

## Motion till riksdagen 2010/11:Sf369

av **Wiwi-Anne Johansson m.fl. (V)**

# För en ny rehabiliteringsstrategi

## 1 Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av en ny rehabiliteringsstrategi som utgår från de sjukas behov och människors verkliga förutsättningar och om att en särskild rehabiliteringsmyndighet bör övervägas.

## 2 Inledning

Den borgerliga regeringen har drivit igenom en politik som innebär att människor far illa. Svårt sjuka blir automatiskt friskförklarade efter ett visst antal dagar och hänvisas till Arbetsförmedlingen. Tanken bakom detta är att öka arbetsutbudet så att arbetsvillkoren och lönekraven dämpas i delar av arbetsmarknaden. Det handlar också, enligt regeringen, om att finna finansiering till skattesänkningar. De borgerliga har sagt att man gjort en rekordstor satsning på rehabilitering, hela 17 miljarder kronor på tre år. Men denna "satsning" består i huvudsak av att människor byter ersättningsform, från sjukpenning till aktivitetsersättning. En del byter också sedan tillbaka till sjukpenning, vilket de borgerliga också räknar med i sin "rekordsatsning" (se pm dnr 2009:1549 från riksdagens utredningstjänst).

I Försäkringskassans återrapportering till regeringen (dnr 052245-2010) ser vi att mycket få har ett reguljärt arbete, många återvänder till sjukförsäkringen. Vid årsskiftet hade 17 843 personer uppnått maximal tid i förlängd sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning. Den 31 augusti var 408 av dessa personer i reguljärt arbete i någon form inklusive visstidsanställningar. Vid samma tidpunkt befann sig 55 procent av dem vilkas maximala tid uppnåddes vid årsskiftet åter i sjukförsäkringen. Andelen som återvänder till sjukförsäkringen ökar hela tiden.

För många svårt sjuka människor har denna karusell varit en mycket smärtsam period. Det hade varit bättre om de hade fått det stöd och den hjälp

Fel! Okänt namn på

de behöver för sin rehabilitering eller habilitering. Men det hade också behövts satsningar på att bl.a. minska överbeläggningen på sjukhusen, öka antalet platser på komvux och reguljär arbetsmarknadsutbildning. Enligt Vänsterpartiet bör också den s.k. stupstocken tas bort, dessutom bör prövningen mot arbetsmarknaden ske utifrån verkliga och lämpliga jobb. De krångliga och svårtolkade diagnosbaserade reglerna med diverse undantag bör avskaffas. Fokus måste ligga på arbetsförmågan.

### 3 Behovet av en ny rehabiliteringsstrategi

Vem som helst kan drabbas av ohälsa och få en nedsatt arbetsförmåga. Andra har från födseln en nedsatt arbetsförmåga. Oavsett orsak ska ha vi rätt till stöd till ett bra liv och möjlighet att komma tillbaka till ett arbetsliv anpassat till våra olika förutsättningar. Alla ska självklart ha rätt till rehabilitering och habilitering även om man inte direkt, eller någonsin, kan återvända till den reguljära arbetsmarknaden.

Den starkaste drivkraften till att öka arbetsförmågan har den enskilda människan som själv drabbats av ohälsa. Ökad ekonomisk otrygghet ökar inte de enskildas arbetsförmåga inte heller deras möjligheter att få en bättre hälsa, snarare tvärtom. De fyra borgerliga regeringspartierna har främst fokuserat på hur många ersättningsdagar man ska ha. Den enskilde har dock mycket små möjligheter att påverka när olika sjukvårdsinsatser görs, arbetsgivares arbetsanpassningsåtgärder m.m. Ekonomiska incitament bör i stället ligga på dem som har verkliga påverkansmöjligheter.

Arbetsförmågeutredningen (SOU 2008:66) betonar den enskildes delaktighet för en lyckosam rehabilitering. I andra studier påvisas att t.ex. vid avstämningmöten har tjänstemännen ibland redan en bestämd plan när de träffar den försäkrade. Den försäkrades egna vilja kan tryckas tillbaka. Det är viktigt att den försäkrades egna mål och förslag följer med dokumenten i rehabiliteringsprocessen.

Det är även Vänsterpartiets utgångspunkt i vår rehabiliteringsstrategi; i stället för misstro och bestraffning av sjuka och personer med funktionsnedsättning måste den enskildes kraft och vilja snabbare tas tillvara. De offentliga systemen har länge haft en oförmåga att ta tillvara den enskildes egen kraft och bl.a. skriften ”Rehabilitering – ett långt lidandes historia” (nr 10) från Socialförsäkringsutredningen visar på detta. Under lång tid har det funnits problem med att återge människor arbetsförmåga efter en långvarig sjukfrånvaro. Ansvar för arbetsgivarna har varit diffust och utan sanktioner. Försäkringskassan har fått allt fler uppdrag – rehabiliteringsprocessen har inte varit någon kärnverksamhet. Många långtidssjuka har haft flera och ibland diffusa symptom och diagnoser. Sjukvården har haft svårigheter att behandla dessa patienter. Långa passiva sjukskrivningar har förekommit. Företagshälsovården har efter 90-talskrisen kraftigt försvagats. Varken sjukvård eller försäkringskassa har haft tydliga verktyg att bedöma arbetsförmågan och därmed

hur den ska utvecklas från ett yrke eller en arbetsplats man haft. Olika myndigheter har haft olika uppdrag där enskilda hamnat mellan stolarna.

## 3.1 Rehabiliteringsombud

En långtidssjuk kan behöva många kontakter med myndigheter och arbetsgivare. Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabiliteringsprocessen. Detta samordningsansvar bör stärkas, den långtidssjukskrivne bör ha ett rehabiliteringsombud på Försäkringskassan som driver på rehabiliteringsprocessen. Detta ombud ska enbart vara den långtidssjukes företrädare. Ombudet ska inte t.ex. ha i uppgift att besluta om ersättningar till den sjukskrivne. De professionella handläggarna som i dag finns på Försäkringskassan och arbetar med samordningsuppdraget får då en starkare roll i rehabiliteringsprocessen.

Samordningsuppdraget via rehabiliteringsombud måste bli en egen kärnverksamhet. Det ska enbart ha som kärnverksamhet att tillsammans med den försäkrade driva rehabiliteringsprocessen framåt. Det ska ha alla yrkesgrupper som målgrupp. Det är viktigt med bred kompetens som ger hög legitimitet. Rehabilitering ska vara en del i den generella välfärdspolitiken och inte en särlösning för vissa grupper. Detta är viktigt inte enbart för systemets legitimitet utan även för att ha en dynamisk arbetsmarknad.

I SOU 2000:78 (Rehabilitering till arbete) sades det att en hörnsten var att det fanns en offentlig huvudaktör. Det kan gälla besök på arbetsplatsen och stöd i arbetsanpassning, kontakt med sjukvård och andra myndigheter såsom arbetsförmedling och utbildningsanordnare. Ett rehabiliteringsombud utformar tillsammans med den försäkrade en rehabiliteringsplan. Erfarenheter från bl.a. Danmark tas tillvara kring arbetsförmågebedömningar och hur den enskilde bättre ska bli mer delaktig. På sikt kan detta bli en egen rehabiliteringsmyndighet.

Samordningsfunktionen bör förstärkas med utrednings-, utvecklings- och forskningsresurser. Utbyggda forskarresurser är viktigt även utifrån att Arbetslivsinstitutet lagts ner. Det är viktigt att huvudaktören kring rehabilitering forskar och utvecklar verksamheten så att sjuka får bättre stöd för återkomst till arbetslivet. Forskningsverksamheten bör samverka med Arbetsmiljöverket och arbetsmarknadens parter för informationsinhämtning och kunskapsspridning.

### 3.1.1 Lokalt

För att se till att människor på väg tillbaka till arbetslivet inte fastnar mellan olika myndigheters ansvarsområden vill vi samla Arbetsförmedlingens, Försäkringskassans och delar av kommunernas insatser för sjuka och arbetslösa i en och samma organisation på lokal nivå. Vi kallar det MOA-kontor, där MOA står för ”människor och arbete”. En dörr in ska alltså gälla i människors kontakt med ansvariga myndigheter. Resurserna ska kunna användas gemensamt för individens bästa genom att erbjuda aktiva, individanpassade insatser som leder till arbete.

Fel! Okänt namn på

## 4 Parallella processer i stället för kedjor och trappor eller steg

Den borgerliga regeringens centrala utgångspunkt är att rehabiliteringen förbättras och snabbas på genom tidsgränser för den enskildes rätt till ersättning. Denna typ av tidsgränser påverkar dock inte den enskildes möjligheter att påverka sjukvårdens insatser, Försäkringskassans hantering av dokument eller arbetsgivarens insatser för arbetsanpassning. I stället för dagens kedjor med den försäkrades ersättningsrätt som länkar (eller tidigare sju steg) bör parallella processer med individuell anpassning stå i centrum. Det kan handla om t.ex. samtidiga sjukvårdsinsatser, utbildning, arbetsanpassning och arbetsprövning. Då är det viktigt att ha en ekonomisk trygghet för den försäkrade. Försäkringskassan ska lägga kraft på att stödja återskapandet av arbetsförmågan, inte tvingas lägga kraft på att den försäkrade ska byta mellan olika ersättningssystem vid olika insatser. Vi behöver en ”rymlig sjukförsäkring”.

### 4.1 Stimulera kollektivavtal

Det finns kollektivavtal om arbetsmiljöfrågor i olika former i knappt 60 branscher. Dessa skulle kunna utvecklas för att spela en större roll i det förebyggande arbetsmiljöarbetet men även i det arbete som rör arbetsanpassning och rehabilitering. Diskussioner har förts om omställningsavtal för personer med anpassnings- och rehabiliteringsbehov. Avtal finns även på elektrikerområdet som rör tillsynsprocessen, vilket delvis ersätter lagens regler. Kollektivavtal bevakas av fler personer än lag. Företagshälsovårdens täckningsgrad liksom inriktning varierar kraftigt. Behoven kan också skilja mellan olika arbetsplatser och branscher. Olika lösningar kan ges i landsbygd och storstad.

Heltäckande kollektivavtal bör ges statlig stimulansersättning om de godkänns av en statlig myndighet. Stimulans kan ske via en rehabiliteringsfond. Innehåll som krävs kan vara

- ? system för arbetsanpassning
- ? deltagande i arbetsgivarering
- ? anslutning till godkänd företagshälsovård
- ? utbildning i arbetsmiljöfrågor.

## 5 För en ny strategi

Den moderatledda regeringen har skapat ett otryggt system för långtidssjuka. Svårt sjuka människor kan hanteras olika beroende på diagnos och dess undantag, t.ex. om man ligger på sjukhus, ”medföra risk för allvarlig försämring av den försäkrades sjukdom” m.m. Tidsgränser kan slå hårt mot den enskilde och säger ingenting om den försäkrade fått bättre hälsa eller ej.

**Fel! Okänt namn på**

Regeringen utgår ifrån att människor måste jagas för att vilja arbeta. Fokus ligger numera på att räkna antalet ersättningsdagar – inte på att ge aktiv medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering.

Det är ett cyniskt system som har ett högt pris. Det skapar stor oro hos sjuka kvinnor och män och deras familjer, men även hos alla andra som i dag befinner sig i arbete finns en berättigad oro för vad som händer om man blir sjuk eller skadad. Många ser hur de nya rigida reglerna drabbar människor. Försäkringskassans personal är hårt pressad och fråntagen möjligheten till individuella bedömningar av vad som är bäst för den enskilda individen.

Ett samhälle kan mätas utifrån hur det tar hand om sina sjuka och utsatta. I Sverige har sjuka och utsatta fått det svårare under den borgerliga regeringen.

Det behövs en ny rehabiliteringsstrategi som utgår från de sjukas behov och människors verkliga förutsättningar och en särskild rehabiliteringsmyndighet bör övervägas. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

Stockholm den 21 oktober 2010

*Wivi-Anne Johansson (V)*

*Ulla Andersson (V)*

*Rossana Dinamarca (V)*

*Jacob Johnson (V)*

*Josefin Brink (V)*

*Christina Höj Larsen (V)*