flera av dem som hör av sig till Blodcancerförbundet vittnar om att de brottas med frågor som rör döden: Hur länge kommer jag att få leva? Kommer jag att få uppleva min dotters examen? Hinner jag se mitt barnbarn växa upp?

Många av Blodcancerförbundets medlemmar har sjukdomar som är kroniska och innebär livslång medicinering. Ofta föregås medicineringen av mycket krävande behandling med exempelvis cytostatika (cellgifter). Både den inledande och den kroniska behandlingen innebär många gånger svåra biverkningar i form av trötthet, aptitlöshet, stickningar i fingrar och tår, illamående med mera.

Tiden från insjuknande till att det kan bli möjligt att återgå till arbetet är ofta lång och ytterst krävande. Det är inte ovanligt att behandlingar mot blodcancer tar flera år. Dessutom är det vanligt att det tar lång tid att få en korrekt diagnos. Anledningen är dåliga kunskaper hos primärvården, begränsat antal hematologer och diffusa symptom. Exempelvis är trötthet ett vanligt symptom på

³ Njurförbundet (2011).

flera blodcancersjukdomar, symptom som delas av många både fysiska och psykiska sjukdomar.

Under en avancerad cancerbehandling ligger fokus på annat än ersättningsnivåer, SGI och andra regler inom sjukförsäkringssystemet. Att behandlas för cancer är mycket psykiskt påfrestande. Då ska man inte även behöva bekymra sig för sin ekonomi, om man har råd att ha kvar sommarstugan, bilen eller annat som kan vara guld-kanten en cancerpatient behöver ha för att orka med en krävande behandling.⁴

Att ha en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom och få cancer

Det uppstår en särskild problematik om man drabbas av cancer när man redan innan har en kronisk sjukdom. Rehabiliteringsrådet sammanfattar i sitt slutbetänkande:

En mycket stor del av sjukskrivna cancerpatienter har uppnått den åldern då samsjuklighet är en realitet och det är inte ovanligt att patienten redan innan cancerdiagnosen har en eller flera sjukdomar som påverkar funktionsförmågan. De patienter som har ett rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet hamnar ofta mellan två stolar.

Antingen var patienten sjukskriven redan före cancerbehandlingen.

Det betyder att sjukskrivningsdagar är förbrukade när cancerbehandlingen väl inleds. Efter avslutad behandling är de dagar som står till förfogande för rehabilitering betydligt färre än för en tidigare väsentligen frisk patient. Samtidigt är sannolikheten mycket hög att det tar längre tid för patienten att uppnå full arbetsförmåga jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient.

Det andra alternativet är att patienten på grund av sin samsjuklighet redan innan cancerdiagnosen har en nedsatt funktionsförmåga. Dock är denna nedsättning inte så stor att den har föranlett sjukskrivning. Restsymtomen efter cancerbehandlingen förstärker ofta patientens tidigare symptom, vilket leder till nedsatt funktionsförmåga under längre tid jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient. Framtida konsekvenser av patientens samsjuklighet beaktas sällan under tiden som patienten genomgår cancerbehandlingarna. Tvärtom avbryts ofta de rehabiliteringsinsatser som påbörjats före cancerdiagnosen, även i de fall då det skulle vara till gagn för patienten att de fullföljdes. När väl cytostatika- eller strålbehandlingen lider mot sitt slut sker ingen samordning av patientens totala rehabiliteringsbehov för att återfå sin arbetsförmåga. Dessa patienter får ofta problem med Försäkringskassan eftersom de har diagnoser som var för sig inte motiverar sjukskrivning, men samman-

⁴ Blodcancerförbundet (2011).

taget nedsätter de i allra högsta grad arbetsförmågan. Följden blir ofta att de patienter som är i störst behov av rehabiliteringsinsatser är de som får minst hjälp. Här behövs en förbättring i samordningen.⁵

Att leva med Aspergers syndrom

När Peter var 25 år hade han precis avslutat en KY-utbildning och såg fram emot att få ett arbete. Efter att ha skickat många arbetsansökningar och varit på flera intervjuer fick han till slut ett jobb. Själva arbetsuppgifterna gick bra men det var mer utmanande med såväl kommunikationen och den sociala gemenskapen med arbetskamraterna samt stressen som arbetssituationen medförde. Stressen gjorde att han var tvungen att sluta på jobbet samt flera andra kortare anställningar. Detta gjorde att han funderade kring orsakerna till sina svårigheter. Till exempel klarade han av vissa uppgifter felfritt medan andra misslyckades helt när tempot ökade.

Peter genomgick en utredning, vilket resulterade i att han fick diagnosen Aspergers syndrom. Försäkringskassan bedömde att Peter skulle kunna klara av ett arbete och behålla det om han fick viss hjälp och anpassningar på arbetsplatsen samt tydliga arbetsinstruktioner. Efter en lång kamp med Arbetsförmedlingen fick Peter rätt stöd genom en SIUS-konsulent (Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd). Detta innebar att en person från Arbetsförmedlingen aktivt gick in och hjälpte Peter att komma i kontakt med arbetsgivare som gav honom chansen att visa vad han kunde bidra med. Personen hade god kunskap om Aspergers syndrom och förstod vilken typ av stöd som behövdes för att anställningen skulle fungera på lång sikt. Tack vare hjälpen från SIUS-konsulenten och att Peter själv orkade kämpa för sina rättigheter så har han i dag en lönebidragsanställning inom kommunen där han får jobba med uppgifter som han är utbildad för och där stressen är begränsad. Peter har i dag en stor hjälp av den samtalsgrupp som han regelbundet träffar. Gruppen som uteslutande består av vuxna personer med Aspergers syndrom har utvecklande samtal om bland annat arbetsliv och fritid.

Andra personer med autismspektrumtillstånd har till skillnad från Peter så omfattande funktionsnedsättning att de, trots att stöd ges i olika former, aldrig har den arbetsförmågan som krävs för att bidra till sin egen försörjning. Ett exempel på denna grupp är de

⁵ SOU 2011:15.

med en medfödd utvecklingsstörning som behöver en tryggad försörjning genom ett solidariskt socialförsäkringssystem.⁶

Att leva med allergi och annan överkänslighet

För människor med allergi och annan överkänslighet kan hinder i den fysiska arbetsmiljön eller bristande hänsyn och dåligt bemötande medföra att symptom uppstår eller förvärras. I vissa fall kan det medföra sjukskrivning och till sist sjukersättning. De flesta som har någon form av allergi kan dock fungera i stort sett utan besvär om de slipper utsättas för sådant de inte tål.

En av Astma- och Allergiförbundets medlemmar som har hört av sig och berättat om sin situation är Lotta. För något år sedan blev Lotta sjukskriven på grund av SHR, sensoriskt hyperreaktivitet, allergisk astma samt allergisk rinit. Lotta är sjuksköterska och klarade inte längre sitt arbete på grund av att hon dagligen utsattes för både patienters och arbetskamraters parfymdoft. Hennes läkare (specialist i lung- och allergisjukdomar, överläkare och professor) bifogade ett ”Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom” där det framgår att Lottas arbetsförmåga är helt nedsatt, att en rehabiliteringsutredning måste utföras och att det är viktigt att finna en så luktfri arbetsplats som möjligt för att Lotta ska kunna återgå till arbetslivet.

Sammanfattningsvis menar vi att många av de som har någon form av allergi eller annan överkänslighet kan fungera i stort sett utan besvär i arbetslivet om de slipper utsättas för ämnen de inte tål. I exemplet ovan var det dofter som var problemet, men det kan lika gärna handla om pälsdjur, dålig ventilation eller heltäckningsmattor på arbetsplatsen. Därför måste arbetsmiljön utformas efter vars och ens behov.

De åtgärder som behöver göras på arbetsplatsen kan variera stort. Det kan handla om dyrbara åtgärder som ombyggnation av ventilationssystem eller mindre kostnadskrävande insatser som att byta från parfymerad till oparfymerad tvål på toaletten. Ofta handlar det också om utbildningsinsatser riktade till arbetsledning och eller arbetskamrater. Ett planmässigt arbete för att påverka negativa attityder kring allergiproblem brukar också vara viktiga inslag i en åtgärdsplan.⁷

⁶ Autism- och Aspergerförbundet (2011).

⁷ Astma- och Allergiförbundet (2011).

Att leva med psoriasis

Psoriasis är en allvarlig kronisk systemsjukdom som inte enbart drabbar huden och lederna utan även andra organ i kroppen. Sjukdomen påverkar livet på många sätt – fysiskt, psykiskt och socialt. I Sverige finns det omkring 300 000 personer med psoriasis, vilket gör sjukdomen till en av våra vanligaste och mest ärftliga folksjukdomar. Det finns kopplingar mellan psoriasis och mag- och tarmsjukdomar, ögonsjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. Upp emot 40 procent av Sveriges psoriasissjuka får också problem med lederna, vilket kan leda till psoriasisartrit.

Eftersom psoriasis går i skov är det nödvändigt med en tydlig och välfungerande sjukförsäkring med fokus på den enskilda individens livssituation. Detta innebär ett behov av en flexibel sjukförsäkring, vilket dagens mycket fasta tidsgränser inte tillåter.

Risken med hur socialförsäkringen i dag är utformad är att personer med svår psoriasis förlorar sin anknytning till arbetsmarknaden, och därmed hamnar i ett permanent utanförskap. Detta är kontraproduktivt för den som gärna vill arbeta, men också för samhällsekonomin i stort. Därför behövs ekonomiska satsningar på ökade rehabiliteringsinsatser för att ge människor reella möjligheter att bli friska och återgå till arbete. Behovet är stort, eftersom allt för många har fallit mellan stolarna under de senaste åren.

Det är viktigt att individen sätts i centrum. För Psoriasisförbundet är det helt avgörande att det är den behandlande läkaren som gör bedömningen av den kroniskt sjukes arbetsförmåga. Till det måste det göras ordentliga insatser för att etablera ett förtroende mellan läkarkåren och, i synnerhet, Försäkringskassans handläggare. Det är specialistläkaren som har kompetens och erfarenhet kring sjukdomsförlopp, vilket bör ligga till grund för bedömning av individens arbetsförmåga. Inte systemets behov av att friskförklara allvarligt sjuka personer utifrån en tidtabell.⁸

Att leva med diabetes

Man, 54 år, har diabetes sedan barndomen. För 13 år sedan drabbades han av en trötthet som gjorde det omöjligt att arbeta heltid. Fram till år 2004 fick han sjukersättning på halvtid. Nya direktiv medförde att mannen förlorade sin ersättning, varpå nya regler om

⁸ Psoriasisförbundet (2011).

begränsad möjlighet att vara arbetslös på deltid infördes. I december 2008 ansökte mannen med stöd av läkarintyg och Socialstyrelsens rekommendation om sjukersättning på halvtid. Socialstyrelsens beslutstöd slog fast att mannen efter många år av diabetes kan ha drabbats av ”ökad uttröttbarhet, vilket kan leda till permanent nedsatt arbetsförmåga”. Mannen har i dag ett arbete på halvtid. Han önskar inte vara sjukskriven på heltid. Han vill inte heller vara arbetslös, vilket kan bli nödvändigt för att klara ekonomin. Han måste i så fall säga upp sig från jobbet för att kunna stämpla heltid.⁹

Man, 43 år, med svårinställd diabetes. Användare av rullstol till följd av neuropati (medicinsk benämning på nervskador). Han går på dialys fyra gånger i veckan och är nästan blind. I mars 2011 skulle han bli utförsäkrad för att under tre månader delta i arbetslivsintroduktion. Risken fanns att han skulle förlora sitt hus när ersättningen skulle bli lägre än sjukpenningen. Efter att media uppmärksammat fallet beslutades om förlängd sjukersättning. Efter tre månader kan mannen återgå till ny sjukersättningsperiod men riskerar att upprepade gånger hamna mellan stolarna i systemet.¹⁰

Att leva med reumatism

För människor med reumatiska sjukdomar kan arbetsförmågan variera över tid, från att vissa dagar kunna arbeta fullt ut till att andra dagar knappt komma igång alls på grund av utmattande trötthet eller smärta. Att ha ett ”skov” kan innebära plötsliga begränsningar i arbetsförmågan. Det går inte att säga i vilken omfattning de reumatiska sjukdomarna påverkar en enskild individ och det är också väldigt stor skillnad mellan reumatiska diagnoser. Arbetsförmågan hos personer som har en reumatisk sjukdom kan variera från 100 procent till i stort sett obefintlig.

Reumatiska sjukdomar drabbar nästan tio procent av befolkningen, och de flesta får sin reumatiska sjukdom mitt i livet. De är alltså mitt uppe i arbetslivet. Många kan arbeta kvar i sina respektive yrken med hjälp av anpassningar av olika slag. För en del behövs också regelbunden sjukgymnastik och annan kvalificerad medicinsk rehabilitering för att klara av sitt arbete. Detta gör att en relativt stor grupp behöver möjlighet till nedsatt arbetstid. Många har sjuk-

⁹ Njurförbundet (2011).

¹⁰ Diabetesförbundet (2011).

ersättning 25 eller 50 procent utifrån den gamla lagstiftningen som gällde fram till 1 juli 2008.

För de människor som har reumatism och som i nuläget bedöms utifrån rehabiliteringskedjan och de nya sjukersättningsreglerna, uppstår en rad problem. Bland annat försvinner rätten till förlängd eller fortsatt sjukpenning. När det gäller sjukersättning så får de flesta avslag trots att läkarintyg och utredningar gör bedömningen att personen är sjuk. Med nuvarande system, som ska vara helt genomfört 2012, kommer under de närmaste åren en stor del av dem med reumatiska eller liknande åkommor att ha förbrukat sina dagar antingen i rehabiliteringskedjan eller inom den tidsbegränsade sjukersättningen.

Det finns fysiskt ansträngande arbeten som inte lämpar sig för den som har en reumatisk sjukdom. Ett byte av arbete kan i de fallen vara nödvändig. Men även i andra fall kan sjukdomen vara sådan att det periodvis inte går att arbeta heltid. Även om arbetet inte är fysiskt påfrestande kan 75 procent vara det som personen klarar av. Det är viktigt att vara medveten om att det inte handlar om dålig hälsa, utan om nedsatt arbetsförmåga på grund av en kronisk sjukdom. En kronisk sjukdom (vilket de reumatiska sjukdomarna är) påverkar arbetsförmågan livet ut.¹¹

Att leva med en sällsynt diagnos

Det finns flera hundra sällsynta diagnoser där läkare och Försäkringskassans personal inte har kunskap om vad diagnoserna innebär. Definitionen på sällsynta diagnoser är ”ovanliga sjukdomar/skador som leder till omfattande funktionshinder och som finns hos högst 100 personer per en miljon invånare”.¹² De sällsynta diagnoserna är oftast medfödda, genetiskt betingade, komplexa och livslånga. Ett femtiotal sällsynta diagnosgrupper är representerade i Riksförbundet Sällsynta diagnoser. Nedan ett exempel på vad det innebär att leva med en sällsynt diagnos:

Man, 40 år, född med Williams syndrom, en medfödd sällsynt diagnos som cirka fem till tio barn föds med årligen. Diagnosen medför lindrig till måttlig utvecklingsstörning samt olika kroppsliga symptom. Med åren följer ofta olika psykiatriska problem.

Efter avslutad skolgång erbjöds mannen sjukpenning vilket föräldrarna sade nej till. Efter några år med olika skyddade anställningar

¹¹ Reumatikerförbundet (2011).

¹² Socialstyrelsens termbank.

erhöll mannen arbete på Samhall. Han lider av oro, ångslan och kommer lätt upp i varv vilket han har svårt att hantera. Därför behöver han kunna vara sjukskriven några dagar per år för att orka med. Överenskommelsen med Samhall och Försäkringskassan var att mannen skulle arbeta 75 procent och erhålla 25 procents handikappersättning. Detta har fungerat bra fram till för något år sedan då sjukskrivning inte medgavs. I dag tar han av sina semesterdagar och därutöver tjänstledigt utan lön för att orka med. Arbetet på Samhall betyder mycket för mannen och det skulle vara olyckligt om han blev av med sitt arbete. Tjänstledigheten utan lön betalar föräldrarna.¹³

Att leva med psykisk ohälsa

En stor grupp som berörs av socialförsäkringssystemets olika delar är människor med psykisk ohälsa. Ett bättre anpassat socialförsäkringssystem skulle aktivt kunna förbättra de avgörande villkoren för dem och bidra till att samhället blir jämlikt även för deras del.

En del drabbas lindrigt och kortvarigt, andra allvarligt och långvarigt. Med lämpligt stöd av samhällets olika instanser och omgivningen, går det att återhämta sig mer eller mindre helt även om en person drabbats av en mycket långvarig och allvarlig ohälsa.

Psykisk ohälsa kan uppkomma när som helst under hela livet. Ofta drabbar den tidigt, redan i ungdomsåren, och ibland tidigare än så. Om inte åtgärder sätts in tidigt och tillräckligt kvalificerat riskerar ohälsan att bita sig fast och bli vad man i delar av vården betraktar som kronisk. Allvarliga former av till exempel depression, psykos, bipolär ohälsa och schizofreni etablerar sig snabbt i människan men är mycket svåra att trycka tillbaka eller bli fri från. Man måste ofta lära sig att leva med långvariga förlopp av ohälsan.

Den psykiska ohälsan påverkar i hög grad livsförutsättningarna för den som drabbas. Något förenklat kan det sägas att medellivslängden för gruppen med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa är 25 år kortare än för människor i allmänhet. Det innebär en medellivslängd på något över 50 år. De stora dödsorsakerna är den högre självmordsfrekvensen inom ungdomsgrupperna med psykisk ohälsa, särskilt hos unga kvinnor.

Många människor med psykisk ohälsa behandlas med mediciner som inte bara leder till svåra biverkningar, utan även till somatiska

¹³ Sällsynta Diagnoser (2011).

sjukdomar. Främst handlar det om hjärt-/kärlsjukdomar och diabetes. Till detta bidrar även aktivt den sämre tillgängligheten till somatisk vård så fort man fått stämpeln psykiskt sjuk.

En följd av ohälsobilden för människor med framför allt långvarig och allvarlig psykisk ohälsa är att de mera sällan kommer ut i arbetslivet. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) bedömer att högst 10 procent inom denna grupp har ett arbete som kan betraktas som reguljärt. Ytterligare några har arbeten med olika former av subventioner. Många får i bästa fall nöja sig med någon form av kommunal eller annan sysselsättning, mestadels obetald. Men oftare handlar det om en mer eller mindre total inaktivitet. I och med att ohälsan ofta slår till i unga år har man inte kommit ut på arbetsmarknaden och kan inte komma i fråga för de regler som gäller på arbetsmarknaden vid arbetslöshet med mera.¹⁴

Att leva med whiplash-, hjärn- och ryggmärgsskador

I december 2010 redovisade Personskadeförbundet RTP resultatet av sin senaste enkätundersökning av medlemmarnas upplevelse av de förändrade sjukförsäkringsreglerna. Förbundet representerar en stor andel av bland annat whiplash-, hjärn- och ryggmärgsskadade. Många av förbundets medlemmar behöver omfattande rehabilitering för att klara vardagslivet, innan rehabilitering till arbetslivet kan börja. För flera kan det dessutom ta betydligt längre tid än ett år innan diagnos har fastställts.

Personskadeförbundet RTP anser att systemet inte är gjort för de grupper förbundet representerar. Systemet är inte individualiserat eftersom det inte kan anpassas efter de människor som har behov av större eller längre rehabilitering.

En anledning till svårigheterna att få bra rehabilitering kan vara att rehabiliteringen allt oftare drivs och finansieras av projektmedel. Ofta är projektmedlen inriktade på att få tillbaka människor i arbetslivet – och framgång mäts genom antalet personer som efter genomgången rehabilitering lyckats ta sig ut på arbetsmarknaden. Därför väljer många att inte rikta in sina projekt på de allra svåraste grupperna, där det är minst sannolikhet att nå framgång inom ramen för projekttiden.

Personskadeförbundet RTP menar att Försäkringskassan som myndighet och de enskilda handläggarna får bära skulden för ett

¹⁴ Jarmar, H (2011).

system som inte fungerar. Lösningarna och ansvaret är större rehabiliteringsinsatser och en mer individanpassad process. Ingen var tidigare nöjd med att vara förtidspensionär eller långtidssjukskriven, men då fanns i alla fall försörjning. Nu känner förbundets medlemmar att skydds nätet är borta och att man närmar sig ett fritt fall.¹⁵

1.4 Funktionsnedsättningar

1.4.1 Definitioner

Socialstyrelsen beslöt år 2007 att förändra definitionerna av funktionsnedsättning, funktionshinder och handikapp. Ett av motiven bakom förändringen var den rådande begreppsförvirringen kring funktionshinder och funktionsnedsättning. Definitionerna är nu följande och används genomgående i denna rapport:

- *Funktionsnedsättning* definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga hos en individ.
- *Funktionshinder* är inte synonym till funktionsnedsättning utan ett eget begrepp. Det definieras som den begränsning funktionsnedsättningen innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar är svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande möjlighet till delaktighet i arbetslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framförallt om bristande tillgänglighet i omgivningen.¹⁶

Det finns två sätt att se på funktionshinder. Det första är socialt och innebär att funktionshinder uppstår i mötet mellan människa och samhälle. Det andra synsättet är medicinskt och lägger problemet hos människan som har ett funktionshinder. För Handikappförbunden gäller det första synsättet.

Andra begrepp som används i rapporten är *ohälsa* som ofta används i folkhälsosammanhang. Enligt Folkhälsovetenskapligt lexikon står begreppet i motsats till hälsa eller ett tillstånd av lättare sjukdom eller försvagade kroppsfunktioner.

¹⁵ Personskadeförbundet RTP (2010).

¹⁶ Socialstyrelsens termbank.

Inom funktionshindersrörelsen har begreppet *utanförskap* länge använts som ett sätt att beskriva hur det är att stå utanför samhället. I politiska sammanhang används begreppet ofta för att beskriva dem som är i arbetsför ålder men inte finns på arbetsmarknaden.

1.4.2 Olika funktionsnedsättningar, olika förutsättningar

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) har i sina riktlinjer för att förbättra tillgängligheten hos myndigheter gjort en gruppering av olika funktionsnedsättningar.

Handisam pekar på att kunskap om människors olika behov och möjligheter leder till en ökad kvalitet i myndigheternas kontakter med sina målgrupper. Den ökade medvetenheten behövs också för att skapa förståelse för varför de tillgänglighetsförbättrande åtgärderna ska genomföras. En viktig aspekt är att dessa behov kan se olika ut för män och kvinnor. På Handisams webbplats finns beskrivet hur kraven på tillgänglighet relateras till olika funktionsnedsättningar.¹⁷ Det handlar inte om några definitiva definitioner, men indelningen kan skapa förståelse för att behoven kan se väldigt olika ut. Handisams gruppering ser ut som följer:

- Nedsatt rörelseförmåga
- Nedsatt syn
- Nedsatt hörsel, dövhet och dövblindhet
- Nedsatt kognitiv förmåga
- Besvär i andningsorgan, allergier eller överkänslighet för vissa födoämnen
- Sjukdomar och andra funktionsstörningar i matsmältningskanalen eller inkontinens
- Funktionsnedsättning på grund av psykiska sjukdomar
- Nedsatt röst och talfunktion
- Läs och skrivsvårigheter

Många människor har flera funktionsnedsättningar vilket medföljer särskilda behov. En funktionsnedsättning behöver dock inte innebära en försämrad hälsa, däremot kan det vara en hälsorisk.¹⁸

¹⁷ www.handisam.se

¹⁸ Handisam (2008).

1.4.3 Hur många har en funktionsnedsättning?

Någon självklar siffra på antalet människor i Sverige som har en funktionsnedsättning finns inte. Gränsen mellan vem som har en funktionsnedsättning och inte varierar beroende på hur definitionen ser ut. Definitionen är i sin tur avhängig det syfte undersökningen har. Resultatet blir att siffrorna varierar. Om fler med lindriga funktionsnedsättningar är med i en undersökning blir skillnaden i levnadsförhållanden mot den övriga befolkningen mindre. Om gruppen i stället begränsas till dem med omfattande funktionsnedsättningar blir skillnaderna större.

Det finns två olika sätt att mäta hur många människor som lever med funktionsnedsättning. Det ena är att utgå från administrativa uppgifter, det vill säga registerdata. Det andra är att fråga via enkäter eller intervjuer. Vid ett enkätförfarande blir bortfallet förmodligen större bland personer med funktionsnedsättning. Det kan gälla personer med intellektuella funktionsnedsättningar – som svarar på en enkät om de får hjälp. Bland psykiskt sjuka är bortfallet sannolikt också högt. Enkäter går heller inte alltid att läsa med talsyntes, vilket gör att personer med nedsatt syn begränsas i sin möjlighet att besvara dem. Bortfallet blir med andra ord selektivt.

Socialdepartementet gjorde 2008 en utredning om antal personer med funktionsnedsättning i alla åldrar.¹⁹ Åldersgrupperna bildades utifrån administrativa kriterier, det vill säga hur många som har olika ersättningar. I utredningen poängteras det att det inte finns någon självklar siffra på antalet människor med funktionsnedsättning. Men med utgångspunkt från olika kriterier, redovisas nedanstående antal:

- **Cirka 500 000** människor har praktiskt stöd i form av färdtjänst, hemtjänst, särskilt boende, personlig assistans eller andra praktiska insatser.
- **1 100 000** blir antalet när samtliga personer med ekonomiska stöd relaterade till funktionshinder plussas på den föregående siffran.
- **1 450 000** blir summan när även de som rapporterat självskattad funktionsnedsättning läggs till.

¹⁹ Socialdepartementet (Ds 2008:78).

Statistiska centralbyrån (SCB) har i en tilläggsundersökning till ordinarie Arbetskraftsundersökningar (AKU) genomfört intervjuer med personer mellan 16 och 64 år.²⁰ Utifrån den undersökningen gör SCB följande bedömning:

- 900 000 personer mellan 16 och 64 år har någon funktionsnedsättning. Drygt en halv miljon av dessa bedömer dessutom att deras arbetsförmåga är nedsatt.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) beräknar utifrån sin nationella folkhälsoenkät från 2008 att:

- 1,5 miljoner i åldern 16–84 år har en funktionsnedsättning. Andelen ökar med stigande ålder, men även i åldersgruppen 16–29 år har mer än var tionde en funktionsnedsättning.²¹

En betydande andel av Sveriges befolkning har en egen funktionsnedsättning som påverkar den dagliga livsföringen. Inom Handikappförbunden använder vi begreppet ”en av fem” för att synliggöra hur pass vanligt det är.

1.5 Livsvillkor och levnadsförhållanden

En genomgång av kunskapsläget

Sambandet mellan det liv en människa lever och personens hälsa är väl känt. Under senare år har det kommit flera rapporter som undersökt livsvillkor och levnadsförhållanden för personer med olika former av funktionsnedsättning. Trots att undersökningarna haft olika syften och bygger på olika grupperingar och avgränsningar av funktionsnedsättningar uppvisar de i stort sett samma nedslående bild. Personer med funktionsnedsättning har sämre ekonomi, sämre förankring på arbetsmarknaden och sämre hälsa. Här refereras kortfattat några av de undersökningar som gjorts under perioden 2008 till 2010.

Socialstyrelsen beräknar att ungefär 10 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år har en funktionsnedsättning. Dock ingår inte personer som bor i boende enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller Socialtjänstlagen (SoL).

²⁰ Statistiska Centralbyrån (2009).

²¹ Boström, G (2008).

Människor med funktionsnedsättning är oftare ensamstående och har mer sällan eftergymnasial utbildning. Många saknar arbete eller har otillräcklig löneinkomst från sitt arbete. Socialstyrelsen konstaterar att för de som inte kan arbeta på grund av svåra funktionsnedsättningar, eller som inte kan arbeta heltid, fyller försäkrings- och bidragssystemen en viktig kompensatorisk funktion genom att omfördela inkomst och kompensera för effekter av funktionsnedsättningar.

Trots detta, och trots stöd från anhöriga och högkostnadsskydd räcker inte pengarna till för att ha en skälig levnadsnivå. Det är dubbelt så vanligt att människor med funktionsnedsättning får ekonomiskt bistånd jämfört med befolkningen i stort. Enligt tidigare studier gjorda av Socialstyrelsen, SCB och Försäkringskassan är merutgifter för funktionsnedsättning en orsak till ekonomiska svårigheter. Människor som möter hinder i vardagen har ett större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård än övriga i befolkningen. Likaså görs fler besök i vården till högre utgifter.²²

För vuxna människor med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL och LSS, är levnadsförhållandena betydligt sämre än för befolkningen i stort. Utbildningsnivån är låg och utanförskapet är stort, samtidigt som levnadsekonomi är svag. Förankringen på arbetsmarknaden är betydligt lägre jämfört med både totalbefolkningen och andra människor med funktionsnedsättning. Andelen som har ett lönearbete uppgår till cirka 10 procent.

Enligt Socialstyrelsen är det fortfarande en öppen fråga om den svaga arbetsmarknadsanknytningen svarar mot frånvaron av arbetsförmåga hos vuxna människor med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL och LSS, eller i vilken utsträckning den är ett uttryck för en segregerad arbetsmarknad där inte alla har jämlika möjligheter att skaffa sig en anställning. Socialstyrelsen tror att fler personer med daglig verksamhet skulle klara av ett förvärvsarbete om möjligheten gavs.²³

1.5.1 Ohälsa bland människor med funktionsnedsättning

Folkhälsoinstitutets rapport ”Onödigt ohälsa” från 2008 innehåller en specialbearbetning av de nationella folkhälsoenkäterna som bygger på självskattning av funktionsnedsättning.

²² Socialstyrelsen (2010a).

²³ Socialstyrelsen (2010b).

Enligt rapporten är det drygt tio gånger vanligare att ha dålig hälsa bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. Kvinnor uppgav att de hade dålig hälsa i större utsträckning än män i åldrarna 16–64 år, men i åldersgruppen 65–84 år fanns det ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen. En mycket stor del av ohälsa i samhället finns alltså bland människor med funktionsnedsättning, enligt rapporten. I många fall har ohälsa ett direkt samband med funktionsnedsättning. Men en stor del av ohälsan har också samband med ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Att ha en funktionsnedsättning behöver inte vara liktydigt med att ha en försämrad hälsa. Däremot kan det vara en hälsorisk. Den överskuggande frågan är dock om hälsan hos människor med funktionsnedsättning är sämre än den borde vara.

Handikappförbunden deltog aktivt i utredningen och ställer sig bakom den analys som ges i rapporten, det vill säga att hälsan hos människor med funktionsnedsättning skulle kunna förbättras avsevärt om livsbetingelserna vore annorlunda. Framför allt är det tillgång till arbete som skulle förbättra hälsan.²⁴

1.6 Arbetsmarknaden

Det går inte att komma tillrätta med de problem som finns i socialförsäkringen utan att beakta situationen vad gäller arbete och arbetsmarknad. Utan kunskap om det aktuella läget är det svårt att finna lösningar. Nedan refereras därför sammandrag ur ett antal rapporter som ger strukturella lägesbeskrivningar, alltså beskriver situationen från arbetsmarknadens horisont. Rapporterna kommer från myndigheter, arbetsgivarorganisationen samt de fackliga centralorganisationerna.

1.6.1 Nedsatt arbetsförmåga

Arbetsförmedlingen och Statistiska Centralbyrån har granskat den arbetskraft som uppger att de har en funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga. Det är drygt en halv miljon människor i åldrarna 16 till 64.²⁵

²⁴ Arnhof, Y (2008).

²⁵ Statistiska Centralbyrån och Arbetsförmedlingen (2009).

I den sysselsatta delen av befolkningen uppger 13 procent att de har någon funktionsnedsättning och 7 procent att deras arbetsförmåga är nedsatt. Liksom vid tidigare undersökningar är de dominerande funktionsnedsättningarna rörelsehinder och astma/allergi eller annan överkänslighet. Sysselsättningen för människor med nedsatt arbetsförmåga har sjunkit från 1998 till 2008. Bortsett från en mindre uppgång år 2006 har minskningen i sysselsättning varit konstant över tid. Även gapet i sysselsättningen mellan personer med nedsatt arbetsförmåga och personer som inte har en funktionsnedsättning har ökat kontinuerligt sedan 1998. Ökningen har gått från 18 procentenheter till 27 procentenheter. Andelen sysselsatta människor med funktionsnedsättning är 62 procent jämfört med 75 procent för befolkningen totalt och 77 procent för dem som inte har en funktionsnedsättning. För de som också har en nedsatt arbetsförmåga är det 50 procent som är sysselsatta.²⁶

1.6.2 Arbetsgivarperspektiv

Svenskt Näringsliv konstaterar att endast 28 procent av människor med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga har ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. När subventionerade anställningar inkluderas är arbetslösheten 50 procent. När de med allra störst svårigheter på arbetsmarknaden räknats bort står ändå minst 211 000 personer med nedsatt arbetsförmåga utanför arbetsmarknaden. Som tidigare konstaterats har alltså gapet i sysselsättningen ökat mellan personer med nedsatt arbetsförmåga och dem utan funktionsnedsättning. De skyddslagstiftningar som införts för att värna gruppen har inte ökat sysselsättningen.

Problemet, enligt Svenskt Näringsliv, är att politiker från alla partier missar kopplingen mellan arbetsförmåga och arbetsmarknadens funktionsätt. Att andelen som upplever att de har en funktionsnedsättning är lägre när antalet arbetade timmar ökar tyder på att inte bara individens ohälsa avgör vad som är friskt och sjukt. Arbetsförmågan bestäms också utifrån arbetsmarknadens funktionsätt. Svenskt Näringslivs slutsats är att strategin för minskat utanförskap behöver vidgas från att handla om fler platser i lönebidrag och på Samhall till att också innefatta arbetsmarknadens funktionsätt.²⁷

²⁶ Statistiska Centralbyrån och Arbetsförmedlingen (2009).

²⁷ Jansson, L (2010).

1.6.3 Fackligt perspektiv

Såväl LO som TCO har granskat hur arbetsmarknaden fungerar för anställda som har funktionsnedsättning eller nedsatt arbetsförmåga. LO är den fackliga centralorganisation som har störst andel medlemmar som har funktionsnedsättning. Deras rapport från 2010 bygger delvis på material från SCB.²⁸ Rapportresultaten visar bland annat att det i huvudsak är kvinnor och äldre som har en funktionsnedsättning, och att sysselsättningsgraden är låg. Rapporten visar också att människor med funktionsnedsättning diskrimineras på arbetsmarknaden. Den arbetsmarknadspolitik som i dag finns för arbetslösa med funktionsnedsättning är inte tillräcklig och karaktäriseras av problem som ojämn könsfördelning, urholkade subventionsgrader och kontrollsvårigheter. Sammantaget innebär det att människor med funktionsnedsättning är utsatta från flera håll samtidigt. Arbetsmarknaden och arbetsmarknadspolitiken lyckas inte integrera människor med funktionsnedsättning vilket betyder negativa ekonomiska konsekvenser för gruppen. Enligt LO är det därför viktigt med en skyndsam översyn av arbetsmarknadspolitiken, bättre anpassningar i arbetsliv och utbildningssystem, bättre efterlevande av lagar i samhället samt mer forskning i ämnet.

TCO visar i sin rapport från 2009 hur arbetsgivare ser på att anställa personer med olika bakgrund eller frånvaro. Hushållens syn på samma frågeställningar finns också med liksom statistik kring jobbdynamik, arbetslöshet och utanförskap.

En slutsats i rapporten är att arbetsmarknaden har förändrats kraftigt sedan 1990-talskrisen, både vad gäller jobbets faktiska kvalifikationskrav och arbetsgivarnas krav. Belägg ges för hur arbetsgivarnas ökade selektion slår hårdast mot långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa.

Bara sju procent av arbetsgivarna är positiva till att anställa sjukskrivna från annat arbete. Endast tolv procent av arbetsgivarna är positiva till att anställa personer som är långtidsarbetslösa. Omvänt gäller att 54 procent av arbetsgivarna är negativa till att anställa sjukskrivna och 42 procent är negativa till att anställa långtidsarbetslösa.

TCO:s analys visar att utbildning har blivit allt viktigare och att frånvaro är svårt begränsande för individen.²⁹ Dessa effekter förstärks under ekonomiska kriser och leder till långvariga problem även efter att krisen är över. Under den starka perioden i svensk ekonomi

²⁸ Syrén, M (2010).

²⁹ Mörtvik, R *et al.* (2009).

2006–2007 var det mer än dubbelt så många som försvann från arbetslivet till sjukfrånvaro och sjuk-/aktivitetsersättning, än som kom därifrån till arbete. Arbetsgivarnas attityder spelar en avgörande roll för undanträngningen av personer med stigmatiserande frånvarohistoria, upplevd framtida frånvarorisk och lägre utbildning.

Trots att de många rapporterna är framtagna utifrån olika utgångspunkter och med skilda ansatser beskriver de samma dystra läge. Människor med någon form av funktionsnedsättning har mycket svårt att få fäste på arbetsmarknaden. De är först att sällas bort vid nyanställningar och gallras först ut vid uppsägningar. De olika grupperingarnas storlek stämmer med tidigare beräkningar. Samtliga rapporter poängterar vikten av att arbetsmarknaden görs tillgänglig för fler. För att få sin försörjning genom arbete krävs en lön. Handikappförbunden kan konstatera att det inte gjorts några större ansträngningar för att verkligen utreda vad människor med olika funktionsnedsättningar skulle kunna klara av. Ersättningarna (aktivitetsersättning till och med 29 år och sedan sjukersättning) har kommit mer eller mindre automatiskt. Det finns ingen samlad kunskap om hur en arbetsmarknad ska kunna se ut för människor med funktionsnedsättning. En viktig fråga är matchning av personer med funktionsnedsättning mot utbudet av arbete. Det behöver inte betyda att människan i fråga är fullt presterande eller arbetar heltid. Några timmar om dagen några dagar i veckan, med det man klarar av, kan räcka. För det krävs samordning mellan myndigheter och en flexibel socialförsäkring med flexibla ersättningar.

2 Rättssäkerheten för den enskilde

2.1 Utsatthet i kontakten med myndigheter

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 tryggad försörjning. Inte sällan under hela livet. I mötet med myndigheter befinner sig den som söker hjälp per definition i ett underläge. 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.

Det finns många vittnesmål om hur människor i behov av stöd upplever sig utsatta. I Personskadeförbundet RTP:s medlemstidning LIV berättar en mamma, Malin, med whiplashskada om sin upplevelse av dåligt bemötande och stöd:

Jag hade länge arbetat 75 procent och varit sjukskriven 25 procent. Men förra året drogs min sjukpenning in utan motivering. Då överklagade jag till länsrätten och fick så småningom rätt med motiveringen att jag ju var gravid och därmed inte kunde äta vissa av mina vanliga mediciner och då nog behövde vara sjukskriven. Så nu är jag föräldraledig på 75 procent och sjukskriven resten.

Motiveringen med graviditeten och medicinen ser Malin som en brasklapp om att Försäkringskassan tänker ompröva beslutet när föräldraledigheten är slut.

När jag pratar med företrädare för Försäkringskassan så känner jag mig ständigt ifrågasatt. Graviditeten var till exempel otroligt jobbig, jag satt även i rullstol en del av tiden. Då var jag sjukskriven på heltid i stället för att vara föräldraledig, det gillades inte. Det var som om de tyckte att jag var en ovanligt ”lösig” person som varken ville jobba eller ta ut

föräldraledighet. Nu när Elon har kommit får jag faktiskt intrycket av att de tycker att sådana som jag inte ska ha barn!¹

I Lindqvist nia – nio vägar att utveckla bemötandet² 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.³

2.2 Hur garanteras rättssäkerheten?

Under senare år har uppföljningen av socialförsäkringens hantering genomgått flera förändringar. De socialförsäkringsnämnder som bestod av politiker, eller av intresseorganisationerna utsedda lekmän, avskaffades år 2007. Samma år avskaffades nämndemannamedverkan i kammarrätten vid avgörande av socialförsäkringsmål. Möjligheten att överklaga beslut hanteras sedan dess i en intern procedur hos Försäkringskassan utan att ställas under någon lekmannagranskning. Fortfarande kan beslut från Försäkringskassan överklagas till länsrätten och vidare till kammarrätten.

Bedömning av medicinska underlag har också förändrats. De tidigare, av funktionshindersrörelsen starkt kritiserade försäkringsläkarna, ersattes så småningom av medicinska konsulter. I dag sker medicinsk rådfrågning endast i principiella frågor och inte i enskilda ärenden. Handikappförbunden konstaterar att förändringarna inte

¹ Personskadeförbundet RTP (2008).

² SOU 1999:21.

³ SOU 1999:21.

stärkt rättssäkerheten. Redan 2006 överklagades en stor andel av Försäkringskassans beslut till rättslig instans. Enligt statistik från Domstolsverket avgjorde länsrätten 21 831 enskilda socialförsäkringsmål. Länsrätten ändrade Försäkringskassans beslut i drygt 18 procent av fallen.⁴

LO-TCO Rättsskydd ger i en debattartikel 2011 sin bild av situationen för rättssäkerheten inom socialförsäkringen:

Från vår horisont kan vi konstatera att Rättsskyddet aldrig tidigare haft fler sjukförsäkringsärenden än i dag. Socialförsäkringsmålen till förvaltningsrätterna har ökat med 54,7 procent mellan 2008-2010. Detta är ett uttryck för att oklarheten i regelverket är för stor. Orimligheter i tillämpningen som inte tar hänsyn till vare sig hur den faktiska arbetsmarknaden ser ut eller de förväntningar vi medborgare har på våra trygghetssystem. Det är inte rimligt att en så stor del av bedömningarna om människors grundläggande försörjning ska avgöras av domstol, ofta efter ett drygt års processande och väntan.

Varför har det blivit så här? En förklaring kan vi spåra i hastigheten i reformtakten. LO-TCO Rättsskydd har i en sammanställning konstaterat att inte mindre än 36 olika förändringar med koppling till våra trygghetssystem skett under perioden 2006-2009. Det är en reformtakt som saknar motstycke i vårt land och de många varningssignaler som remissinstanserna framförde ignorerades. Det är klart att detta skapar osäkerhet inte bara hos enskilda människor utan också vid tillämpningen hos berörda myndigheter och i hela vårt rättssystem.

Det är inte rimligt att sjukförsäkringen är så oförutsägbar, med så många sjukpenningstyper vid olika tidpunkter och där det för den enskilde är omöjligt att veta var i rehabiliteringskedjan man befinner sig. Där man också använder sig av begrepp som "särskilda skäl" och "oskäligt" vilka har olika innebörd beroende på vid vilken tidpunkt i kedjan de tillämpas.⁵

2.3 Lekmannainflytande en viktig demokratisk princip

I svensk tradition är lekmannainflytandet i statsmaktens beslutsprocesser en viktig och starkt förankrad, demokratisk princip. Till skillnad mot i många andra länder, är de svenska folkrörelserna det civila samhällets ryggrad. Statsmakten och den offentliga sektorn vinner såväl i kvalitet som i legitimitet i sitt myndighetsutövande genom att ta tillvara de erfarenheter som finns i det civila samhället. Företrädare för en organisation kan i ett representationsuppdrag

⁴ Domstolsverket.

⁵ Holke, D *et al.* (2010).

tillföra så mycket mer erfarenhet än den egna personliga kompetensen, just för att hon eller han företräder en hel organisation.

Varje medborgares rätt till en god och rättssäker behandling kan inte garanteras genom endast kvalitetssäkrande åtgärder inom en enskild myndighet. Företrädare för det civila samhället kan genom insyn och genom att delta i myndighetsbeslut borga för en mer rättssäker hantering. Inte bara i ett enskilt fall utan för flera. Och inte minst när det gäller människor som själva har svårt att föra sin talan. Lekmannamedverkan ger också medborgarna insyn och inblick i beslutsprocessen och därmed legitimitet och betalningsvilja till en allmän och generell socialförsäkring.

Socialförsäkringsnämnderna hade brister och deras funktion kritiserades emellanåt starkt av funktionshindersrörelsen. Som instrument för en stärkt rättssäkerhet, tjänade de ändå sitt syfte. Den så kallade ANSA-utredningen presenterade i sin slutrapport såväl fördelar som nackdelar med dåvarande socialförsäkringsnämnder.⁶ Handikappförbunden delar utredningens slutsatser om att förtroendemännen är i beroendeställning gentemot föredragande tjänsteman. Ordningen ställer höga, ibland orimliga, krav på förberedelse för ledamöterna. Likaså instämmer Handikappförbunden i bilden av att endast ett fåtal ärenden blir föremål för närmare överväganden, medan övriga i huvudsak expedieras. Detta kan vara den enskilt viktigaste förklaringen till den låga statistiken för ändrade beslut i nämnderna. Även de fördelar som lyfts fram i utredningen, stämmer med den bild Handikappförbunden har. Det finns en kvalitativ vinst i att handläggande tjänsteman måste föredra sitt ärende för en grupp lekmän, och på ett positivt sätt tvingas vara formell och saklig vid föredragningen. I utredningen lyfts också nämndens betydelse för beslutens legitimitet. En socialförsäkringsnämnd kan fungera som en återhållande kraft då det finns tryck på myndigheten att ”producera” beslut med risk för konsekvenser på rättssäkerheten.

2.4 Individens måste ges kraftigare verktyg att hävda sin rätt

Det är inte försvarbart att en människa har en så svag rättslig ställning i beslut som rör socialförsäkringen som i dag. Myndighetsbeslut inom socialförsäkringens område påverkar på ett grundlägg-

⁶ SOU 2003:106.

ande sätt en människas förutsättningar att leva ett gott liv. Den enskildes rättsliga ställning i socialförsäkringsbeslut borde därför vara minst lika starkt som i andra rättsliga sammanhang.

Möjligheten att föra sin egen talan är inte bara viktig ur ett rätts-säkert perspektiv. Den politiska ambitionen av en förstärkt arbetslinje gagnas i allra högsta grad av att människans egna drivkrafter förstärks. Alla vill uppnå högsta möjliga grad av hälsa och därmed bästa möjliga arbetsförmåga. Att som medborgare ha en svag rättslig ställning gentemot de myndighetsbeslut som är mest avgörande för den fortsatta livsföringen, motverkar effektivt de drivkrafterna.

3 Socialförsäkringen och rehabilitering

3.1 Rehabiliteringen har inte fungerat på två decennier

En fungerande rehabilitering och habilitering är den enskilt viktigaste faktorn för att få socialförsäkringen hållbar och arbetslinjen att fungera. 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 åstad-

komma 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.¹

Handikappförbunden menar att den politiska diskussionen under alla år uteslutande rört kostnadsansvaret för rehabiliteringen och för den enskildes försörjning under sjukskrivningen. Många har vittnat om upplevelsen av att befinna sig i ett "Svarte Petter-spel", där kostnadsansvaret har bollats mellan olika aktörer. Under tiden har de kvalitativa rehabiliteringsinsatserna uteblivit. Det har därmed inte utvecklats evidensbaserade metoder för att stärka och utveckla kvalitén i själva rehabiliteringsinsatserna.

Handikappförbundens utgångspunkt är att den enskilde arbetsgivaren inte kan krävas på ett för stort ansvar, varken ekonomiskt eller kompetensmässigt för de anställdas rehabilitering. Ett för omfattande ansvar leder definitivt till att trösklarna till arbete för personer med funktionsnedsättning höjs. Arbetsgivaren och den enskilda arbetsplatsen måste naturligtvis vara nyckelaktörer i en fungerande rehabilitering och det förebyggande arbetet. Men den enskilde arbetsgivaren bör inte ta hela kostnadsansvaret och inte heller stå för den specialiserade rehabiliteringskompetensen.

Utöver frågan om kostnadsansvar, måste andra avgörande frågor lösas för att på nytt bygga upp en fungerande rehabilitering i Sverige: Vilka instanser ska stå för de egentliga rehabiliterande insatserna, och hur ska dessa följas upp och kvalitetssäkras? Ska Försäkringskassan ha ett fortsatt ansvar för samordningen eller ska det ansvaret föras över på någon annan aktör? Hur kan arbetsgivaren och den enskilda arbetsplatsen ges en aktiv roll i rehabiliteringen? Hur ska hälso- och sjukvården förmås att leverera avgörande medicinsk behandling i tidigt skede? Vilka redskap står till buds för den enskilde att själv styra och bestämma över sin rehabilitering?

Handikappförbunden har i detta skede inga heltäckande förslag på de här avgörande frågeställningarna. I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i artikel 26 om habilitering och rehabilitering framgår det bland annat att "konventions-

¹ SOU 2010:58.

staterna ska organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd”.²

Handikappförbunden konstaterar i funktionshindersrörelsens alternativrapport från 2011 att Sverige inte lever upp till sina åtaganden.³ I rapporten rekommenderas den svenska staten att säkerställa att alla får nödvändig habilitering och rehabilitering oavsett var i landet man bor och oberoende av funktionsnedsättning, ålder och kön. Likaså att nationella regelverk för habilitering och rehabilitering inrättas.

3.2 Införandet av rehabiliteringskedjan har skapat nya problem

Genom införandet av rehabiliteringskedjan, med strikta administrativa tidsgränser för rätt till ersättning, har nya problem skapats. Den goda ambitionen att förbättra möjligheterna för fler att komma i arbete – även i den mån positiva resultat delvis uppnåtts – har överskuggats av den långt allvarigare konsekvensen att människor som är sjuka förlorat sin försörjning. Det är ett misstag att börja reformeringen av 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.

Personskadeförbundet RTP, som organiserar trafik- olycksfalls- och polioskadade, har för tredje året i rad genomfört en stor enkätundersökning bland sina medlemmar. Syftet med undersökningarna är att utvärdera hur rehabiliteringskedjan påverkar deras situation. Resultatet visar att många lever med mycket små ekonomiska marginaler och en majoritet är oroad för den framtida ekonomiska situationen. Den större delen av de som svarat på enkäten har inte fått någon som helst rehabiliterande insats under det senaste året. Försäkringskassan upplevs av flera mer som en kontrollinstans än som samordnare i en rehabiliteringsprocess. ”Våra medlemmars starka ordval i enkäten är från människor som är väldigt hårt pressade. De känner att skyddsnetet är borta och att de närmar sig ett fritt fall.

² Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning antogs av Sverige 2008.

³ Svenska funktionshindersrörelsens alternativrapport till FN:s kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2011).

Det handlar om en stark osäkerhetskänsla, och ett rop på hjälp. Och det är ovärdigt ett land som Sverige”, är förbundsordförande Pelle Kölhed slutsats.⁴

Handikappförbundens envisa och återkommande krav är att stora delar av rehabiliteringskedjan rivs upp till dess att en långsiktigt hållbar reform av rehabiliteringen genomförs.

3.3 Handikappförbundens syn på rehabilitering och habilitering

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 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 utifrån samhällets organisering. Det är skarpa skiljelinjer mellan medicinsk rehabilitering, arbetslivsriktad 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 den danska systerorganisationens definition av rehabilitering. Definitionen har utarbetats i samarbete med de olika professionerna inom rehabilite-

⁴ Personskadeförbundet RTP (2010).

ringsområdet och fastställdes i *Vitbok om Rehabilitering*⁵ som lanse-
rades 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.

3.4 Privata försäkringslösningar utestänger

Genom det lagstadgade trygghetssystem som socialförsäkringen är, ska alla människor garanteras ett grundläggande ekonomiskt skydd oberoende av hälsotillstånd. Men grundtanken att sjukdom inte ska leda till fattigdom håller på att urholkas. Socialförsäkringen har i dag en alltför låg ersättningsnivå som dessutom minskar ju längre man är i behov av den. I de allra flesta fall leder en längre sjukdom eller en allvarlig olycka till betydande inkomstbortfall och 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.

Allt fler tecknar privata försäkringar. Ökningen gäller försäkringar som ger skydd vid exempelvis sjukdom, arbetslöshet och olyckor. Fyra av tio förvärvsarbetande har i dag en privat sjukförsäkring, enligt en rapport från Folksam.⁶ Andelen intervjuade i rapporten som tycker att ersättningen vid sjukdom är tillräcklig, har också minskat från 54 till 39 procent mellan åren 2008 och 2010.

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 arbetsoförmåga blivit allt vanligare har för-

⁵ Danske Handicaporganisationer (2010).

⁶ Svärdman, H (2010).

säkringsbolagen 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. Den bygger bland annat på enkätsvar från 32 av Handikappförbundens då 40 medlemsförbund och från 13 försäkringsbolag.⁷ Av rapporten framgår att hela 87 procent av de förbund som svarade på enkäten har erfarenhet av att medlemmar, på grund av sitt eller sina funktionsnedsättningar, haft problem när det gäller privata personförsäkringar. Det vanligaste problemet (57 procent) är 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. I stället måste ersättningsnivåerna höjas i den generella försäkringen så att alla kan omfattas av ett fullgott skydd.

Många avtalsförsäkringar, privata sjukförsäkringar och 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.

3.5 Särskilda skäl i sjukförsäkringen

I den allmänna sjukförsäkringen är det den försäkrades arbetsförmåga som är försäkrad. Den ska ge en tryggad försörjning när arbetsförmågan är begränsad på grund av sjukdom eller skada. Enligt re-

⁷ Fagerberg, S *et al.* (2001), s. 104–108. Sammanfattning av rapporten medföljer som bilaga 3.

habiliteringskedjan ska en person som varit sjukskriven mer än sex månader prövas mot den reguljära arbetsmarknaden.

I nuvarande lagtext finns ett undantag. I lag (1961:381) om allmän försäkring 27 kapitlet 48 § framgår:

... om det inte finns särskilda skäl mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt.

Undantaget gäller människor som har ett arbete och som kan förväntas återgå till det ordinarie arbetet inom ett år. Det gäller också dem som lider av en allvarlig sjukdom. Undantaget har hittills använts i en mycket begränsad omfattning.

I tidigare lagtext, lag (1961:281) om allmän försäkring, 7 kapitlet 1 § definierades undantaget:

Om det finns särskilda skäl för det får vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder samt bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter.

Lagtexten öppnade då upp för att andra omständigheter än rent medicinska faktorer kunde vägas in när arbetsförmåga skulle bedömas.

Det finns ett relativt stort antal människor med funktionsnedsättning som har starka skäl att inte behöva prövas mot en geografiskt stor arbetsmarknad. Det kan handla om personer som i dag har ett stort behov av stöd från anhöriga, vilket skulle gå förlorat om de måste flytta från orten. Det kan handla om svårigheter med ny bostadsanpassning eller om att tvingas byta personliga assistenter. Det kan också handla om betydande svårigheter att pendla långa sträckor. Sammantaget är det faktorer som indirekt påverkar individens arbetsförmåga, livskvalité och möjlighet att leva ett bra liv.

För kvinnor och män med funktionsnedsättning är det lika önskvärt som för kvinnor och män utan funktionsnedsättning att kunna arbeta hundra procent av sin förmåga. För att säkerställa och bedöma den förmågan kan det vara nödvändigt att väga in även andra kriterier än de rent medicinska. Handikappförbunden menar att möjligheten till en större individuell prövning ska återinföras helt i likhet med tidigare lagstiftning.

3.6 Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

För att sjukförsäkringen verkligen ska ge en ekonomisk trygghet, är det motiverat att se över modellen för fastställande av den sjukpenninggrundande inkomsten, så att det är den inkomst individen förlorar som faktiskt ersätts. SGI kan kompletteras med tilläggsförsäkringar, men sådana riskerar att utestänga personer med svag förankring på arbetsmarknaden.

En historisk beräkning av SGI grundar sig på den försäkrades tidigare inkomster. Att införa en historisk beräkning kan vara ekonomiskt fördömande 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 inläsnings 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 eventuellt system med 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 översyn.

Den sjukpenninggrundande inkomsten, som ligger till grund för sjukpenningen, har i dag fasta nivåer på en fjärdedel, en halv, tre fjärdedelar och hel sjukpenning. Nivåerna bör i stället anpassas till den enskildes individuella arbetsförmåga med en procentuell ersättning i förhållande till den faktiska arbetsförmågan. Även om det medför ändringar i administrationen, skulle det ha ett stort värde om arbetsförmågebedömningen, och därmed sjukpenningen, kunde göras i en helt fri skala från 1 till 99 procent. I bedömningen ska också större hänsyn tas till att arbetsförmågan för många människor kan variera kraftigt över tid till följd av den sjukdom eller funktionsnedsättning man har.

3.7 Återinför tidsbegränsad sjukersättning

I juli 2008 beslutades att ersättningsformen ”tidsbegränsad sjukersättning” (före 2001 kallat sjukbidrag) inte längre ska beviljas. Till år 2012 kommer ingen längre erhålla den typen av ersättning. När regeringen i mars 2008 föreslog förändringen redovisades att i juni 2007 hade 93 000 personer tidsbegränsad sjukersättning. Det huvudsakliga argumentet, för borttagandet av ersättningsformen, var att förstärka arbetslinjen. Likaså att övergången från tidsbegränsad sjukersättning mycket sällan var till arbete, utan oftare till varaktig sjukersättning. Vid omprövningen av den tidsbegränsade sjukersättningen, beviljades oftast en ny ersättningsperiod med samma ersättning.⁸

Syftet med den tidsbegränsade sjukersättningen (liksom det tidigare sjukbidraget) var att människor med allvarlig ohälsa som inte bedömdes kunna arbeta på minst ett års tid, men inte med säkerhet hade en varaktigt nedsatt arbetsförmåga, skulle beviljas tidsbegränsad sjukersättning. Personer som bedömdes ha en varaktigt nedsatt arbetsförmåga beviljades inte tidsbegränsad sjukersättning. Handikappförbunden menar att behovet av den typen av ersättningsform fortfarande finns. Inte minst för människor med psykiska diagnoser.

Vid många allvarliga sjukdomar som inte är direkt livshotande, men som innebär en i grunden förändrad tillvaro för den som drabbas, vittnar många om behovet av att få återhämta sig och bygga upp en ny livstillvaro. Stressen av att riskera att förlora sin försörjning förvärrar sjukdomsläget och försvårar tillfrisknandet. För att överhuvudtaget kunna förstärka och bygga upp en arbetsförmåga och koncentrera sig på framtiden, är det många andra pusselbitar i livsföringen som måste falla på plats. Den som efter ett års sjukskrivning inte är mogen att möta arbetslivet, och heller inte har en livshotande sjukdom som ger rätt till förlängd sjukskrivning, kan i dag bara hänvisas till den varaktiga sjukersättningen. För personer som är i en ålder med många år kvar till ålderspension, blir den varaktiga sjukersättningen ett definitivt steg bort från arbetslinjen.

⁸ Prop. 2007/08:136.

I dag krävs av en läkare att kunna ta ställning till ifall en patient bedöms återfå sin arbetsförmåga inom ett år, alternativt att patienten har en varaktigt (livslång) nedsatt arbetsförmåga. Det skapar en mycket svår situation för de läkare som ska göra bedömningen. Dagens Medicin⁹ formulerade problemet:

... det finns en hel del människor som inte är så friska att de kan börja arbeta efter ett halvårs sjukskrivning, men å andra sidan inte så sjuka att de aldrig kan börja arbeta före pension. Många av de här patienterna finns inom psykiatrin.

... Läkaren måste antingen mot sitt bättre vetande intyga att patienten kommer att vara så sjuk att hon eller han inte kan arbeta före pension eller, också mot bättre vetande, säga att patienten ska stå till arbetsmarknadens förfogande.

... Det vore mycket bättre att återinföra möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning. Det ger läkare, annan behandlande personal och patienten en möjlighet att sätta upp ett mål om att patienten ska vara tillbaka i arbete efter till exempel tre år. Det ger patienten bra motiv till att delta i den behandling som erbjuds och det ger vården ett tydligt mål att arbeta mot.

3.8 Olika åldersgränser för olika insatser

Att upprätthålla ett fungerande yrkesliv förutsätter ibland en kedja av insatser som var för sig utgör en förutsättning för att kunna arbeta. I dag finns möjligheten att arbeta till 67 års ålder och det pågår en diskussion om att i framtiden öppna för människor att vara yrkesverksamma i ännu högre åldrar. De stödsystem som möjliggör för personer med funktionsnedsättning att arbeta måste följa med i denna utveckling.

Arbetsmarknadspolitiska insatser som hjälpmedel, arbetsbiträde, teckenspråkstolk, lönebidrag med mera måste ha samma åldersregler som är gällande för arbetslivet i övrigt. Även andra stödstrukturer som inte ligger explicit inom arbetsmarknadens område, men som ändå bidrar till att stödja individens yrkesverksamhet, behöver också följa samma utveckling. Handikappersättning, bilstöd, färdtjänst, rehabilitering, personlig assistans är insatser som skulle kunna förlänga yrkeslivet för dem som vill och kan arbeta efter uppnådd 65-års ålder.

Arbetslinjen är utgångspunkten i översynen av socialförsäkringarna. Det måste bli möjligt även för kvinnor och män med funk-

⁹ Nestius, M (2009).

tionsnedsättningar att kunna arbeta efter 65-års ålder. En genomlysning behöver därför göras så att åldersgränserna i olika stödsystem möjliggör detta.

3.9 Att ha flera diagnoser samtidigt

I den strävan som finns att göra sjukskrivningsprocessen effektiv sätts ett starkt fokus på en människas huvudsakliga sjukdomsdiagnos. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är diagnosbaserat och i de politiska underlagen, som ligger till grund för Försäkringskassans uttolkning av tillämpningen av sjukförsäkringen, finns en stark diagnosorientering.

I sjukförsäkringen är det varje människas arbetsförmåga som bedöms. Den riskerar att sättas åt sidan när verktyg och riktlinjer för bedömning får ett för starkt fokus på diagnoser. Tydligast blir problemen för människor som har flera diagnoser samtidigt. Varje enskild diagnos kan ha en lindrig inverkan på arbetsförmågan, men sammantaget kan det tvärtom däremot ge en stor begränsning. Människor med mycket omfattande funktionsnedsättningar och multipla diagnoser får inte plats i ett diagnosbaserat bedömnings-system.

FUB – För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, belyser begreppet *Flerhandikapp* så här:

Den som har en kombination av flera handikapp som ger mera omfattande problem och behov är flerhandikappad. Det är inte fråga om att addera två eller flera handikapp, utan det är en multiplikation av bekymmer. När de olika handikappen står i ett omedelbart negativt förhållande till varandra, så är personen flerhandikappad.¹⁰

Definitionsfrågan har följt med genom åren och påverkar självklart bedömningen av hur många barn och vuxna som har flera och omfattande funktionsnedsättningar. Utredning efter utredning har bekant sina svårigheter att ta fram säkra statistiska underlag. Vid tiden för citatet ovan skattades antalet personer med ”flerhandikapp” (oavsett omfattning) i Sverige till 15 000, varav drygt hälften antogs ha en utvecklingsstörning. Motsvarande definitionssvårigheter hade 1989 års Handikapputredning (som förberedde lagen om stöd och

¹⁰ Definition här hämtad från Omsorgskommitténs delbetänkande: Vissa frågor rörande flerhandikappade, SOU 1980:16.

service till vissa funktionshindrade, LSS), vid beräkningar av behoven av olika insatser.¹¹

Diagnosbaserade riktlinjer och verktyg vid bedömning av arbetsförmåga eller rätten till sjukersättning, är alltid lättare att hantera än en komplex individuell situation. Strävan efter likvärdighet och rätts-säkerhet inom sjukförsäkringens administration får inte leda till att bedömningsinstrumenten blir för trubbiga. Det finns många exempel på hur diagnosbaserade bedömningar slår fel.

I den statliga utredningen *Brist på brådska* som utvärderat aktivitetsersättningen för unga, konstateras problematiken med diagnosorienteringen vid bedömningen av vilka som har rätt till ersättning:

Tidigare utredningar av rätten till försörjning via socialförsäkringen för unga personer med funktionsnedsättning (SOU 1998:106; Ds 2000:40) har inte närmare specificerat de typer av diagnoser eller funktionsnedsättningar som ska ge rätt till ersättning. Det finns flera goda skäl till att inte vilja göra det. Man motverkar att vissa grupper ”förtidspensioneras” endast på grund av förekomsten av en viss sjukdom eller skada. Många gånger är det högst individuellt vilka konsekvenser en viss sjukdom eller skada får. Diagnos i sig kan därför vara en dålig indikator på arbetsoförmåga. Vidare innebär utvecklingen av såväl diagnostiska metoder som behandlingar att listor över ersättningsberättigade tillstånd snabbt blir föråldrade.

En positiv aspekt av att inte närmare definiera vilka tillstånd som ska ge rätt till en viss ersättning är att det motverkar stigmatisering och fördomar kring sådana grupper. Om vissa tillstånd per automatik anses göra människor arbetsoförmögna lär det blir svårt för enskilda med en sådan diagnos att få pröva sina förmågor. Det är också svårt att göra en knivskarp gräns mellan vilka tillstånd som bör ge rätt till ersättning och vilka som inte bör göra det. Ett problem som särskilt komplicerar den frågan är att ett visst tillstånd kan påverkas markant av förekomsten av en ytterligare funktionsnedsättning. Kombinationen av två till synes lätta funktionsnedsättningar kan sammantaget ge en mycket komplex problematik.

Att i lagstiftning klart ange vilka sjukdomar, skador eller funktionsnedsättningar som ger rätt till en viss ersättning är av de skäl som angetts ovan inte lämpligt.¹²

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, som ska ligga till grund för Försäkringskassans beslut, undantar multipla diagnoser (samsjuklighet) från sina rekommendationer:

¹¹ Borgström, E *et al.* (2010).

¹² SOU 2008:102.

De specifika rekommendationerna är skrivna utifrån en tänkt situation där patienten endast har en, väldefinierad, diagnos. I den verklighet som läkarkåren möter, är samsjuklighet och svårigheter att sortera olika typer av symtom i tydligt avgränsade diagnoser, vanliga. Individer söker exempelvis ofta vård för symptom som kan härledas till olika diagnoser. I sådana fall ska sjukskrivningsbedömningar göras på grundval av den diagnos som bedöms påverka funktionstillståndet mest. Om läkaren bedömer att samsjuklighet förvärrar nedsättningen ska läkaren anföra detta som argument för avsteg från rekommendationen. Om samsjuklighet leder till ett tillstånd där det är svårt eller irrelevant att utse någon huvuddiagnos ska detta anges i det medicinska underlaget (läkarintyget).¹³

Socialstyrelsen konstaterar också i sin uppföljning att ”beslutsstödet anses svårt att använda när sjukfall blir långa, komplicerade och innefattar samsjuklighet”.¹⁴

I definitionen av begreppet allvarlig sjukdom, som Socialstyrelsen år 2010 förtydligar, betonar man den individuella bedömningen:

Avgränsning - Vad som i det individuella fallet kan uppfattas som allvarligt beror av olika faktorer. Samsjuklighet – en samtidig förekomst av olika sjukdomar, skador eller symtom – kan vara en sådan faktor. Individer drabbas olika på grund av ålder, kropps-konstitution, livsstil etc.¹⁵

Försäkringskassan har utvärderat de fall där de rekommenderade sjukskrivningstiderna i beslutsstödet överskridits. Samsjuklighet är en av orsakerna, speciellt inom diagnosgruppen psykiska sjukdomar:

I de fall den rekommenderade sjukskrivningstiden i beslutsstödet överskrids, är den vanligaste orsaken till detta att medicinska komplikationer eller andra sjukdomstillstånd uppkommer och att sjukdomen inte följer förväntat förlopp. Orsakerna varierar något mellan olika sjukdomsgrupper t.ex. inom diagnosgruppen psykiska sjukdomar och syndrom är samsjuklighet den enskilt mest vanligt förekommande orsaken.¹⁶

3.10 Myndigheternas samordning brister

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. Inom den samhälls-

¹³ Socialstyrelsen (2007).

¹⁴ Socialstyrelsen (2010a).

¹⁵ Socialstyrelsen (2010b).

¹⁶ Försäkringskassan (2011).

sektor som ska utgöra stöd till arbete när man lever med en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom, finns uppenbara problem med samordning, olika definitioner med mera. Sammantaget motverkar det arbetslinjen.

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. Handikappförbundens uppfattning är att även Sverige förr eller senare kommer behöva genomföra liknande rationaliseringar. Många av förbundens medlemmar kan vittna om hur bristande samordning mellan olika myndigheter leder till stora svårigheter för den enskilde. Epilepsiförbundet konstaterar exempelvis:

Rädsla för och okunskap om personer med epilepsi på arbetsplatser och samhället i stort, leder till arbetslöshet och att många personer med epilepsi arbetar under sin kompetensnivå. Det är inte bara önskan att göra nytta som blockeras, den uteblivna arbetsgemenskapen får också sociala konsekvenser. Epilepsin påverkar i olika grad personens stress-tålighet och kognitiva förmågor. Arbetsförmedlingen har därför en viktig roll att lotsa arbetslösa personer med epilepsi in på arbetsmarknaden och vid behov hitta anpassade lösningar. Kunskapen om personer med epilepsi hos både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan bedömdes av grupperna som låg. Hälso- och sjukvården kan bidra med information och stöd till både myndigheterna och arbetsgivare eller potentiella arbetsgivare.¹⁷

FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, har i en illustrativ skiss visat hur behovet av myndighetskontakter ser ut i olika åldrar av livet. Exemplet gäller en pojke med flerhandikapp som vid sju års ålder har ca nio myndighetskontakter för att få vardagen att fungera. Vid 17 års ålder hade antalet kontakter stigit till elva, vid 27 års ålder hade han hela 22 olika myndighetskontakter.¹⁸

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 medborgarnyttan som delvis präglar idén om ”One Stop Shop”, har inte fått genomslag alls i Sverige.

¹⁷ Epilepsiförbundet (2009).

¹⁸ Borgström, E *et al.* (2010).

Sveriges kommuner och landsting, SKL, drar i en rapport från 2007 liknande slutsatser.¹⁹ 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.

SKL påpekar att argumenten för samverkan är väl kända, att de minskar rundgång och dubbelarbete, är kostnadsbesparande och för enskilda individer lönar det sig ekonomiskt och hälsomässigt med aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser.

Ett stort antal samverkansprojekt har ägt rum med varierande erfarenheter och resultat. Exempelvis är det tveksamt om projekten har resulterat i lägre kostnader eller ökad samhällsekonomisk effektivitet. I de fall positiva resultat och förändringar uppnåtts har dessa varit svåra att direkt koppla till försöken. I rapporten konstateras att utvärderingar av effekterna av samverkan för de enskilda individerna i stort sett saknas helt. Likaså att samordningen inte är synlig för den enskilde medborgaren.

SKL analyserar 2008 vidare de negativa effekterna av olika huvudmän som ansvarar för individens rehabilitering i olika led.²⁰ I analysen lyfter SKL fram problemet för framförallt de människor som har behov av stöd från flera aktörer samtidigt och som har ”komplicerade och diffusa försörjningsbehov”. Dessa behov finns inte under endast en myndighets ansvarsområde. Samordning och samverkan brister, och resurser utnyttjas ineffektivt, ur både individens och samhällets perspektiv. Väntetider uppstår och dubbelarbete utförs, och i sämsta fall riskerar individer att deras behov överhuvudtaget inte tillgodoses. SKL belyser också de negativa effekter som uppstår då en individ kan mötas av motsägelsefulla besked från de olika sektorerna.

Handikappförbunden stöder SKL:s konkreta förslag om att snarast initiera försöksverksamheter, där inblandade myndigheter och aktörer samlas i en organisation.²¹

¹⁹ SKL (2007).

²⁰ SKL (2008).

²¹ SKL (2010).

4 Arbetslivet och arbetslöshetsförsäkringen

4.1 Att hushålla med arbetskraften

Arbetsmarknaden har alltid haft svårt att på egen hand ta tillvara allas arbetsförmåga. I synnerhet de vars arbetsförmåga av någon anledning är nedsatt eller begränsad.

Samhällsekonomiskt är det en dålig hushållning av de arbetskraftsresurser som finns att stänga ute delar av befolkningen från arbetslivet. I andra delar av världen har man på politisk väg försökt styra detta med lite olika utgångspunkter. Många länder har byggt sin arbetsmarknadspolitik på kvoteringsystem. Det innebär att arbetsplatser med ett visst antal anställda också enligt lag måste anställa en andel personer med nedsatt arbetsförmåga. Ofta är detta kopplat till ett vite, den arbetsgivare som inte uppfyller lagen betalar olika grad av böter som i regel finansierar arbetslivsinriktad rehabilitering eller anpassningsåtgärder inom hela arbetsmarknaden.

Andra länder har byggt sin arbetsmarknadspolitik på en strikt antidiskrimineringslagstiftning. Skyldigheten för arbetsgivare att organisera arbetet på ett sätt som är tillgängligt för personer med funktionsnedsättning i form av anpassade arbetsplatser, fungerande hjälpmedel och så vidare är starkare reglerat och utkrävbart av den enskilde som söker eller innehar ett arbete.

Den svenska modellen, som också tillämpas i flera andra länder, bygger på frivillighet och kompensatoriska insatser. Det är helt oreglerat upp till den enskilda arbetsgivaren att besluta vem som anställs, men olika arbetsmarknadspolitiska program syftar till att kompensera för de anställda som har nedsatt arbetsförmåga.

Vid de internationella jämförelser som gjorts av de i grunden olika politiska systemen, har utfallet inte kunnat visa på entydiga fram-

gångsfaktorer för endera system.¹ Det senaste decenniets internationella trender har ändå varit en utvecklad antidiskrimineringslagstiftning i många länder. Flera av de länder som tillämpar samma modell som Sverige, bland andra Danmark och Norge, har också genomfört stora förändringar i samhällsorganisationen för att effektivisera de arbetsmarknadspolitiska insatserna.

Handikappförbunden stöder i grunden den modell som är utgångspunkten för den svenska arbetsmarknadspolitiken. Utfallet, antal personer med funktionsnedsättning som faktiskt arbetar, anser vi ändå vara för klen och med en utveckling åt fel håll. För att modellen ska kunna försvaras måste dock Sverige komma ikapp den internationella utvecklingen och införa en betydligt starkare antidiskrimineringslagstiftning. Effektiviteten i de arbetsmarknadspolitiska stöden måste också höjas betydligt.

4.2 Arbetslivets villkor

Som medborgare har varje människa en rad rättigheter, men också en rad skyldigheter. En av skyldigheterna är att utifrån förmåga vara med och bidra till samhällsutvecklingen och den gemensamma välfärden. För många kvinnor och män med funktionsnedsättning förutsätter det i grunden förändrade villkor på arbetsmarknaden.

Arbetslivets villkor måste utvecklas till att i mycket högre grad bli mer flexibelt och i mycket större utsträckning bygga på den enskildes individuella förutsättningar.

De anpassningar som i första hand efterfrågas bland människor med nedsatt arbetsförmåga är organisatoriska, såsom anpassade arbetstider, anpassat arbetstempo eller anpassade arbetsuppgifter.²

Utvecklingen har under de senaste två decennierna snarast varit den motsatta. De effektiviseringar som gjordes inom såväl privat som offentlig sektor i början av 1990-talet ledde till högre produktivitet, men till priset av att många slogs ut från arbetslivet. De som finns kvar har fått en högre arbetsbelastning och därmed en ökad risk för ohälsa.

Handikappförbundens intryck är att det i dagens arbetsliv finns en lägre förståelse och acceptans för personer med nedsatt arbetsförmåga jämfört med tiden före 1990-talet.

¹ Marin, B *et al.* (2004).

² SCB och Arbetsförmedlingen (2009).

Epilepsiförbundet beskriver exempelvis att det i arbetslivet förekommer att epilepsidiagnosen felaktigt används som ett argument för omplacering och friställning, trots att personen skulle kunna fortsätta med sina arbetsuppgifter utan kompletterande åtgärd. Förbundet menar att denna typ av åtgärder ofta grundar sig på okunskap och fördomar.³

En enkät som fackförbundet IF Metall nyligen gjort till de största industriföretagen visar att i hälften av företagen har personer blivit uppsagda på grund av sjukdom.⁴ I nästan hälften av företagen har personer själva sagt upp sig i samband med sjukdom och i mer än en tredjedel av företagen fanns före detta långtidssjuka som arbetar deltid på egen bekostnad då de inte längre får ersättning från Försäkringskassan. Samstämmiga kommentarer, från de fackliga företrädarna, är att i den slimmade organisationen finns det inte utrymme för ”lättare” eller ”lugnare” arbeten.

Diskriminering inom arbetslivet är tämligen vanligt förekommande bland personer med funktionsnedsättning. Bland personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga, som har ett arbete, har drygt var femte person (21,8 procent) under den senaste femårsperioden blivit utsatt för någon form av diskriminering på grund av sin funktionsnedsättning.⁵

Den svenska diskrimineringslagstiftningen har till stor del utvecklats som en följd av olika EU-direktiv. Handikappförbunden anser att skyddet mot diskriminering av personer med funktionsnedsättning fortfarande är för svagt i Sverige. Det råder i vissa avseenden ett svagare skydd än för andra diskrimineringsgrunder. Framförallt har Sverige ännu inte gjort det straffbart att inte vidta skäligen åtgärder mot bristande tillgänglighet. Det innebär att samhällsutvecklingen inte styrs utifrån en inkluderande utgångspunkt, där alla medborgare räknas med vid utformningen av olika verksamheter. Detta påverkar i allra högsta grad också arbetslivet, som i samma utsträckning som samhället i övrigt är otillgängligt.

Handikappförbunden menar också att kunskapen och medvetenheten om diskriminering som ett strukturellt samhällsproblem fortfarande är låg i Sverige. Ett tydligt exempel på detta är utslaget i Arbetsdomstolen (AD) som slog fast att det inte var diskriminering när Försäkringskassan nekade en kvinna med synnedsättning arbete som utredare. Vid anställningsintervjun förklarade hon vilka

³ Epilepsiförbundet (2010).

⁴ Holke, D *et al.* (2010).

⁵ SCB och Arbetsförmedlingen (2009).

hjälpmedel som finns och hur svårigheter kan avhjälpas. Hon fick inte tjänsten trots att hon uppfyllde alla kompetenskrav och hade goda referenser. Försäkringskassan ansåg att det interna dataprogrammet inte gick att använda med en punktskriftsanpassning. AD ansåg att Försäkringskassan inte hade skyldighet att anpassa datorprogrammet, vilket var en förutsättning för att kvinnan skulle kunna klara arbetet som utredare.

4.3 Arbetsplatsens betydelse

Arbetsplatsen har en stor betydelse för en människas hälsa. En väl fungerande arbetssituation spelar en stor roll för hela livssituationen. Omvänt kan en dålig arbetssituation eller skadlig arbetsmiljö orsaka eller förvärra ohälsan. Oavsett om en sjukdom eller skada är direkt relaterad till arbetet, så spelar arbetsplatsen en central roll i möjligheterna att återkomma i aktivt arbete. Möjligheten att anpassa arbetet utifrån de individuella förutsättningarna är avgörande, liksom inställningen från ledning och arbetskollegor.

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivare en långtgående skyldighet att anpassa arbetet efter den anställdes individuella förutsättningar, även när dessa förändras som följd av sjukdom eller skada. Genom Arbetsmiljöverkets föreskrifter, om bland annat arbetsplatsens utformning, finns detaljerad vägledning om hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska organiseras.

Såväl arbetsmiljölagen som Arbetsmiljöverkets föreskrifter utgår i hög grad från de anställda som finns på en arbetsplats. De har mindre fokus på att utveckla arbetsplatsen för dem som ska in i arbetslivet. Det generella och förebyggande tillgänglighetsarbetet behöver därför förstärkas. En generellt bättre tillgänglighet för personer med funktionsnedsättningar skulle minska hindren för att anställa någon med en funktionsnedsättning. De individuella anpassningarna skulle inte behöva bli så omfattande. Likaså skulle det vara lättare att hantera att en redan anställd får en funktionsnedsättning. Utöver det skulle många verksamheter tjäna på en förbättrad tillgänglighet i form av ökade möjligheter till fler potentiella kunder, besökare, elever eller vilken målgrupp man än jobbar emot.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet har en fungerande infrastruktur som på ett enkelt sätt skulle kunna göra mycket för att förbättra den generella tillgängligheten på landets arbetsplatser. Genom föreskrifter från Arbetsmiljöverket och en systematisk uppföljning

genom de tusentals arbetsmiljöombud, som arbetar med detta förtroendeuppdrag, skulle arbetsplatser kunna utveckla tillgänglighetsplaner på samma sätt som man har arbetat med jämställdhetsplaner eller planer för hållbar miljö.

Även arbetet med den arbetslivsinriktade och arbetsplatsförlagda rehabiliteringen skulle kunna förstärkas med rätt stödstrukturer och resurser. Företagshälsovården spelade tidigare en viktig roll i det arbetet, liksom de anpassningsgrupper som tidigare fanns på många arbetsplatser. Den typen av arbetsplatsnära funktioner behöver återupprättas.

4.4 Arbetslöshetsförsäkringen måste vara tillgänglig för alla

Reformeringen av sjukförsäkringen innebär att arbetslinjen ska stärkas. För att säkerställa att alla individer under perioder av sjukdom, arbetslöshet eller oförmåga att försörja sig själva ska kunna erhålla en ekonomisk trygghet, behöver även arbetslöshetsförsäkringen reformeras så att den inte utestänger vissa grupper.

Alla som står till arbetsmarknadens förfogande ska ha en rimlig möjlighet att ansluta sig till arbetslöshetsförsäkringen. Det innebär att både grundvillkoret och arbetsvillkoret i försäkringen måste ändras.

I dag är ett av grundvillkoren i arbetslöshetsförsäkringen att den arbetssökande ska vara beredd att anta ett arbete på minst tre timmar varje arbetsdag och i genomsnitt minst 17 timmar i veckan. Det innebär att de som enbart har en arbetsförmåga som motsvarar 25 procent (eller mindre) på grund av en funktionsnedsättning, inte kvalificerar sig till arbetslöshetsförsäkringen.

Om det efter noggrann prövning konstateras att en person till exempel har 25 procents arbetsförmåga men inte kan få arbete inom en snar framtid, måste övriga försäkringssystem vara anpassade så att de är möjliga att ansluta sig till. Vid arbetsförmågebedömning görs i dag en uppskattning ifall arbetsförmågan är nedsatt med 25, 50 eller 75 procent. Utifrån den bedömningen förutsätts den nedsatta arbetsförmågan vara konstant över tid. Ersättningar från socialförsäkringen bygger på samma fasta procentsatser.

För att uppfylla ett arbetsvillkor ska den som är arbetslös dessutom, under de senaste tolv månaderna före arbetslösheten, ha förvärvsarbetat sex kalendermånader med minst 80 timmar per månad. En alternativ regel innebär att personen ska ha arbetat minst 480 tim-

mar under en sammanhängande period om sex månader med minst 50 timmar per månad. Trots alternativ så innebär arbetsvillkoren att många människor med en nedsatt arbetsförmåga utestängs från möjligheten att ansluta sig till arbetslöshetsförsäkringen.

Handikappförbunden anser att följande villkor bör gälla för arbetslöshetsförsäkringen:

- Att personen står till arbetsmarknadens förfogande.
- Att individens arbetsförmåga prövas mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.
- Att en mer flexibel ersättning införs.
- Att personen är anmäld som helt eller delvis arbetslös och arbetsökande hos Arbetsförmedlingen.
- Att den som är arbetslös upprättar en handlingsplan tillsammans med Arbetsförmedlingen senast inom trettio dagar från det anmälan gjort som arbetsökande hos Arbetsförmedlingen.
- Att den som är arbetslös aktivt söker arbete.

Uppfyller den arbetslösa personen dessa villkor ska hon eller han vara kvalificerad att ansluta sig till arbetslöshetsförsäkringen. Efter sex månader (tolv månader) bör hon eller han berättigas grundersättning med samma procent som arbetsförmågan bedömts till. Kvalifikationstiden ska börja räknas från första anmälningsdagen hos Arbetsförmedlingen.

5 Handikappförbundens förslag

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har ett brett uppdrag att belysa ett flertal viktiga frågor inom både social- och arbetslöshetsförsäkringen. Utredningens alla delar är av stor betydelse för personer med funktionsnedsättningar, som i regel berörs på andra sätt än personer utan funktionsnedsättning. Handikappförbunden har valt att särskilt fokusera på socialförsäkringen och i synnerhet de frågeställningar som rör arbetsförmåga och sjukdom.

5.1 Stärk rättssäkerheten för den enskilde

Rättssäkerhet, transparens och förutsägbarhet är viktiga faktorer ur den enskildes synvinkel. Försäkringskassans och andra instansers beslut kan vara direkt livsavgörande. En människas rättsställning inom socialförsäkringen måste därför vara minst lika stark som i rättsituationer inom andra samhällsområden. Möjligheten att själva agera när olika insatser uteblir, dröjer eller håller för låg kvalitet, måste utvecklas och förstärkas. Offentliga myndigheter borde bevaka individens rätt till ersättning från trygghetssystemen och har enligt Förvaltningslagen en skyldighet att hänvisa till rätt myndighet. Detta sker inte idag. Den som inte orkar strida för sin rätt förlorar intjänade rättigheter. Människor med intellektuella eller kognitiva nedsättningar och psykisk ohälsa kan ha svårt att bevaka och ta tillvara sina rättigheter.

Människans egna drivkrafter att uppnå bästa möjliga hälsa, och därmed högsta potentiella arbetsförmåga, är den enskilt starkaste faktorn för en positiv utveckling.

Handikappförbunden vill se en kraftig utveckling av individens rättsställning inom socialförsäkringsområdet och föreslår följande konkreta åtgärder för att förbättra denna:

Myndighetsbeslut måste ha en ökad tydlighet i vilka överklagansmöjligheter det finns för den som besluten berör. För den enskilde ska det i varje steg av sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringskedjan göras tydligt vad planerade beslut får för konsekvenser. Olika alternativ och scenarion ska tydligt påvisas och fattade beslut måste åtföljas av en uttömmande och lättbegriplig information om hur dessa kan omprövas och överklagas.

Förslag: Öka tydligheten i överklagansmöjligheter.

Liksom gällande behandling inom hälso- och sjukvården, ska en människa ges rätt att inhämta en andra bedömning, en second opinion, av avgörande beslut inom socialförsäkringen. Det bör omfatta beslut om exempelvis arbetsförmågebedömning, rehabiliteringsinsatser med mera.

Förslag: Inför rätten till second opinion.

Alla de människor som är beroende av socialförsäkringen och genomgår en rad olika processer med flera inblandade aktörer, ska ha möjlighet att få sina intressen bevakade av en fristående ombudsman. Regelförändringarna har varit omfattande under några års tid och redan innan dess fanns påvisade brister i rättssäkerheten.

Förslag: Inrätta en ombudsman.

Beslutsprocesserna inom socialförsäkringens område ska återigen ställas under lekmannainflytande. Socialförsäkringsnämnderna var inte väl fungerande, därför behövs en annan konstruktion för inflytande där organisationsföreträdare ges en granskningsfunktion och möjlighet att delta i beslutsprocessen.

Förslag: Inför lekmanagranskning.

Rehabiliteringen har inte fungerat på två decennier. En fungerande rehabilitering och habilitering är den enskilt viktigaste faktorn för att få socialförsäkringen hållbar och arbetslinjen att fungera. 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.

Förslag: Den enskilde arbetsgivaren kan inte ta för stort kostnadsansvar. Bygg upp en sammanhållen, kvalitetsstyrd och livsinriktad rehabilitering.

Genom införandet av rehabiliteringskedjan, med strikta administrativa tidsgränser för rätten till ersättning, har nya problem skapats. Den goda ambitionen att förbättra möjligheterna för fler att komma i arbete – även i den mån positiva resultat delvis uppnåtts – har överskuggats av den långt allvarigare konsekvensen att människor som är sjuka förlorat sin försörjning. Det är ett historiskt politiskt misstag att börja reformeringen av 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.

Förslag: Riv upp rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Försäkringslösningar som är kopplade till arbetsmarknaden exkluderar dem som långvarigt eller livslångt står utanför arbetslivet. Privat finansierade försäkringar leder till ökade klyftor grundade på inkomst eller förmögenhet och har en minimal riskspridning. Personer med funktionsnedsättning kan med dagens regelsystem helt nekas att teckna privat försäkring. Även om dessa lösningar kan utgöra kompletterande skydd, måste den generella tryggheten i en gemensam socialförsäkring vara tillräckligt stark för att på bred basis skapa möjligheter till omställning och därmed förutsättningar för en fungerande arbetslinje. Allmänna och obligatoriska försäkringar har sina styrkor genom att de omfördelar över ett stort kollektiv med stor riskspridning. Så bör det vara även i framtiden.

Förslag: Så länge privata försäkringslösningar utgör ett komplement till den generella sjukförsäkringen, ska de vara tillgängliga för alla.

Det finns ett relativt stort antal människor med funktionsnedsättning som har starka skäl att inte behöva prövas mot en geografisk stor arbetsmarknad. Det kan handla om personer som i dag har ett stort behov av stöd från anhöriga, vilket skulle gå förlorat om de måste flytta från orten. För människor med funktionsnedsättning är det lika önskvärt som för människor utan funktionsnedsättning att kunna arbeta hundra procent av sin förmåga. För att säkerställa och bedöma den förmågan kan det vara nödvändigt att väga in även andra kriterier än de rent medicinska vid bedömningen av ”särskilda skäl” i lag (1962:281) om allmän försäkring.¹ Handikappförbunden menar att möjligheten till en större individuell prövning ska återinföras.

Förslag: Definiera och tydliggör ”Särskilda skäl” i sjukförsäkringen.

En historisk beräkning av sjukpenninggrundande inkomst (SGI) grundar sig på tidigare inkomster. Att införa en historisk beräkning kan vara ekonomiskt fördömande för den som lidit av längre tids ohälsa eller har periodvis återkommande ohälsa. Ett nyinsjuknande kan leda till lägre sjukpenning och i förlängningen därmed till mindre intjänade pensionsrättigheter. En sådan modell leder dessutom till inlåsnings effekter på arbetsmarknaden. Det kan försvåra för människor att byta arbete, karriär eller studera för att de inte vill riskera sin inkomstrygghet vid eventuellt kommande sjukdom.

Förslag: Behåll den skyddade SGI:n. En strikt historisk SGI avvisas. Ta bort de fasta nivåerna och inför procentuell ersättning inom sjukförsäkringen.

Vid många allvarliga sjukdomar som inte är direkt livshotande, men som innebär en i grunden förändrad tillvaro för den som drabbas, vittnar många om behovet av att få återhämta sig och bygga upp en ny livstillvaro. Stressen av att riskera att förlora sin försörjning förvärrar sjukdomsläget och försvårar tillfrisknandet. För att överhuvudtaget kunna förstärka och bygga upp en arbetsförmåga och koncentrera sig på en framtid är det många andra pusselbitar i livsföringen som måste falla på plats. Den som efter ett års sjukskriv-

¹ Lag (1962:281) om allmän försäkring, 27 kap, 48§.

ning inte är mogen att möta arbetslivet, och heller inte har en livshotande sjukdom som ger rätt till förlängd sjukskrivning, kan i dag bara hänvisas till den varaktiga sjukersättningen. För personer som är i en ålder med många år kvar till ålderspension blir därmed den varaktiga sjukersättningen ett definitivt steg från arbetslinjen.

Förslag: Återinför tidsbegränsad sjukersättning.

Arbetslinjen är utgångspunkten i översynen av socialförsäkringarna. Mot denna bakgrund måste det bli möjligt även för kvinnor och män med funktionsnedsättningar att kunna arbeta efter 65-års ålder. En genomlysning behöver därför göras så att åldersgränserna i olika stödssystem möjliggör detta.

Förslag: Harmonisera åldersgränserna.

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 absurd. Inom den samhällssektor som ska utgöra stöd till arbete när man lever med en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom, finns uppenbara problem med samordning, olika definitioner med mera. Sammantaget motverkar det arbetslinjen.

Förslag: Samla rehabiliteringsansvaret under en huvudman.

5.2 Arbetslöshetsförsäkringen

Den svenska diskrimineringslagstiftningen har till stor del utvecklats som en följd av olika EU-direktiv. Handikappförbundens anser att skyddet mot diskriminering, för personer med funktionsnedsättning, fortfarande är för svagt i Sverige. Det råder i vissa avseenden ett svagare skydd än för andra diskrimineringsgrunder. Framförallt har Sverige ännu inte gjort det straffbart att inte vidta skäligen åtgärder mot bristande tillgänglighet. Det innebär att samhällsutvecklingen inte styrs utifrån en inkluderande utgångspunkt, där alla medborgare räknas med vid utformningen av olika verksamheter. Detta på-

verkar i allra högsta grad också arbetslivet, som i samma utsträckning som samhället i övrigt är otillgängligt.

Förslag: Lagstifta om bristande tillgänglighet som diskrimineringsgrund.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet har en fungerande infrastruktur som på ett enkelt sätt skulle kunna göra mycket för att förbättra den generella tillgängligheten på landets arbetsplatser. Genom föreskrifter från Arbetsmiljöverket och en systematisk uppföljning genom de tusentals arbetsmiljöombud som arbetar med detta förtroendeuppdrag skulle arbetsplatser kunna utveckla tillgänglighetsplaner, på samma sätt som man har arbetat med jämställdhetsplaner eller planer för en hållbar miljö.

Förslag: Utöka arbetsmiljöombudens ansvar för generell tillgänglighet.

Arbetslöshetsförsäkringen behöver reformeras så att alla som står till arbetsmarknadens förfogande också får en rimlig möjlighet att ansluta sig till den. Det innebär att både grundvillkoret och arbetsvillkoret i försäkringen måste ändras.

Reformeringen av sjukförsäkringen innebär att arbetslinjen ska stärkas. För att säkerställa att alla individer under perioder av sjukdom, arbetslöshet eller oförmåga att försörja sig själva ska kunna erhålla en ekonomisk trygghet, behöver även arbetslöshetsförsäkringen reformeras så den inte utestänger vissa grupper.

Förslag: Förändra villkoren till a-kassan, så fler omfattas. Ta bort de fasta nivåerna och inför procentuell ersättning inom arbetslöshetsförsäkringen.

Referenser

Lagar och domslut

Lag (1962:281) om allmän försäkring

Lag (1961:381) om allmän försäkring

Arbetsdomstolen, AD (2010) *Rättsfall AD 13/10, mål nr A 59/08*,
17 juli 2010.

Utredningar

SOU 2008:102, *Brist på brådska – en översyn av aktivitets-
ersättningen*.

SOU 2010:58, *Rehabiliteringsrådets delbetänkande*.

SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

SOU 1999:21, *Lindqvist Nia*, Bemötandeutredningens slutrapport.

SOU 2003:106, *Försäkringskassan, den nya myndigheten*.

Propositioner och departementsskrivelser

Dir. 2010:48. Kommittédirektiv. *Hållbara försäkringar vid sjukdom
och arbetslöshet*. Socialdepartementet.

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

Ds 2008:78. *De funktionsnedsattas ekonomiska förhållanden*. Social-
departementet.

Rapporter

- Statistiska Centralbyrån och Arbetsförmedlingen (2009) *Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008*.
- Personskadeförbundet RTP (2010) *En rehabiliteringskedja i behov av rehabilitering*.
- Epilepsiförbundet (2009) *Det räcker inte med kunskap om epilepsi*
- Försäkringskassan (2011) *Regleringsbrevsrapport 2011-05-27 om försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.
- Sveriges kommuner och landsting (2007) *En effektivare arbetsmarknadspolitik*.
- Sveriges kommuner och landsting (2008) *En dörr in*.
- Arnhof, Y (2008) *Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut.
- Borgström, E & Carlberg, A (2010) *Till mångas nytta. Riksförbundet FUB för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning*.
- Boström, G (2008) *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut.
- Fagerberg, S & Schenholm, L (2001) *Funktionshinder Försäkringshinder*. Konsumenternas försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbundens samarbetsorgan.
- Flyckt, K & Söderberg, S (2010) *Alltjämt ojämnt! – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättningar*. Socialstyrelsen.
- Hosseina, S & Mossler, K (2010) *Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar*. Socialstyrelsen, specialbearbetning av SCB:s HEK.
- Jansson, L (2010) *Handikappolitiken – en björntjänst i all välmening*. Svenskt Näringsliv.
- Marin, B, Prinz, C & Queisser, M (2004) *Transforming Disability Welfare Policies*. Ashgate Publishing Ltd.
- Mörtvik R & Rautio, K (2009) *Jakten på superarbetskraften III*. Tjänstemännens Centralorganisation, TCO.
- Svärdman, H (2010) *Folksams Valfärdstendens 2010*. Folksam.

Syrén, M (2010) *Utsatta från flera håll – situationen för funktionsnedsatta på arbetsmarknaden*. Landsorganisationen, LO.

Böcker

Sjöberg, M (2010) *Bana väg – Valfärdsolitik och funktionshinder*. Gidlunds förlag.

Sjöberg, M (2008) *Hälsa hos personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, Expertseminarium.

Janlert, U (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Statens folkhälsoinstitut, Natur och Kultur förlag.

Tidskriftsartiklar och debattartiklar

Svenska Diabetesförbundet (2011) ”Multisjuka Jan tvingas söka jobb. Nya reglerna knäcker ekonomin”. *Tidskriften diabetes*, nr 1, 2011.

Njurförbundet (2011) ”Hur arbetar Försäkringskassan?”. Medlemstidningen *Njurfunk*, nr 2 2011.

Sveriges kommuner och landsting (2010) ”Starta försök med En dörr in.” Pressmeddelande 10 februari 2010.

Holke, D & Jansson, C (2011) ”Inte rimligt att domstolar så ofta tvingas pröva sjukas rätt till ersättning. Aldrig tidigare har LO-TCO Rättsskydd haft så många sjukförsäkringsärenden som i dag”. LO-TCO Rättsskydd AB, Försäkringsrätt, 6 juli 2011, www.fackjuridik.com

Nestius, M (2009) ”Återinför möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning”. Ledarartikel, *Dagens Medicin*, 4 november 2009.

Övriga källor

SÖ 2008:26 *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*.

Socialstyrelsens termbank

Socialstyrelsen (2007) *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.

- Socialstyrelsen (2010a) *Uppföljning och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinsket beslutsstöd – Socialstyrelsen och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2009.*
- Socialstyrelsen (2010b) *Stöd till bedömning av sjukpenning vid allvarlig sjukdom, Begreppet allvarlig sjukdom/skada i ett försäkringsmedicinskt sammanhang.*
- Svenska funktionshindersrörelsen (2011) *Alternativrapport till FN:s kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning.*
- Handisam (2008-10-29) "Om funktionsnedsättningar" webbsida: www.handisam.se/Tpl/NormalPage.aspx?id=1401
- Danske Handicaporganisationer (2010) *Hvidbog om rehabilitering* www.handicap.dk/politik/sundhedspolitik/sundhedsaftaler/ordbog/definition-pa-rehabilitering/?searchterm=definition
- Epilepsiförbundet (2010) *Intressepolitiskt handlingsprogram.*
- Jarmar, H (2011) *PM om psykisk ohälsa.* Riksförbundet för Social och mental Hälsa (RSMH).
- Reumatikerförbundet (2011).
- Autism- och Aspergerförbundet (2011).
- Blodcancerförbundet (2011).
- Psoriasisförbundet (2011).
- Förbundet Sällsynta Diagnoser (2011).
- Astma- och Allergiförbundet (2011).

Handikappförbundens plattform för socialförsäkringen

Rätten till ekonomisk trygghet

Handikappförbundens vision

Ett samhälle för alla är ett samhälle där kvinnor och män, pojkar och flickor är delaktiga på lika villkor och möts med respekt, oavsett funktionsförmåga. Ett samhälle som tar tillvara allas olikheter är ett rikt samhälle.

Varje människa oavsett funktionsförmåga har rätt till ekonomisk trygghet och goda levnadsvillkor. För den som inte kan arbeta ska en bra socialförsäkring ge förutsättningar för detta.

Handikappförbundens medlemsförbund har på kongressen 2011 enats om denna plattform, som ligger till grund för vårt fortsatta intressepolitiska arbete kring socialförsäkringen.

Utgångspunkter

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Artikel 28: Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet

Konventionsstaterna erkänner rätten

för personer med funktionsnedsättning till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj,

att för personer med funktionsnedsättning, särskilt kvinnor och flickor, och för äldre personer med funktionsnedsättning säkerställa till-

gång till sociala trygghetsprogram och fattigdomsbekämpningsprogram,

att för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga som lever under fattiga förhållanden säkerställa tillgång till stöd från staten med utgifter som är relaterade till funktionsnedsättning.

Nationella mål för funktionshinderspolitiken

En samhällsgemenskap med mångfald som grund.

Samhället utformas så att människor med funktionsnedsättningar i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet.

Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Så här ser det ut idag

Trots att vi har en socialförsäkring som ska ge skydd i livets alla skeden, har många människor med funktionsnedsättning stora svårigheter att försörja sig. Att alla ska ges möjlighet att arbeta efter sin förmåga är en uppfattning som är lätt att dela. Eftersom arbetsmarknaden inte svarar mot detta, kan människor med funktionsnedsättning tvingas till ett liv med lägre levnadsstandard. Socialförsäkringen är inte anpassad efter människors olika livsvillkor. Ofta görs schablonmässiga bedömningar utan att beakta individuella förhållanden.

Rehabiliteringskedjan

Bedömning av arbetsförmågan utifrån vissa fastställda tidsgränser kallas rehabiliteringskedjan. Den har medfört att många har blivit utförsäkrade. Enligt regelverket ska den som är sjukskriven prövas mot hela arbetsmarknaden. Tillsammans med snäva tidsgränser blir reglerna orimliga för människor med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga. Försäkringskassan bedömer att personen är för frisk för att få ersättning från sjukförsäkringen och Arbetsförmedlingen anser att samma person är för sjuk för att arbeta.

Samordning

Bristen på gemensamma mål och bedömningsgrunder hos Arbetsförmedling, Försäkringskassa, sjukvård och socialtjänst gör att människor faller mellan stolarna. Detta kan i sig leda till sämre hälsa hos människor med funktionsnedsättning vilket är oacceptabelt.

Livslång fattigdom

Personer med funktionsnedsättning som inte har möjlighet att delta i arbetslivet tvingas leva med ekonomiskt stöd från en försäkring som är uppbyggd för personer som har tillfälliga avbrott i arbetslivet.

Dagens regelverk skiljer inte på tillfällig sjukdom och en funktionsnedsättning som leder till varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Medfödda funktionsnedsättningar eller tidigt förvärvad sjukdom kan innebära livslång fattigdom för den som inte kommer ut i arbetslivet.

Många blir beroende av närstående eller kommunalt försörjningsstöd därför att socialförsäkringen inte ger tillräcklig ekonomisk kompensation. Orimliga regler gör att människor tvingas gå från ”hus och hem” på grund av funktionsnedsättning.

Så här vill vi ha det

Socialförsäkringen ska omfatta alla och vara gemensamt och solidariskt finansierad. Den ska ha sin utgångspunkt i den enskildes behov. Alla människor ska ges möjlighet att arbeta efter sin förmåga och försörja sig. För detta krävs en fungerande arbetsmarknad samt en kompenserande socialförsäkring.

Tryggt – för detta krävs:

En socialförsäkring som ger skydd mot ekonomiskt obestånd för den som inte får eller kan behålla ett arbete på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Ekonomisk kompensation som tar hänsyn till hela livscykeln. Ekonomisk ersättning ska finnas om arbetstillfällen, rehabilitering eller stödåtgärder saknas samt vid lång väntan på ovanstående.

Hänsyn till att arbetsmiljön fungerar och en anpassning av arbetsplatsen måste finnas med i rehabiliteringen.

En försäkring som ger en flexibel kompensation vid nedsatt arbetsförmåga.

Nivån för ersättningar ska lägst motsvara normer för god levnadsnivå. Den som blir sjuk eller får en funktionsnedsättning ska inte drabbas av fattigdom.

Rättvist – för detta krävs:

Behov och inte ålder ska vara avgörande när ekonomiskt stöd beviljas.

Rehabilitering som sätts in snabbt och effektivt utan risk för utförsäkring på grund av bristande insatser.

Samma möjlighet till rehabilitering oavsett bostadsort.

Alla merkostnader som uppstår på grund av en funktionsnedsättning ska ersättas.

Ekonomiska förutsättningar för livslång och återkommande rehabilitering.

Förutsägbart – för detta krävs:

Tydliga och enkla regler som är stabila över tid.

Möjlighet att vara delaktig och ha inflytande över processen från sjukskrivning till arbete med rätt till samordning när så krävs. Övergång mellan olika ekonomiska stödformer får aldrig innebära försämrade ekonomi.

Ersättningar för unga måste kompletteras med stärkta möjligheter för närmande till arbetsmarknaden.

Handikappförbundens 39 medlemsförbund

- Afasiförbundet i Sverige
- Astma- och Allergiförbundet
- Autism- och Aspergerförbundet
- Blodcancerförbundet (BLC)
- Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO)
- DHR - Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder
- Dyslexiförbundet FMLS
- Elöverkänsligas Riksförbund
- FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
- Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS)
- Hiv-Sverige
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft
- Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
- Hjärtebarnsförbundet
- ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade
- Migränförbundet
- Mun- & Halscancerförbundet (MHCF)
- Njurförbundet
- ParkinsonFörbundet
- Personskadeförbundet RTP
- Primär immunbrist organisationen (PIO)
- Prostatacancerförbundet
- Psoriasisförbundet
- Reumatikerförbundet

- Riksförbundet Attention
- Riksförbundet Cystisk Fibros (RfCF)
- Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka (RMT)
- Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
- Riksförbundet Sällsynta diagnoser
- Schizofreniförbundet
- Stanningsförbundet
- STROKE-Riksförbundet
- Svenska Celiakiförbundet (SCF)
- Svenska Diabetesförbundet (SD)
- Svenska Epilepsiförbundet (SEF)
- Svenska OCD-förbundet Ananke
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR)
- Sveriges Fibromyalgiförbund (SFF)
- Tandvårdsskadeförbundet (TF)

Sammanfattning av rapporten: Funktionshinder Försäkringshinder

Rapporten *Funktionsbinder Försäkringsbinder* handlar om svårigheter att få teckna privat personförsäkring för personer med funktionsnedsättning. Den gjordes år 2001 av Konsumenternas försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbunden och Handikappförbundens Ekonomiska Försäkringsförening, men har fortfarande stor aktualitet. Hela rapporten finns att hämta på Handikappförbundens webbplats www.handikappforbunden.se/material

Rapportens inledande avsnitt ger en beskrivning av hur försäkring, riskbedömning med mera fungerar och samverkar. Vidare beskrivs i korthet de lagar som styr privat försäkring.

En viktig lagstiftningsfråga är kontraheringsplikt. Med kontraheringsplikt menas att ett försäkringsbolag inte får vägra en konsument att teckna en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten om bolaget inte har särskilda skäl för sin vägran.

I konsumentförsäkringslagen – som inte gäller personförsäkring – finns redan en sådan bestämmelse. Men det finns ingen motsvarande skyldighet för bolagen att teckna personförsäkring. Förslaget till ny försäkringsavtalslag innefattar dock en kontraheringsplikt även för personförsäkring.

Om en bestämmelse av detta slag införs leder detta till att varje nekad försäkring måste åtföljas av en saklig motivering i det enskilda fallet.

En viktig del i rapporten har varit att utarbeta och genomföra en enkätundersökning riktad till handikappförbunden. Genom enkäten har förbundens erfarenheter av medlemmarnas försäkringsproblem inhämtats. Enkätsvaren visar att hela 87 procent av de förbund som besvarat den upplever att deras medlemmar har problem avseende personförsäkringar. Även om handikappförbunden lyft fram problematiken kan konstateras att dess erfarenheter beträffande medlem-

marnas försäkringsproblem inte är tillräckliga för att väl belysa funktionshindrades försäkringsproblem. Rapportens del beträffande Konsumenternas försäkringsbyrås statistik har därför tillkommit i syfte att ytterligare belysa funktionshindrades försäkringsproblem.

Byrån har i sin verksamhet exempelvis uppmärksammat problemet att föräldrar inte hunnit teckna en försäkring för sitt barn i tid. De barn som fötts med eller tidigt drabbats av en skada har svårt att få ett väl fungerande försäkringsskydd. Vidare upplever många föräldrar att ersättningsreglerna beträffande medicinsk invaliditet fungerar dåligt vad avser kompensation för barnets lidande. Barnförsäkringarna är nämligen inriktade på att ersätta invaliditeter som är bestående. En bestående invaliditet kan i vissa fall inte fastställas förrän barnet är nästan vuxet. Återkommande möter byrån ärenden som rör konsumenter som på grund av oriktiga uppgifter inte fått någon ersättning från försäkringen. I de flesta fall har försäkringstagaren inte förstått eller missuppfattat hur hälsodeklarationen skulle fyllas i. Ett annat speciellt problem rör dem som har en gällande olycksfallsförsäkring och där skadehändelsen godkänts men de ändå inte får full ersättning för följderna av skadan på grund av att de har en grundsjukdom. Vissa olycksfallsförsäkringar undantar förvärrade följder som har sin orsak i en annan sjukdom eller skada. Det kan exempelvis gälla en grundsjukdom som påverkar läkningsförloppet negativt. Försäkringen ger då endast ersättning för normala läkningsförlopp och skadeföljder, vilket kan innebära att försäkringstagaren varken får full ersättning för sina läkekostnader eller för den totala invaliditet som blev följden.

I rapporten har vi också analyserat personförsäkringsvillkor samt pekat på svagheter i några av villkoren. Vi lyfter fram några områden där det finns möjligheter att ytterligare förbättra omfattningen på försäkringsskyddet. Exempelvis att det finns få vuxenförsäkringar som ger ett komplett skydd vid sjukdomsinvaliditeter, att många personförsäkringsvillkor inte ger ersättning för skadans följder fullt ut, att de barnförsäkringar som säljs alltid innehåller någon form av undantag för medfödda sjukdomar. Slutligen kan konstateras att det är viktigt att det finns möjligheter att teckna vidare- och fortsättningsförsäkring. Risken är annars att den som drabbats av ett funktionshinder under ”barnförsäkringstiden”, inte uppfyller de krav på hälsa som bolaget ställer inför tecknandet av vuxenförsäkring och livförsäkring.

Som en sista del av projektet har en enkät underställt försäkringsbolagen. Genom enkäten har ett antal exempel på riskbedömning

samt annan information om bolagens riskbedömning inhämtats. Av enkätsvaren framgår att Gerling dominerar som återförsäkringsbolag samt att det är Gerlings riktlinjer för riskbedömning som i huvudsak används. Direktbolagen använder dock i viss mån egna riktlinjer. När en ansökan om försäkring avslås eller inte beviljas till normala villkor är det endast ett bolag som regelmässigt lämnar en närmare motivering.

Alla försäkringsbolag som ingått i enkätundersökningen har utvecklade rutiner enligt vilka de erbjuder någon form av överprövning av ett riskbedömningsbeslut. Nästan hälften har en riskprövningsnämnd eller liknande. Det är vanligast att bolagen lämnar försäkring till normala villkor vid olycksfalls- och dödsfallsförsäkring. Den försäkring som det är svårast att få teckna till normal premie är sjukförsäkring. I de typfall bolagen fått att riskbedöma har försäkring sällan beviljats utan klausul (begränsning) eller förhöjd premie. Beträffande barnförsäkring har den sökta försäkringen i mer än hälften av typfallen nekats. Övriga typfall har beviljats men med klausul eller förhöjd premie.

En av fem personer har en funktionsnedsättning som påverkar den dagliga livsföringen. För många människor leder det också till att arbetsförmågan är begränsad och därmed möjligheten att försörja sig.

I rapporten beskriver Handikappförbunden hur socialförsäkring och arbetslöshetsförsäkring påverkar människor med funktionsnedsättningar. Konkreta förslag ges också till hur försäkringarna bör utvecklas och förbättras.

För att skapa förutsättningar för att så många som möjligt ska kunna arbeta utifrån sin egen förmåga krävs att socialförsäkringarna ger ett fullgott skydd vid ohälsa utan att vara utestängande från arbetslivet. De som aldrig kommer att rymmas på arbetsmarknaden måste också genom försäkringarna garanteras en ekonomisk trygghet och en meningsfull sysselsättning.

Rapporten är den sjätte i den parlamentariska socialförsäkringsutredningens underlagsrapportserie.

Underlagsrapporter i serien

1. Studerande och socialförsäkring
2. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet
3. Hur bör arbetslöshetsförsäkring utformas?
4. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna
5. Förtidspensionering av unga
6. En socialförsäkring för alla – Handikappförbundens förslag till en hållbar socialförsäkring



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*