

17 Vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter

I kapitel 12 har angivits den nya reformens mål, nämligen färre och kortare sjukfall. När det gäller färre sjukfall anser jag att detta i första hand kan nås genom förstärkta förebyggande insatser. Sådana förslag har också lämnats, framför allt i kapitel 14.

I detta kapitel lämnas förslag som syftar till att uppnå det andra delmålet, nämligen kortare sjukfall. Kapitlet inleds med hur aktiva rehabiliteringsresurser kan förstärkas genom att utbudet stimuleras. Därefter lämnas förslag att individen skall kunna få dels mer omfattande rehabiliteringsinsatser, dels under en längre tid. Slutligen föreslås en utökad rätt för individen att studera med rehabiliteringsersättning och en höjning av bidrag till arbetshjälpmedel.

17.1 Utbudet av aktiva rehabiliteringsresurser måste förstärkas

Utredningens förslag: Hälso- och sjukvården ansvarar för en långsiktig uppbyggnad av lokala rehabiliteringsteam inom primärvården. Sådana team är viktiga för det primära omhändertagande och för att säkerställa god information till försäkringen

Försäkringsgivaren ges möjlighet att stimulera utbyggnad av regionala diagnostiska centra eller andra utredningsresurser.

Försäkringsgivaren ges möjlighet att under en treårsperiod ge anordningsbidrag – inom en årlig ram om 500 miljoner kr – till uppbyggnad av nya verksamheter för sammansatta rehabiliteringsinsatser för särskilt eftersatta områden.

I dag finns en obalans mellan passiva ersättningar och aktiva insatser

Utredningens kartläggning har visat att det i dag finns en klar obalans mellan passiva ersättningar och aktiva insatser. Av de nästan 80 miljarder kr i utgifter för sjukersättning, rehabilitering och förtidspensioner som årligen utbetalas, utgör passiva ersättningar drygt 90 procent. De aktiva rehabiliteringsinsatserna utgör mindre än 10 procent. Detta förhållande utgör alltså en klar obalans. Tillsammans med bilden av hur befintliga resurser för rehabilitering fördelar sig över landet förstärks intrycket av obalans.

Vad beror då detta på? Ja, enligt min mening finns det olika förklaringar till varför det ser ut som det gör. En del kommer jag att utveckla i kapitel 19 och handlar om bristande stimulanser, forskning. Andra orsaker har jag redan berört, t.ex. sektorindelning och olika politiska prioriteringar lokalt och regionalt. Mitt intryck är emellertid också att sjukersättning tidigt var en rättighet medan detta inte gäller vård, behandling och rehabilitering som i regel krävs för att komma åter från en långvarig sjukskrivning.

Ökningen av långtidssjukskrivningarna aktualiserar obalansen mellan passiva och aktiva insatser. Det är inte en rimlig fördelning, när utredningens kartläggning dessutom visat att rehabiliteringen kommer allt senare. Att ändra på nuvarande förhållanden/obalans, att få till stånd ett ökat utbud av rehabilitering är således nödvändigt och kan ske på flera sätt. Dels genom ändringar i lagar och regler, dels genom ändringar i huvudmannaskapsfrågan. Som jag redan redovisat tidigare kommer jag inte att lägga några förslag som ändrar grundstrukturen i vårt samhälle. Huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har idag ett ansvar för dessa frågor och därmed för att människor får tillgång till de resurser som behövs. I stället för att lägga förslag till ändringar i denna i struktur vill jag påtala situationen, belysa med den samhällsekonomiska kalkylen (kap. 6) och därigenom öka uppmärksamheten kring dessa frågor. De ekonomiska uppoffringar som skattebetalarna gör genom utebliven eller sen rehabilitering måste få en politiskt ökad uppmärksamhet hos de kommande huvudmännen. För att snabbare få fart på utbyggnad bedömer jag därför att det kan vara av ett riksintresse att den nya rehabiliteringsförsäkringen under en övergångsperiod ger ekonomiska stimulanser för utbyggnad av resurserna.

Utredningens kartläggning har visat stora brister i utbudet. Dels har bristerna varit av generell karaktär, som exempelvis brister i stödet av personer med psykiska sjukdom eller stressrelaterade besvär, dels har bristerna varit sådana att utbudet är begränsat eller att det endast finns

på vissa ställen i landet. De regionala och lokala skillnaderna i utbud är vidare stora

Det finns också brister i att nödvändiga utredningar inte genomförs inom föreskriven tid. Kvaliteten i utredningarna behöver dessutom förbättras. Även remissinstanser instämmer i den bild av situationen som utredningen presenterat i diskussionspromemorian, dvs. att rehabiliteringsutredningar görs sällan och att rehabilitering kommer igång allt senare.

Många av de förslag som jag presenterar i detta betänkande syftar till att minska den obalans mellan aktiva och passiva insatser som beskrivits. Såväl förslaget om en etisk plattform för lika möjligheter över landet som att försäkringsgivaren tar över ansvaret för rehabiliteringsutredningen är exempel på sådana förslag. Genom att försäkringsgivaren nu får ansvaret för att rehabiliteringsutredningen genomförs efter fyra veckor samtidigt som utredningen blir en del i den rättighet individen får, är det min bedömning att dessa skillnader kommer att minska. Min förhoppning är också att de olika behov av insatser som kommer fram i samband med den tidiga utredningen också snabbt kommer igång. Jag tror dock att ytterligare insatser utöver dessa är nödvändiga för att komma till rätta med nuvarande problem/obalans. För personer med sammansatta problem som ofta också söker hjälp och stöd inom hälso- och sjukvården för olika typer av besvär är ett tidigt och bra organiserat omhändertagande grunden för framgång. Det behövs en bra och allsidigt belysande utredning kring medicinska orsaker och begränsningar.

Dagens utbud av utredningsresurser – en kort bakgrund

Utredningen har tidigare konstaterat att av de dryga 200 000 individer som är sjukskrivna mer än en månad är uppskattningsvis ca hälften inte i behov av några rehabiliteringsinsatser. Det kommer utifrån information från behandlande läkare och den sjukskrivne själv snabbt att kunna konstateras. För huvuddelen av kvarvarande individerna, ca 100 000, är det i huvudsak vård och behandling som gäller för att komma åter i arbete. Ett visst behov av mer sammansatta insatser är förmodligen nödvändiga och kommer att bli resultatet av den rehabiliteringsutredningen som genomförs. För ytterligare en grupp, uppskattningsvis 20 procent av de långtidssjukskrivna finns ett behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser. Inte minst i dessa fall är själva utredningen av mycket stor betydelse.

Hur utredningsverksamheten för rehabilitering till arbete bättre kan organiseras för framtiden, för att minimera väntetider, samordna be-

fintliga resurser inom olika myndigheter och organisationer är därför av avgörande betydelse.

Jag har tidigare beskrivit den roll företagshälsovården kan komma att spela i en framtid för rehabilitering till arbete. Arbetsplatsen kommer som jag påpekat i flera sammanhang att vara utgångspunkten för såväl information till rehabiliteringsutredningen, anpassning av arbetsplatsen som aktiva insatser från arbetsgivarens sida. Enligt min mening kan dock även den offentliga sidan bättre kunna svara upp med tidig utredning och ett tidigt professionellt omhändertagande.

Primärvården

Inom primärvården, liksom inom företagshälsovården, kommer man tidigt i kontakt med de medicinska problem som är den omedelbara orsaken till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning. Svårigheten ligger i att också identifiera de eventuella bidragande faktorer som kan försvåra behandling eller återgång i arbete; arbetssociala svårigheter, arbetslöshet, psykiska besvär, relationssvårigheter, personlighetsmässiga problem eller missbruk. Här kan bristande samordning av medicinska och paramedicinska insatser inom primärvården utgöra ett hinder, liksom bristen på beteendevetare.

Flera rehabiliteringsprojekt inom primärvården har inriktat sig på kartläggning av rehabiliteringsbehov och samordning av olika insatser. Speciella team har bildats och man har fokuserat på olika grupper inom befolkningen, där man erfarenhetsmässigt kunnat konstatera förekomsten av sammansatt problematik. Långtidssjukskrivna som saknar arbetsgivare, ensamstående mödrar, invandrare m.fl. grupper samt individer med rygg- och nackbesvär, generaliserade smärtproblem, psykiska besvär och/eller missbruk.

En vanlig modell har varit att till ett primärvårdsteam med allmänläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska knyta kuratorskompetens och i vissa fall psykologkompetens. Projekten har sedan inriktats på medicinsk utredning och diagnostik, sociala och yrkesmässiga probleminventering och kartläggning av resurser, intressen och kompetens för fortsatt behandling och rehabilitering. I vissa projekt har dessutom handläggare från försäkringskassan, arbetsförmedling eller arbetsmarknadsinstitut samt representanter från socialförvaltning och psykiatrisk öppenvårdsmottagning medverkat i projektteamet.

En gemensam erfarenhet från rehabiliteringsprojekt av denna typ har varit att samverkan mellan olika enheter och myndigheter ökat kunskapen om de hinder som kan försvåra rehabilitering och därigenom underlättat för en långsiktig planering. Ofta vet inte sjukskrivande

läkare om att patienten är arbetslös, aktuell vid arbetsmarknadsinstitut eller varslad om uppsägning. Inom primärvården vet man inte alltid om att patienten samtidigt är aktuell vid socialförvaltning eller vid psykiatrisk mottagning. Planering som tar sin utgångspunkt från somatiska/medicinska problem utan att ta hänsyn till även andra svårigheter är oftast dömda att misslyckas.

Goda exempel på *lokala rehabiliteringsteam* som består av representanter från primärvården, förstärkta av rehabiliteringsmedicinsk specialist, socialassistent från kommunen och psykolog från öppenvården finns idag på ett flertal orter. I det s.k. "Kugghjulsprojektet" i Värmland som är organiserat på ett något annorlunda sätt är exempelvis samtliga vårdcentraler utrustade med specialistkompetens inom såväl ortopedisk kirurgi, psykiatri, företagshälsovård, ortopedisk medicinsk samt beteendevetare. I en sådan arbetsmodell där primärvården utgör arenan för samverkan ökar sjukvårdens möjlighet att tydliggöra det medicinska underlagets betydelse för funktionsförmåga. I en situation där man lokalt inte har en obegränsad tillgång till rehabiliteringsaktörer kan samverkan vara en möjlighet.

Ett utvecklat teamarbete inom rehabilitering på den lokala nivån är enligt min uppfattning en viktig grund för att reformen ska ge ett bra och nära stöd till personer med sammansatta rehabiliteringsbehov, idag bortåt 40 000 personer. Här har sjukvårdshuvudmannen inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen ett stort ansvar för utbyggnad av lokala rehabiliteringsteam. Dessa team har betydelse såväl för ett bra primärt omhändertagande av sjuka personer som för informationsutbyte med försäkringsgivaren.

Diagnostiskt Centrum

Diagnostiska Centra har på senare tid byggts upp på olika platser i landet med lite olika innehåll och förebilder. Utredningen har tillsammans med Sjukförsäkringsutredningen genomfört en mindre kartläggning av förekomsten av dessa centra. Diagnostiska Centra finns numera i flera län och nya etableras eller är på gång.

Främsta syftet med dessa centra har varit att erbjuda försäkringskassorna kompletterande bedömning av försäkrade med långvarig funktionsnedsättning på grund av sjukdom i rörelseorganen eller psykiatrisk problematik samt att lämna underlag för aktiva rehabiliteringsinsatser. Vidare är dessa centra inriktade på att ge service till försäkringskassans utredare i samband med utredning av arbetsförmåga hos individer med sammansatt och svårbedömd problematik.

Erfarenheterna från dessa centra är dock något varierande. De har ofta utvecklats med medel från det statliga stödet till sjukvårdshuvudmannen, de sk. Dagmarmedlen. Ofta har uppbyggnaden skett i projektform. En del av dessa projekt slutfördes inte ens inom ramen för pågående projektperiod. Några avslutades när de skulle övergå i ordinarie verksamhet och helt finansieras av landstingen medan några har blivit mycket framgångsrika. Som regel har dessa centra finansierats av medel från försäkringskassornas "köp av tjänst medel" i kombination med Dagmarmedel och i vissa fall med bidrag från landstinget.

I Kronobergs län finns ett sådant exempel, som jag fått tillfälle att närmare studera, som givit goda effekter på tidiga och snabba kartläggningar av rehabiliteringsupplägg hos de med sammansatta behov. Arbetsmetoden har exempelvis varit att en psykiater, en ortoped, en psykolog och en rehabiliteringsläkare tillsammans inom några veckor träffat den försäkrade för helhetsbedömning och för att lämna förslag till rehabiliteringsinsatser eller försäkringsmedicinska åtgärder.

Verksamhetens primära mål har varit att erbjuda utredning med korta väntetider och att ge en samlad bedömning utförd av flera kompetenta specialister där de olika experternas rekommendationer vävs samman till ett gemensamt utlåtande.

Privata producenter av arbetslivsinriktad rehabilitering

Utöver diagnostiska centra inom den offentliga sektorn har även mer fristående verksamheter utvecklat tjänster för utredning och aktiva insatser. Under den gångna 10-årsperioden har försäkringskassorna träffat avtal med ett antal producenter av arbetslivsinriktad rehabilitering. Många av dessa erbjuder också hjälp med utredning av rehabiliteringsbehov. Det visar inte minst den kartläggning av avtal mellan försäkringskassorna och de olika producenterna som utredningen låtit göra. Drygt 350 olika producenter hade försäkringskassorna avtal med 1999. I storstadsregionerna fanns det största utbudet av tjänster. Denna verksamhet kommer även fortsättningsvis att utgöra ett viktigt inslag i såväl rehabiliteringsarbetet som i arbetet med rehabilitering till arbete.

Försäkringsmedicinska centra

På en något annan nivå har sjuk- och förtidspensionsförsäkringen historiskt haft tillgång till egna utredningsresurser via de av Riksförsäkringsverket ägda sjukhusen vid Tranås och Nynäshamn. Denna verksamhet har tidigare behandlats i flera sammanhang under den senaste

tioårsperioden. I Rehabiliteringsberedningens betänkande Tidig och samordnad rehabilitering m.m. (SOU 1988:41) konstaterades att det fanns ett stort behov hos försäkringskassorna av sjukhusens utredande verksamhet. Vidare framhölls att Riksförsäkringsverkets sjukhus aldrig ensamma skulle kunna tillgodose detta behov. De skulle ses som en resurs vid sidan av övrig hälso- och sjukvård. Eftersom medicinsk rehabilitering skall ske så nära individen som möjligt ansåg beredningen att rehabiliteringen skulle byggas ut inom primärvården med stöd från medicinska rehabiliteringskliniker.

Ett förslag till omstrukturering och utveckling av verksamheten lades fram av regeringen våren 1999 (prop. 1998/99:76). Via Försäkringsmedicinskt centra skulle kassorna få fortsatt tillgång till mer enhetliga utredningar. Försäkrade som har sammansatta och svårbedömda besvär skulle också prioriteras i verksamheten. De försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar centrat svarar för skulle vidare uppfylla ett antal fastställda krav avseende kvalitet. Försäkringskassan i Östergötland har med anledning av riksdagens beslut nu inrättat en särskild resultatenhet för försäkringsmedicinska utredningar, Försäkringsmedicinskt centrum (FMC). Vid FMC skiljs på tre olika typer av utredningar som erbjuds försäkringskassorna *Medicinsk utredning*, *Försäkringsmedicinsk utredning*, och *Arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning*.

Dessa försäkringsmedicinska centra kan vad jag bedömer komma att spela en viktig kompletterande roll i att möta behovet av utredningar vid rehabilitering till arbete för personer med sammansatta behov men är inte tillräcklig. De kräver också resor från hemorten och en tids övernattning vilket inte gör dessa så lättillgängliga. Den kartläggning utredningen låtit genomföra visar också på ett fortsatt stort icke tillfredsställt behov vad avser utredningar. Detta trots att mer än hälften av de medel försäkringskassorna nu förfogar över för köp av tjänst det senaste året har använts till just utredning av förutsättningarna för rehabilitering.

En framtida utveckling

Min slutsats är att den allmänna hälso- och sjukvården även fortsättningsvis enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvaret för medicinsk vård, behandling och rehabilitering samt för de medicinska utredningar och utlåtanden som behövs för att rehabiliteringsförsäkringen skall fungera på avsett sätt. Långsiktigt bör en utveckling av lokala rehabiliteringsteam som jag beskrivit ovan inom primärvården bättre svara mot det behov som finns. Utöver detta och i ett kortare perspektiv behövs

som jag redogjort för ovan, resurser regionalt och per sjukvårdsdistrikt för mer omfattande utredningar. Dessa kan exempelvis tillgodoses inom ramen för uppbyggnad av fler Diagnostiska Centra, ökad efterfrågan av andra fria utredningsresurser alternativt en utbyggnad av försäkringsmedicinska centra till flera regioner. Detta gäller framförallt för de ca 20 procent långtidssjukskrivna med mer sammansatta behov.

För att snabbare få till stånd regionala diagnostiska centra eller andra utredningsresurser bör försäkringsgivarens regionala organisation kunna träffa överenskommelser med i första hand landstinget om en lämplig organisation för detta. Försäkringsgivaren bör här kunna binda sig för köp av utredningstjänster för en längre tidsperiod och därmed bidra till en ekonomiskt bas för detta till huvudmannen.

Stimulans till utbyggnad av rehabiliteringsresurser

När det gäller aktiva insatser för rehabilitering, det som i avsnitt 12.4 beskrivits som sammansatta rehabiliteringsinsatser (fas 2) har jag tidigare konstaterat att det råder en obalans på flera sätt. För det första att en förhållandevis liten andel av de totala kostnaderna för detta utgiftsområde går till aktiva insatser (mindre än 10 procent). Huvuddelen av utgifterna avser passiva utbetalningar till försörjning. Av de till huvudmännens verksamhet kompletterande mindre del (0,5–1 procent av totala utgiften) som ställts till förfogande över statsbudgeten för mer aktiva insatser för köp av tjänster inom rehabilitering t.ex. utbildning vid en omskolning eller köp av ett speciellt program för rehabilitering m.m. har förhållandevis mycket av dessa begränsade medel finansierat utredningsverksamhet (jfr kap. 3). Detta trots att ett av de få resultat som utredningen lyckats få fram via forskning kring effekter av rehabilitering är att just utbildning är effektivt.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten förfogar över resurserna för rehabilitering och har ett uttalat ansvar för detta i särskild lagstiftning. Mitt intryck i samband med kartläggningen är att sjukvårdshuvudmannen lagt ett alltför stort fokus på de frågor som hänger samman med det akuta omhändertagandet. Rehabilitering och förebyggande insatser har fått stå tillbaka vilket enligt min mening får en klar effekt på dagens utveckling av sjukförsäkringen och dess kostnader. Kommunernas ansvar för stöd och rehabilitering av psykiskt sjuka och personer med missbruksproblem synes på många håll fått stå tillbaka för andra verksamheter inom den kommunala sektorn.

Jag vill här nämna ett område där det är särskilt tydligt för mig och det är rehabilitering av psykiskt sjuka som är ett ansvar för både hälso- och sjukvården och för socialtjänsten. På detta område behövs omfat-

tande insatser som bör ha högsta prioritet den kommande tioårsperioden.

Som jag påpekat ovan och även i andra avsnitt är utredningen (fas 1) viktig och själva grunden för de mer aktiva insatserna vid rehabilitering till arbete (fas 2). Som jag också redovisat i kap 5 och 6 ger aktiv rehabilitering positiva effekter för såväl individ som samhälle. För stora grupper av långtidssjukskrivna, personer med besvär i rörelseorganen och personer med psykisk sjukdom finns dock inte *ett* speciellt program som är det bästa och som kan mångfaldigas över hela landet. Med nuvarande kunskapsnivå och utifrån den forskningsöversikt som finns i bilaga 8 är det för just dessa grupper mer individorienterade insatser som är aktuella. Det förslag till omläggning med en rehabiliteringsförsäkring och rätt till rehabiliteringsstöd som jag lägger fram kommer också mer individualiserade insatser att bli följden och därmed bättre svara upp mot dessa behov. Det kommer vara en central del av reformen. Utöver detta kommer säkerligen även fortsättningsvis olika typer av program för skilda grupper att prövas och utvärderas. En förstärkt forskning på området kommer också att ge ny kunskap om vilka metoder och vilka insatser som är mer effektiva än andra. Den för riket gemensamma ”metod och utvärderingsenhet” som jag föreslagit kommer få till uppgift att följa såväl effekter av olika rehabiliteringsprogram som hur utbudet förändras över tid.

För andra typer av besvär som exempelvis hjärt- kärlsjukdomar, reumatologiska sjukdomar finns utarbetade program som är etablerade och vedertagna i hög grad. Problemet här är bl.a. att sjukvårdshuvudmännen inte lyckats erbjuda aktiva program runt landet. Det visar inte minst den kartläggning som nyligen genomförts av Hjärt- lungsjukas riksförbund. Reumatikerförbundet pekar också på behovet av återkommande rehabiliteringsinsatser för att deras medlemmar skall kunna klara att fortsätta arbeta. I utredningens kartläggning och bland de remissvar som utredningen tagit del av från olika intresseorganisationer finns ytterligare exempel på liknande brister. Som jag redan framhållit i avsnittet ovan är det även fortsättningsvis sjukvårdshuvudmännen och socialtjänsten som har ett huvudansvar för att såväl behandlings som aktiva rehabiliteringsinsatser insatser för dessa grupper kommer till stånd. Den rätt till rehabiliteringsstöd som jag här föreslår kommer ytterligare att förstärka individens ställning och därmed öka trycket på utbud av aktiva insatser.

En annan iakttagelse som jag gjort under utredningens arbete är att hälso- och sjukvården inte i tillräcklig utsträckning lyckats svara upp och möta nya behov av behandlingar och aktiva insatser för vissa typer av besvär. Det finns en diskrepans mellan vad som efterfrågas – sett till sjukdomsdiagnoser bland dagen drygt 200 000 långtidssjuka – och vad

hälso- och sjukvården erbjuder. Ett sådant exempel är det som nu är aktuellt och som ser ut att bli ett växande problem, nämligen de stressrelaterade sjukdomarna. Bland tjänstemän inom den privata sektorn lär detta problem ha växt så att det nu är den största sjukdomsgruppen. Bland arbetare har också en viss ökning skett men inte på samma sätt som för tjänstemännen. Även inom detta område finns enligt vad jag erfarit inget specifikt rehabiliteringsprogram som är det enda eller det bästa. När fenomen som detta uppkommer menar jag att försäkringsgivaren har en viktig roll att dels noga följa utvecklingen, dels att bidra till att aktiva insatser kommer till stånd. Huvudansvaret måste dock ligga på sjukvårdshuvudmannen.

Jag kan här se några alternativa vägar att gå för att öka utbudet av insatser och jag tar stress och utbrändhet som exempel. En väg för försäkringsgivaren att gå skulle kunna vara att medverka i uppbyggnad av helt nya resurser för denna typ av besvär där det konstaterats brister. Ett sätt är att med sjukvårdshuvudmannen eller annan lämplig organisation/verksamhet skriva långsiktiga avtal för uppbyggnad av resurser. Försäkringsgivaren garanterar en viss mängd köp under förslagsvis en 2–3 årsperiod. Ett annat sätt är att utveckla de nuvarande Dagmar-medlen. Enligt nu gällande regler kan emellertid dessa medel enbart förhandlas med sjukvårdshuvudmannen vilket är en begränsning. Utredningens kartläggning pekar på stora brister även inom den primärkommunala sektorn. Inte minst vid rehabilitering av gruppen psykiskt sjuka och missbrukare finns behov som på detta sätt skulle kunna tillfredsställas. Ett tredje sätt kan då vara att rikta medel från den statliga försäkringsgivaren och att till särskilt eftersatta områden öka utbudet av aktiva insatser. Att för försäkringsgivaren enbart begränsa dessa medel till sjukvårdshuvudmannen eller till kommunen kan också ifrågasättas.

Jag kan mycket väl tänka mig att det för vissa grupper av sjuk-skrivna kan finnas andra alternativ än att nuvarande sjukvårdshuvudman eller primärkommun är utförare. Det kan gälla för personer med stressrelaterade besvär eller för personer med behov av missbruksrehabilitering för att nämna några exempel. Här kan likaväl privata tjänste-producenter, stiftelser, kooperativa verksamheter m.fl. var aktuella som utförare av rehabiliteringsinsatser. Jag tror en pluralism som utförare är bra.

Denna möjlighet att även ge mer fristående verksamheter uppdrag och ansvar underlättas naturligtvis av den tredje fasen i rehabilitering till arbete som jag föreslagit (utvärdering och uppföljning).

Ett systematiskt uppföljningsarbete av insatta resurser och av de som varit utförare av insatserna kan också bättre motivera en ökad mångfald och pluralism i rehabiliteringsarbetet. Jag föreslår därför att

försäkringsgivaren ges möjlighet att ge anordningsbidrag till uppbyggnad av nya verksamheter för sammansatta rehabiliteringsinsatser för särskilt eftersatta områden. Under den kommande treårsperioden föreslås att 500 miljoner kr årligen avsätts ur rehabiliteringsförsäkringen för detta ändamål. Ett sådant stimulansbidrag utgör mindre än 0,7 procent per år av utgifterna för detta område. Det bör vara upp till styrelsen för den nya rehabiliteringsstyrelsen att bestämma hur dessa medel bäst används för att stimulera utbyggnad av rehabiliteringsresurser. Resultatet av en sådan treårssatsning får sedan avrapporteras till regeringen som får bedöma om effekterna är tillfredsställande.

17.2 Rehabilitering under längre tid

Utredningens förslag: Mer omfattande insatser blir aktuella mot bakgrund av samhällsekonomiska effekter och framtida utbildningskrav.

Nuvarande ettårsgränsen för rehabiliteringsersättning förlängs till högst 18 månader.

Som jag redan pekat på i avsnitt 9.2 finns i nuvarande regelverk vissa begränsningar i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering som kritiserats i olika sammanhang. Jag har också i diskussionspromemorian beskrivit att behovet av insatser i samband med rehabilitering i framtiden kan komma att bli mer omfattande än tidigare och kräva mer insatser än för närvarande. Vid remissbehandlingen av diskussionspromemorian har utredningen också fått stöd för denna uppfattning.

Vidare är den nuvarande ettårsgränsen för rehabiliteringsersättning är kritiserad och ifrågasatt. Ett år är i vissa fall en kort omställningsperiod, inte minst om den grundläggande utbildningen är låg eller gammal. En flerårig omskolning finansierad av försäkringen kan dock av rättviseskäl diskuteras. Omfattningen på insatsen måste kunna ställas i relation till andra liknande situationer, t.ex. enskilda utbildningsinsatser finansierade med studiemedel som kan ha sin grund i ändrade förhållanden på arbetsmarknaden eller egna ambitioner i livet.

Att överhuvudtaget ha en tidsgräns eller vissa riktlinjer för hur omfattande en rehabiliteringsinsats eller en utbildning bör vara kan i och för sig diskuteras. För unga personer kan mycket omfattande insatser vara lönsamma i ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det visar också den samhällsekonomiska studie utredningen låtit göra. I många fall, kanske flertalet, bör dock enligt min mening en omställning kunna ske

inom ett år. Det kan exempelvis handla om någon termins utbildningsinsats kombinerad med praktik eller mjukstart några månader.

Trots att flertalet insatser bör kunna genomföras på kortare tid än ett år kan gränsen ifrågasättas. Framför allt i situationer där det är mindre lämpligt att återgå i arbete hos tidigare arbetsgivare. Det kan istället vara fråga om arbetsbyte, bransch- eller yrkesbyte där mer omfattande insatser är självklara.

Omfattningen av samhällets stöd kan också komma att påverkas av om inriktningen på rehabiliteringen eller utbildningen är särskilt efterfrågad. Så sker redan idag när exempelvis stöd ges för s.k. bristyrkesutbildningar.

I princip alla program på gymnasiet är numera treåriga och i princip alla ges idag möjlighet till studier på denna nivå. En omskolning till nytt yrke innebär i många fall fleråriga utbildningsinsatser. Även högskolestudier krävs numera i allt högre grad på arbetsmarknaden, vilket som regel förutsätter någon form av studiestöd.

För att ytterligare stimulera utbildning som ett viktigt led i rehabiliteringen föreslår jag därför att den nuvarande inriktningen med rehabiliteringsersättning under högst ett år ändras till 18 månader med uppföljning av resultaten terminsvis. En förutsättning bör vara att studierna ingår i en i förväg bestämd plan där försörjning under hela studieperioden är finansierad.

17.3 Utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning

Utredningens förslag: Åldersgränsen för behörighet till statliga vuxenstudiestödet höjs från 50 till 55 år.

Rehabiliteringsersättning får användas mer flexibelt.

Ändringar i förordning (1991:1321) om rehabiliteringsersättning görs så att högskolestudier med rehabiliteringsersättning blir möjligt.

Fråga om arbetsskada bör avgöras tidigt för att skapa riktiga förutsättningar vid rehabilitering.

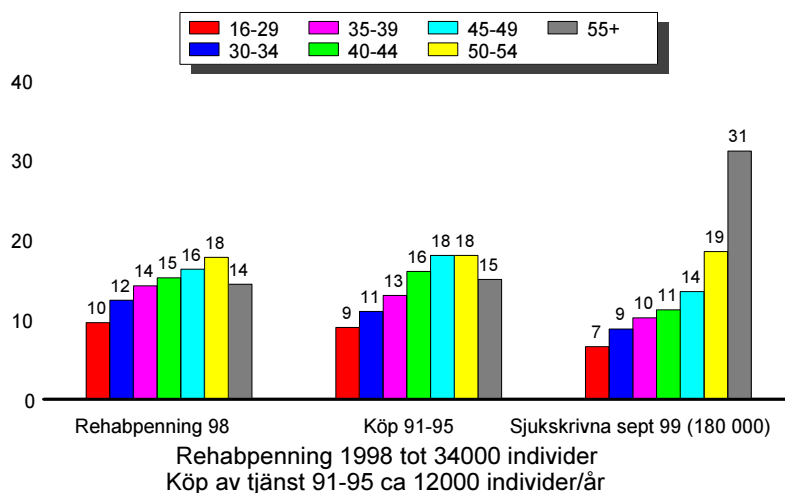
Möjligheten till vuxenstudier med bibehållen rätt till förtidspension möjliggörs under en längre period upp till 18 månader.

Utformning av nya ersättningsregler vid utbildning i samband med rehabilitering bör om möjligt bygga vidare på de regler som gäller för studier i allmänhet och på gällande studiemedelssystem. Här finns dock vissa problem som jag anser måste uppmärksammas.

Åldersfördelningen bland de som är aktuella för studiestöd skiljer sig radikalt från åldersfördelningen bland sjuka och arbetsskadade. Huvuddelen av studiestödet är av naturliga skäl riktat till de yngre i befolkningen samtidigt som utbildning efter sjukdom och stödbehov i den situationen berör individer högre upp i åldrarna

Av nedanstående figur framgår att ca 1/3 av de som varit föremål för aktiv rehabilitering (individer ersatta med rehabiliteringspenning eller personer för vilka en rehabiliteringstjänst köpts) är över 50 år. Mer än hälften av de långtidssjukskrivna är över 50 år.

Figur 1. Andel (%) individer i olika åldersgrupper med rehabiliteringspenning och sjukpenning.



Höjd åldersgräns för behörighet till statliga vuxenstudiestödet

Kunskapslyftskommittén har nyligen (jfr SOU 2000:28) föreslagit att åldersgränsen för behörighet till statliga vuxenstudiestödet höjs från 50 till 55 år. Jag delar bedömningen att en åldersgräns på 50 år är alltför snäv för att svara upp mot behovet av att ge stöd även till äldre i samband med studier. Många med behov av utbildning i samband med planerad arbetslivsinriktad rehabilitering är över 50 år. Den samhällsekonomiska studien som redovisas i kapitel 6 innebär att även relativt kostsamma insatser i form av exempelvis utbildning lönar sig även för

äldre. Alternativkostnaden i form av sjukpenning eller förtidspension och ett inte oansenligt produktionsbortfall är många gånger högre än kostnaden för en omskolning.

Tidsgränsen på 50 år för att kunna studera med lån och bidrag från det nya studiestödssystemet bör alltså ändras. Jag är i och för sig tveksam till om Kunskapslyftskommitténs förslag om en höjning till 55 år är tillräcklig. Även efter 55 år återstår ju en stor del av livet och i bästa fall mellan 10–15 år i arbete. Trots detta föreslår jag som ett första steg att höja gränsen till 55 år.

Ökad flexibilitet under utbildning

Det nya arbetslivet kommer att ställa högre krav på flexibilitet och beredskap att lära sig ny teknik – nytt kunnande. Ansvarsförhållandet mellan arbetsgivare, det offentliga och individen kan därför komma att förändras. Frågor om anställningens värde, individens ansvar för egen kompetensutveckling och hur mycket av en mer omfattande omskolning som det offentliga kan svara för kommer då i fokus.

Att öka det offentliga åtagandet för nya – och i vissa fall – relativt omfattande insatser är inte oproblemiskt. Detta skulle kunna medföra onödiga påfrestningar. Enkelt uttryckt kan det upplevas som orättvist att vissa får sin yrkesutbildning ”gratis” via socialförsäkringen medan andra för betala med egna medel för den.

Även individen har ett ansvar för sin egen rehabilitering vilket jag berört i tidigare avsnitt (jfr 13.1). Utbildning till annat arbete/yrke kan också ses som en investering i framtiden. Omskolningen kan ses som en möjlighet att förverkliga sina drömmar och ambitioner att trots skada/sjukdom kunna försörja sig själv genom ett eget arbete. De nya individuella kompetensutvecklingskontona som kommer att byggas upp de kommande åren kan användas även i dessa sammanhang i kombination med ersättning från försäkringen och/eller med studiestöd. Dessa system kommer sammantaget enligt min bedömning att öka flexibiliteten i olika behovssituationer.

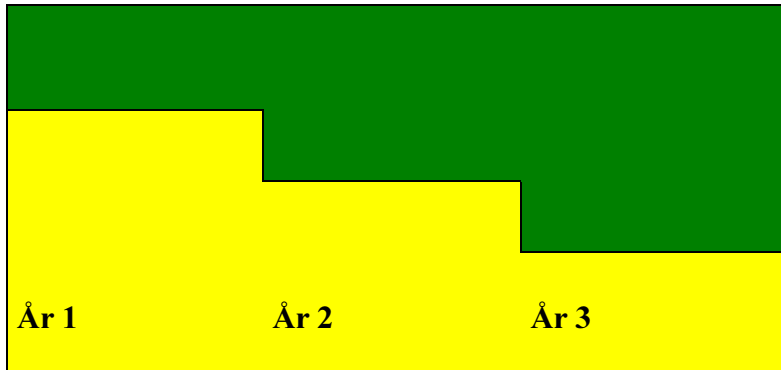
Rehabilitering och byte till annat likvärdigt arbete blir på så sätt en investering i ny kompetens och nya möjligheter att försörja sig själv.

Om tiden för en utbildning skulle komma att omfatta en treårsperiod (många av gymnasiets program omfattar en treårsperiod) skulle ansvaret för ersättning kunna fördelas mellan det offentliga och individen så att ju längre insats som planeras desto större blir individens ansvar och delar av rehabiliteringen kan ses som ett led i den egna investeringen. Att själv aktivt vara med och finansiera en del av utbildningen ställer också högre krav på individen att ta ansvar för sin egen situation. Sam-

tidigt ökar förutsättningarna för att lyckas i och med att individen själv är med och påverkar och finansierar.

En enkel modell för en mer omfattande finansiering under tre år skulle kunna fördelas på följande sätt:

**Individen söker studiestöd och/eller
IKS-konto upp till 100 %**



75 % 50 % 25 %
Rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringsersättning på heltid under tre terminer skulle kunna fördelas på ett mer flexibelt sätt tillsammans med andra stödformer under en treårsperiod och på så sätt utgöra en god grund för försörjning under rehabiliteringen. Försörjningsfrågan är mycket central och ibland helt avgörande för individens motivation att delta eller inte. Kunskapskommittén har i sin kartläggning av olika stödformer vid utbildning också kartlagt studiestödets betydelse för rekrytering till studier (SOU 2000:28). Bland de som *inte* påbörjat en högskoleutbildning har följande skäl framkommit. De vanligaste skälen i tur och ordning var:

- Man har bra arbete utan studier.
- Man vill tjäna pengar istället för att studera.
- Man ville inte ha studieskulder (tydligast i socialgrupp III).
- Det är svårt att försörja sig på studiemedel.

Personer med låg utbildning är överrepresenterade bland de långtids-sjukskrivna. Det framgår av flera olika undersökningar. Likaså är personer i arbetaryrken kraftigt överrepresenterade bland långtidssjukskrivna (RFV redovisar 1997:2).

Mer omfattande studier i samband med rehabilitering och framför allt högskolestudier är därför inte den mest självklara åtgärden för ett stort antal. Ett alltför omfattande ekonomiskt ansvar på en redan utsatt person kan, som jag ser det, vara ett hinder för rehabiliteringen eller bidra till att inte genomföra den planerade rehabiliteringen. Detta måste i sin tur vägas mot den orättvisa som ”gratis” utbildning innebär.

I förordning 1991:1321 regleras i detalj under vilka utbildningssituationer rehabiliteringsersättning kan utgå:

1. yrkesutbildning,
2. allmäntheoretisk eller orienterande utbildning som är nödvändig förberedelse för yrkesutbildning eller
3. orienterande utbildning i datateknik för personer med britsfällig eller föråldrad skolutbildning.

Dessa regler har varit gällande sedan reformen genomfördes 1992 och är enligt mitt sätt att se det föråldrade. Utifrån det resonemang jag fört om ökad flexibilitet och om ett mer samhällsekonomiskt tänkande i samband med rehabilitering anser jag att det är dags att se över dessa regler. För mig är det självklart att göra det möjligt att utge rehabiliteringsersättning i även andra utbildningssituationer än vid yrkesutbildning och orientering i datateknik. Rehabiliteringsersättning bör kunna utgå under den utbildning som planerats i samråd med försäkringsgivaren och som bedömts som den mest lämpliga. Exempelvis bör även högskolestudier som ett led i rehabiliteringen vara möjlig. Ett viktigt skäl för denna ändring är vidare försäkringsgivarens uppdrag att rehabilitera till ett likvärdigt arbete.

Det är nödvändigt att tidigt avgöra frågan om arbetsskada

För arbetsskadade gäller på samma sätt som för övriga sjukskrivna att rehabilitering till arbete är vägen tillbaka till arbete på gamla arbetsplatsen eller till annat likvärdigt arbete. Arbetsskadeförsäkringens möjligheter till ekonomiskt stöd under rehabiliteringen är dock bättre än i den allmänna sjukförsäkringen. Vid bestående skada kan arbetsskadeförsäkringen ersätta skillnaden i inkomst före och efter skadan. Försäkringen – som i detta avseende bygger på skadeståndsrättsliga principer – kan ersätta mer omfattande rehabiliteringsinsatser. Detta framgår av rättspraxis från Regeringsrätten. Av RFV:s allmänna råd framgår också bl.a. att *”rehabilitering med anledning av arbetsskada till skillnad från rehabilitering enligt lagen om allmän försäkring*

också kan omfatta högskolestudier” Grunden för detta är att rehabilitering ska ske i syfte att minimera de ekonomiska verkningarna av skadan. Försäkringen ska medverka till att inkomsten efter skadan är densamma som före skadan. Något sådant mål finns inte i lagen om allmän försäkring.

Arbetskadeförsäkringen har nyligen utretts i särskild ordning (SOU 1998:37) där det också föreslogs att en särskild omställningsersättning skulle vara alternativ till den arbetskadelivränta som nu utbetalas ut i samband rehabilitering.

I det nuvarande systemet finns det en viss oklarhet när prövning av arbetsskada ska ske och när en rehabiliteringssituation uppstår. Ett tidigt avgörande om skadan är orsakad av arbetet och därmed kan bedömas som arbetsskada är enligt min uppfattning av avgörande betydelse. Dels har det betydelse för hur omfattande insats som kan komma ifråga, dels kan det finnas en risk för att frågan om skadan är arbetsrelaterad eller inte kan hämma själva rehabiliteringsprocessen om den inte är avgjord.

Studier med förtidspension

Vid varaktig eller för avsevärd tid bestående nedsättning av arbetsförmågan kan förtidspension eller sjukbidrag beviljas. Sjukbidrag beviljas som regel inte för längre tid än tre år och förtidspension beviljas fram till 65 år då förtidspensionen byts ut mot ålderspension.

Rätten att studera med bibehållen rätt till sjukbidrag eller förtidspension har varit föremål för olika diskussioner en längre tid. Med nuvarande regler kan det inte anses givet att en person med förtidspension har rätt att bedriva heltidsstudier och samtidigt behålla sin rätt till förtidspension. Det finns något motsägelsefullt i att dels vara helt arbetsoförmögen samtidigt som man klarar väl så krävande studier.

I samband med att sjukbidrag beviljas förväntas dock numera att det pågår aktiva insatser under tiden med sjukbidrag. Utbildning kan då vara en sådan insats.

Förtidspensionsutredningen (S 1997:3) fick i uppdrag att göra en översyn av reglerna så att de möjliggör en aktiv rehabilitering och uppmuntrar till aktivitet. Utredningen presenterade två förslag som direkt har med aktiva och rehabiliterande insatser att göra (jfr SOU 1997:166).

Det första förslaget var om rätt till s.k. vilande pension. Efter förslag av regeringen (prop. 1999/00:4) om vilande förtidspension beslutade riksdagen om nya regler fr.o.m. den 1 januari 2000. Reformen innebär att den som uppburit förtidspension under minst ett år ska

kunna prova på arbete och samtidigt behålla sin rätt under tre månader. Därefter finns möjlighet att välja att fortsätta att arbeta, men då förklaras pensionen vilande till den del individen arbetar. Under påföljande nio månader finns rätten att arbetspröva utan att rätten till pensionen går förlorad. Därefter kan ytterligare en period om 24 månader vara aktuell med rätt till vilande förtidspension. Motivet för att införa dessa regler har varit att öka möjligheten för personer som vill bryta sitt bidragsberoende att göra det utan att riskera försörjningen under provotiden.

Det andra förslaget från Förtidspensionsutredningen var att ge förtidspensionärer rätt att bedriva studier under 365 dagar med bibehållen ersättning. Denna fråga har regeringen valt att hålla öppen i väntan på att regelsystemet för unga funktionshindrade fått sin slutliga lösning. Regeringen är dock inte avvisande utan har uttalat att ”studier kan i många fall vara det mest effektiva medlet för att förbättra möjligheterna för en förtidspensionär att helt eller delvis försörja sig själv”.

Studier kan enligt min uppfattning vara ett mycket effektivt sätt att bryta sitt bidragsberoende. Kunskapslyftskommittén för i sitt slutbetänkande (SOU 2000:28) en diskussion om möjligheten att studera med bibehållen rätt till förtidspension. Kommittén föreslår att nuvarande regelverk ändras så att det ges större möjligheter att studera med bibehållen förtidspension.

Det kan som sagt tyckas motsägelsefullt att lägga sådana förslag då personer med rätt till förtidspension enligt reglerna saknar arbetsförmåga och studier på såväl heltid som deltid är krävande. Å andra sidan är hälsotillstånd inte något statiskt. Hälsan och därmed förmågan att åter delta i arbetslivet kan ändras över tiden. I dessa fall kan beroendet av en trygg försörjning vara avgörande för vilka mått och steg man är beredd att ta. Förslaget om vilande pension är ett exempel på insikt om försörjningens betydelse.

På motsvarande sätt kan det var för den som efter en tid med förtidspension inspireras av att uppta studier för att om möjligt kunna välja nya vägar i livet. Ett hot om indragning av rätten till förtidspension främjar inte dessa försök. Alternativet blir då att förtidspension fortsätter utgöra grunden för försörjning. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv har samhället knappast något att förlora på alldeles så långa utbildningssatsningar. Försörjningen av en förtidspensionär är ju tryggad fram till ålderspension.

I syfte att öka möjligheterna att bedriva vuxenstudier för de som redan beviljats förtidspension föreslår jag att nuvarande möjlighet att studera med bibehållen förtidspension eller sjukbidrag ändras. Möjligheten att studera med bibehållen rätt till förtidspension bör begränsas till 18 månader. Denna period kan förlängas med ytterligare ett år om särskilda skäl föreligger.

17.4 Flexiblare användning av arbetshjälpmedel

Utredningens förslag: Beloppet för bidrag till arbetshjälpmedel föreslås höjt från 50 000 kr till maximalt 75 000 kr.

Som jag redan redovisat i kapitel 10 ligger det i arbetsgivarens generella anpassningsansvar att se till att förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatsen. Ett sätt att göra detta kan vara att t ex utrusta arbetsplatsen med olika hjälpmedel eller anpassa arbetsredskap efter individens förutsättningar. Rent allmänt kan sägas, att vad som är bra för en enskild individ är ofta bra för alla arbetstagare på arbetsplatsen.

Enligt förordningen om bidrag till arbetshjälpmedel (1991:1046) kan Försäkringskassan bekosta eller lämna bidrag till finansiering av arbetshjälpmedel. För att göra en rimlig bedömning vad som är arbetsgivarens ansvar och vad som eventuellt kan erhållas i bidrag krävs ibland ett samarbete mellan Försäkringskassan och Yrkesinspektionen. Ofta uppstår dock diskussioner mellan arbetsgivare, Försäkringskassa och enskild individ om hur långt arbetsgivarens ansvar sträcker sig. Det har hittills inte gått att hitta några riktigt bra rutiner kring betalningsfrågan, eftersom arbetsgivarnas förhållanden kan variera kraftigt. Det finns en uppenbar risk att den enskilde individen kommer i kläm allt medan myndigheterna ”träter” om vem som skall betala. Min uppfattning är att denna möjlighet att använda bidrag till arbetshjälpmedel måste användas på ett så flexibelt sätt som möjligt så att återgång i arbete underlättas. Bidrag till arbetshjälpmedel kan i vissa fall vara avgörande för om en person kan komma tillbaka till sin arbetsplats och kan därför på marginalen ha mycket stor betydelse.

Försäkringens kostnad för arbetshjälpmedel är för närvarande ca 85 miljoner kr per år och beloppet är för närvarande maximerat till 50 000 kr. Det finns enligt min mening anledning att justera detta belopp. Jag föreslår därför att beloppet ökas till maximalt 75 000 kr. Det kan vidare finnas skäl att se över nuvarande regler för arbetshjälpmedel. Inom ramen för den nya rehabiliteringsförsäkringen ökar

möjligheterna generellt att via köp av olika tjänster underlätta återgång i arbete. Arbetslinjen har också genomtyrat alla de förslag till åtgärder som jag fört fram. Den nya Rehabiliteringsstyrelsen bör därför bevaka den närmare utformningen av dessa regler och om behov föreligger föreslå regeringen om ändringar i reglerna.

18 Stärkta förutsättningar i arbetslivet

Rehabiliteringsförsäkringen vänder sig till befolkningen i arbetsför ålder och är en försäkring mot inkomstförlust på grund av sjukdom för de som förvärvsarbetar. Utredningen har också som en av de bärande etiska principerna valt ”arbetslinjen”. Den betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande. Aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar av kontantersättningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete (jfr kap. 16). Den samhällsekonomiska kalkylen i kapitel 6 bekräftar i ekonomiska termer – en satsad krona i rehabilitering ger nio åter – den mycket stora lönsamhet för samhället att sjukskrivna personer snarast möjligt kan få förutsättningar att arbeta.

Samtidigt visar utredningens kartläggning av de senaste årens utveckling på ett växande problem när det gäller möjligheten för individen att arbeta under pågående rehabilitering eller när sjukskrivningsbehovet är över. Detta problem inom dagens arbetslivsinriktade rehabilitering beror bl.a. på nu gällande ansvarsförhållanden mellan arbetsgivare, arbetsmarknadsorgan och försäkringskassorna.

I detta kapitel ger jag därför förslag till hur förutsättningarna till arbete kan stärkas under eller efter rehabilitering. Det sker mot bakgrund av den bild av arbetsmarknadens förändringar mot 2000-talet som tidigare målats upp (kap. 4). Först vill jag dock betona arbetets värde och ge en problembeskrivning sett utifrån dagens förhållanden

18.1 Arbetets läkande kraft – vikten av arbetsplatstillgång under och efter rehabilitering.

Utredningens bedömning: Även om det finns avigsidor med arbete som behöver åtgärdas, t.ex. mindre goda miljöer, enformighet och stress så är utredningen övertygad om det goda med arbetet och arbetslivet. Detta ur ett individperspektiv. Samtidigt bygger hela vår välfärd på att tillräckligt många individer förvärvsarbetar.

Tillgång till en arbetsplats – med eller utan arbetsanpassning – och ibland också kortare arbetstid, bidrar ofta till läkande för den sjukskrivne individen under rehabiliteringen.

Arbetslinjen och arbetets betydelse

Med rehabiliteringsreformen 1992 fick också sjukförsäkringen en direkt koppling till arbetslinjen som redan gällde i arbetsmarknadspolitiken. Det övergripande målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, ett begrepp som myntades i den då reviderade försäkringen, blev att så många som möjligt skulle kunna försörja sig genom eget förvärvsarbete. Statsmakterna betonade därmed arbetets betydelse också inom socialförsäkringarna. Det var en naturlig utveckling mot bakgrund av att reformen formulerades under en period när arbetsmarknaden präglades av överhettning och växande sjukskrivningstal (jfr kap. 1). Vidare bygger hela vår svenska välfärd på att tillräckligt många individer förvärvsarbetar och därmed genom skatter och avgifter bidrar till inte bara försörjning av t.ex. barn, äldre och funktionshindrade personers särskilda behov, utan också till våra gemensamma behov av vägar, rättsväsendet, kultur, sjukvård etc. Efter reformens införande försvann en halv miljon arbetstillfällen, vi fick ett stort budgetunderskott i statens finanser och en växande arbetslöshet. Fokus sattes då kanske än mer på hur viktigt det var att tillräckligt många förvärvsarbetar för att klara vår gemensamma välfärd.

Arbetet har inte bara betydelse för samhället i stort utan också för den enskilde individen. Arbetet ger oss som individer i vår kultur välbefinnande och hälsa. Visserligen genererar arbetet, genom exempelvis mindre goda miljöer, enformighet för vissa, stress för andra, även ohälsa. Det är emellertid avigsidor som kan tacklas genom bättre kunskap och ett reformerat system för att dels mer aktivt förebygga sjukskrivningar, dels kraftfullt rehabilitera och förkorta pågående sjukskrivningar. Detta är ju inte minst ambitionen med denna utredning. Övertygelsen för min egen del och det som genomsyrar denna utredning är ändå det goda med arbetet och arbetslivet ur ett individperspektiv. Jag vill i det följande kort peka på några aspekter. Ett arbete ger:

- Egen försörjning.
- En social gemenskap som för många individer kanske är den viktigaste, ibland till och med den enda. Att vara delaktig står i motsats till det som i dagens debatt används som ett begrepp för mänskligt nederlag, nämligen utanförskap.

- Personlig utveckling. På en arbetsplats ställs arbetets krav mot individens tilltro till sin egen förmåga att kunna leva upp till krav och förväntningar från chefer, arbetsledare och arbetskamrater: ”De tror att jag kan klara detta!”
- Erbjuder individen utmaningar och att finna nya, kanske oupptäckta förmågor. Detta leder i sin tur vidare till en ökad kompetens.
- Personlig tillfredsställelse och eget ökat självförtroende genom att individen deltar i en produktionsprocess av varor eller tjänster. En nöjd kund bekräftar resultatet av ens ansträngningar.
- Självbild och identitet. Att ha ett arbete ger i sig personligt erkännande och bekräftelse. I undersökningar rankas inte oväntat förlorat arbete som en av de mest betydelsefulla orsakerna till negativ stress.

Det goda med tillhöra en arbetsplats märks för många individer särskilt om de för en längre eller kortare tid inte kan arbeta på grund av sjukdom eller väntan på en behandling. För de flesta går det säkert bra att komma ur rytmen en tid genom att inte gå till arbetet, inte möta arbetskamrater, att kanske ”lasta över” arbetsuppgifter på arbetskamrater etc. När frånvaron blir till en längre period riskerar dock individen att hamna utanför arbetsgemenskapen. I en sådan situation är det lätt att individen kommer in i en annan livsrytm med en passivitet som kanske i sig riskerar att förlänga sjukskrivningen. Många rehabiliteringsaktörer vittnar också om att sådan passivitet i sig förstärker ohälsa och därmed medför ett svårare rehabiliteringsarbete. Mot den bakgrunden är tillgång till arbetsplatsen – med eller utan arbetsanpassning – och om möjligt kortare arbetstid många gånger läkande under sjukskrivningen. Detta är en erfarenhet som i ännu högre grad kan avläsas, enligt min egen långa erfarenhet, med vad Samhall ger funktionshindrade personer som tidigare kanske inte haft tillgång till ett arbete överhuvudtaget. Det anpassade arbetet medför att man betyder något i samhället, att vara efterfrågad, att vara med i den sociala gemenskapen ger ”växtkraft”. I remissvaren på diskussionspromemorian har detta också understrukits, inte minst från arbetstagar- och handikapporganisationerna, men även från Samhall AB och myndigheter som Socialstyrelsen med sin erfarenhet av vad arbete betyder för hälsa.

Utredningens slutsats blir mot denna bakgrund att det avlönade arbetet inte bara är en förutsättning för fortsatt välfärd och ett solidariskt samhälle, utan ger oss också som individer i arbetsför ålder välbefinnande och bidrar normalt starkt till hälsa.

18.2 Under 1990-talet har individens möjligheter minskat till mjukstart eller nystart i arbetslivet

Utredningens bedömning: Under 1990-talet har ett starkt omvandlingstryck medfört nya krav på arbetsmarknaden med såväl nya sjukdomsorsaker som fler och längre sjukfall. En annan trend är att andelen ”fasta” jobb minskar – nu bara 75 procent.

Allt färre av de individer som rehabiliteras har tillgång till adekvata arbetsplatser. I dag finns det ett behov (= en ”arbetskraftsreserv”) för i storleksordningen 50 000 till 100 000 personer bland de långtidssjukskrivna.

Utredningen ser en begynnande arbetskraftsbrist de kommande tio åren. Samtidigt är det samhällsekonomiskt nödvändigt med fler i arbeten. Denna obalans måste brytas.

Samtidigt som arbetslinjen infördes i socialförsäkringen i början av 1990-talet har arbetsmarknaden kraftigt förändrats. De gångna åren har inneburit ett ökat omvandlingstryck där arbetsintensiva företag och sedermera även offentlig tjänsteverksamhet stramat upp sina organisationer med mer tekniska lösningar och färre arbeten. Organisationerna har också blivit mer ”slimmade” eller ”magra” för att använda ett modeord. Allt fler företag, och även arbetsplatser inom den offentliga sektorn, koncentrerar sig till sin kärnverksamhet. Lättare arbetsuppgifter som förr fanns på arbetsplatsen, och var en möjlighet att komma tillbaka till efter sjukdom, försvinner. Vi får istället alltmer specialiserade företag/arbetsenheter där ”överlevnaden” är beroende av att klara konkurrensen med allt effektivare arbetsmetoder.

Ny mer kunskapsintensiv verksamhet växer fram. Under 1990-talet har t.ex. andelen nyanmälda arbetsplatser till arbetsförmedlingen utan utbildningskrav minskat från 35 procent till runt 10 procent. En hel del av den äldre arbetskraften har svårigheter att anpassa sig till IT – miljön, vilket kan medföra att de känner sig utanför arbetsplatsen. Arbets-takten som sådan förefaller, åtminstone som den upplevs av många i vår kartläggning, bli allt högre. Kraven på flexibilitet och anpassbarhet till ”kunden” ökar påtagligt jämfört bara med 1980-talet. Internationaliseringen inom näringslivet växer snabbt och det blir allt vanligare att ägaren/ledningen till ett företag/arbetsplats finns i ett annat land.

Arbetsrelaterade sjukdomar som kopplar till rörelseorganen ökar inte längre i samma takt som tidigare. De senaste åren har i stället en dramatisk ökning skett av sjukskrivningar med diagnoser som stress,

utbrändhet eller psykiska sjukdom. I synnerhet inom den offentliga sektorn. Än dominerar dock rörelseorganens sjukdomar. Och vi har framförallt fått alltmer långtidssjuka. Från våren 1997 en ökning med 90 000 eller nära 80 procent. Bland dessa växer särskilt de riktigt långa sjukskrivningarna (över ett år).

Mellan 1990 och 1999 försvann över 600 000 fasta arbeten i Sverige. De ersattes delvis med 165 000 nya tillfälliga anställningar. Projektanställda, vikarier och egenföretagare, dvs. arbetskraft som inte har en traditionell tillsvidareanställning är nu så många som en fjärdel av alla i arbete. Att bl.a. nå dessa via arbetsgivaren och ställa krav på denne om olika arbetsmiljörelaterade förändringar är inte lika lätt som för de tillsvidareanställda.

Den här utvecklingen har bidragit till det kraftigt ökade antalet långtidssjuka och att vi nu står inför en ny ökning av antalet förtidspensionärer. Vi har också de senaste åren fått en våg av avtalspensioneringar, ända ner i åldersgruppen 55+. Samtidigt har denna utveckling också försvårat den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Mot bakgrund av utredningens kartläggning och intervjuer med försäkringskassornas handläggare av rehabiliteringsärenden har jag kunnat identifiera ett antal problem som kopplar till arbetsmarknaden av i dag. Problem som försvårar eller bromsar en annars lyckad återkomst eller inträde i arbetslivet efter sjukskrivning:

- Allt färre möjligheter till partiellt arbete under pågående rehabilitering på ordinarie arbetsplats liksom för ”mjukstart” efter avslutad behandling eller rehabilitering. Detsamma gäller egenföretagaren med t.ex. sin korvkiosk. Förmodligen har detta samband med den högre arbetstakten, koncentrereringen till ”kärnverksamhet” och effektivitetskraven i arbetslaget/arbetsplatsen.
- En i andra avseenden lyckad rehabilitering leder ibland till att individen inte kan eller orkar arbeta i samma utsträckning som tidigare. Han eller hon kan kanske inte hellre återgå till sina gamla arbetsuppgifter och då blir det ingen anställning. Detta problem ökar nu med allt fler äldre sjukskrivna. Vederbörande går kvar i sjukskrivning, får kanske förtidspension eller går över i arbetslöshet efter rehabiliteringen.
- Lagkravet att den som har en arbetsgivare i princip alltid skall rehabiliteras tillbaka till sin gamla arbetsplats. Detta blir ibland en olycklig målsättning som istället kan resultera i inget arbete alls och till slut kanske förtidspension. Jag avser sådana situationer där det är en liten arbetsplats och individen har sjukskrivits på grund av svårartade allergier (t.ex. bagaren med mjölallergi) eller mobb-

ning/långvarig osämja med chefen/ägaren. Liknande situation kan uppkomma för egenföretagaren som inte har samma förutsättningar att driva sitt företag men ändå kan och vill arbeta i mer anpassade former.

- För de ca 25 procenten, f.n. 50 000 personer, långtidssjukrivna (över 30 dagar) som tillika saknar anställning finns risk att de hamnar i en rundgång mellan myndigheter och hemkommun. För en snabb och effektiv rehabilitering behövs kontakt med en arbetsplats, en möjlighet som saknas för den som saknar anställning. Arbetsförmedlingen vidtar inte hellre arbetsmarknadsåtgärder under pågående sjukskrivning. Resultatet kan bli en förlängd sjukskrivning och/eller återfall i sjukskrivning.
- En lyckad rehabilitering kräver att den enskilde individen känner sig rustad för arbetslivet igen. Det alltmer kunskapskrävande arbetslivet ger ett svårt möte för den individ som rehabiliterats färdigt och som har bristfällig utbildning. Detta kan leda till att individens självförtroende sviktat eller att det helt enkelt inte längre finns några passande arbetsuppgifter. Behovet av att finna och finansiera standardhöjande utbildningar under rehabiliteringsfasen är påtagligt för försäkringskassornas handläggare. Speciellt med tanke på att personer med låg utbildning är överrepresenterade bland de långtidssjuka.

Tidigare har jag i kapitel 4 försökt beskriva en trolig utveckling av det svenska arbetslivet för de kommande tio åren. Den visar att flera av de tendenser från dagens arbetsliv som jag beskrivit ovan förstärks framåt. Tendenser som alltså ökar sjukskrivningar och hindrar en effektiv rehabilitering. Bilden växer fram av ett fortsatt starkt omvandlingstryck som riskerar att ge konsekvenser i form av bl.a. ökad stressrelaterad belastning på individen. Betydelsen av psykiska, sociala och organisatoriska faktorer för ohälsan kommer att öka. Även kraven på kompetens och flexibilitet kommer att öka för allt fler i arbetslivet. Detta leder fram till ett växande och delvis annat rehabiliteringsbehov med krav på tillgång till arbetsplatser för att rehabiliteringen skall lyckas.

Det faktum att vi för att lyckas med rehabilitering behöver större tillgång till adekvata arbetsmöjligheter och att den sjukskrivne ofta själv vill få mjukstart eller anpassat nytt arbete skall ställas i relation till vad många prognoser visar, nämligen att Sverige riskerar att få brist på arbetskraft mot år 2010. Något som utredningen påpekade tydligt i diskussionspromemorian. Risken för arbetskraftsbrist beror dels på demografiska förändringar, men också på trenden med allt fler i arbetskraften som inte arbetar på grund av långtidssjukskrivning.

Individens och försäkringsgivarens önskan om fler anpassade arbeten för de som rehabiliteras måste därför rimligen förenas med den begynnande arbetskraftsbristen och det samhällsekonomiskt nödvändiga i att Sverige får fler som arbetar. I dag finns en dold arbetskraftsreserv bland de långtidssjuka, i storleksordningen kanske 50 000 till 100 000 individer (inte lika med heltidsarbetande).

Frågan blir då hur dessa två olika behov kan mötas? De har inte gjort det hittills och jag tror inte att det går i morgon heller på enbart marknadens krav. Räcker då dagens arbetsmarknadspolitiska åtgärder till att överbrygga?

18.3 1990-talets former för stöd är inte tillräckliga för framtiden

Utredningens bedömning: Dagens utbud av arbetsmarknadspolitiska program och stöd vänder sig inte till sjukskrivna under rehabilitering. Vissa ger möjlighet för den färdigrehabiliterade men tycks inte fungera i tillräcklig utsträckning.

Bristen växer framåt om inte nya åtgärder sätts in.

Internationellt sett har Sverige lyckats förhållandevis väl under i synnerhet 1980-talet, något svagare under 1990-talet, med att hålla nere en öppen arbetslöshet och dessutom skapa anpassade arbeten för funktionshindrade individer. Men det har då gällt individer som är färdigrehabiliterade och inte längre är sjukskrivna/förtidspensionerade. Det har skett med stöd av en bred arsenal arbetsmarknadspolitiska program.

Personer med arbetshandikapp är de som på grund av funktionshinder har nedsatt arbetsförmåga och som därför har eller kan förväntas få svårigheter att få eller behålla ett reguljärt arbete. Dagens och 1990-talets arbetsmarknadspolitiska åtgärder riktar sig till dels arbetsgivare som anställer arbetshandikappade, men omfattar också åtgärder till personer med arbetshandikapp. I några arbetsmarknadspolitiska program finns särskilda villkor för arbetshandikappade arbets sökande. Andelen sysselsatta är dock alltjämnt betydligt lägre för funktionshindrade jämfört med icke funktionshindrade personer. 76 procent för icke funktionshindrade mot runt 55 procent för funktionshindrade personer.

Programmet "särskilda åtgärder för arbetshandikappade" innehåller sex olika åtgärder: *Lönebidrag* 48 500 personer (våren 2000), *Offentligt skyddad arbete (OSA)* 5 264 anställda, *Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS)*, 666 deltagare samt *stöd med Arbetsbiträde, Arbetshjälpmedel och Näringshjälp*. Utöver nämnda program motsva-

ras en stor del av de funktionshindrade personerna som har arbete, av de 27 000 anställda i Samhall AB. Bolaget har egna anläggningar och integrerade arbetsplatser runt hela Sverige. Syftet med Samhall är att tillgodose ett behov av arbete för funktionshindrade personer som i utgångsläget inte klarar ett arbete på reguljära arbetsmarknaden. Behovet av dessa arbeten är emellertid betydligt högre än vad Samhallgruppen har möjlighet att erbjuda i dag.

Bidrag till arbetsbiträde är den enda åtgärden som kan ges till en redan anställd eller till en egenföretagare. Programmen är i övrigt konstruerade att kompensera en nedsatt arbetsförmåga i form av stöd till individen eller lönesubvention till arbetsgivare. Anställda som till följd av sjukdom eller förvärvat funktionshinder får ett arbetshandikapp har *inte* tillgång till de arbetsmarknadspolitiska programmen. Programmens utformning medger bara i undantagsfall att en redan anställd kan omfattas av dem även om det skulle vara en lämplig rehabiliterande insats.

Aktivitetsgarantin – exempel på mer individorienterat stöd i framtiden?

För att möta en växande grupp av långtidsinskrivna arbetslösa har riksdagen från och med hösten 2000 infört ett nytt arbetssätt hos landets arbetsförmedlingar, ”aktivitetsgarantin”. Långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingarna saknar ofta den kompetens som efterfrågas. Många har bristfälliga utbildning. Andra har yrkesutbildningar inom vikande branscher. Flertalet långtidsinskrivna har haft flera perioder där de deltagit i olika arbetsmarknadspolitiska program som dock inte lett till anställning. För närvarande finns det ca 67 000 personer som har fastnat i en rundgång mellan arbetsmarknadspolitiska åtgärder och a-kassa. För att öka möjligheterna för dessa arbetssökande införs en aktivitetsgaranti för personer som varit arbetslösa mer än två år. Aktivitetsgarantin syftar till att denna grupp skall erhålla ett mer personligt och intensivt stöd i sitt sökande efter arbete. De arbetssökande kommer att ingå i mindre grupper om 10–15 personer med en handledare. Tillsammans med handledare ska en *individuell jobbsökarplan* utarbetas och den ska omfatta den tid som individen bedöms behöva, dvs. tiden kan vara längre än den som anges i de enskilda programmen. Den arbetssökande erhåller aktivitetsstöd/utbildningsbidrag för sin försörjning under tiden i aktivitetsgarantin. Om den arbetssökande erbjuds ett tillfälligt arbete skall han eller hon få lön från arbetsgivaren men kan återgå till aktivitetsgarantin igen tills det finns en mer permanent lösning. För att öka sin kompetens och stärka sin ställning på arbetsmarknaden kan den

enskilde delta i flera olika program och aktiviteter. Den som har en låg utbildningsnivå får möjlighet att varva arbete och utbildning.

För den individ som genom arbete får ökad kompetens och skaffat sig sociala färdigheter i arbetslivet kan det vara aktuellt att finna någon form av övergångsarbetsmarknad. Detta innebär att arbetsuppgifter skapas genom att kommuner, företag och arbetsmarknadens parter m.fl. samverkar om meningsfulla arbetsuppgifter som behöver utföras men som inte görs av någon annan och som inte sätter konkurrensen ur spel på den lokala marknaden. Den eller de som anordnar sådana arbetsuppgifter som ställs till aktivitetsgarantins förfogande erhåller ett anordnarstöd på högst 150 kr dag/individ för administration och kringkostnader.

Från kommande årsskifte är planen att målgruppen för aktivitetsgarantin vidgas till att även omfatta de som har socialbidrag av arbetsmarknadsskäl. Det kommer att förutsätta en ny aktiv samverkan mellan hemkommunen och arbetsförmedlingen.

Exempel på annan verksamhet med inslag av övergångsarbetsmarknad

Stiftelsen Activa

Stiftelsen Activa har byggts upp i samverkan mellan arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget i Örebro. Syftet med Activas verksamhet är att ge funktionshindrade med stora stödbehov en möjlighet till rehabilitering genom arbete. Liksom i SIUS tillämpas så kallad supported employment metodiken.

Kulturarvs IT

Kulturarvs IT är en gemensam arbetsmarknadspolitisk och kulturpolitisk satsning som innebär att tillgängligheten till kulturarvet ökar samtidigt som personer med arbetshandikapp bereds arbete. Dataregistreringsarbetet ställer stora krav på noggrannhet men arbetet kan utföras även av den som inte har så hög arbetskapacitet. Hittills har 100 personer fått utbildning och anställning och ytterligare 90–100 personer är aktuella för en förberedande utbildning i kulturhistoriska ämnen och i dataregistrering med sikte på anställning.

Kooperativ verksamhet

Viss kooperativ verksamhet kan också ses som en form av övergångsarbetsmarknad. Detta gäller särskilt kooperativ med social inriktning där processen haft en rehabiliterande funktion, både genom dess demokratiska arbetsformer och ansvarstagande vid en företagsetablering. Vissa har övergått till att bli fullvärdiga kooperatörer, andra har anställts av kooperativen för att senare kunna övergå till anställning hos annan arbetsgivare.

Arbetsgivarringar

Redan tidigt under 1990-talet förekom det samverkan kring rehabilitering mellan arbetsgivare. Det har oftast haft formen av mer informella nätverk på orter eller i geografiskt avgränsade industriområden där företag har känt ett behov av varandras stöd för att kunna fullgöra sitt rehabiliteringsansvar. Vanligtvis var det små eller medelstora företag som trots ansträngningar inte kunde erbjuda bra rehabiliteringsalternativ i sin egen verksamhet. De har därför i stället vänt sig till grannföretag eller liknande. Ringarna kom till i samband med dåvarande Arbetslivsfonden och drevs i projektform på flera håll i landet. En del av dessa har sedan kunnat fortleva och i dag finns en gemensam förening för ringarna. Mitt intryck, efter att ha mött dessa, är att de kan bidra positivt till rehabilitering och framförallt till stöd arbetsgivare emellan. De är dock starkt beroende av eldsjälarna hos någon av arbetsplatserna på orten, vilket inte är så lätt att bibehålla.

Alternativ arbetspraktik för psykiskt funktionshindrade

I ett rehabiliteringsprojekt riktat till psykiskt funktionshindrade har det utvecklats en metod för successiv utslussning i arbete med s.k. gruppvis praktik.

Galaxen

Galaxen inom byggbranschen är en särskild verksamhet som bygger på att branschens parter har tagit ett särskilt ansvar för rehabilitering genom att erbjuda arbete till byggnadsarbetare som fått arbetshandikapp. Under anställningen i Galaxen har lönebidrag lämnats genom särskild överenskommelse med arbetsmarknadsverket som kompensation för den arbetshandikappades nedsatta arbetsförmåga.

I bilaga 9 ges en mer utförlig redovisning av dagens och 1990-talets olika stödformer för att skapa arbetsmöjligheter för främst de med nedsatt arbetsförmåga.

Sammantaget kan jag konstatera att dessa arbetsmarknadspolitiska program och stödformer inte vänder sig till sjukskrivna under rehabiliteringsfasen. Däremot är vissa av dem en möjlighet för individer som är färdigrehabiliterade och inte har sin gamla arbetsplats kvar. De tycks dock inte ha fungerat i tillräcklig utsträckning för dessa individer. En anledning kan vara att dessa personer behöver mer individualiserat stöd. Andra orsaker kan vara de olika primära målen mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassa eller att anslagstak begränsar volym. Den ovan skisserade probleminventeringen står därför kvar.

18.4 Remissopinionen vill se mer av arbetsmarknadsmöjligheter för att rehabilitering skall lyckas

Utredningens bedömning: Majoriteten av de remissinstanser som har yttrat sig över utredningens diskussionspromemoria instämmer i utredningens förslag om en kompletterande arbetsmarknad i syfte att öka möjligheterna till (åter-) inträde på arbetsmarknaden både under och efter avslutad rehabilitering.

Utredningen förde i sin diskussionspromemoria ett resonemang om de växande problemen för rehabiliterade individer att komma in i arbetslivet. Vidare övervägde jag att föreslå en kompletterande arbetsmarknad. Efter remissbehandlingen kan jag konstatera att dessa resonemang och förslag delas av majoriteten av de instanser som har yttrat sig särskilt om detta.

De invändningarna som finns mot en kompletterande arbetsmarknad är främst av två slag. En instans vill som ett alternativ till en kompletterande arbetsmarknad se generella lättnader för att öka arbetsgivarnas anställningar. Jag respekterar denna synpunkt men menar samtidigt att förslag om sådana lättnader inte står i motsättning till ökade möjligheter för successivt (åter-) inträde på arbetsmarknaden. Många grupper och totalt omkring en halv miljon individer, exklusive 640 000 långtidssjukskrivna och förtidspensionerade, står i dag utanför arbetsmarknaden. Det krävs därför enligt min mening organiserade vägar för (åter-) inträde på arbetsmarknaden för de individer som efter en sjukskrivning av olika skäl har svårigheter att nå upp till full produktivitet direkt eller på sikt.

En andra invändning är att en kompletterande arbetsmarknad kan skapa A- och B-lagstänkande på arbetsmarknaden. Jag instämmer i och för sig i dessa farhågor. Dock väger jag invändningen mot dagens situation där utanförskapet förstärks för alla individer som överhuvud taget inte kommer in på en arbetsplats. Man skulle till och med kunna tala om risken för ett A- och C-lagstänkande om inget görs för att underlätta för alla de individer som gradvis behöver etablera sig på arbetsmarknaden.

De flesta remissinstanserna uppmuntrar utredningen att lägga förslag i diskussionspromemorians anda. Några påpekar vikten av att det skapas flera alternativ så att behovet också tillgodoses för funktionshindrade personer när det gäller såväl arbetsprövning, arbetsträning som mer stadigvarande former för arbete. Regeringens mål om 80-procents sysselsättning bland arbetskraften bör enligt en instans omfatta även de utsatta grupperna på arbetsmarknaden.

Sommarens utvärdering av ett s.k. Frisam – projektet understryker också vikten av att arbetsgivaren erhåller ekonomiskt stöd för att rehabilitering skall lyckas.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera ett övervägande stöd för att lägga förslag med syfte att öka möjligheterna till (åter-) inträde på arbetsmarknaden både under och efter avslutad rehabilitering.

18.5 Fem vägar till stärkta möjligheter för successiv återgång till eller inträde i arbetslivet.

Utredningens förslag: Om inte arbetsmarknaden är tillräckligt öppen fördröjs en lyckad rehabilitering och de positiva effekterna för individen uteblir. Det ger också stora samhällsekonomiska förluster, sett bara över de ”fyra offentliga kassakistorna”, även om individen inte orkar arbeta i samma takt eller tid som före sjukskrivningen. Utredningen föreslår därför fem nya vägar för att vidga tillgången till arbetsmarknaden:

- A/ En vidgad roll och nya medel för försäkringsgivaren att öppna tillgången till arbetsplatser.
- B/ För individen realistiska och ur hälsosynpunkt mer hållbara rehabiliteringsmål när det gäller arbete.
- C/ Ny stödform för att underlätta ”mjukstart” i arbetslivet som ett led i pågående rehabilitering.

- D/ Utökade möjligheter att använda nuvarande arbetsmarknadsprogram för långtidsarbetslösa/funktionshindrade till att även omfatta långtidssjukrivna individer.
- E/ En mjukare övergång av ansvaret för stöd mellan arbetsförmedling och försäkringsgivaren.

Under utredningsarbetet har jag via kartläggningen och många möten runt om i landet blivit alltmer övertygad om att lyckad rehabilitering blir rejält fördröjd eller att de positiva effekterna uteblir om inte arbetsmarknaden är tillräckligt öppen. Samtidigt behöver Sverige fler i arbete och det är en mycket stor samhällsekonomisk vinst, sett bara över de ”fyra offentliga kassakistorna”, att de långtidsjuka snabbt kommer åter i arbete. Detta även om individen inte orkar arbeta i samma takt eller tid som före sjukskrivningen.

Jämfört med vårens diskussionspromemoria vill jag därför vidga mina förslag vad gäller tillgång till arbete. De förändringar jag här lägger fram för att kunna nå detta följer fem nya vägar som jag utvecklar i det följande.

En vidgad roll för försäkringsgivaren och realistiska mål för individen underlättar

Den framtida försäkringsgivaren får i sin andra respektive tredje huvuduppgift (jfr kap. 15.3) dels ansvara för att en adekvat rehabiliteringsutredningen görs, dels aktiv verka för att den sjukskrivne individen kommer åter i arbete. Dessa uppgifter bör enligt min mening stärka arbetets betydelse och arbetsplatsens roll för en lyckad rehabilitering. Ett behov av arbetsträning och anpassning förutsätts därmed bli integrerat i den övriga rehabiliteringen. Försäkringsgivaren blir den naturlige koordinatören av de olika erforderliga rehabiliteringsinsatserna, eftersom denne är huvudaktör på den offentliga sidan. Vid behov kan försäkringsgivaren även finansiera vissa insatser om de annars dröjer eller uteblir helt.

I dag gäller att rehabilitera ”tillbaka till den gamla arbetsplatsen”, även om utsikterna för hälsoproblem kvarstår (bagarn med mjölallergi) eller den enskilde inte vill (t.ex. vid tidigare mobbning eller långvarig osämja med chefen/ägaren på det lilla företaget). Om ett sådant mål ovillkorligt sätts upp kan det leda till att individens motivation att rehabiliteras sviktar. I min föreslagna nya ordning kan i stället i dessa fall målet med rehabiliteringen sättas till ett annat likvärdigt arbete. Detta utvecklar jag närmare i kapitel 15. Försäkringsgivaren har då

kvar ansvaret att stödja och hjälpa individen fram till ett likvärdigt arbete hos en ny arbetsgivare, om inte nya arbetsuppgifter kunnat arrangeras hos den tidigare arbetsgivaren.

I dessa situationer anser jag att rehabiliteringsersättning bör kunna utgå i högst 100 dagar efter det att rehabiliteringen betraktas som avslutad. Denna tidsgräns tillämpas redan i arbetslöshetsförsäkringen. Den enskilde har således möjlighet att under denna period finna ett nytt arbete. Samtidigt får arbetsförmedlingen en skyldighet att hjälpa försäkringsgivaren att finna alternativ till ett nytt lämpligt arbete för individen. Enligt mitt förslag är det försäkringsgivaren som bör bedöma, efter rekommendation från läkare eller annan specialist samt efter medgivande från individen själv, huruvida återgång till gamla arbetsplatsen är uteslutet. Detta förutsätter vidare att ordinarie arbetsgivare uttömt alla anpassningsmöjligheter (med eller utan bidrag) inom den tidigare arbetsplatsen eller omplaceringar. Ytterst är det försäkringsgivaren som har att ta ställning till detta. Yrkesinspektionen får i uppgift att träda in som rådgivare om försäkringsgivaren önskar detta vid tveksamma fall.

I andra fall kan det, för att stärka realismen i individens mål, vara lämpligt att individen får hjälp med en kompletterande utbildning som också ger möjlighet till ett kanske innehållsrikare arbete för individen. Hur det sista finansieras, gemensamt av försäkringsgivaren och individen, beskrivs närmare i kapitel 17.

Jag beräknar inte att försäkringens kostnader över tiden ökar med dessa regelförändringar. Inledningsvis uppkommer en viss kostnad för köp av nya tjänster, men hela tiden har försäkringsgivaren att väga kostnader för aktiva insatser denne finansierar mot fortsatta kostnader för sjukersättning. Syftet med dessa köp är ju ytterst att korta sjukskrivningsperioden.

Dessa lag- och regelförändringar hoppas jag skall bidra till att en återgång till arbetslivet lyckas i fler fall. Andra fördelar är ett ökat välbefinnande för individen, men också lägre kostnader för de offentliga systemen än idag.

Nytt stöd för att underlätta ”mjukstart”

Försäkringsgivaren ges en ny möjlighet att medverka till att anställda sjukskrivna individer får en mjukstart hos sin ordinarie arbetsgivare genom att ekonomiskt kompensera arbetsgivaren via ett lönebidrag. Detta kan gälla då den sjukskrivne en kortare tid går in och arbetar begränsat som ett medvetet och uttryckt delmål eller som ett led i rehabiliteringsplanen. Bidraget till arbetsgivaren maximeras till 50 procent

av den ordinarie lönen som den anställde skulle haft vid ordinarie arbetsinsats. Taket är högsta sjukpenningnivå (dvs. 50 procent av detta). Bidraget betalas till arbetsgivaren som sedan har att betala lämplig ersättning till individen. Arbetsgivaren får skyldighet (enligt ändring i lag) att ha sin arbetsplats öppen för den sjukskrivne anställde även under rehabilitering om det inte är uppenbart olämpligt. Förutsättningen är naturligtvis att kontakt med arbetsplatsen bedömts önskvärd av försäkringsgivaren (koordinatören) i samråd med individen, i syfte att underlätta rehabiliteringen.

För sjukskrivna som saknar anställning och för vissa egenföretagare och projektanställda, som saknar möjlighet att använda ordinarie arbetsplats, vill jag öppna försäkringsgivarens möjligheter att ge motsvarande ekonomiskt stöd till en extern arbetsplats. Förutsättningen är att koordinatören och individen bedömer att mjukstarten behövs för effektivare och snabbare nå rehabiliteringsmålet enligt den individuella planen. Arbetsförmedlingen blir skyldig att bistå med lämpliga förslag till arbetsgivare som även kan vara ett Samhallbolag. Bidraget till den enskilde kan i dessa fall maximalt utgå med 90 procent av sjukpenninggrundande inkomst, (dvs. 10 procent mer än rehabiliteringsersättning), dock max 90 procent av gällande sjukpenningtak. Arbetsgivaren beräknas härvid inte behöva ge något lönetillägg under perioden för mjukstart.

För egenföretagaren kan bidraget utgå för att denne skall kunna anställa en tillfällig vikarie i firman under tiden egenföretagaren själv – som ett led i den egna rehabiliteringsplanen – gör vissa begränsade insatser i sin verksamhet.

Jag förelår en tidsgräns för bidraget till tre månader men med möjlighet till ytterligare tre månaders förlängning, dvs. så länge arbetsträning pågår. Samhallbolagen förutsätts, genom författningsändring, ställa sådana här rehabiliteringsplatser till förfogande. Dessa rehabiliteringsplatser regleras genom avtal med försäkringsgivaren för disposition när arbetsuppgifter finns.

Innan denna nya stödform prövats är det svårt att bedöma behovet. En översiktligt genomgång av nu aktuella långtidssjuka (stickprov) indikerar ett behov av 5–10 000 sådana rehabiliteringsarbetsplatser. Jag föreslår en treårig försöksverksamhet med denna nya stödform för mjukstart. För detta beräknas ett utrymme av 2 500, vilket bör ge möjlighet för 6–7 000 personer att utnyttja denna mjukstart per år. Kostnaderna belastar rehabiliteringsförsäkringen. En utvärdering efter försöket får visa om denna form bör permanentas.

Utökade möjligheter att använda befintliga arbetsmarknadspolitiska program för utredningens målgrupp

En annan situation uppstår när rehabiliteringen är klar eller sjukskrivningsperioden av andra skäl är slut, men individen inte orkar arbeta i samma utsträckning som tidigare. Vi finner dessa personer bl.a. bland de riktigt långa sjukskrivningarna (mer än ett år). Denna grupp växer snabbast bland de långtidssjukskrivna och är nu uppe i nära 80 000 personer. Om inte nya möjligheter ges för ett anpassat arbete riskerar betydande delar av denna målgrupp att bli förtidspensionärer under kommande år. Det är också min bestämda bild att många bland dagens förtidspensionärer skulle ha kunnat undvika förtidspension om ett anpassat arbete varit tillgängligt.

För dessa individer finns i dag ett starkt behov av en kompletterande arbetsmarknad. Detta har utvecklats i diskussionspromemorian och fått ett starkt gensvar i remissen och den efterföljande debatten. Jag har därefter övervägt huruvida försäkringsgivaren eller arbetsförmedlingen bör ha ansvaret att primärt stödja individen in på en sådan kompletterande arbetsmarknad.

För försäkringsgivaren talar att alternativet lätt blir en förtidspension (vilket också finansieras av den nya rehabiliteringsförsäkringen och ekonomiskt därmed bärs av försäkringsgivaren). Vidare talar för försäkringsgivaren att bedömningen av det individuella behovet uppkommer under rehabiliteringen och blir kanske ett av målen i rehabiliteringsplanen. Försäkringsgivarens koordinator bör också ha lärt känna den sjukskrivne och förhoppningsvis byggt upp ett förtroende under rehabiliteringstiden. Å andra sidan finns tydliga skäl för att arbetsförmedlingen blir huvudaktör för en kompletterande arbetsmarknad. Uppdraget ligger nära arbetsförmedlingens ansvar att finna arbete till arbetslösa. Vidare disponerar förmedlingen i dag de olika arbetsmarknadspolitiska medlen. Den nya aktivitetsgarantin, som börjar gälla från och med hösten 2000, blir också ett nytt intressant inslag i de arbetsmarknadspolitiska medlen. Arbetsförmedlingen disponerar också arbetsplatserna vid Samhallbolagen.

Mot denna bakgrund föreslår jag att arbetsmarknadspolitiken vidgar sin målgrupp och att arbetsförmedlingen aktivt börjar arbeta med att finna ett anpassat arbete till en alltjämnt långtidssjukskriven individ så snart det i den rullande rehabiliteringsutredningen gjorts troligt att individen inte orkar arbeta i samma utsträckning som tidigare. Härigenom kan ett sådant mål sättas upp tillsammans med individen under pågående rehabilitering vilket jag tror stärker motivationen i rehabiliteringsprocessen. Det bör leda till kortare sammanlagd kontantersätt-

ningstid från rehabiliteringsförsäkringen och ett eventuellt senare utnyttjande av arbetslöshetsförsäkringen.

Idag har försäkringskassan stödansvar till individen fram till kassan bedömer att denne uppnått arbetsförmågan. Det faller sedan på arbetsförmedlingen att finansiera och stödja att den färdigrehabiliterade individen blir så kallat anställningsbar. Försörjningsansvaret lämnar då också försäkringen. Under utredningstiden har jag förstått att denna övergång inte alltid är så smidig. Ibland går samtalen och åtgärderna om varandra. Bl.a. av dessa skäl har utredningen valt att i den nya försäkringen tala om "rehabilitering till arbete" och därmed lämna begrepp som arbetsförmåga, anställningsbar och arbetsför.

Praktiskt betyder detta att det generellt blir en skyldighet för försäkringsgivarens koordinator och arbetsförmedlingen att samråda när koordinatören och individen tillsammans konstaterat att individen kan klara ett mindre krävande arbete än vad den reguljära arbetsmarknaden kan erbjuda. Arbetsförmedlaren kommer därvid in i rehabiliteringsplanen och lämpligen vidtas fortsatta rehabiliterande insatser i kombination med sådan jobbsökarförberedelse som förmedlaren föreslår. Successivt går härvid rollen som huvudaktör över till arbetsförmedlingen. För den som varit borta från arbetslivet länge på grund av sjukdom kan det härvid bli aktuellt att tillämpa den nya ordningen som "aktivitetsgaranti" anger och denna således får en tredje målgrupp (jfr ovan). Rehabiliteringsplanen blir då ett lämpligt underlag och kan integreras med "jobbsökarplanen". För andra kanske ett anpassat arbete kan förberedas under rehabiliteringen direkt till lönebidragsanställning eller vid ett Samhallbolag.

I väntan på ett anpassat arbete föreslås att rehabiliteringsersättning från försäkringen kan utgå under maximalt 100 dagar även om de rehabiliterande insatserna i övrigt är avslutade. Detta under förutsättning att individen inte erhåller ersättning från annat håll.

Jag är medveten om att behovet och intresset av arbetstillfällen i en sådan här beskriven kompletterande arbetsmarknad för tidigare långtidssjukskrivna personer är svår att bedöma. Därför föreslås att dessa möjligheter blir öppna i tillämpning och att det till en början blir en årlig avstämning av utvecklingen. För det första budgetåret föreslås att en volym för 10 000 långtidssjuka beräknas.

Sjukskrivna utan anställning

För sjukskrivna personer som saknar anställning, motsvarande ca 20–25 procent av dagens 210 000 långtidssjukskrivna, har försäkringsgivaren ansvar som huvudaktör fram till dess individen är färdigrehabiliterad och redo för arbetsmarknaden.

För att nå en lyckad rehabilitering krävs att positiva mål för individen sätts i rehabiliteringsplanen. Att rehabiliteras tillbaka till arbetslöshet kan då för många personer bli demotiverande. Enligt min mening bör därför i rehabiliteringsplanen prövas möjligheten att sätta mål om rehabilitering till arbete även för dessa personer. Det kräver då i dessa fall att arbetsförmedlingen involveras redan när mål sätts i rehabiliteringen. Koordinatoren, arbetsförmedlaren och individen bör tillsammans komma fram till ett realistiskt mål och vad som krävs för att komma dit.

Även om försäkringen har försörjningsansvaret för den sjukskrivne bör arbetsförmedlingen kunna bistå och finansiera arbetsprövning, anlagstest m.m. Arbetsförmedlingen upprättar så småningom sin ”jobsökarplan” som initialt bör överensstämma med rehabiliteringsplanen. Många gånger behövs en kompletterande utbildning för att arbetslösheten skall kunna brytas. Om detta bör de tre samverkande tillsammans kunna utvärdera. Är det då fråga om en grund- eller yrkesutbildning bör arbetsförmedlingen kunna bekosta denna, även om rehabiliteringsersättning utgår och det bedöms lämpligt för rehabiliteringen. Ibland räcker inte sådan utbildning utan det kanske krävs än mer systematiska förberedelser till arbete. Jag tror härvid att det nya systemet med aktivitetsgarantin och vad arbetsförmedlingen har för ansvar till följd härav ger nya möjligheter. Vid behov bör den kunna påbörjas redan under rehabiliteringen. Behov av eventuell ekonomiskt bidrag till en eventuell arbetsplats blir arbetsförmedlingens ansvar.

Med ett nära samarbete och tidvis integration av varandras roller bör den sjukskrivne individen ha fått större möjlighet till arbete efter sjukskrivningen.

Mjuk övergång av ansvar

Det nya begreppet ”rehabilitering till arbete” och dess definition har i första hand tillkommit för att sätta individen i centrum och nå en tidigare och snabbare rehabilitering. Parallella insatser och en huvudaktör på den offentliga sidan bör bidra till att detta kan nås. Men samtidigt är avsikten att berörda huvudmän inom de fyra sektorerna på den offentliga sidan får anledning att närmare samverka utifrån vad som gagnar

individens rehabilitering. De olika frivilliga samverkansformerna som staten initierat sedan mitten av 1990-talet har visat på betydelsen härav. Det bör nu bli reguljärt utifrån de nya förutsättningarna. Med den nya centrala rehabiliteringsstyrelsen, som samordnare av det offentliga stödet vid rehabilitering till arbete, kommer nya former för samverkan att utvecklas och nya initiativ till utveckling att kunna tas.

När det gäller (åter-) inträde i arbetslivet är det särskilt viktigt med samverkan mellan den nye försäkringsgivaren och arbetsförmedlingen utifrån hur individen snabbast kommer i arbete. Detta kan bl.a. ske genom en utökad tillämpning av vissa av de arbetsmarknadspolitiska programmen som föreslagits ovan. Det bör vidare underlättas av att grundansvaret klarläggs i olika situationer i syfte att stödja individen åter i arbete. Arbetsförmedlingen kan samtidigt gå in tidigare när det framkommer att den senare förväntas få rollen som huvudaktör. Överlämnandet av det formella ansvaret för stöd sker emellertid först efter godkännande och underskrift av berörd individ, försäkringsgivarens koordinator och arbetsförmedlingen.

19 Forskning och utbildning

Utredningens kartläggning har visat att det i Sverige råder brist på dels forskning som sådan, dels systematik av forskning inom rehabiliteringsområdet. Mera precist gäller det forskning som fokuserar på individers rehabiliteringsprocess dvs. hela vägen från sjukdom till arbete och de fall där sammansatta parallella insatser från flera discipliner behövs. Till detta kommer studier av samspelet mellan individ och arbetsplats och arbetsplatsens betydelse för framgångsrik rehabilitering. Utredningen har, dessa förutsättningar till trots, kunnat skönja några gemensamma framgångsfaktorer i dagens forskning.

I detta kapitel lämnas förslag på hur detta eftersatta forskningsområde kan ges bättre organisatoriska och finansiella förutsättningar. Syftet är att stimulera till nya kunskapsmässiga landvinningar till gagn för alla berörda aktörer och ytterst för att öka effektiviteten när det gäller rehabilitering till arbete. En satsning på området bör därför ha goda förutsättningar att bli en samhällsekonomiskt lönsam investering.

Parallellt inbegrips i detta sammanhang också en mer omfattande utbildningsaktivitet inom området. För att få ett genomslag för reformen och en utveckling av området rehabilitering till arbete krävs nämligen – förutom en satsning på forskning – även att de som kommer att arbeta inom området får adekvat utbildning, vidareutbildning. Avslutningsvis lämnas därför i detta kapitel förslag med denna inriktning.

19.1 Rehabiliteringsforskningen måste skapas

Utredningens förslag: Ytterligare ett programområde bör skapas inom det planerade forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) för rehabilitering till arbete. Vidare bör ytterligare centrumbildningar för detta område skapas.

En successiv uppbyggnad av området bör ske inom den närmaste femårsperioden. Från 50 miljoner kr/år till 150 miljoner kr år fem. Därjämte bör en professur med inriktning på rehabilitering och samhällsekonomi inrättas. Professuren placeras på den högskola som ger bästa förslag till hur forskningen kan utvecklas.

En kraftsamling är nödvändig för att få igång forskningen inom området rehabilitering till arbete

Generellt kan sägas att dagens forskning huvudsakligen sker inom de ämnesbaserade enskilda disciplinerna var för sig och i mycket begränsad omfattning tvärvetenskapligt. En enda professur i arbetslivsriktad rehabilitering finns inrättad. Den tillkom på initiativ från dåvarande arbetsmiljöfonden så sent som mitten på 1990-talet. Att det inom detta viktiga område med stor ekonomisk och mänsklig betydelse bara finns en enda professur är förvånande. Område omfattar trots allt i utgifter räknat nästan lika mycket som hälso- och sjukvården (exkl. läkemedel) med sina ca 80 miljarder kr. Medan det inom nuvarande området arbetslivsriktad rehabilitering endast finns en professur har hälso- och sjukvården har flera hundra professorer.

Trots att det i landet finns ett växande intresse för området kan det konstateras att det saknas de forskningsresurser som jag anser nödvändiga för att få fram en mer fördjupad kunskap på området. Det finns inte heller någon särskild forskningsorganisation finansierad av staten. Denna brist tillsammans med en rad andra brister som tydliggjorts i kapitel 5 och i den särskilda bilaga om forskningen som återges i bilaga 8 innebär att en kraftsamling nu är nödvändig för att få igång forskningen inom området rehabilitering till arbete.

Forskning och utvecklingsarbete inom området rehabilitering till arbete kan och bör ha olika utgångspunkter. Det bör till en början studeras vilka förutsättningar och möjligheter som skapas för den enskilde individen av försäkringssystemet och av de som förvaltar socialförsäkringen och angränsande trygghetssystem. Vidare bör studeras vilka förutsättningar som skapas för den enskilde individen i samspelet mellan samhällets aktörer och arbetsplatserna. Vilka förutsättningar har den enskilde individen i sitt samspel med arbetsplats och med samhällsaktörer beroende på vilken bakgrund, kompetens och personliga resurser som han/hon har? Hur skall rehabiliteringsprocessen utformas så att den blir en stödjande, utvecklande och hälsofrämjande process och inte en passiviserande process som permanentar sjukrollen? Förutsättningarna för att stödja och utveckla individens delaktighet och motivation

för att överhuvudtaget delta i rehabiliteringsprocessen är också en viktig utgångspunkt för frågeställningar.

En stor del av den forskning som berör den nuvarande arbetslivsinriktade rehabiliteringen har haft sin utgångspunkt i ett kliniskt perspektiv som har lett till att fokus i hög grad legat på medicinskt präglade frågeställningar. Ett förändrat synsätt från att vara relativt symptom- eller diagnosinriktat till att i allt högre grad omfatta inte bara den enskilda individens hälsa eller ohälsa utan även de förhållanden som befämjar eller hindrar hans eller hennes hälsa (ohälsa) och arbetsförmåga har dock successivt utvecklats. Detta har inneburit att frågor som berör både inre, psykosociala resurser och yttre förhållanden kommit att få allt större betydelse. Som redan framgått är det angeläget att utveckla den teoretiska grunden för hälsa och arbetsförmåga. Olika synsätt på hälsa leder till olika utformning av rehabiliteringsinsatser och ger även olika perspektiv på vilka roller den berörda individen, arbetsplatsen och samhällsaktörerna har i en rehabiliteringsprocess. För en mer utvecklad beskrivning av forskningsområdet hänvisas till bilaga 8.

Utöver detta som naturligtvis är mycket angelägna områden vill jag utifrån den samhällsekonomiska studie utredningen låtit göra (jfr kapitel 6) peka på bristen av studier av detta slag. Vilka samhällsekonomiska effekter har en ökad satsning på rehabilitering? Hur kan dessa effekter mätas? Vilka övervältringar av kostnader sker när det brister i ett system? Hur kan effekter av försäkringens köp av aktiva insatser (behandling, vård, arbetsträning, utbildning m.m.) mätas? Såväl den samhällsekonomiska betydelsen som den rent företagsekonomiska betydelsen av förebyggande och rehabiliterande insatser behövs det mer forskning om.

Vid centrum för socialförsäkringsforskning (CSF) bedrivs forskning på socialförsäkringsområdet med särskild inriktning på rehabilitering utifrån en mångvetenskaplig ansats. Initiativet till denna enhet är tagen av försäkringskassorna i Stockholm och Jämtland. Den initiala finansieringen av denna centrubildning togs av en forskningsstiftelse i Jämtland tillsammans med försäkringskassorna i Jämtland och Stockholm. Vid CSF är utgångspunkten att det behövs forsknings- och utvecklingsmiljöer där forskare från olika vetenskapliga discipliner tillsammans bedriver forskning, utvärdering och utveckling. En viktig fråga för denna centrubildning är att ”bygga broar mellan teori och praktik”. CFS har numera sin formella hemvist vid Mitthögskolan i Östersund. Forskningen bedrivs inom ett nätverk av forskare från Mitthögskolan, Stockholms universitet, Karolinska institutet och Göteborgs universitet. I nätverket ingår forskare från olika vetenskapliga discipli-

ner. Vid Mitthögskolan bedrivs även utbildning (se nedan) utifrån gemensamma utgångspunkter och frågeställningar.

Viss forskning med anknytning till förebyggande insatser och rehabilitering initieras också av försäkringsbolagen, företrädesvis SPP och AMF. Exempelvis bedrivs vid Karolinska institutets institution för klinisk neurovetenskap, sektionerna för personskadeprevention respektive psykiatri, forskning med anknytning till rehabilitering, hälsoekonomi och socialförsäkring.

Rehabilitering till arbete ett eget programområde

I det följande skisseras förslag till hur den framtida forskningen och kunskapsbyggandet inom rehabiliteringsområdet skulle kunna organiseras och finansieras.

En ökad satsning på forskning bör enligt min uppfattning också ta sin utgångspunkt i den definitionen av rehabilitering till arbete som utredningen föreslagit i kapitel 12:

”Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete”.

Denna definition innebär ett tvärvetenskapligt synsätt med flera vetenskapliga discipliner inblandade. Området är så pass viktigt för samhället att det enligt min mening bör kunna utgöra ett eget programområde för den grundforskning som samhället står för.

En organisationskommitté för ny myndighetsorganisation för forskningsfinansiering lämnade helt nyligen till regeringen förslag till Forskningsfinansiering i samverkan.

Förslaget går i korthet ut på att ett nytt forskningsråd för sociala frågor och arbetsliv skapas med namnet Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS). Rådet är en sammanslagning av rådet för arbetslivsforskning (RALF) och socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR). Det nya rådet ska enligt förslaget ”stödja grundläggande forskning (riktad grundforskning) och utveckling av hög vetenskaplig kvalitet och relevans motiverad av långsiktigt kunskaps- och kompetens behov inom socialvetenskap, välfärd, socialpolitik, familjepolitik, arbetsmiljö, arbetsorganisation, arbetsmarknad, folkhälsovetenskap samt barns och ungdomars situation och uppväxtvillkor.” Kommittén föreslår att det nya rådet initialt organiseras i minst tre olika programområden. Dessa områden är Individens hälsa och levnadsvillkor, Samhällets regelverk och trygghetssystem samt arbetslivets inriktning

och organisation. Utan att i detalj ha kunnat tränga in i förslaget har jag dock kunnat konstatera att arbetslivsinriktad rehabilitering eller rehabilitering till arbete inte utgör förslag till eget program område. Detta innebär att området åter riskerar falla mellan olika program på grund av dess tvärvetenskapliga karaktär. Som jag redan beskrivit i flera tidigare avsnitt saknas forskning på detta område. I kapitel 15 har jag föreslagit att en särskild – och från Rehabiliteringsstyrelsen fristående – metod och utvärderingsenhet skapas som har sin bas finansierad av försäkringen. Denna enhet ska bl.a. kanalisera forskningsresultat till ”praktiker”, peka på utvecklingsbehov, föreslå nya forskningsområden samt utvärdera reformen. Detta förutsätter en generellt bredare och med helt annan volym bedriven forskning. Mitt förslag är att ett programområde byggs upp för forskning inom rehabilitering till arbete. Det kan gärna knytas till FAS. Medel avsätts över statsbudgeten. Till att börja med 50 miljoner kr för att år 5 vara 150 miljoner kr. Det motsvarar 0,2 procent av det område som omfattas av forskningen.

Forskningsrådet bör vidare uppmantra till att ytterligare centrumbildningar för detta område skapas.

Vid sidan av detta bör en första professur utlysas med inriktning på rehabilitering och samhällsekonomi. professuren bör vara finansierad över statsbudgeten och utlyst vid den högskola/universitet som ger bästa förslag till hur forskningen kan utvecklas. För detta bör redan nu reserveras medel i den kommande budgetpropositionen. Detta innebär att en sådan professur bör kunna komma till stånd redan från hösten 2001.

19.2 En högskoleutbildning behövs

Utredningens förslag: Det behövs en successiv utbyggnad (via utbildningsbudgeten) på flera högskolor/universitet när det gäller utbildningsprogram med inriktning på rehabilitering till arbete.

Särskilda medel – 15 miljoner kr – avsätts från rehabiliteringsförsäkringen för att finansiera uppdragsutbildning av koordinatörer inom det nya området rehabilitering till arbete.

För att få ett genomslag för reformen och en utveckling av området rehabilitering till arbete krävs förutom en satsning på forskning även att de som kommer att arbeta inom området får adekvat utbildning, vidareutbildning. Detta behov ställer stora krav och förväntningar på universitet och högskolor att svara upp mot.

Utbildningsutbudet är i dag begränsat

Utredningen har gjort förfrågan till landets samtliga högskolor om dagens utbud av högskolekurser inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Förfrågan gällde även huruvida respektive högskola planerar utbildning inom området i framtiden. Inventeringen visar att utbudet idag är mycket begränsat. De exempel som jag vill peka på är följande:

I regi av Centrum för socialförsäkringsforskning (CSF) startades hösten 1997 fyra fristående kurser på rehabiliteringsområdet. Kurserna har mötts av ett stort intresse med ca 240 sökande till sammanlagt 100 platser. Kurserna var: Arbetslivsinriktad rehabilitering, 10 poäng, Offensivt och förebyggande rehabiliteringsarbete, 10 poäng, Medicinska rehabiliteringsåtgärder, 5 poäng samt Utvärdering av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, 5 poäng.

Med utgångspunkt från erfarenheter av de fristående kurserna startades hösten 1999 ett utbildningsprogram i rehabiliteringsvetenskap på 120 poäng vid Mitthögskolan (Jämtland och Västernorrland) med 30 platser i Östersund och 30 platser i Sundsvall. Utbildningsprogrammet har rönt ett stort intresse med sammanlagt över 800 sökande till de 60 platserna.

Syftet med utbildningen i rehabiliteringsvetenskap är att studenten skall förvärva ett kreativt, offensivt och flexibelt förhållningssätt för att stödja människor att klara egen försörjning. Utbildningen innehåller inslag av förebyggande arbete och betonar en helhetssyn på problem och problemlösning. Programmet är uppbyggt på ett mångvetenskapligt perspektiv med tyngdpunkter i samhälls- och beteendevetenskap samt medicinsk vetenskap.

Första årets fokus på Rehabiliteringsvetenskap A berör rehabiliteringen i ett samhällsperspektiv samt begreppet hälsa, ohälsa, handikapp och människosyn. I rehabiliteringsvetenskap B studeras rehabiliteringens medicinska och socialpsykologiska perspektiv samt de resurser som finns att mobilisera, frigöra och koordinera på framförallt individnivå men även på organisations- och samhällsnivå. Andra året väljer studenten en av tre inriktningar: arbetslivsinriktad rehabilitering, alkohol- och droginriktad rehabilitering eller handikappvetenskap. Tredje året består dels av en valfri kurs, dels av en C-kurs i rehabiliteringsvetenskap där man bl. a skriver en uppsats som vanligtvis består i en fördjupning av det andra årets studier.

Programmet är en helfartsutbildning som ges på distans och är ortsövergripande. Det betyder att undervisningen äger rum både i Sundsvall och Östersund. Undervisningen omfattar ca 15 heldagar/20 poäng. Övrig tid studerar studenten på hemorten. Flera av kurserna som ingår i programmet, kan läsas som fristående kurser i mån av plats.

Vid Mälardalens högskola (Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap) finns också ett treårigt program, 120 p, som leder till en kandidatexamen i Sociologi. Dessutom har man där specialistkompetens avseende arbetslivsriktad rehabilitering. Delkurser inom programmet är: Sociologi A-20 p, Sociologi B-20 p (Medicinsk sociologi B-5p inom ramen för Sociologi B-20 p), Sociologi C-20p, Arbetsliv i förändring A-5p, Folkhälsovetenskap A-5p, Hälsa och ekonomi A-10p, Teorier och metoder i rehabiliteringsarbetet I A-5p, Offentlig förvaltning, institutioner och regelverk A-5p, Etik och förhållningssätt B-5p, Teorier och metoder i rehabiliteringsarbetet II, B-5p. Dessutom ingår Arbetsplatsförlagda studier som också är poängsatta. Inga konkreta planer finns för närvarande på nya utbildningar inom området.

Sammanfattningsvis framgår av svaren på utredningens enkät att det (förutom det ovan redovisade) i stort sett saknas mer sammanhållna högskoleutbildningar med ett mer övergripande perspektiv på rehabilitering. Jag vill dock samtidigt påpeka att rehabiliteringskunskap är en viktig del i en rad olika högskole- och universitetsutbildningar som är yrkesinriktade. Jag tänker då främst på utbildningar till arbetsterapeut, sjukgymnast, socionom, psykolog, läkare m.fl.

Planering av framtida sammanhållna högskoleutbildningar förefaller lika blygsam som resultatet av utredningens inventering av befintlig utbildning. Erfarenheterna från Mitthögskolan pekar emellertid på att det finns ett stort och växande intresse från studenter att söka till utbildningen där.

Det behövs stor utbildningssatsning i den nya reformen

En förutsättning för tidig, effektiv och mer processinriktad rehabilitering är kvalificerad personal hos försäkringsgivaren. Här finns dels ett behov av kompletterande högskoleutbildning av befintlig personal som idag arbetar med rehabiliteringsuppdraget på försäkringskassorna (ca 1 500 anställda). Utöver detta behöver den nya försäkringsgivaren att förstärkas med motsvarande 800 tjänster som koordinatörer. Även olika aktörer och specialister kan komma behöva ytterligare utbildning, många gånger som påbyggnad. Alla har inte behov av en 3-årig sammanhållen utbildning utan kan komplettera med enstaka kurser.

I utredningens diskussionspromemoria beskrevs utbildningskraven på personalen enligt följande: ”Koordinatorn bör ha god förmåga att självständigt driva rehabiliteringsprocessen med respekt för individens rättigheter och integritet, gärna med erfarenhet från olika delar av arbetslivet. Kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och samhällets olika sektorer är en bra grund. Vidare förutsätts kunskaper i såväl reha-

biliterings- som försäkringsmedicin, allmän kännedom om socialrätt, arbetsrätt, och försäkringsjuridik. Den högskoleutbildning i rehabilitering som exempelvis nu kommit till både på Mitthögskolan och Mälardalens högskola är bra exempel på utbildningar som ger en god grund för den koordinator som utredningen beskrivit". Utöver detta vill jag också lägga till ekonomi som ett viktigt kunskapsområde för koordinatören.

De remissinstanser som kommenterat kraven på utbildning har överlag instämt i utredningens bedömning. Försäkringskassaförbundet har påpekat att de som idag arbetar med rehabilitering vid försäkringskassorna i väsentligt högre grad än övriga anställda har någon form av högskoleutbildning. Även om många av de anställda som i dag arbetar med att samordna rehabiliteringen har gått enstaka kurser på högskola/universitet, vilket är bra, är min bedömning ändå att området måste professionaliseras ytterligare. På sikt bör ett minimikrav vara högskoleexamen för koordinatören.

Ett sådant krav på utbildning är i princip omöjligt att genomföra samtidigt som reformen genomförs. Ett genomförande blir svårt av två olika skäl. För det första är jag tveksam om det idag finns den kapacitet och utbud av kurser på högskolorna som skulle krävas. För det andra kan inte alla som nu skall rekryteras till koordinator gå en treårig utbildning som första åtgärd. Utbildningen måste därför genomföras stegvis och parallellt med praktiskt arbete för flertalet.

Med beaktande att orienteringen mot ett individ- och process-tänkande är relativt nytt för rehabiliteringsområdet blir det logiskt att börja utbildningsinsatsningen på en realistisk nivå och sedan höja nivån stegvis. Omfattning i antal personer och tid bör därför organiseras i olika steg eller faser. En "pionjärgrupp" bör så snart det är möjligt erbjudas en första grundutbildning på högskolenivå om 20–30 poäng. Detta kan med fördel klaras med studier på deltid. Detta av såväl praktiska, arbetsrelaterade och pedagogiska skäl. I utbildningen bör verklighet och praktik förenas med teoretisk kunskap och teoribildning på området.

Innehållet i den första delen bör inriktas på mänsklig förändringsprocess, individens delaktighet och motivationsaspekter. Fallbeskrivningar och gruppaktiviteter i inlärningsprocessen kan också vara väl lämpad pedagogik. Vidare bör även försäkringskunskap, dvs. hur den nya rehabiliteringsförsäkringen är tänkt att fungera, tolkningar av rättighetslagstiftning, informationsskyldighet, vad rätten till mentor innebär m.m.

För att klara den kompetensuppbyggnad som enligt min uppfattning är nödvändig måste särskilda medel från försäkringen sättas av för att finansiera den uppdragsutbildning som bör genomföras under de när-

maste åren. Jag föreslår att 15 miljoner kr avsätts för dels kompetensutveckling av nuvarande personal, dels initiala utbildningsinsatser för den grupp koordinatörer som kommer att rekryteras.

20 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Den nya reformen träder i kraft den 1 juli 2001.

Utredningen lägger nu ett samlat förslag till en ny reform – rehabilitering till arbete. Målet med reformen är färre och kortare sjukfall. En bärande tanke i reformen är att individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. Individen sätts därmed i centrum.

En annan central del i den föreslagna reformen är att det skapas en sammanhållen rehabiliteringsförsäkring som ersätter dagens sjuk- och förtidspensionsförsäkring. Denna försäkring skall administreras av en offentlig aktör som ges huvudansvar för samordning av rehabilitering till arbete. Den framtida försäkringsgivaren får en kraftfullare roll genom fem huvuduppgifter. Dessutom föreslås att en helt ny statlig myndighet – Rehabiliteringsstyrelsen – inrättas för att leda och samordna arbetet med den nya rehabiliteringsförsäkringen. Rehabilitering till arbete blir myndighetens huvuduppgift. Därtill skall den svara för ersättning vid sjukskrivning och morgondagens förtidspension. Samtidigt ges förslag till en kraftigt förstärkt regional organisation och en, från Rehabiliteringsstyrelsen fristående, metod och utvärderingsresurs inrättas.

Förslagen i detta betänkande syftar vidare till stärkta förebyggande insatser. Sådana insatser riktas främst till arbetsgivaren och arbetsplatsen men omfattar även det offentliga och – i viss mån – individen. Jag föreslår också ökat utbud av rehabiliteringsresurser och ökad kunskap inom området genom större fokus på forskning.

Vidare ges det en vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter för individen och stärkta förutsättningar till arbete under och efter rehabilitering.

Slutligen kan nämnas förslag till dels en etisk plattform inom den nya rehabiliteringsförsäkringen, dels en prioritetsordning som skall

gälla vid rehabilitering till arbete. Härigenom anser jag att det ges förutsättningar för lika möjligheter över landet och mellan olika grupper.

Utredningen anser att det är av värde att den nya reformen – med nu angiven inriktning och innehåll – träder i kraft så snart som möjligt, inte minst mot bakgrund av dagens oroväckande utveckling där sjukfallen blir både fler och allt längre. Denna utveckling medför stor utgiftsökning för staten och, kanske viktigast, orsakar stort mänskligt lidande.

Så snart regeringen har tagit ett principiellt ställningstagande till reformens innehåll bör lagstiftningsarbetet påbörjas.

Samtidigt bör det också tillsättas en organisationskommitté med uppgift att bl.a. förbereda inrättandet av den nya myndigheten Rehabiliteringsstyrelsen.

Med hänsyn taget till detta arbete – och med beaktande av vikten av skyndsamma åtgärder – bedömer jag att reformen kan träda i kraft den 1 juli 2001.

21 Ekonomiska konsekvenser

Det kraftigt ökade antalet sjukskrivningar under senare år och utredningens undersökning bland anställda, som uppger sig ha hälsoproblem, men ej är sjukskrivna (1 miljon personer), ger i sig tillräckliga mänskliga skäl för mer omfattande och effektivare samhällsinsatser för förebygga sjukdom och rehabilitera till arbete. Det intressanta är samtidigt att detta kan förenas med en tydlig samhällsekonomisk vinst. I det här avsnittet sammanfattas reformens ekonomiska konsekvenser. Prisläge är år 2000 genomgående. Antagande om demografiska förändringar följer de prognoser utredningen använt i avsnitt 4.2.

21.1 Mål

- Ökningen av långtidssjukskrivningar skall stanna upp
- Nuvarande antal långtidssjuka (över 30 dagar) skall minska från 216 000 till ca 160 000 personer som årssnitt under en treårsperiod. Den genomsnittliga sjukskrivningslängden skall samtidigt minska med minst en månad.
- Sammantaget leder detta till att nivån sjukpenningdagar, som den nya försäkringen skall ersätta, minskar från vårens snittsiffra 7,2 miljoner per månad till dryga 5 miljoner dagar eller med ca 30 procent. Det motsvarar en årlig besparing om 9,2 miljarder kr under år tre då reformen beräknas ha fått fullt genomslag.
- Beaktas risken för en ökad förtidspensionering de närmaste åren blir det ändå en möjlig nettobesparing inom treårsperioden om 6 miljarder kr för nya försäkringen jämfört med i år.

Utredningens mål med reformen är behov av *färre och kortare sjukskrivningar jämfört med nuläget*. I tidigare avsnitt (främst kap. 3 och tillhörande bilaga 5) har utvecklingen i antal sjukskrivna, sjukersättningsdagar, och förtidspensionärer m.m. belysts på olika sätt. Från detta kan noteras, att våren år 2000 har Sverige sin hittills högsta nivå sjukpenningdagar totalt och samtidigt flest långtidssjuka och flest förtidspensionärer någonsin under mätperioden 1990-talet. Efter en förhöjd nivå de första åren på 1990-talet sjönk antalet ersättningsdagar till

mitten av årtiondet och låg därefter fram till 1997 relativt stilla. Sedan våren 1997 till våren år 2000 har socialförsäkringens ersatta sjukpenningdagar ökat med över 80 procent. Antalet långtidssjuka (över 30 dagar) ökade samtidigt med 75 procent (från 123 000 till 217 000 personer räknat per maj månad). Antalet förtidspensionärer var i stort sett oförändrat under dessa sista tre år (+ 4 600 personer, inkl. sjukbidrag).

Kostnaderna innevarande år för kontantersättning till sjukskrivna och förtidspensionärer beräknas belasta socialförsäkringen med över 80 miljarder, en ökning i år enbart för fler och längre sjukskrivningar om 10 miljarder (jfr avsnitt 15.10). Med nuvarande ordning får denna oplanerade ökning av socialförsäkringskostnaderna täckas över statsbudgeten. En utgiftsökning som tränger undan andra planerade utgiftsökningar.

Utredningens bedömning är att en stor del av de sista årens ökning av antalet sjukskrivningsdagar är påverkbar med hjälp av de förslag till förändringar av dagens ordning jag lägger fram med reformen. Jag tror emellertid att det av demografiska skäl med en åldrande befolkning kan bli svårt, men ej omöjligt, att komma ner till den nivå sjukpenningdagar Sverige hade i mitten av 1990-talet (ca 4 miljoner per månad mot dagens ca 7,5 per månad).

Efter genomgång av utredningens kartläggningmaterial med orsaker till fler sjukskrivna och de allt längre sjukskrivningsperioderna ger en försiktig bedömning att reformen efter införande bör påtagligt kunna minska antalet sjukpenningdagar. Jag bedömer härvid att antalet långtidssjuka (över 30 dagar) kan minska från försommarens nivå 216 000 till ca 160 000 personer som årssnitt genom aktiva och tidigare rehabiliteringsinsatser under en treårsperiod. Samtidigt bör den genomsnittliga sjukskrivningslängden kunna minska med minst en månad.

Sammantaget leder detta till att nivån sjukpenningdagar, som den nya försäkringen skall ersätta bör kunna minska från vårens snittsiffra 7,2 miljoner per månad ned till dryga 5 miljoner dagar eller med ca 30 procent på treårsperioden. Det motsvarar en årlig besparing om 9,2 miljarder kr fr.o.m. år tre jämfört med prognostiserade utgifter för i år om 37 miljarder kr.

Samtidigt bedömer jag att vi nu har ett uppdämt behov av förtidspensioneringar, som blir svårt att bromsa de närmaste åren. I avsnitt 4.2 har jag uppskattat detta till netto + 7 500 personer per år eller totalt för en kommande treårsperiod, efter en reform, ca 23 000 personer. Det ger en tillkommande kostnad, inkl. ålderspensionsavgift år tre, för försäkringen i storleksordningen 3,3 miljarder kr. På något längre sikt bör emellertid antalet förtidspensioner kunna bromsas med effekter av reformen.

Netto ger ovanstående en potential, lågt räknat, till att minska försäkringens årliga utgifter efter reformens införande med ca 6 miljarder (från år tre). Det blir också mitt kortsiktiga mål. Men samtidigt är det viktigt att erinra om att utan reformen är det min bestämda uppfattning att Sverige skulle få en fortsatt stigande sjukfrånvaro och förtidspensionering under kommande år och därmed också än mer ökade sjukförsäkringskostnader. Utredningen har ej tillgodoräknat sig effekter av detta i de ekonomiska konsekvenserna.

21.2 Ekonomiska satsningar ger mångdubbelt åter i det sektorsövergripande perspektivet.

Utredningen har låtit göra en makroekonomisk studie som visar att det är samhällsekonomiskt mycket lönsamt med fördjupad rehabilitering, som framgår av kapitel 6 och närmare av bilaga 6.

En satsad krona ger nio åter.

Studien visar de ekonomiska effekterna, som en bättre och tidigare rehabilitering kan ge upphov till. Härvid ställs kostnaderna för själva rehabiliteringen mot de stora besparingar som kommun, landsting, staten, socialförsäkringen och privata försäkringsbolag gör. Därtill kommer de ekonomiska effekterna som uppstår för arbetsgivare i form av produktionstillskott och arbetskraftstillgång. Dessutom för individen själv i form av högre inkomst. Studien har byggt på realistiska fall.

Ett stort problem som påtalats tidigare i utredningen är att kostnaderna för rehabilitering och intäkter ej följer varandra. I genomsnittsfallet blir – vid sidan av det mänskliga värdet för individen – sjukvårdshuvudmannen (landstinget) den store vinnaren, ungefär hälften av vinsten med rehabilitering tillfaller denne. Stora vinnare med lyckad rehabilitering, men på lägre nivå, blir även kommunerna och socialförsäkringen. I stort alla andra nämnda aktörer ovan får ett mindre plus så när som på staten (se bilaga 6). Sammantaget motsvarar de satsade rehabiliteringskostnaderna i snitt intäkterna efter ett år, men sedan genereras överskott.

Enligt utredningens beräkningar ger en fördjupad rehabilitering som 7 000 personer per år deltar i *samhället* ekonomiska vinster på 9 miljarder kr om året. Denna beräkning bygger på några fallstudier och vissa antaganden som närmare redovisas i bilaga 6. Antagandena är i flera avseenden försiktigt hållna. 7 000 personer som antas delta i rehabiliteringen varje år utgör inte mer än en dryg procent av sjuk-skrivna och förtidspensionerade personer. Av dessa 7 000 personer görs det försiktiga antagandet att endast 1 260 blir rehabiliterade och återfår arbetsförmågan. Ett större antal, 1 400, antas inte bli rehabilite-

rade alls. Övriga antas i räkneexemplet nå enbart 20 procent arbetsförmåga, sett som ett genomsnitt. Det är troligt att fler än så kan bli framgångsrikt rehabiliterade.

Av nuvarande drygt 200 000 långtidssjukskrivna bedömer utredningen, enligt avsnitt 3.3, att 100 000 har behov av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser. Det är inte realistiskt att alla dessa på kort tid kan nås med sådana insatser beroende av både resursskäl och att sjukskrivningen pågått för länge. Men nås 40 000 personer inom ett par år skulle det enligt studien kosta ca 4,3 miljarder och intäkten blir efter ett år hela 5,7 miljarder kr. Vinsten under resterande tid i arbetslivet (beräknat till ca 10 år) för de som kunde gå till arbete blir då 44,5 miljarder kr.

Sammantaget en lyckad investering med rehabiliteringen, mänskligt för den sjukskrivne att få rehabilitering och för skattebetalarna i gemen en vinst genom lägre utgiftsbehov över tiden sett till de fyra "kassakistorna" vi betalar skatt/avgift till.

21.3 Finansiell kalkyl för den nya rehabiliteringsförsäkringen

Utredningens reform med en ny rehabiliteringsförsäkring och tillhörande övriga förändringar för att nå en tidigare och snabbare rehabilitering i landet utgår från ett fortsatt offentligt ansvar. Det grundläggande ansvaret mellan de fyra sektorerna på den offentliga sidan ligger fast även om försäkringen blir huvudaktör. De ökade insatserna faller på försäkringen och staten. Samtidigt skall de – utöver färre sjukskrivna – ge försäkringen mindre kostnader totalt över tiden.

Landsting och kommuner får ej tillkommande eller eg. förändrade uppgifter till följd av reformen. Däremot kan eftersatta behov inom ramen för nuvarande lagstiftning ge ökade anspråk på att rättas till hos dessa huvudmän. Mina förslag bygger å andra sidan på stimulansbidrag från försäkringen för påskynda en sådan utbyggnad och om väntetiden blir för lång kan försäkringen "köpa in" vården/behandlingen ifråga. Det sista kan betyda att huvudman får fullt betalt för en åtgärd man annars skulle tillhandahållit. Som bekant motiveras detta med att kostnaderna för samhället totalt annars hade blivit högre.

I den finansiella kalkylen medräknas inte de samhällsekonomiska vinster och kostnader som uppstår inom andra sektorer till följd av kostnadseffektiva rehabiliteringsinsatser (avsnitt 21.2). Mot denna bakgrund begränsas den finansiella kalkylen till kostnader och intäkter/besparingar för den nya försäkringen jämfört med dagens allmänna

försäkring och effekter för statsbudgeten.

21.3.1 Intäkter i form av besparingar jämfört med nuläget

Färre sjukdagar till följd av ökade rehabiliteringsinsatser

De inbesparade utgifterna för sjukersättning och förtidspension beräknas försiktigt uppgå till 2 miljarder kr för år 1. Därefter fortsätter utgifterna minska under år 2 och når under år tre en ackumulerad nivå om 6 miljarder kr på årsbasis jämfört med nuläget.

Färre sjukdagar till följd av minskade väntetider.

Rehabiliteringsförsäkringens möjlighet att som försök under en treårig period köpa enklare vård och behandlingstjänster leder till kortare sjukskrivningstider på sätt som utvärderats i Norge (jfr avsnitt 15.5). Köp kan under vissa särskilda förhållanden göras inom en årlig ram av 300 miljoner kr. Utredningen har skattat att bortåt 20 000 personer kan bli aktuella för denna typ av hälso- och sjukvård i Sverige. Inbesparingen för rehabiliteringsförsäkringen till följd av köp av enklare hälso- och sjukvårdstjänster beräknas till ca 500 miljoner kr.

Minskade kostnader till följd av samordningsvinster

Tillskapandet av den nya rehabiliteringsförsäkringen och myndigheten "Rehabiliteringsstyrelsen" bör kunna leda till effektivitetsvinster. Styrelsens omsättning kommer att ligga på ca 80 miljarder kr per år. I och med att ett samlat kostnadsansvar knyts till fonden är det möjligt att agera utifrån ett samhälleligt helhetsperspektiv när det gäller användningen av fondens resurser. Fonden förväntas därmed kunna bli mera kostnadseffektiv i förhållande till dagens organisatoriska ordning. Det gäller såväl de samordningsvinster som förväntas uppstå till följd av totalkostnadsansvaret som minskade merkostnader för administration. Det bör noteras att förväntade och positiva dynamiska effekter inte heller har beaktats. En tentativ och försiktig beräkning tyder på att rehabiliteringsreformen kan spara in 150 miljoner kr på dessa områden. Beloppet har emellertid ej tillgodoräknats i den finansiella kalkylen.

Summering av intäkter/besparingar år 1–3

| | År 1 | År 2 | År 3 |
|----------|-------|-------|-------|
| Intäkter | 2 500 | 4 500 | 6 500 |

21.3.2 Kostnader för reformen på årsbasis

Rehabiliteringsutredning

Reformen syftar till att förbättra träffsäkerheten i bedömning och utredning av eventuellt behov av aktiva rehabiliteringsinsatser. Man kan se på detta i tre nivåer. Första nivån är det som motsvarar försäkringsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning eller motsvarande individens rättighet till rehabiliteringsutredning. Idag är det drygt 200 000 individer, som är sjukskrivna 30 dagar eller längre. För de flesta räcker det med ett enkelt konstaterande av försäkringsgivaren att viss läkarkontakt och vila är tillräckligt för att individen skall återkomma i arbete. Detta dokumenteras men personliga möten eller andra utredande aktiviteter med den sjukskrivne behövs i regel ej.

Andra nivån innebär att försäkringsgivaren genomför utredningsmöte för behovsbedömning, ersättning och vilken typ av insatser som krävs mm. Tidsinsatsen skattas totalt till i genomsnitt 5 timmar per person. Styckkostnaden för försäkringsgivarens rehabiliteringsutredning beräknas till timkostnaden för en rehabiliteringshandläggare, även om andra engageras. Styckkostnaden per utredning och individ blir då ca 1 250 kr inklusive skatt och arbetsgivaravgifter. Utredningen skattade behovet till ca 100 000 nivå 2-utredningar. Det innebär att den totala kostnaden för de enklare rehabiliteringsutredningarna kommer att uppgå till 125 miljoner kr per år. Nivå tre, slutligen, kräver en mer fördjupad rehabiliteringsutredning. (Se nedan.)

Mentor

Tidsåtgången för en mentorsinsats (jfr avsnitt 13.3) beräknas i genomsnitt till ca 12 timmar per sjukskriven individ. Tidsinsatsen kan variera betydligt mellan olika individer. Arvodet per person med behov av mentor antages till ca 1 250 kr inklusive skatt och arbetsgivaravgifter. Under förutsättningen att 40 000 individer (de som får fördjupad rehabilitering) i genomsnitt använder i 12 timmar i mentorstid blir den totala årliga kostnaden för mentorstödet 50 miljoner kr per år.

Ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare

Av de ca 1,3 miljoner anställda inom de fyra offentliga sektorerna beräknas i genomsnitt 50 000 personer vara i behov av rehabilitering. Enligt avsnitt 14.1.5. införs ett nytt bidrag till offentliga arbetsgivare för vissa förebyggande och rehabiliterande insatser. Bidraget motsvarar 30 procent av havda kostnader. Den genomsnittliga kostnaden per insats är beräknad till 10 000 kr. Totalkostnaden för denna avdragsrätt beräknas till 150 miljoner kr per år.

Egenföretagare får vidgad rätt till rehabilitering

Antalet egenföretagare med behov av rehabilitering och där återgång till sitt företag/firma ej blir möjligt har skattats till ca 1 000 personer. Stödinsatserna beräknas gälla för en period på 8 månader och ersättningen per person och dag till i snitt 350 kr. Totalkostnaden uppgår därmed till 84 miljoner kr per år. (Jfr kap. 14).

Försök med rådgivare till arbetsplatsen – case manager

Försöksverksamhet med rådgivare (case-manager) enligt avsnitt 14.3, som stöd till mindre arbetsgivare i rehabiliteringsarbetet bör genomföras i några län. Försäkringen finansierar och organiserar ett försök med sammanlagt 30 rådgivare under en 3-årsperiod. Uppgiften blir i första hand att vara ett stöd för små och medelstora arbetsgivare i frågor kring förebyggande insatser, arbetsanpassning och rehabilitering till arbete. Kostnad för de 30 rådgivarna (case managers) inkluderas i kostnadsposten för personaltillskottet av koordinatörer enligt nedan.

Individuella köp av rehabiliteringsinsatser (inkl. fördjupad rehabiliteringsutredning)

För nå en aktivare rehabilitering krävs utrymme, enligt avsnitt 15.4, för försäkringen att göra individuella köp av rehabiliteringstjänster, när huvudmän ej möter upp i tid eller ej har utbudet i fråga. I detta ingår även rehabiliteringsutredning enligt nivå 3 ovan. Styrelsen för den nya Rehabiliteringsstyrelsen förutsätts få mandat att avgöra hur mycket medel av försäkringsmedlen som bör användas för aktiva köpinsatser för skynda på rehabiliteringen. Styrelsen har sedan redovisnings-skyldighet gentemot regeringen. Till en början avsätts enligt mitt förslag 1,3 miljarder per år till sådana köp. Beloppet förutsätts behövas räknas upp senare år. Likartade medel över statsbudgeten finns idag

uppgående till drygt 0,725 miljarder kr, som dras av i kalkylen längre fram.

Köp av enklare hälso- och sjukvårdstjänster

Kostnaderna för försöksverksamhet med köp av enklare hälso- och sjukvårdstjänster för skynda på vård-/behandlingsinsatser när väntetiden annars blir lång beräknas enligt ovan kunna beröra bortåt 20 000 långtidssjuka personer.(jfr avsnitt 15.5). Under förutsättning att den genomsnittliga kostnaden per åtgärd ligger på 15 000 kr så kommer den totala kostnaden att uppgå till ca 300 miljoner kr per år. Nuvarande s.k. Dagmarmedel över statsbudgeten som kanaliseras via försäkringskassorna för vissa avtalade tjänster med landstingen kan härvid upphöra.

Central och regional försäkringsorganisation

Som framgår av kapitel 15 skapas en ny central myndighet, Rehabiliteringsstyrelsen, för leda arbetet med rehabiliteringsförsäkringen och ”rehabilitering till arbete”.

Dagens resurser på Riksförsäkringsverket för sjukförsäkringsadministrationen och hantering av förtidspension liksom stöd till rehabilitering blir därmed ej behövliga.

Regionalt inrättas en ny resultatenheter inom den regionala försäkringskasseorganisationen för administrera försäkringen och leda arbetet med ”rehabilitering till arbete”. Dagens motsvarande resurser erbjuds gå över till den nya organisationen eller dras befattningarna in. Som framgår av kapitel 15 föreslås att utbetalning och redovisning m.m. köps av den nya myndigheten från nuvarande försäkringsorganisation. För att den nya försäkringen skall fungera, som avsett krävs kompetensförstärkning och en volymökning av handläggande personal. En nyckelfunktion för den nya försäkringen är koordinatören. En heltidskoordinator beräknas kunna handlägga i genomsnitt 100 individers rehabilitering per år. Det föreligger sannolikt en stor variation i antalet individer per koordinator, bl.a. beroende på rehabiliteringsinsatsernas olika komplexitet och varaktighet. För att säkra tillgång för detta men även för vissa kvalificerade personalresurser i den nya myndigheten beräknar jag att reformen kräver 800 nya heltidstjänster.

I denna siffra har också inkluderats de 30 s.k. case managers som i en treårig försöksverksamhet blir rådgivare till små och medelstora arbetsplatser (jfr avsnitt 14.3).

En heltidstjänst beräknas kosta ca 470 000 kr/år inklusive skatt,

arbetsgivareavgifter och overheadkostnader. Den totala kostnaden för 800 tjänster kommer alltså att uppgå till 375 miljoner kr per år.

Metod – och utvärderingsenheten

Uppgiften för denna nya myndighet har beskrivits i avsnitt 15.8. Sammanlagt beräknas ett drygt 30-tal tjänster till myndigheten till en kostnad av ca 25 miljoner kr, inklusive kringkostnader. Myndigheten föreslås lokaliseras utanför storstadsområdena, men där en lämplig miljö för verksamhetsområdet finns.

Nationell utbildningsatsning

För att få en större fokus, men också djupare kunskap i att förebygga ohälsa föreslår utredningen att resurser satsas på ett nationellt utbildningsprogram. Utbildningen vänder sig till ca 3 000 nyckelpersoner på arbetsplatser och myndigheter. Kostnaden per utbildningsplats är beräknad till ca 3 000 kr per person. Den totala kostnaden uppgår till 15 miljoner kr per år och avsikten är att programmet genomförs under en period av 3 år för att sedan utvärderas.

Anordningsbidrag till utökat rehabiliteringsutbud

För att snabbt minska brist på utbud av rehabiliteringsresurser föreslår utredningen, enligt avsnitt 17.1, stimulansbidrag till uppbyggnaden av bl.a. diagnostiska centra samt regionala och lokala rehabiliteringsproducenter på områden där det idag råder brist. Stimulansbidraget beräknas till 500 miljoner kr per år under en period av 3 år.

Utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning

Som ett led i syfte att erbjuda möjligheter till arbete föreslår utredningen en utökad rätt till studier som kan underlätta återgång i arbete (avsnitt 17.3). Omfattningen av detta är svår att beräkna. Initialt reserveras 30 miljoner kr/år för utökad rehabiliteringsersättning. Övriga eventuella merkostnader ligger inom ramen för studiestödssystemet.

Arbetshjälpmedel

För smärre regeländring för tillhandahållande av arbetshjälpmedel från försäkringen beräknas ett medelstillskott jämfört med idag, om

15 miljoner kr.

Inspektörer yrkesinspektionen

En kompetensförstärkning med nya yrkesinspektörer till Arbetarskyddsstyrelsens regionala organisation inom områdena beteendevetenskap och arbetsorganisation har föreslagits för påbörja ett arbete att dämpa de psykosociala hälsoriskerna på arbetsplatser. En 10-procentig förstärkning har beräknats motsvarande ett 40-tal befattningar. Kostnaden per tjänst och år, inklusive socialutgifter och overheadkostnader beräknas till ca 400 000 kr. Totalkostnaden uppgår därmed till ca 15 miljoner kr per år.

Stöd till mjukstart vid återinträde på arbetsmarknaden

Utredningen föreslår att det ges en ny möjlighet att medverka till att anställda sjukskrivna personer får en mjukstart hos sin ordinarie arbetsgivare genom att försäkringsgivaren ekonomiskt kan kompensera arbetsgivaren för en mer begränsad arbetsinsats än personen kunde utföra innan sjukskrivningen. Försäkringsgivaren kan göra detta med ett lönebidrag. I vissa fall ska det också vara möjligt att ge stödet till en extern arbetsgivare, t.ex. för vissa egenföretagare eller projektanställda. (Jfr avsnitt 18.5). 6–7 000 personer under rehabilitering bedöms bli aktuella för detta stöd per år. Verksamheten bedrivs som försök tre år och utvärderas innan perioden gått till ända. Kostnaden per år för försäkringen beräknas till 215 miljoner kr.

Kompletterande arbetsmarknad

När rehabiliteringen är klar eller sjukskrivningsperioden av andra skäl är slut samtidigt som den enskilde inte orkar arbeta full ut som tidigare är en situation som inte är ovanlig för de som haft riktigt långa sjukskrivningar. Idag får dessa personer ofta till förtidspension. I avsnitt 18.5. har föreslagits att denna grupp skall få tillgång till arbetsmarknadspolitiska medel. För att ge möjlighet att pröva detta införs en möjlighet att använda rehabiliteringsersättning övergångsvis. Ett utrymme för 10 000 personer per år reserveras. Utredningen föreslår att rehabiliteringsersättning ges till denna grupp upp till 100 dagar även om de rehabiliterande insatserna är avslutade. Kostnaden för försäkringen beräknas till 300 miljoner kr/år.

Anslag till forskning

Enligt avsnitt 19.1. byggs successivt upp en forskning inom området "rehabilitering till arbete". Medlen förutsätts kanaliseras genom ett forskningsråd där ett särskilt programområde kommer till.

Kostnaden för rådets anslag till rehabiliteringsområdet startar med 50 miljoner kr per år för att i förlängningen uppgå till 150 miljoner kr per år. För treårsperioden föreslås för år 1,50 miljoner kr, år 2,75 miljoner kr och år 3, 100 miljoner kr.

Till detta kommer förslaget att utlysa en första professur finansierad över statsbudgeten med inriktning på rehabilitering och samhällsekonomi. Med kringkostnader beräknas detta till 5 miljoner kr per år.

Högskoleutbildning i rehabiliteringsvetenskap/metodik

För få adekvat kompetens till den nya förstärkta försäkringen och olika aktörer som skall bidra till "rehabilitering till arbete" skall lyckas bryta onödig sjukskrivning och korta längden av densamma krävs en högskoleutbildning. I det omedelbara perspektivet på en ort. Längre fram på ytterligare en högskoleort/universitet. Medel reserveras för den första skolan här, som förutsätts bygga vidare på tidigare utbildningar i rehabilitering för att snabbt komma igång. Mitthögskolan kan härvid vara en möjlig lokalisering. 15 miljoner kr reserveras.

Övriga kostnader

Kostnaderna för personalekonomiska bokslut för offentliga arbetsgivare har inte medtagits i beräkningarna. Basmaterial bör finnas på arbetsplatser och att göra en systematik av detta är en begränsad resursinsats. Informationskostnader vid start av den nya försäkringen har ej heller särberäknats.

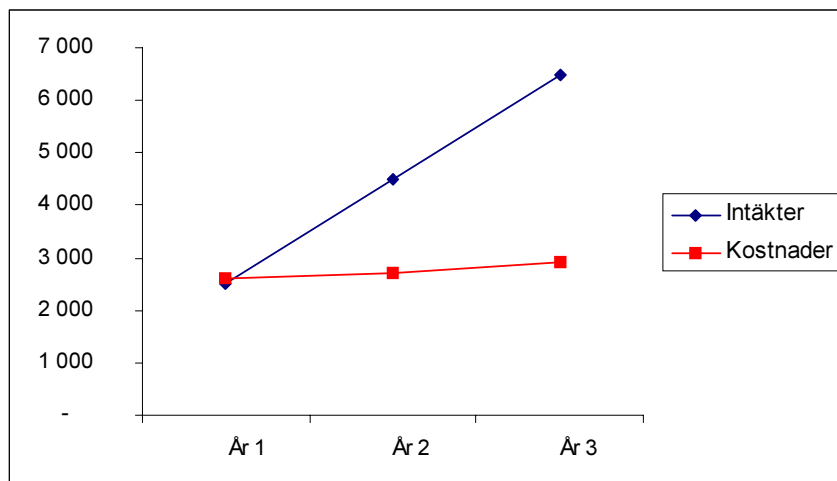
Summering av kostnader År 1 (Mkr)

| | |
|---|-------|
| Kostnader | |
| Rehabiliteringsutredning | 125 |
| Mentor | 50 |
| Förstärkning med nya yrkesinspektörer | 15 |
| Ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare | 150 |
| Egenföretagare får vidgad rätt till rehabilitering | 85 |
| Rehabiliteringsinsatser (inkl fördjupad rehabiliteringsutredning) | 1 300 |
| Avdrag för nuvarande medel till köp av rehabiliteringstjänster | - 725 |
| Avdrag för nuvarande Dagmarmedel | - 235 |
| Köp av enklare hälso- och sjukvårdstjänster | 300 |
| Nationell metod och utvärderingsenhet | 25 |
| Koordinator (inkl. försök med 30 arbetsplatsrådgivare/case-managers) | 375 |
| Nationell utbildningssatsning | 5 |
| Anordningsbidrag till utökat rehabiliteringsutbud (inkl utredningsresurser) | 500 |
| Utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning | 30 |
| Arbetshjälpmedel | 15 |
| Stöd till mjukstart vid återinträde på arbetsmarknaden | 215 |
| Kompletterande arbetsmarknad - förlängd rehabiliteringsersättning | 300 |
| Forskningsmedel (statsbudgeten) | 55 |
| Högskoleutbildning i rehabilitering (statsbudgeten) | 15 |
| Övriga kostnader | - |
| | 2 600 |

Resultat för åren 1, 2 och 3.

Kostnaderna, som kommer att belasta den nya försäkringen respektive statsbudgeten är relativt konstanta över de tre åren. I takt med resursutbyggnad för rehabilitering blir klar räknar jag med att Rehabiliteringsstyrelsen får anledning att avsätta ytterligare medel för individuella köp av rehabiliteringstjänster. För kalkylens skull nedan räknar jag därför upp detta belopp till 1 600 miljoner kr år 3. Andra kostnadsposter försvinner från år 4 som exempelvis anordningsbidrag. De kostnadsposter som belastar statsbudgeten markeras särskilt ovan. Redan första året nås enligt denna kalkyl en s.k. break – even räknat utifrån nuvarande antal sjukskrivna. Investeringen i de nya resurserna vägs i stort upp av inbesparade ersättningsdagar. Kommande år ger tydliga överskott i försäkringen.

| Mkr | År 1 | År 2 | År 3 |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Intäkter | 2 500 | 4 500 | 6 500 |
| Kostnader | 2 600 | 2 700 | 2 900 |
| Netto | - | 1 800 | 3 600 |



Men den kanske än större effekten, som dock ej kalkylerats här, är att den nu prognostiserade fortsatta ökningen av långtidssjukskrivningarna skall stanna upp!

Ser vi till effekten av de minskade sjuktalen enligt målsättningen ovan, över de fyra sektorerna på offentliga sidan, ger reformen ett mycket kraftigare positivt resultat enligt de samhällsekonomiska beräkningarna (jfr avsnitt 21.2 ovan).

22 Reformens övriga konsekvenser

I utredningens uppdrag ingår att också analysera och ange vilka konsekvenser förslagen får för olika verksamheter i samhället. Vilka konsekvenser får förslagen för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen?

Den kommunala självstyrelsen

Förslagen påverkar inte den grundstruktur med kommunalt självstyre för primärkommun och landstingskommun som vi har i Sverige. Utredningen påtalar eftersatta utbud av rehabiliteringsresurser regionalt och för vissa diagnosgrupper inom ramen för gällande lagstiftning. Det möts med förslag till stimulansbidrag för en successiv utbyggnad under 3 år med möjlighet för försäkringsgivaren att göra individuella köp av vård och behandling när väntetiden blir lång. I avsnittet om arbetsgivares ansvar för att förebygga, anpassa och rehabilitera föreslås att arbetsgivare inom den offentliga sidan får krav på att redovisa personalekonomiska bokslut. Förslaget syftar till att lyfta fram de mer "mjuka" frågorna som hur arbetet organiseras och leds. Av kartläggningen framgår tydligt att det finns en skillnad i utvecklingen av sjukfrånvaron de senaste åren vid jämförelse mellan privat och offentlig verksamhet.

Brottslighet och brottsförebyggande arbete

När det gäller förslagets direkta betydelse för brottslighet och brottsförebyggande arbete är det min bedömning att de är neutrala. Förslaget om rätt till rehabiliteringsstöd har naturligtvis betydelse även för de

grupper kriminalvården ansvarar för i den mån rehabiliteringsförsäkringen berörs.

Sysselsättningen

Utredningens förslag syftar till att i än högre utsträckning få ett genomslag för arbetslinjen i socialförsäkringen. I utredningens kartläggningsavsnitt beskrivs hoten om brist på arbetskraft om inte nuvarande utveckling bryts och fler ges möjlighet att återinträda i arbetslivet genom en aktiv rehabilitering. Förslaget om ökad fokus på förebyggande insatser (individens, arbetsgivarens och försäkringens ansvar) syftar till att minska behovet av sjukskrivningar. En mer aktiv rehabiliteringsförsäkring har som ett av huvudsyftena att korta sjukskrivningstiderna. Dessa båda målsättningar påverkar möjligheten till ett ökat arbetskraftdeltagande. I kapitel 16 lämnar jag vidare ett förslag till en ny etisk plattform för rehabiliteringsförsäkringen. En av huvudprinciperna är just arbetslinjen. *Principen om arbetslinjen* betonar arbetets värde för välfärd och välbefinnande. Aktiva insatser prioriteras före passiva utbetalningar i syfte att öka möjligheten att försörja sig genom eget arbete. I kap 18 utvecklas olika förslag som syftar till att underlätta återinträde i arbetslivet efter sjukdom och skada. Dessa förslag har också stor betydelse för just sysselsättningen, att fler får chans att återkomma i arbete.

Regeringen bör kunna sätta rullande mål för hur detta ska utvecklas. Som en första etapp bör antalet långtidssjuka (över en månad) minska med 55 000 inom tre år.

Små företags arbetsförutsättningar

Försäkringsgivaren tar över ansvaret för att en rehabiliteringsutredning genomförs efter fyra veckor. Detta förslag innebär en lättnad för framför allt små och medelstora företag som rimligtvis aldrig kan få ”rutin” på denna typ av uppgift. Försöksverksamhet med tillgång till rådgivning för mindre arbetsgivare underlättar också möjligheten att ta det ansvar som arbetsgivare har för att förebygga, anpassa och rehabilitera sin personal.

Utredningens förslag om ändrade kriterier, rehabilitering till ”likvärdigt arbete” kommer underlätta möjligheterna för framförallt egna företagare att få rehabilitering. Den s.k. steg-för-steg-modellen med nuvarande utformning missgynnar egenföretagares möjligheter att få aktiva rehabiliteringsinsatser med stöd från sjukförsäkringen. För-

söksverksamhet med rådgivare till små och medelstora företag i försäkrings- och rehabiliteringsfrågor kommer också öka förutsättningarna för dessa arbetsgivare att bättre lyckas med sitt ansvar för förebyggande-, anpassnings och rehabiliteringsåtgärder.

Jämställdhet mellan kvinnor och män

När det gäller jämställdhet mellan kvinnor och män måste konstateras att det idag är stora skillnader mellan kvinnor och män i sjukskrivnings- och förtidspensioneringsfrekvens. Kvinnors sjukfrånvaro är högre än männens och har de senaste åren ökat kraftigare. Kvinnor lever längre än män och drabbas inte i högre utsträckning av allvarliga sjukdomar så att det rimligen bör kunna avläsas i den statistik vi kunnat ta del av. Orsakerna bakom detta är inte tillräckligt analyserade men borde enligt min mening vara påverkbara. Utredningens förslag om satsning på forskning borde ge ökad kunskap om orsakerna till dessa skillnader och därmed kunna bidra till att minska skillnaderna.

Den etiska plattformen och efterföljande riktlinjer för prioriteringar (kap. 16) är särskilt utformade för att hindra en fortsatt ojämn könsrepresentation vid rehabilitering.

Utredningens förslag om en reform för rehabilitering till arbete med individen i centrum skall också öka förutsättningarna för mer individuellt anpassade åtgärder. Detta i kombination med rätten till rehabiliteringsstöd räknar jag med också ger positiv inverkan på kvinnors möjlighet till rehabilitering i den mån olika rehabiliteringsprogram i högre utsträckning tidigare varit mer anpassade för män.

Invandrare

För att möta risk att personer med invandrarbakgrund åsidosätts har jag skapat en etisk plattform som ska gälla för försäkringsgivaren runt om i landet. Den innebär bl.a. att prioriteringar till rehabilitering inte får ske utifrån ras, hudfärg, etnisk bakgrund eller religion. Rätten till mentor i rehabiliteringsprocessen kan få särskild betydelse för just personer som har dålig eller mindre kännedom om det svenska samhället.

För funktionshindrade

Rätten till en grundläggande utredning av rehabiliteringsbehovet tillsammans med rätten till en mentor tror jag kommer få störst betydelse för individer med olika funktionshinder. I och med att behoven blir mer grundligt utredda är det min förhoppning att kraven på olika huvudmän att ställa resurser till förfogande för att möta dessa behov kommer att öka. Även rehabiliteringsförsäkringens förstärkta möjlighet att köpa olika insatser bör särskilt komma de funktionshindrade till del.

För funktionshindrade personer kommer förslagen i kapitel 18 att få stor betydelse. Just för individer med funktionshinder kan exempelvis förslaget om mjukstart på en arbetsplats komma att underlätta (åter-)inträde på arbetsmarknaden. Här blir det extra viktigt att samarbetet mellan försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna fungerar.

Ökade möjligheter till förebyggande sjukpenning kommer stärka de grupper som har behov av återkommande rehabilitering för att hindra en mer permanent utslagning (personer med kronisk reumatism, psoriatiker m.fl.)

I den etiska plattformen och förslaget om prioritering vid rehabilitering föreskrivs särskilt att den som redan har ett funktionshinder och behöver rehabilitering inte får hamna i ett sämre läge.

Offentlig service

Syftet med reformen är att stärka den offentliga servicen gentemot sjukskrivna och hjälpbehövande i en rehabiliteringssituation. Ett av de grundläggande förslagen rör just rättigheten för individen att få rehabiliteringsstöd. Den offentliga försäkringen kommer i ökad utsträckning genom denna rättighet utreda individuella rehabiliteringsbehov. Även rätten till mentor är en utökad service för medborgare i behov av stöd. Försäkringsgivarens skyldighet att skynda på relevanta rehabiliteringsinsatser och – om väntetiden blir lång – köpa individuella vård- och behandlingsinsatser m.m. skall öka servicen till sjukskrivna.