



Rehabilitering tillbaka till arbete

Sammanfattning

Med stöd av riksdagens initiativrätt i 3 kap. 7 § riksdagsordningen föreslår utskottet i detta betänkande att riksdagen tillkännager för regeringen att regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition bör avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014.

I betänkandet finns en motivreservation (M, FP, C, KD).

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	3
Redogörelse för ärendet	4
Utskottets överväganden	5
Reservation	22
Rehabilitering tillbaka till arbete – motiveringen (M, FP, C, KD)	22
<i>Bilaga 1</i>	
Finansutskottets yttrande	25
<i>Bilaga 2</i>	
Socialutskottets yttrande	33
<i>Bilaga 3</i>	
Arbetsmarknadsutskottets yttrande	38

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

Rehabilitering tillbaka till arbete

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition bör avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Reservation (M, FP, C, KD) – motiveringen

Stockholm den 5 mars 2013

På socialförsäkringsutskottets vägnar

Gunnar Axén

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Gunnar Axén (M), Mikael Cederbratt (M), Fredrik Lundh Sammeli (S), Lars-Arne Staxäng (M), Eva-Lena Jansson (S), Finn Bengtsson (M), Kurt Kvarnström (S), Hans Backman (FP), Shadiye Heydari (S), Solveig Zander (C), Jasenko Omanovic (S), Gunilla Nordgren (M), Gunvor G Ericson (MP), Emma Henriksson (KD), David Lång (SD), Wiwi-Anne Johansson (V) och Annelie Karlsson (S).

Redogörelse för ärendet

I detta ärende lägger utskottet med stöd av sin initiativrätt i 3 kap. 7 § riksdagsordningen fram förslag om ett tillkännagivande som rör frågan om rehabilitering för återgång i arbete.

Utskottet har med anledning av initiativförslaget och som ett led i beredningen av ärendet begärt in yttranden över vissa frågeställningar från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vidare har företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting vid utskottets sammanträde den 11 december 2012 lämnat synpunkter på förslaget till utskottsinitiativ. Sveriges Kommuner och Landsting har även inkommit med skriftliga synpunkter på förslaget.

Vid utskottets sammanträde den 22 januari 2013 lämnade professor Kristina Alexanderson och professor emeritus Åke Nygren, båda vid Karolinska Institutet, synpunkter på frågan om rehabilitering ur individens perspektiv.

Som en ytterligare beredningsåtgärd har utskottet begärt in yttranden över ett förslag till utskottsinitiativ om rehabilitering tillbaka till arbete (utkast till bet. 2012/13:SfU6) från finansutskottet, socialutskottet och arbetsmarknadsutskottet. Yttrandena återfinns i bilagorna 1–3.

Vidare har yttranden över samma förslag begärts in från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting, som beretts tillfälle att yttra sig över initiativförslaget, har avstått från att avge yttrande.

Utskottets överväganden

Gällande ordning

Enligt sjuklönelagen (1991:1047) har arbetstagare under de första 14 dagarna av ett sjukfall rätt till sjuklön från arbetsgivaren. För den första dagen i sjuklöneperioden betalas ingen ersättning (karensdag). För de återstående dagarna behåller den anställde 80 procent av lönen och andra anställningsförmåner. Efter sjuklöneperioden betalar Försäkringskassan sjukpenning vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Även den som är arbetslös kan ha rätt till sjukpenning.

Enligt den s.k. rehabiliteringskedjan gäller att Försäkringskassan, vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt, ska beakta om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga arbete eller ett annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Från och med dag 91 i sjukperioden ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till ett annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 ska det dessutom, om det inte finns särskilda skäl som talar mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller genom ett annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Före den 1 juli 2012 gällde att prövningen av arbetsförmågan fr.o.m. dag 181 skulle ske i förhållande till förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden eller genom ett annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Samtidigt med rehabiliteringskedjan infördes en bortre gräns för hur länge sjukpenning kan betalas ut. Sjukpenning på normalnivån (80 procent av sjukpenninggrundande inkomst, SGI) betalas ut under 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar. Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivån för mer än 364 dagar under ramtiden. Efter 364 dagar på normalnivån kan en försäkrad få sjukpenning på fortsättningsnivån (75 procent av SGI) i högst 550 dagar. Sjukpenning på fortsättningsnivån kan därutöver lämnas för ytterligare dagar bl.a. om sjukperioden beror på en godkänd arbetsskada, om den försäkrade är intagen på sjukhus eller på grund av sjukdom får omfattande vård utan att vara intagen på sjukhus eller om en återgång i arbete eller ett deltagande i arbetslivsintroduktion (ALI) hos Arbetsförmedlingen skulle medföra en risk för allvarlig försämring av den försäkrades sjukdom.

För att öka möjligheterna till arbete för personer som har fått maximalt antal ersättningsdagar i sjukförsäkringen infördes den 1 januari 2010 det nämnda arbetsmarknadspolitiska programmet ALI. Målet är att den som har deltagit i programmet ska ha fått sitt behov av stöd för återgång till arbete utrett. ALI kan som längst pågå under tre månader.

Särskilt om rehabilitering

I 30 och 31 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) återfinns bestämmelser om rehabilitering och rehabiliteringsersättning.

I 30 kap. 2 § SFB anges att en försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder enligt bestämmelserna i detta kapitel. Enligt 3 § ska rehabiliteringsåtgärder planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov. Av 5 § framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om sådana arbetshjälpmedel som en förvärvsarbetande försäkrad behöver som ett led i sin rehabilitering.

30 kap. 6 § SFB reglerar arbetsgivarens skyldigheter att lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Det innebär att arbetsgivaren inom ramen för sin verksamhet har att ansvara för de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering, exempelvis arbetsträning, utbildning och omplacering.

Försäkringskassans skyldigheter regleras i 30 kap. 8–12 §§ SFB. I 8 § anges att Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Enligt 9 § ska Försäkringskassan i samråd med den försäkrade se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Av 10 § framgår att Försäkringskassan i sitt arbete med rehabiliteringen, om den försäkrade medger det, ska samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska verka för att dessa organisationer och myndigheter, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska också enligt 11 § se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl. Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan lämnas ska Försäkringskassan enligt 12 § upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska i den utsträckning det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Enligt 31 kap. 3 § SFB har den försäkrade vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel rätt till rehabiliteringsersättning under den tid då han eller hon deltar i en arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan. Rehabiliteringsersättningen består av en rehabiliteringspenning och ett särskilt bidrag.

Försäkringskassan har med andra ord ansvar för att samordna samhällets resurser för att återge en sjukskriven person arbetsförmåga och förutsättningar att förvärvsarbeta. Det innebär ett generellt ansvar för att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder som behövs

för en effektiv rehabilitering vidtas. Försäkringskassan ska även betala ut rehabiliteringsersättning till den som är i behov av en rehabiliteringsåtgärd för vilken sådan ersättning kan lämnas.

Försäkringskassan har däremot inte ansvar för att genomföra rehabiliteringsåtgärderna. I den mån den enskilde behöver medicinsk rehabilitering (t.ex. sjukgymnastik, funktionsprovning eller arbetsterapi) är det hälso- och sjukvården som bedömer behovet av och har att genomföra lämplig åtgärd. På motsvarande sätt har Arbetsförmedlingen ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (t.ex. vägledning, utbildning eller arbetsförberedande åtgärder) och kommunen för den sociala rehabiliteringen (t.ex. missbruksvård).

Enligt regleringsbrevet avseende Försäkringskassan för budgetåret 2013 ska Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i samarbete vidareutveckla metoder och arbetssätt i de sjukfall där insatser bedöms nödvändiga för att stödja den enskildes återgång i arbete. Samarbetet ska vidare bidra till att klargöra ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. För 2012 avsattes 738 miljoner kronor till samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och lika mycket har avsatts för 2013.

Den 1 januari 2004 infördes lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Finansiell samordning kan ske frivilligt mellan Försäkringskassan, ett eller flera landsting, Arbetsförmedlingen och en eller flera kommuner. Därigenom ska en effektiv resursanvändning underlättas. Den finansiella samordningen ska bedrivas genom ett fristående samordningsförbund med representanter för de samverkande parterna. Målgruppen för denna s.k. fyrpartssamverkan utgörs av personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärsarbete. Av resurserna till den finansiella samordningen ska Försäkringskassan bidra med statens andel motsvarande hälften av medlen, och landsting och kommuner ska bidra med var sin fjärdedel. I maj 2012 var 83 samordningsförbund i drift, vilket omfattar 220 av landets 290 kommuner.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för 2012 och 2013 undertecknat en överenskommelse om en medicinsk rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt 1 miljard kronor respektive år. En särskild satsning görs på rehabilitering inom diagnosgrupperna rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa och omfattar både dem som redan är sjukskrivna och dem som annars riskerar att bli det. Satsningen gäller hälso- och sjukvårdens behandlingar inom kognitiv beteendeterapi (KBT) för patienter med psykisk ohälsa och multimodal rehabilitering (MMR) för patienter med långvarig diffus smärta.

Karolinska Institutet har på uppdrag av Socialdepartementet gjort en effekt- och processutvärdering av rehabiliteringsgarantin i samtliga landsting under perioden 2009–2010. Uppdraget har redovisats i En nationell

utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa – Slutrapport del 1 respektive En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin – Slutrapport del 2. Resultatet av utvärderingarna visar att personer som genomgått rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin upplever en förbättring av sin fysiska och psykiska hälsa och arbetsförmåga. Denna förbättring yttrar sig dock inte i minskad total sjukfrånvaro under de första tolv månaderna efter insats jämfört med en kontrollgrupp men förbättrades över tid och gav därmed effekter på sjukfrånvaro längre fram i genomförandeprocessen. Rehabiliteringsgarantin gav det andra året efter införandet en minskning av risken att få sjukersättning. Införandet av rehabiliteringsgarantin har vidare medfört ett ökat fokus på och prioritet av utveckling av rehabilitering inom landstingen.

I en av Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) sammanställd underlagsrapport nr 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen framgår av den avslutande diskussionen bl.a. att Försäkringskassan saknar medel att uppnå sina mål med att få de sjukskrivna individerna tillbaka till arbete eftersom Försäkringskassan endast har ett samordningsansvar för rehabilitering. Försäkringskassan har inget annat medel än diskussion att tillgå mot arbetsgivare och Arbetsförmedlingen om dessa aktörer inte tar sitt ansvar. Det är därför nödvändigt att skapa möjligheter via sanktioner eller ekonomiska incitament för att skriva bra och välmotiverade läkarintyg som underlättar Försäkringskassans arbete med att göra en korrekt bedömning om vilka insatser som behöver genomföras. Vidare anges att man också måste skapa starkare incitament för arbetsgivaren för förebyggande arbete och engagemang i att rehabilitera arbetstagare i ett tidigt skede i en sjukskrivning. Detta skulle innebära att via ekonomiska incitament decentralisera hela rehabiliteringsarbetet till de parter som är mest lämpliga att bestämma innebörden av arbetsoförmåga inom nuvarande yrke och på nuvarande arbetsplats.

Av rapporten kan också utläsas att rehabiliteringen på den individuella nivån i mycket handlar om att ta reda på om arbetsgivaren har annat arbete att erbjuda den försäkrade. Handläggaren kan göra en förfrågan hos den försäkrades arbetsgivare utan att gå via den försäkrade. Handläggaren har även möjlighet att begära in arbetsgivarutlåtande från arbetsgivaren via den försäkrade. Utifrån kontakter eller information tar handläggaren ställning till om arbetsgivaren har ett annat jobb att erbjuda, men som ISF rapporter (2011:4, 2011:5) visar gör Försäkringskassans handläggare i 70 procent av fallen sina bedömningar utan att utreda möjligheten till alternativa arbeten hos arbetsgivaren.

Under rubriken Försäkringskassans utredningsansvar anges att handläggarna anser att det fanns mer ”rehabiliteringsjobb” tidigare. Det var t.ex. möjligt att skraddarsy en rehabilitering på ett helt annat sätt, med utbildning, arbetsträning etc. Nu styr rehabiliteringskedjan strikt. Det blir inte

mycket arbetsträning för den som ska tillbaka till sitt gamla jobb, eftersom det saknas medel att köpa utbildning för. Intervjuade handläggare uppger att det enda de i dag kan köpa är utredningar, inte rehabiliteringsinsatser.

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) och Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i rapporten Rehabiliteringsgarantin (2012:26) redovisat resultatet av en studie av bl.a. hur sjukfrånvaro och läkemedelsanvändning påverkas av att patienter deltar i de två aktiviteter som erbjuds inom rehabiliteringsgarantin inom Region Skåne. Undersökningen är gjord på patienter som fått del av rehabiliteringsgarantin under tiden den 1 januari 2010–30 juni 2011. Personer med smärta i rygg, nacke och skuldror fick en kombination av fysisk träning och psykologisk behandling. Deltagare i den kategorin som inte var sjukskrivna när behandlingen började ökade sin sjukfrånvaro med hela 60 procent. Även för dem som var sjukskrivna före behandlingen ökade sjukfrånvaron. Medicinanvändningen minskade inte. Individer med psykisk ohälsa fick KBT. Av dem som inte var sjukskrivna, och som i huvudsak arbetade när behandlingen började, hade 26 procent lägre sjukfrånvaro året efter behandlingen. De konsumerade också mindre läkemedel.

Utskottets beredning

Utskottet har med anledning av initiativförslaget och som ett led i beredningen av ärendet begärt in yttranden över vissa frågeställningar från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vidare har företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting vid utskottets sammanträde den 11 december 2012 lämnat synpunkter på förslaget till utskottsinitiativ. Sveriges Kommuner och Landsting har även inkommit med skriftliga synpunkter på förslaget.

Professor emeritus Åke Nygren och professor Kristina Alexanderson, båda vid Karolinska Institutet, lämnade vid utskottets sammanträde den 22 januari 2013 synpunkter på rehabilitering ur individens perspektiv.

Som en ytterligare beredningsåtgärd har utskottet begärt in yttranden över ett förslag till utskottsinitiativ om rehabilitering tillbaka till arbete (utkast till bet. 2012/13:SfU6) från finansutskottet, socialutskottet och arbetsmarknadsutskottet. Vidare har yttranden över samma förslag begärts in från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting, som beretts tillfälle att avge yttrande över initiativförslaget, har avstått från att avge yttrande.

Försäkringskassan

Försäkringskassan lämnade i sitt yttrande den 10 december 2012 bl.a. följande synpunkter.

Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatser men är inte en rehabiliteringsaktör, dvs. har inte ansvar för att genomföra rehabiliteringsinsatser. Det är hälso- och sjukvården som ansvarar för att

genomföra de medicinska insatserna, kommunen för de sociala, arbetsgivaren för de arbetsplatsinriktade och Arbetsförmedlingen för de arbetsmarknadsinriktade insatserna. Försäkringskassan ska, i samråd med den försäkrade, se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart som möjligt. I Försäkringskassans samordningsuppdrag ingår att aktivt arbeta med att foga samman rehabiliteringsåtgärder så att de länkar i varandra, löper parallellt eller på annat sätt bildar en väl fungerande helhet.

Tillsammans med den försäkrade och andra aktörer utreder Försäkringskassan rehabiliteringsbehovet och tar fram en plan för återgång i arbete. För att utreda mål och behov använder Försäkringskassan bl.a. metoderna SASSAM-kartläggning (strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering) och avstämningmöten. Planen beskriver de insatser som behövs för att den försäkrade ska kunna komma tillbaka i arbete och vem som ansvarar för dem. I Försäkringskassans utredningsmetod ligger tyngdpunkten tydligt på tidiga och aktiva insatser samt myndighetsgemensamt samarbete.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har sedan 2003 ett utvecklat samarbete som rör de försäkrade som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att kunna ta till vara sin arbetsförmåga. Under 2011 och 2012 har samarbetet utvecklats ytterligare för att ge de försäkrade en enklare övergång mellan myndigheterna. Sedan den 1 februari 2012 tillämpas en ny samarbetsmodell, s.k. gemensam kartläggning. Den består av ett eller flera möten där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans träffar individen. Andra viktiga aktörer, såsom arbetsgivare, vårdgivare eller kommun, kallas vid behov. Kartläggningen utgår från de utredningar och den information som redan finns i ärendet och avser individens behov av insatser och förutsättningar för arbete både ur ett medicinskt och ett arbetslivsinriktat perspektiv. Inom ramen för den gemensamma kartläggningen ska individen tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ta fram en individuell plan med alla eventuella insatser som planeras, vem som är ansvarig för vad och hur den ska följas upp. För de försäkrade som inte återgått i arbete och som riskerar att få slut på dagar med sjukpenning ska gemensam kartläggning alltid genomföras senast när den försäkrade har varit sjukskriven i 730 dagar så att eventuella förberedande insatser kan påbörjas innan sjukpenningdagarna tar slut. När det gäller personer som trots det når tidsgränsen i sjukförsäkringen samverkar Försäkringskassan med Arbetsförmedlingen för att säkerställa ett bra gemensamt stöd för återgång till arbetslivet.

Arbetsförmedlingen

I ett yttrande den 7 december 2012 lämnade Arbetsförmedlingen bl.a. följande synpunkter.

Det utvecklade samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som bedrivits under senaste året har fokuserat på förmågan hos myndigheterna att samarbeta genom att följa personen under gemensam kartläggning, planering och aktiva insatser. Personens motivation och upplevelse av delaktighet påverkas av myndigheternas förmåga att samarbeta och är en förutsättning för att personen ska kunna använda de aktiva insatserna i sin rehabilitering. Stödet till den enskilde ges därför oberoende av ersättning/försörjningsform och kan erbjudas tidigare i sjukskrivningsprocessen. Under 2012 har även behovet av samarbete med vårdgivare lyfts fram i syfte att insatser från hälso- och sjukvården av olika slag ska tillgängliggöras parallellt och samordnat med aktiva insatser vid Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen ser vårdgivare som en viktig part i samarbetet.

Gemensam kartläggning syftar till att samordna insatser från de aktörer eller parter som behövs för att ge individen rätt stöd. Genom Försäkringskassans samordningsfunktion kan vårdgivare, om individen har behov av medicinsk rehabilitering, medverka för att tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och den enskilde komma fram till hur rehabiliteringsbehovet kan tillgodoses. Om frågan avser rehabilitering genom aktiva insatser vid Arbetsförmedlingen skrivs personen in i enlighet med Arbetsförmedlingens rutiner. En handlingsplan upprättas och efter en mer detaljerad planering med den enskilde och Försäkringskassan fattar arbetsförmedlare beslut om aktiva insatser i program. Hela Arbetsförmedlingens tjänsteutbud står till förfogande. Personlig handläggare från Försäkringskassan och arbetsförmedlare följer upp de aktiva insatserna i kontakter med den enskilde. Insatser som inte ger önskat resultat avbryts och insatser som gett önskat resultat avslutas enligt uppsatta mål/delmål. Samarbetet kring den enskilde avbryts då personen inte längre är i behov av stöd från båda parterna, då personen trots anpassningar inte kan delta eller då den enskilde själv avböjer ett gemensamt stöd från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Även om det gemensamma stödet till den enskilde avslutas kan personen få fortsatt stöd inom ramen för respektive myndighets uppdrag. Aktiviteter kan erhållas från Arbetsförmedlingen eller olika externa aktörer, och i varje kommun finns en unik sammansättning av aktiviteter att tillgå genom det lokala arbetsförmedlingskontorets resurser i form av arbetsförmedlare och specialister, leverantörer av rehabiliteringstjänster, samordningsförbund, vårdgivarinsatser, kommunala resurser för sysselsättning och arbetsträning samt sociala företag.

Arbetsförmedlingen har lämnat två återrapporter om programmet arbetslivsintroduktion (ALI), i augusti 2010 och i juni 2012. Av rapporterna framgår att majoriteten stannar i programmet under de tre månader programmet kan pågå. Mellan januari 2010 och juni 2012 har 61 849 personer skrivits in i programmet. Tre månader efter programmet har ca 10 procent status i arbete eller utbildning och efter nio månader har andelen

ökat till ca 16 procent. Personerna som deltar i programmet har i snitt varit frånvarande från arbetsmarknaden på grund av ohälsa eller arbetslöshet i 11 av de senaste 21 åren.

Sveriges Kommuner och Landsting

SKL lämnade i sin skrivelse den 9 januari 2013 bl.a. följande synpunkter.

Kommunerna har ett klart och tydligt yttersta ansvar för alla som vistas i kommunen – de ska få det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ska å andra sidan inte innebära någon inskränkning av det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Kostnaderna för det ekonomiska biståndet har ökat marginellt på grund av de förändringar som skett under de senaste åren inom socialförsäkringarna. Det beror till stor del på att kraven för att få ekonomiskt bistånd är höga. Inga tillgångar får finnas i hushållet och finns det sådana ska dessa avyttras. Mindre än 1 procent av kostnaderna för ekonomiskt bistånd utbetalas till personer som har påverkats av förändringarna inom socialförsäkringarna. Dessa kostnader kan dock öka när tillgångarna hos enskilda minskar.

Social rehabilitering är en del av ett sammanhang. Gruppen i behov av insatser från flera myndigheter uppgår enligt beräkningar till ca 250 000 enskilda. Den finansiella samordningen har erfarenhet av ett sådant integrerat arbete och kan vara utgångspunkten för en mer samordnad och individfokuserad samorganisering.

SKL har ställt sig bakom att införa en ny arbetsmarknadsåtgärd, kvalificeringsprogrammet. Därigenom kan den enskilde få flera rehabiliteringsinsatser samtidigt från flera aktörer. Insatsen utgår från den enskildes behov och styrkan är att samordna, vid behov, hälso- och sjukvårdsinsatser, socialt stöd, arbetsmarknadsinsatser m.m.

Det är viktigt att komma ihåg att kommunerna hanterar många enskilda som inte har tillgång till socialförsäkring eller a-kassa. Cirka 40 000 enskilda är av läkare bedömda som sjuka – nedsatt arbetsförmåga – och får långvarigt ekonomiskt bistånd. Försäkringskassan bör ta ett tydligare samordningsansvar för denna grupp trots att de enskilda inte har någon aktuell sjukpenninggrundande inkomst.

Landstingen ska erbjuda dem som är bosatta inom landstingen habilitering och rehabilitering. Det är dock svårt att dra en tydlig gräns för när behandling övergår till rehabilitering. Då olika sjukdomar har olika behandlingar och olika rehabiliteringsinsatser finns det inte någon samlad beskrivning över omfattningen av de rehabiliteringsinsatser som sker i hälso- och sjukvården.

Samverkan mellan olika professioner utvecklas på enheterna inom landstingen, bl.a. har rehabiliteringskoordinatorer tillsatts i majoriteten av länen och finns i första hand på vårdcentraler och inom psykiatri men även inom andra specialistenheter. Rehabiliteringskoordinatorns roll och funktion varierar men syftet är att på olika sätt bidra till att patienten får ett

snabbt och bra omhändertagande för att stödjas att återgå i arbete. Vidare kan koordinatören ha kännedom om vilka sjukskrivningsfall som finns på enheten och vid behov ta kontakt med Försäkringskassan för att få tillstånd avstämningsmöten med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, den försäkrade och läkare.

Professor Kristina Alexanderson, Karolinska Institutet

Kristina Alexanderson framhöll dels att en tydlig policy på arbetsplatsen för sjukskrivna måste finnas men att en sådan i många fall saknas, dels att bemötandet är lika viktigt för återgång i arbete som rehabiliteringen. Den mångfald av åtgärder, t.ex. sjukskrivningsmiljarden, det försäkringsmedicinska beslutsstödet, införandet av rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsgarantin, som vidtagits de senaste tio åren måste utvärderas. I dag finns det mycket lite kunskap om effekterna av de olika åtgärderna. När det gäller utvärdering av rehabiliteringskedjan är det viktigt att i hålla isär de som redan var inne i systemet när reformen infördes och de som kom in i systemet senare. Enligt Kristina Alexanderson saknas uppgifter som visar hur många personer som fått rehabilitering. Däremot finns regler som säkerställer att den enskilde får rehabilitering i bl.a. arbetsmiljölagen och hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar framhöll hon att mycket görs på arbetsplatserna men att åtgärderna inte alltid kallas rehabilitering. Om det är fler huvudmän som är involverade i ett ärende är det viktigt med parallella processer, att befogenheter, skyldigheter och ansvar tydliggörs samt att det finns kompetens när det gäller att samverka, vilket dessvärre både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen saknar. En s.k. case manager skulle kunna fylla en viktig funktion för att stödja och samordna insatserna för individen. När det gäller forskning om effekterna av rehabilitering finns endast små studier och det är inte mycket man vet om effekterna.

Professor emeritus Åke Nygren, Karolinska Institutet

Enligt Åke Nygren är de största problemen när det gäller rehabilitering arbetsplatsen respektive samverkan mellan myndigheterna. Arbetsgivarna vet visserligen vad som bör göras men inte vem som ska stå för kostnaden. De små arbetsgivarna anser sig inte ha råd att vidta behövliga åtgärder. Även inom kommuner och landsting fungerar rehabiliteringsverksamheten dåligt. Företagshälsovården är viktig, i den mån den finns. Det som fungerar och som leder till färre antal sjukdagar är arbetslivsinriktad rehabilitering liksom byte av yrke. Åke Nygren hänvisade till Rehabiliteringsrådets förslag om att arbetsplatsen bör involveras i rehabiliteringsarbetet oavsett orsaken till sjuklighet och att ett s.k. rehabiliteringsregister borde införas för att underlätta bl.a. utvärdering av insatserna. Åke Nygren presenterade nedanstående uppgifter beträffande arbetsgivares åtgärder.

Antal dagar till åtgärd och andel ärenden med insatsen

	Dagar till åtgärd ^{*)}	Fått åtgärden
Arbetsträning	125– 160 –216	6 %
Anpassning	56– 96 –144	15 %
Omplacering	75– 155 –243	3 %
Annat	85– 120 –216	2 %

^{*)} Median och kvartilavstånd. Källa: Försäkringskassan.

Finansutskottet

Finansutskottet, som avgränsat sitt yttrande till ärendets budgetmässiga och i viss mån samhällsekonomiska aspekter, anförde i ett yttrande den 21 februari 2013 (2012/13:FiU10y) bl.a. följande.

Den nya budgetprocessen, med bl.a. användningen av rambeslutsmodellen i riksdagen, har varit en starkt bidragande faktor till den goda utvecklingen av de offentliga finanserna sedan mitten av 1990-talet. Utskottet vill därför betona vikten av att varje ny utgift för staten alltid föregås av en grundlig beredning av regeringen. Rambeslutsmodellen innehåller ett tydligt medelfristigt perspektiv samt en ordning där utgifter ställs mot varandra och prövas utifrån ett på förhand fastställt ekonomiskt utrymme som ges av utgiftstaket och överskottsmålet.

En grundbult i budgetprocessen är vidare att det finns väl genomarbetade beslutsunderlag som ger möjlighet att bedöma konsekvenserna av olika reformer. De underlag som utskottet har tagit del av är inte tillräckliga för att någon bedömning ska kunna göras av ändringarnas statsfinansiella effekter. Också Socialdepartementet bedömer att en statsfinansiell konsekvensbedömning inte är möjlig att genomföra utifrån nuvarande underlag. Skulle riksdagen besluta om ett tillkännagivande om ändrade regler för sjukförsäkringen i enlighet med det aktuella förslaget är det därför viktigt att regeringen låter göra ytterligare kostnadsberäkningar av ändringarna, inklusive de indirekta effekterna av dessa, samt att berörda myndigheter och organisationer ges tillfälle att lämna synpunkter i sedvanlig ordning. Förändringar i regelverken bör också utformas på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt. Detta innefattar inte minst att ta hänsyn till vilka effekter ändrade regler kan väntas få på sysselsättning och arbetade timmar.

Utskottet vill slutligen påminna om att en parlamentarisk utredning nyligen tillsatts för att göra en översyn av budgetprocessen (dir. 2012:124). Syftet med uppdraget är bl.a. att överväga hur dagens strikta praxis för budgetbehandling bör regleras i syfte att även fortsättningsvis hävda och tydliggöra nu gällande ordning. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2013.

Socialutskottet

Av ett yttrande den 19 februari 2013 (2012/13:SoU4y) framgår att socialutskottet delar socialförsäkringsutskottets bedömning och således ställer sig bakom och tillstyrker socialförsäkringsutskottets förslag till initiativ.

Arbetsmarknadsutskottet

Arbetsmarknadsutskottet anförde i ett yttrande den 21 februari 2013 (2012/13:AU5y) bl.a. följande.

Utskottet anser att frågan om förutsättningarna för sjukskrivna arbetstgares rehabilitering och återgång till arbete är av stor betydelse, inte bara för den enskilde och för arbetsplatsen, utan mer allmänt också för en väl fungerande arbetsmarknad och samhället i stort. Det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen är centralt.

Utskottet anser att det förebyggande arbetsmiljöarbetet måste utvecklas och att en förutsättning för att få fler tillbaka till arbete är en aktiv medverkan från arbetsgivarna. Vidare behöver arbetsgivarens ansvar för bl.a. rehabiliteringsinsatser som underlättar för den sjukskrivne att återvända till sin ordinarie arbetsplats stärkas.

Även en utvecklad företagshälsovård skulle enligt utskottet kunna bidra till att mer reell rehabilitering kommer till stånd och att arbetslinjen i sjukförsäkringen stärks. När det gäller tillgången till företagshälsovård noterar utskottet att den varierar stort mellan branscher och mellan företag av olika storlek.

Utskottet vill samtidigt understryka att även Försäkringskassan, trots de inskränkningar som rehabiliteringskedjan inneburit, måste ta ett tydligare ansvar för samarbetet med framför allt arbetsgivarna. Vid den s.k. 90-dagarsprövningen i rehabiliteringskedjan ska Försäkringskassans handläggare bedöma den sjukskrivnes arbetsförmåga mot annat arbete hos arbetsgivaren. Av en rapport från ISF (2011:5 s. 32–33) framgår emellertid att Försäkringskassans handläggare i mellan 60 och 74 procent av fallen inte utrett eller beskrivit annat arbete hos arbetsgivaren. Vad det gäller arbetsgivarkontakter är det mellan 38 och 50 procent där man inte tagit sådana kontakter över huvud taget och här finns uppenbara brister (ISF 2011:5 s. 33–34). Utskottet kan inte annat än instämma i ISF:s slutsatser i detta avseende. En framgångsrik rehabilitering med målet att den sjukskrivne ska kunna återgå till sin ordinarie arbetsplats kräver ett nära informationsutbyte och samarbete mellan flera parter, inte minst mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Försäkringskassan

Försäkringskassan avstyrker i sitt yttrande den 20 februari 2013 ett initiativ med den valda inriktningen. Försäkringskassan, som hänvisar till att besvärande brister fanns i det lagstiftningsärende som ledde fram till att rehabiliteringskedjan infördes den 1 juli 2008, anförde bl.a. följande.

Det känns utomordentligt viktigt att dra lärdom av tidigare erfarenheter och undvika att enskilda hamnar i svåra situationer eller att felaktiga förhoppningar om statens ansvar vid rehabilitering väcks. Det är därför Försäkringskassans bestämda uppfattning att utskottsinitiativet som det nu står riskerar att bli kontraproduktivt om åsyftade effekter är att åstadkomma ytterligare rehabiliteringsinsatser. Snarare kommer den väg som nu föreslås att leda till oklarheter och felaktiga förväntningar. De förslag som utskottet lägger fram avhjälper inte heller de underliggande problem som bidrar till de svårigheter vi ser när det gäller individens möjlighet att rehabiliteras tillbaka till arbete. Arbetsmarknaden i dag ställer i större utsträckning än tidigare krav på att varje individ ska vara högpresterande, vilket medför att i synnerhet den som varit i sjukförsäkringen en längre tid kan ha svårt att komma tillbaka till arbetslivet. Vidare talar mycket för att vården i dag inte har den förmåga som krävs för att tillgodose det behov som finns av medicinsk rehabilitering inom rimlig tid. Detta är faktorer som Försäkringskassan inte har möjlighet att påverka.

Det är Försäkringskassans uppfattning att frågan är så komplicerad och sammansatt att den kräver en omfattande utredning där olika aspekter kan tydliggöras. Det sker bäst i den pågående socialförsäkringsutredningen eller i en särskild utredning och att förslag från dessa utredningar, efter sedvanlig remissbehandling, kan träda i kraft på ett sätt som gör det praktiskt möjligt att hantera de nya reglerna på ett ansvarsfyllt sätt, både vad gäller intern kompetensutveckling och relevant it-stöd. Datumet den 1 januari 2014 är realistiskt.

Försäkringskassan ska enligt socialförsäkringsbalken samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassans samordning sker i dialog med den försäkrade och de rehabiliteringsansvariga aktörerna. Försäkringskassan saknar dock befogenheter och strukturer för att säkerställa att rehabiliteringsansvariga aktörer vidtagit de åtgärder som rimligen kan förväntas i det enskilda fallet. Det fall där Försäkringskassan har mest långtgående möjligheter är i förhållande till den försäkrades arbetsgivare, där bristande ansvar ska anmälas till Arbetsmiljöverket. Försäkringskassan saknar dock befogenhet att exempelvis överpröva arbetsgivarens bedömning.

Försäkringskassan vill hävda att utskottets förslag skulle innebära ett nytt uppdrag som skulle kräva att Försäkringskassan ges andra förutsättningar än i nuläget. Exempelvis i form av sanktionsmöjligheter då vi bedömer att den försäkrade inte fått tillräckliga rehabiliteringsåtgärder. Vidare skulle uppdraget kräva att Försäkringskassan behöver den kompetens som i dag snarast finns inom hälso- och sjukvården.

Enligt förslaget ska rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete säkerställas i god tid för dem som når den borte gränsen för sjukpenning. Vad som menas med återgång i arbete bör definieras. Den som är arbetslös bör rimligen rehabiliteras till att klara ett normalt förekommande arbete. Ska

den som har en anställning rehabiliteras tillbaka till detta arbete, eller till ett normalt förekommande arbete? Ska den som omplacerats av arbetsgivaren rehabiliteras tillbaka till sitt tidigare arbete?

Försäkringskassan ser även problem med förslaget så som det är formulerat i utkastet såtillvida att det kräver en tydlig definition av vad som utgör tillräckliga åtgärder. Och vem är det som ska bedöma när tillräckliga åtgärder har vidtagits? Som Försäkringskassan tidigare framhållit är det hälso- och sjukvården som ansvarar för att genomföra de medicinska insatserna, kommunen för de sociala, arbetsgivaren för de arbetsplatsinriktade och Arbetsförmedlingen för de arbetsmarknadsinriktade.

För att förslaget inte ska resultera i att den försäkrade drabbas av långa, passiva sjukperioder måste det även tillses att alla aktörer ges medel och resurser för att garantera att insatserna kan komma i gång i god tid innan den försäkrade nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning.

Utskottet beskriver hur ansvaret för alla de rehabiliterande insatser som den försäkrade kan vara i behov av är spritt på många aktörer tillsammans med Försäkringskassans samordningsansvar. Utskottet konstaterar samtidigt att det saknas kunskap om vilken effekt åtgärderna har. Mot bakgrund av det är det svårt att se hur Försäkringskassan ska kunna avgöra om tillräckliga åtgärder vidtagits eller uttrycka sig konkret om vilken relevant åtgärd som någon av de andra aktörerna underlåtit att göra.

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen anförde i ett yttrande den 18 februari 2013 bl.a. följande.

Arbetsförmedlingen delar utskottets uppfattning att begreppet rehabilitering kan vara svårt att definiera. Likvärdiga rehabiliterande aktiviteter kan – beroende på syfte och tidpunkt – i ett enskilt fall vara både arbetslivsinriktade och/eller medicinska. Det är mot bakgrund av detta svårt att förutse konsekvenserna av utskottets konkreta förslag om att rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete ska säkerställas i god tid innan den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen nåtts.

Arbetsförmedlingen anser att Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens samarbete ligger väl i linje med betänkandets inriktning om tidiga rehabiliteringsinsatser. Den nya samarbetsmodellen med s.k. gemensam kartläggning som införts under 2012 innebär att en person tidigt i sjukskrivningsprocessen kan få tillgång till aktiva insatser på Arbetsförmedlingen, men även parallellt insatser från vårdgivare vid behov. Samarbetet fokuserar på individens behov och förutsättningar i syfte att öka individens upplevelse av delaktighet och motivation i de olika aktiviteter som erbjuds. Arbetsförmedlingens uppfattning är att den samarbetsmodell som nu införts innebär att om en person har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering under sjukskrivningsprocessen kan detta tillgodoses. Det finns dock behov av att aktualisering till gemensam kartläggning sker tidigare i enskilda sjukfall än i dag.

Socialstyrelsen

I ett yttrande den 13 februari 2013 anförde Socialstyrelsen bl.a. följande.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att säkerställa att människor som behöver rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete får det i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning.

Rehabiliteringen av personer där sjukvården och Försäkringskassan har motstridiga uppfattningar om individens arbetsförmåga har sannolikt sämre förutsättningar att lyckas. Det har också visat sig att i många fall där läkares bedömning av individens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning inte godtas av Försäkringskassan blir individen inte rehabiliterad, utan återkommer till sjukförsäkringen. Medicinsk behandling och rehabilitering är ofta tidskrävande, och ibland finns en konflikt med rehabiliteringskedjans fasta gränser för sjukpenning. Deltidssjukskrivning bör också utnyttjas i högre grad, och man bör se positivt på detta från Försäkringskassans håll. Många läkare berättar dock om erfarenheter av att deltidssjukskrivning ofta inte godtas av Försäkringskassan. Många individer med nedsatt arbetsförmåga står i dag utanför sjukförsäkringen och a-kassan och är beroende av ekonomiskt bistånd. Försäkringskassan har ett samordningsansvar även för denna grupp.

Socialstyrelsen vill understryka vikten av att alla berörda myndigheter och organisationer är delaktiga i utformningen av en eventuell ny ordning och att hänsyn tas till alla de pågående projekt som rör t.ex. stärkt samverkan mellan aktörerna, kompetensutveckling etc.

Utskottets ställningstagande

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition bör avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Jämför reservation (M, FP, C, KD).

Syftet med rehabilitering är att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och därmed förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart som möjligt. Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatserna. Däremot är det andra aktörer som är ansvariga för själva insatserna. Hälso- och sjukvården har att bedöma beho-

vet av och ansvara för genomförandet av de medicinska rehabiliteringsinsatserna, kommunen för de sociala och Arbetsförmedlingen för de arbetslivsinriktade insatserna. Vidare har arbetsgivare att inom ramen för sin verksamhet att svara för arbetsplatsinriktade insatser.

Rehabilitering av personer med ersättning från sjukförsäkringen har länge kritiserats bl.a. för att alldeles för många har upplevt att de har hamnat mellan stolarna och att de inte har fått det stöd de förväntat sig samt att uppdragen till de inblandade aktörerna har varit både otydliga och ologiska. Åtskilliga utredningar har haft i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vissa ändringar har också gjorts i lagstiftningen för att komma till rätta med problemen. Bland annat infördes fr.o.m. den 1 juli 2003 ett krav på arbetsgivare att genomföra obligatoriska rehabiliteringsutredningar. Denna skyldighet upphävdes den 1 juli 2007 på grund av framför allt de mindre företagens svårigheter att hantera långtidssjukskrivna. Arbetsgivare är numera i princip endast skyldiga att lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas.

De nya reglerna i sjukförsäkringen med fasta tidsgränser som infördes den 1 juli 2008 har resulterat i att 30 252 personer uppnått maximalt antal dagar med sjukpenning från årsskiftet 2009/10 t.o.m. juli 2012 och att 46 685 personer under samma period uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning. Huruvida dessa personer fått rehabiliteringsinsatser innan de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen eller, om så skett, när i sjukperioden insatser vidtagits och i vilken omfattning kan Försäkringskassan inte redovisa. Försäkringskassan bedömer i sitt yttrande till utskottet den 10 december 2012 att för mellan 10 000 och 15 000 personer finns behov av arbetsförberedande och arbetslivsinriktade insatser, dvs. i ca 14–21 procent av de sjukfall som passerar 180 dagar. Därtill kommer de personer som har behov av rehabilitering på arbetsplatsen. Försäkringskassan kan dock inte bedöma hur stort detta behov är.

I det sammanhanget vill utskottet betona vikten av att, som arbetsmarknadsutskottet anför, mer behöver göras för att stärka arbetsgivarnas roll i rehabiliteringsarbetet och att öka företagshälsovårdens betydelse.

Utskottet kan konstatera att sedan rehabiliteringskedjan infördes är det än viktigare för individen att få rehabilitering för återgång i arbete och att få insatserna på ett tidigt stadium i sjukskrivningsprocessen. Det tycks emellertid råda oklarhet om vad som menas med rehabilitering och vilka effekter en åtgärd eller insats har. Som framgår av ISF:s underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen kan det vara svårt eller omöjligt att skilja mellan medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett exempel är fysisk träning i grupp som leds av en sjukgymnast. Om det är medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering beror mycket på deltagarna och deras individuella mål. Avslutningsvis anger ISF bl.a. följande. Om det inte är lätt att definiera vad som utgör en arbetslivsinriktad rehabilitering blir det inte heller lätt att ge en samstäm-

mig bild om effekter av densamma. Dessutom finns det ett mycket begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansinsatser leder till minskad sjukfrånvaro.

Mot bakgrund av vad som nu anförts gör utskottet följande bedömning. För att socialförsäkringarna ska fungera väl krävs att människor kan lita på och ha förtroende för dem. Sjukförsäkringen uppvisar emellertid stora brister, både när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete och när det gäller den ekonomiska tryggheten för människor som drabbas av sjukdom. Detta är inte tillfredsställande vare sig från rättssäkerhetssynpunkt eller vad gäller tilltron till systemet.

För två år sedan uppnådde de första personerna till följd av de ändrade sjukförsäkringsreglerna den bortre tidsgränsen för sjukpenning och flera av dem kommer nu att uppnå denna gräns för andra gången. Konsekvenserna för de enskilda som lämnat sjukförsäkringen syns tydligt. Ytterst få har kommit i arbete och alltför många som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen har i dag inte någon ersättning alls, från vare sig arbete, arbetslöshetsförsäkringen eller i form av aktivitetsstöd. Vidare väntar många på besked om de ska få komma tillbaka till sjukförsäkringen eller inte.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har kommit i gång med sitt arbete men ska, efter att ha fått förlängd tid, inte lägga fram sina förslag förrän i januari 2015. Utredningens uppdrag är att finna långsiktiga och konstruktiva lösningar för sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna.

Utskottet delar uppfattningen att rehabilitering är en komplex fråga och att den därför lämpar sig för en utredning av det slag som den parlamentariska socialförsäkringsutredningen representerar. Emellertid är det enligt utskottets mening nödvändigt att snabbt finna en lösning som säkerställer att människor får de rehabiliteringsinsatser som respektive rehabiliteringsaktör bedömer som nödvändiga för att den enskilde ska kunna återfå arbetsförmåga. Trots vissa betänkligheter vad gäller såväl definitionen av begreppet rehabilitering som effekterna av vidtagna insatser eller åtgärder, anser utskottet att så länge den bortre gränsen för sjukpenning finns kvar bör alla som bedömts ha behov av rehabilitering för återgång i arbete få det innan denna bortre gräns nås.

Försäkringskassan har som påpekats inte något ansvar för att genomföra rehabiliteringsåtgärder. Som framgår ovan föreskriver socialförsäkringsbalken att Försäkringskassan dock har skyldighet att under vissa förutsättningar upprätta en rehabiliteringsplan i samråd med den försäkrade. Utskottet anser att det är viktigt att Försäkringskassan fortlöpande tillser att planen följs och vid behov ändras. Utskottet konstaterar att det i balken även slås fast att Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabilitering och att detta ansvar innebär att myndigheten ska verka för att andra aktörer inom sina respektive verksamhetsområden vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Utskottet vill poängtera att det är viktigt att Försäkringskassan, på det sätt som föreskrivs i socialförsäkringsbalken, faktiskt tar ansvar för att följa upp att behövliga

åtgärder vidtas. Om Försäkringskassan konstaterar att de rehabiliteringsåtgärder som den enskilde bedömts vara i behov av inte har vidtagits anser utskottet att den försäkrade inte ska hänvisas till deltagande i ALI hos Arbetsförmedlingen innan åtgärderna genomförts. En bestämmelse med detta innehåll skulle kunna införas i socialförsäkringsbalken eller säkerställas i annan ordning.

Mot bakgrund av vad som nu anförts bör regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Reservation

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande motivreservation.

Rehabilitering tillbaka till arbete – motiveringen (M, FP, C, KD)

av Gunnar Axén (M), Mikael Cederbratt (M), Lars-Arne Staxäng (M), Finn Bengtsson (M), Hans Backman (FP), Solveig Zander (C), Gunilla Nordgren (M) och Emma Henriksson (KD).

Ställningstagande

Syftet med rehabilitering är att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och därmed förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart som möjligt. Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatserna. Däremot är det andra aktörer som är ansvariga för själva insatserna. Hälso- och sjukvården har att bedöma behovet av och ansvara för genomförandet av de medicinska rehabiliteringsinsatserna, kommunen för de sociala och Arbetsförmedlingen för de arbetslivsinriktade insatserna. Vidare har arbetsgivare att inom ramen för sin verksamhet att svara för arbetsplatsinriktade insatser.

Rehabilitering av personer med ersättning från sjukförsäkringen har länge kritiserats bl.a. för att alldeles för många har upplevt att de har hamnat mellan stolarna och att de inte har fått det stöd de förväntat sig samt att uppdragen till de inblandade aktörerna har varit både otydliga och ologiska. Åtskilliga utredningar har haft i uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vissa ändringar har också gjorts i lagstiftningen för att komma till rätta med problemen. Bland annat infördes fr.o.m. den 1 juli 2003 ett krav på arbetsgivare att genomföra obligatoriska rehabiliteringsutredningar. Denna skyldighet upphävdes den 1 juli 2007 på grund av framför allt de mindre företagens svårigheter att hantera långtidssjuk-skrivna. Arbetsgivare är numera i princip endast skyldiga att lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas.

De nya reglerna i sjukförsäkringen med fasta tidsgränser som infördes den 1 juli 2008 har resulterat i att 30 252 personer uppnått maximalt antal dagar med sjukpenning från årsskiftet 2009/10 t.o.m. juli 2012 och att 46 685 personer under samma period uppnått maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning. Huruvida dessa personer fått rehabiliteringsinsatser innan de uppnått maximal tid i sjukförsäkringen eller, om så skett, när i sjukperioden insatser vidtagits och i vilken omfattning kan Försäkringskassan inte redovisa. Försäkringskassan bedömer i sitt yttrande till utskottet

den 10 december 2012 att för mellan 10 000 och 15 000 personer finns behov av arbetsförberedande och arbetslivsinriktade insatser, dvs. i ca 14–21 procent av de sjukfall som passerar 180 dagar. Därtill kommer de personer som har behov av rehabilitering på arbetsplatsen. Försäkringskassan kan dock inte bedöma hur stort detta behov är.

I det sammanhanget vill utskottet betona vikten av att, som arbetsmarknadsutskottet anför, mer behöver göras för att stärka arbetsgivarnas roll i rehabiliteringsarbetet och att öka företagshälsovårdens betydelse.

Utskottet kan konstatera att sedan rehabiliteringskedjan infördes är det än viktigare för individen att få rehabilitering för återgång i arbete och att få insatserna på ett tidigt stadium i sjukskrivningsprocessen. Det tycks emellertid råda oklarhet om vad som menas med rehabilitering och vilka effekter en åtgärd eller insats har. Som framgår av ISF:s underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen kan det vara svårt eller omöjligt att skilja mellan medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett exempel är fysisk träning i grupp som leds av en sjukgymnast. Om det är medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering beror mycket på deltagarna och deras individuella mål. Avslutningsvis anger ISF bl.a. följande. Om det inte är lätt att definiera vad som utgör en arbetslivsinriktad rehabilitering blir det inte heller lätt att ge en samstämmig bild om effekter av densamma. Dessutom finns det ett mycket begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering och samverkansinsatser leder till minskad sjukfrånvaro.

Mot bakgrund av vad som nu anförts gör utskottet följande bedömning. För att socialförsäkringarna ska fungera väl krävs att människor kan lita på och ha förtroende för dem. För detta krävs att man kan vara förvissad om att erhålla den rehabilitering och stöd i övrigt som krävs för en återgång i arbete samt att systemet fungerar på ett rättssäkert sätt.

För två år sedan uppnådde de första personerna till följd av de ändrade sjukförsäkringsreglerna den bortre tidsgränsen för sjukpenning och flera av dem kommer nu att uppnå denna gräns för andra gången. Det är nu av stor vikt att fortsatt följa hur dessa personer erhåller såväl rehabiliteringsinsatser och stöd i övrigt för att kunna återgå i arbete samt vilken ekonomisk ersättning de beviljas under tiden.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har kommit i gång med sitt arbete men ska, efter att ha fått förlängd tid, inte lägga fram sina förslag förrän i januari 2015. Utredningens uppdrag är att finna långsiktiga och konstruktiva lösningar för sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna.

Utskottet delar uppfattningen att rehabilitering är en komplex fråga och att den därför lämpar sig för en utredning av det slag som den parlamentariska socialförsäkringsutredningen representerar. Emellertid är det enligt utskottets mening nödvändigt att snabbt finna en lösning som säkerställer att människor får de rehabiliteringsinsatser som respektive rehabiliteringsaktör bedömer som nödvändiga för att den enskilde ska kunna återfå arbetsförmåga. Trots vissa betänkligheter vad gäller såväl definitionen av

begreppet rehabilitering som effekterna av vidtagna insatser eller åtgärder, anser utskottet att så länge den bortre gränsen för sjukpenning finns kvar bör alla som bedömts ha behov av rehabilitering för återgång i arbete få det innan denna bortre gräns nås.

Försäkringskassan har som påpekats inte något ansvar för att genomföra rehabiliteringsåtgärder. Som framgår ovan föreskriver socialförsäkringsbalken att Försäkringskassan dock har skyldighet att under vissa förutsättningar upprätta en rehabiliteringsplan i samråd med den försäkrade. Utskottet anser att det är viktigt att Försäkringskassan fortlöpande tillser att planen följs och vid behov ändras. Utskottet konstaterar att det i balken även slås fast att Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabilitering och att detta ansvar innebär att myndigheten ska verka för att andra aktörer inom sina respektive verksamhetsområden vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Utskottet vill poängtera att det är viktigt att Försäkringskassan, på det sätt som föreskrivs i socialförsäkringsbalken, faktiskt tar ansvar för att följa upp att behövliga åtgärder vidtas. Om Försäkringskassan konstaterar att de rehabiliteringsåtgärder som den enskilde bedömts vara i behov av inte har vidtagits anser utskottet att den försäkrade inte ska hänvisas till deltagande i ALI hos Arbetsförmedlingen innan åtgärderna genomförts. En bestämmelse med detta innehåll skulle kunna införas i socialförsäkringsbalken eller säkerställas i annan ordning.

Mot bakgrund av vad som nu anförts bör regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition avisera att man avser att återkomma till riksdagen i budgetpropositionen för 2014 med förslag om en ordning som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för sjukpenning. Förändringarna bör träda i kraft senast den 1 januari 2014. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

BILAGA 1

Finansutskottets yttrande 2012/13:FiU10y

Rehabilitering tillbaka till arbete

Till socialförsäkringsutskottet

Socialförsäkringsutskottet beslutade den 31 januari 2013 att bereda finansutskottet tillfälle att yttra sig över ett förslag till utskottsinitiativ rörande rehabilitering tillbaka till arbete. Förslaget till utskottsinitiativ lyder:

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen ska återkomma till riksdagen dels i 2013 års ekonomiska vårproposition med ett förslag till hur en ordning skulle kunna utformas som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för ersättning i form av sjukpenning, dels i budgetpropositionen för 2014 med konkreta förslag som kan träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Finansutskottet har avgränsat sitt yttrande till ärendets budgetmässiga och i viss mån samhällsekonomiska aspekter. Utskottet framhåller den breda parlamentariska förankring som sedan mitten av 1990-talet finns kring behovet av sunda offentliga finanser och hur det finanspolitiska ramverket ska användas för att uppnå detta. Utskottet betonar också vikten av att varje ny utgift för staten alltid föregås av en grundlig beredning av regeringen.

Utskottets överväganden

Bakgrund

Socialförsäkringsutskottets beredning

Socialförsäkringsutskottet har med anledning av initiativförslaget och som ett led i beredningen av ärendet begärt in yttranden över vissa frågeställningar från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vidare har företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting vid socialförsäkringsutskottets sammanträde den 11 december 2012 lämnat synpunkter på förslaget till utskottsinitiativ. Sveriges Kommuner och Landsting har även lämnat skriftliga synpunkter på förslaget. Professor emeritus Åke Nygren och professor Kristina Alexanderson, båda vid Karolinska Institutet, lämnade vid socialförsäkringsutskottets sammanträde den 22 januari 2013 synpunkter på rehabilitering ur individens perspektiv. Här framkom bl.a. att när det gäller forskning om effekterna av rehabilitering finns endast små studier och det är inte mycket man vet om effekterna.

Socialförsäkringsutskottet bedömer i förslaget till utskottsinitiativ att sjukförsäkringen uppvisar stora brister, både när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete och när det gäller den ekonomiska tryggheten för människor som drabbas av sjukdom. Detta är inte tillfredsställande vare sig från rättssäkerhetssynpunkt eller vad gäller tilltron till systemet. Trots vissa betänkligheter vad gäller såväl definitionen av begreppet rehabilitering som effekterna av vidtagna insatser eller åtgärder anser socialförsäkringsutskottet att så länge den borte gränsen i sjukförsäkringen finns kvar bör alla som behöver det få rehabilitering för återgång i arbete innan denna borte gräns nås. Socialförsäkringsutskottet framhåller att Försäkringskassan utöver samordningsansvar även bör ha ansvar för att följa upp att tillräckliga åtgärder vidtas innan den försäkrade hänvisas till deltagande i ALI hos Arbetsförmedlingen. Om Försäkringskassan konstaterar att tillräckliga rehabiliteringsåtgärder inte har vidtagits i det enskilda fallet ska åtgärderna genomföras innan den försäkrade hänvisas till ALI. En bestämmelse med detta innehåll bör lämpligen införas i socialförsäkringsbalken. Mot bakgrund av vad som nu anförts bör regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition återkomma till riksdagen med ett förslag till hur en ordning skulle kunna utformas som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den borte tidsgränsen för ersättning i form av sjukpenning. Regeringen bör därefter i budgetpropositionen för 2014 återkomma till riksdagen med konkreta förslag som kan träda i kraft senast den 1 januari 2014. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Gällande ordning

Enligt den s.k. rehabiliteringskedjan gäller att Försäkringskassan vid bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska beakta om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller ett annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Från och med dag 91 i sjukperioden ska det även beaktas om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till ett annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 ska det dessutom, om det inte finns särskilda skäl som talar mot det eller det i annat fall kan anses oskäligt, beaktas om den försäkrade har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller genom ett annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Samtidigt med rehabiliteringskedjan infördes en borte gräns för hur länge sjukpenning kan betalas ut. Sjukpenning på normalnivån (80 procent av sjukpenninggrundande inkomst, SGI) betalas ut under 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar. Om den försäkrade har en allvarlig sjukdom lämnas sjukpenning på normalnivån för mer än 364 dagar under ramtiden. Efter 364 dagar på normalnivån kan en försäkrad få sjukpenning på fortsättningsnivån (75 procent av SGI) i högst 550 dagar. Sjukpenning på fortsättningsnivån kan därutöver lämnas för ytterligare dagar bl.a. om sjukperioden beror på en godkänd arbetsskada.

För att öka möjligheterna till arbete för personer som har fått maximalt antal ersättningsdagar i sjukförsäkringen infördes den 1 januari 2010 det arbetsmarknadspolitiska programmet ALI. Målet är att den som har deltagit i programmet ska ha fått sitt behov av stöd för återgång till arbete utrett. ALI kan som längst pågå under tre månader.

I 30 och 31 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) finns bestämmelser om rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna samhällets resurser för rehabilitering tillbaka till arbete. Försäkringskassan har även att betala ut rehabiliteringsersättning till den som är i behov av en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan lämnas. Försäkringskassan har däremot inte ansvar för att genomföra rehabiliteringsåtgärderna. I den mån den enskilde behöver medicinsk rehabilitering (t.ex. sjukgymnastik, funktionsprovning eller arbetsterapi) är det hälso- och sjukvården som bedömer behovet av och har att genomföra lämplig åtgärd. På motsvarande sätt har Arbetsförmedlingen ansvar för den arbetsmarknadsinriktade rehabiliteringen (t.ex. vägledning, utbildning eller arbetsförberedande åtgärder) och kommunen för den sociala rehabiliteringen (t.ex. missbruksvård).

Enligt Försäkringskassans regleringsbrev för budgetåret 2013 ska Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i samarbete vidareutveckla metoder och arbetssätt i de sjukfall där insatser bedöms nödvändiga för att stödja

den enskildes återgång i arbete. Samarbetet ska vidare bidra till att klargöra ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. För 2012 och 2013 avsat- tes 738 miljoner kronor respektive år till detta samarbete.

Den 1 januari 2004 infördes lagen (2003:1210) om finansiell samord- ning av rehabiliteringsinsatser. Finansiell samordning kan ske frivilligt mellan Försäkringskassan, ett eller flera landsting, Arbetsförmedlingen och en eller flera kommuner. Därigenom ska en effektiv resursanvändning underlättas. I maj 2012 var 83 samordningsförbund i drift, vilket omfattar 220 av landets 290 kommuner.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för 2012 och 2013 undertecknat överenskommelse om en medicinsk rehabiliterings- garanti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar totalt 1 mil- jard kronor respektive år.

Kompletterande underlag från Socialdepartementet

Finansutskottet har under beredningen begärt in information från Socialde- partementet. Även om en mer ingående beräkning är möjlig först när förslaget konkretiserats, önskade finansutskottet få en översiktlig statsfinan- siell konsekvensanalys av förslaget till utskottsinitiativ. Därutöver ville finansutskottet ha en sammanställning av vilka insatser på rehabiliterings- området som gjorts under senare år, samt vilka effekter dessa insatser bedöms ha fått när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete. En prome- moria med svar på finansutskottets frågor inkom till finansutskottet den 18 februari 2013.

Enligt Socialdepartementet är en statsfinansiell konsekvensanalys inte möjlig att genomföra. Socialdepartementet menar att det underlag från socialförsäkringsutskottet som Socialdepartementet tagit del av är alltför vagt formulerat för att det ska gå att analysera eventuella kostnader. I pro- memorian från Socialdepartementet finns emellertid en sammanställning över vilka insatser som vidtagits på rehabiliteringsområdet under senare år och omfattningen av dessa, samt insatser i den mån det finns, en bedöm- ning av insatsernas effekter. Rehabiliteringsåtgärderna framgår av tabell 1. Den totala omfattningen av statens befintliga rehabiliteringsåtgärder är ca 3,4 miljarder kronor 2013.

Tabell 1 Rehabiliteringsåtgärder 2013

Åtgärd	Införande år	Omfattning 2013
<i>Hälso- och sjukvård:</i>		
Sjukskrivningsmiljard	2006	1 000 mnkr
Rehabiliteringsgarantin	2009	1 000 mnkr
Företagshälsovård	2008	376,5 mnkr
Försäkringsmedicinskt beslutsstöd	2007	Är ett kunskapsstöd
Finansiell samordning FK/HS	2008	30 mnkr
<i>Arbetsförmedling (kommun/landsting):</i>		
Samverkan FK/AF	2004	738 mnkr
Samordningsförbund	2004	280 mnkr
Totalt		3 424,5 mnkr

Sjukskrivningsmiljarden

Syftet med miljardsatsningen är att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

De åtgärder som har vidtagits hittills inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bl.a. bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt. Två studier som rör sjukskrivningsfrågan inom hälso- och sjukvården från Karolinska Institutet kommer att redovisas efter sommaren. Studierna kommer bl.a. att innehålla en analys av de förändringar som skett när det gäller uppfattningar om arbetet i sjukskrivningsprocessen hos läkare och hos befattningshavare på olika ledningsnivåer inom hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringsgarantin

Regeringen har genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2008 avsatt 1 miljard kronor årligen till rehabiliteringsgarantin. Syftet är att stimulera landstingen att erbjuda evidensbaserade medicinska behandlingar för att åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning för de diagnosgrupper som ur ett sjukförsäkringsperspektiv är särskilt intressanta. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har av regeringen fått i uppdrag att analysera effekterna av de behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Resultaten visar bl.a. på positiva effekter i form av lägre sjukfrånvaro av KBT-behandling för patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades. För gruppen sjukskrivna som fick KBT-behandling kunde någon effekt på sjukfrånvaron inte konstateras. Däremot återfanns en minskad läkemedelsförskrivning under tiden i behandling. MMR (multimodal) behandling i sin tur uppvisar negativa effekter i form av ökad sjukfrånvaro för såväl sjukskrivna som inte sjukskrivna.

Företagshälsovård

Den förordning som reglerar företagshälsovårdssatsningen trädde ikraft 1 januari 2010. Utifrån den ska den utvidgade företagshälsovården, utöver det som framgår av arbetsmiljölagen, även tillhandahålla tjänster för att tidigt initiera och koordinera lämpliga medicinska, rehabiliterande och arbetsanpassade insatser. Av resultaten hittills framgår att de koordinerade insatserna är svåra att få till stånd. Företagshälsovårdsbranschens förklaring till detta är bl.a. att de inte tillräckligt tidigt får kännedom om aktuella sjukdomsfall.

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har sedan 2003 ett strukturerat samarbete i syfte att underlätta sjukskrivnas övergång från sjukförsäkringen till aktivt arbetssökande och nytt arbete. Reformerna inom sjukförsäkringen har inneburit att detta samarbete utvecklats och fördjupats.

Myndigheterna hade i september 2012 genomfört ca 13 000 gemensamma kartläggningar. Cirka hälften av de personer som deltog i kartläggningsmöte hade varit sjukskrivna i över ett år. cirka 50- 60 procent av de gemensamma kartläggningarna ledde till aktiva insatser – arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade – hos Arbetsförmedlingen. Myndigheterna kommer in med en gemensam rapport den 22 februari 2013 som redovisar utfallet för 2012.

Enligt en registerstudie från Försäkringskassan över de försäkrade som uppnådde maximalt antal dagar med sjukpenning under perioden den 1 januari 2011–30 jun 2012 hade 99 procent fått sitt rehabiliteringsbehov utrett. Av dem som når bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen lämnar ca 80 procent sjukförsäkringen och resterande 20 procent får antingen sjukersättning eller fler dagar med sjukpenning. Av dem som lämnar försäkringen går ca 90 procent till ALI.

Enligt Socialdepartementet är kunskaperna om hur rehabiliteringsinsatser påverkar den försäkrades möjlighet att utveckla arbetsförmåga och dess effekter på sjukfallslängder otillräckliga. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har därför också i uppdrag att vetenskapligt effektutvärdera rehabiliteringssatsningen. Effektutvärderingen ska redovisas senast den 20 april 2014.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har sedan 2003 ett samarbete med målet att återföra personer till arbetslivet. Detta sker genom den s.k. handlingsplanssamverkan. Resultatet 2011 var att 27 procent av deltagarna var i arbete eller utbildning 12 månader efter påbörjad insats. År 2012 tillsköts myndigheterna ytterligare resurser för att vidareutveckla samverkan och de myndighetsgemensamma rehabiliteringsinsatserna. Syftet är att insatser ska sättas in tidigare och mer systematiskt än förut och på så sätt stödja den enskilde att hitta fler vägar tillbaka till arbetsmarknaden.

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam) infördes 2004 med syfte att ge ytterligare möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. I maj 2012 var 83 samordningsförbund i drift, vilket omfattar 220 av landets 290 kommuner. Av 5 666 individer som avslutat aktiviteter som finansierats av samordningsförbunden under 2011 hade 32 procent arbete eller studerade när de avslutade aktiviteten. Av dessa hade drygt hälften fått ett arbete med lönesubvention.

Finansutskottets ställningstagande

Finansutskottet har valt att avgränsa yttrandet till ärendets budgetmässiga och i viss mån samhällsekonomiska aspekter. I förslaget till utskottsinitiativ anförts att regeringen ska återkomma till riksdagen dels i 2013 års ekonomiska vårproposition med ett förslag till hur en ordning skulle kunna utformas som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för ersättning i form av sjukpenning, dels i budgetpropositionen för 2014 med konkreta förslag som kan träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Vad gäller förslagens statsfinansiella konsekvenser ger formuleringen av utskottsinitiativet tämligen lite vägledning för att göra en sådan bedömning. Också Socialdepartementet bedömer att en statsfinansiell konsekvensanalys inte är möjlig att genomföra utifrån nuvarande underlag. Socialdepartementet har dock sammanställt befintliga rehabiliteringsåtgärder och omfattningen av dessa (se tabell 1). Socialdepartementet redogör i promemorian också för effekterna av befintliga rehabiliteringsinsatser i den mån sådana bedömningar finns.

Utskottet har tidigare yttrat sig till socialförsäkringsutskottet i en närliggande fråga om förändringar i sjukförsäkringen som också innefattade rehabilitering tillbaka till arbete (se yttr. 2010/11:FiU7y). Utskottet har i det nu aktuella förslaget till utskottsinitiativ samma principiella utgångspunkter.

Utskottet har vid flera tillfällen, bl.a. i behandlingen av regeringens skrivelse Ramverk för finanspolitiken, framhållit den breda parlamentariska förankring som sedan mitten av 1990-talet finns kring behovet av sunda offentliga finanser och hur det finanspolitiska ramverket ska användas för att uppnå detta (bet. 2010/11:FiU42). Den nya budgetprocessen, med bl.a. användningen av rambeslutsmodellen i riksdagen, har varit en starkt bidragande faktor till den goda utvecklingen av de offentliga finanserna sedan mitten av 1990-talet. Utskottet vill därför betona vikten av att varje ny utgift för staten alltid föregås av en grundlig beredning av regeringen. Rambeslutsmodellen innehåller ett tydligt medelfristigt perspektiv samt en ordning där utgifter ställs mot varandra och prövas utifrån ett på förhand fastställt ekonomiskt utrymme som ges av utgiftstaket och överskottsmålet.

En grundbult i budgetprocessen är vidare att det finns väl genomarbetade beslutsunderlag som ger möjlighet att bedöma konsekvenserna av olika reformer. De underlag som utskottet har tagit del av är inte tillräckliga för att någon bedömning ska kunna göras av ändringarnas statsfinansiella effekter. Också Socialdepartementet bedömer att en statsfinansiell konsekvensbedömning inte är möjlig att genomföra utifrån nuvarande underlag. Skulle riksdagen besluta om ett tillkännagivande om ändrade regler för sjukförsäkringen i enlighet med det aktuella förslaget är det därför viktigt att regeringen låter göra ytterligare kostnadsberäkningar av ändringarna, inklusive de indirekta effekterna av dessa, samt att berörda myndigheter och organisationer ges tillfälle att lämna synpunkter i sedvanlig ordning. Förändringar i regelverken bör också utformas på ett samhälls-ekonomiskt effektivt sätt. Detta innefattar inte minst att ta hänsyn till vilka effekter ändrade regler kan väntas få på sysselsättning och arbetade timmar.

Utskottet vill slutligen påminna om att en parlamentarisk utredning nyligen tillsatts för att göra en översyn av budgetprocessen (dir. 2012:124). Syftet med uppdraget är bl.a. att överväga hur dagens strikta praxis för budgetbehandling bör regleras i syfte att även fortsättningsvis hävda och tydliggöra nu gällande ordning. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2013.

Stockholm den 21 februari 2013

På finansutskottets vägnar

Anna Kinberg Batra

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Anna Kinberg Batra (M), Fredrik Olovsson (S), Pia Nilsson (S), Peder Wachtmeister (M), Jörgen Hellman (S), Ann-Charlotte Hammar Johnsson (M), Maryam Yazdanfar (S), Carl B Hamilton (FP), Bo Bernhardsson (S), Per Åsling (C), Per Bolund (MP), Anders Sellström (KD), Sven-Olof Sällström (SD), Ulla Andersson (V), Jörgen Andersson (M), Sven-Erik Bucht (S) och Edip Noyan (M).

BILAGA 2

Socialutskottets yttrande 2012/13:SoU4y

Rehabilitering tillbaka till arbete

Till socialförsäkringsutskottet

Socialförsäkringsutskottet beslutade den 31 januari 2013 att ge bl.a. socialutskottet tillfälle att senast den 21 februari 2013 yttra sig över ett förslag till utskottsinitiativ (utkast till bet. 2012/13:SfU6) i de delar det berör socialutskottets beredningsområde.

Socialutskottet ställer sig bakom och tillstyrker socialförsäkringsutskottets förslag till initiativ.

I yttrandet finns en avvikande mening (M, FP, C, KD).

Utskottets överväganden

Socialförsäkringsutskottets förslag till initiativ

Med stöd av riksdagens initiativrätt i 3 kap. 7 § riksdagsordningen föreslår socialförsäkringsutskottet i ett utkast till betänkande 2012/13:SfU6 att riksdagen tillkännager för regeringen att regeringen i 2013 års ekonomiska vårproposition ska återkomma till riksdagen med ett förslag till hur en ordning skulle kunna utformas som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den borte tidsgränsen för ersättning i form av sjukpenning. Regeringen bör därefter enligt socialförsäkringsutskottet i budgetpropositionen för 2014 återkomma till riksdagen med konkreta förslag som kan träda i kraft senast den 1 januari 2014. Socialförsäkringsutskottet gjorde följande bedömning när det gäller förslaget till initiativ (utkastet s. 16):

För att socialförsäkringarna ska fungera väl krävs att människor kan lita på och ha förtroende för dem. Sjukförsäkringen uppvisar emellertid stora brister, både när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete och när det gäller den ekonomiska tryggheten för människor som drabbas av sjukdom. Detta är inte tillfredsställande vare sig från rättsäkerhetsynpunkt eller vad gäller tilltron till systemet.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har kommit igång med sitt arbete men ska, efter att ha fått förlängd tid, inte lägga fram sina förslag förrän i januari 2015. Utredningens uppdrag är att finna långsiktiga och konstruktiva lösningar för sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna.

För två år sedan uppnådde de första personerna till följd av de ändrade sjukförsäkringsreglerna den borte tidsgränsen i sjukförsäkringen och flera av dem kommer nu att uppnå denna gräns för andra gången. Konsekvenserna för de enskilda människor som lämnat sjukförsäkringen syns tydligt. Ytterst få har kommit i arbete och alltför många som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen har i dag inte någon ersättning alls, från vare sig arbete, arbetslöshetsförsäkringen eller i form av aktivitetsstöd. Vidare väntar många på besked om de ska få komma tillbaka till sjukförsäkringen eller inte.

Trots vissa betänkligheter vad gäller såväl definitionen av begreppet rehabilitering som effekterna av vidtagna insatser eller åtgärder anser utskottet att så länge den borte gränsen i sjukförsäkringen finns kvar bör alla som behöver det få rehabilitering för återgång i arbete innan denna borte gräns nås. Utskottet konstaterar att det i socialförsäkringsbalken slås fast att Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabilitering och att detta ansvar innebär att verka för att andra aktörer inom sina respektive verksamhetsområden vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Med hänsyn härtill anser utskottet att Försäkringskassan även bör ha ansvar för att följa upp att tillräckliga åtgärder vidtas innan den försäkrade hänvisas till deltagande i ALI hos Arbetsförmedlingen. Om Försäkringskassan konstaterar att tillräckliga rehabiliteringsåtgärder inte har vidtagits i det enskilda fallet ska åtgärderna genomföras innan den försäkrade hänvisas till ALI. En bestämmelse med detta innehåll bör lämpligen införas i socialförsäkringsbalken.

Socialutskottets ställningstagande

Socialutskottet delar socialförsäkringsutskottets bedömning och ställer sig således bakom och tillstyrker socialförsäkringsutskottets förslag till initiativ.

Stockholm den 19 februari 2013

På socialutskottets vägnar

Anders W Jonsson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Anders W Jonsson (C), Lena Hallengren (S), Saila Quicklund (M), Margareta B Kjellin (M), Christer Engelhardt (S), Ann Arleklo (S), Isabella Jernbeck (M), Lennart Axelsson (S), Maria Lundqvist-Brömster (FP), Catharina Bråkenhielm (S), Gunnar Sandberg (S), Agneta Luttröpp (MP), Anders Andersson (KD), Per Ramhorn (SD), Eva Olofsson (V), Metin Ataseven (M) och Solveig Zander (C).

Avvikande mening

1. Rehabilitering tillbaka till arbete (M, FP, C, KD)

Anders W Jonsson (C), Saila Quicklund (M), Margareta B Kjellin (M), Isabella Jernbeck (M), Maria Lundqvist-Brömster (FP), Anders Andersson (KD), Metin Ataseven (M) och Solveig Zander (C) anför:

Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Svensk lagstiftning reglerar således människors tillgång till hälso- och sjukvård som en skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda vård och inte som en rättighet för den enskilde patienten att få vård (prop. 1996/97:60 s. 14).

Vi konstaterar att riksdagen i april 1997 ställde sig bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som föreslagits i den nyss nämnda propositionen (bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Riktlinjerna är baserade på några grundläggande etiska principer: människovärdeprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast komma till användning sedan behovsprincipen först tillämpats. Riktlinjerna exemplifieras med breda prioriteringsgrupper. Avsikten är att riktlinjerna ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården och vara utgångspunkt för vidare överväganden och diskussioner. I propositionen slår regeringen fast att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden.

Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen får landstinget träffa överenskommelse med kommunerna, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt lagen samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. I 2 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) finns en liknande bestämmelse för kommunernas vidkommande. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget och kommunerna delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Enligt socialförsäkringsutskottets förslag ska Försäkringskassan säkerställa att en individ ges rätt till medicinsk rehabilitering. Vi anser att detta får konsekvenser för regleringen i hälso- och sjukvårdslagen och för de allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen tidigare ställt sig bakom. Hälso- och sjukvårdslagen är som framgått av det föregående grundad på behovsprincipen, medan förslaget till utskotts-

initiativ närmar sig en rättighetslagstiftning. Enligt vår mening innebär det att även de allmänna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården berörs. Detsamma gäller reglerna i socialtjänstlagen eftersom det är kommunen som ansvarar för den sociala rehabiliteringen.

Vi konstaterar att utskottsmajoriteten i socialutskottet väljer att inte över huvud taget beröra kopplingen mellan de aktuella lagar som socialutskottet ansvarar för. Vi anser att detta visar att utskottsmajoriteten inte tar ansvar för realiserbarheten i de förslag man ställer sig bakom.

Utskottet borde mot bakgrund av det som anförts ha beslutat att yttra sig till förmån för att inte tillstyrka förslaget till utskottsinitiativ.

BILAGA 3

Arbetsmarknadsutskottets yttrande 2012/13:AU5y

Rehabilitering tillbaka till arbete

Till socialförsäkringsutskottet

Socialförsäkringsutskottet beslutade den 31 januari 2013 att bereda bl.a. arbetsmarknadsutskottet att, i de delar det berör utskottets beredningsområde, yttra sig över ett förslag till utskottsinitiativ om rehabilitering tillbaka till arbete som väckts i socialförsäkringsutskottet.

Redogörelse för ärendet

Socialförsäkringsutskottet har med anledning av initiativförslaget och som ett led i beredningen av ärendet begärt in yttranden över vissa frågeställningar från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vidare har företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Landsting vid detta utskotts sammanträde den 11 december 2012 lämnat synpunkter på förslaget till utskottsinitiativ. Sveriges Kommuner och Landsting har även lämnat skriftliga synpunkter på förslaget.

Vid socialförsäkringsutskottets sammanträde den 22 januari 2013 lämnade professor Kristina Alexanderson och professor emeritus Åke Nygren, båda vid Karolinska Institutet, synpunkter på frågan om rehabilitering ur individens perspektiv.

Utskottets överväganden

Förslaget till utskottsinitiativ i socialförsäkringsutskottet

I förslaget till utskottsinitiativ i socialförsäkringsutskottet föreslås att riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening att regeringen ska återkomma till riksdagen dels i 2013 års ekonomiska vårproposition med ett förslag till hur en ordning skulle kunna utformas som säkerställer att människor som behöver det får rehabiliteringsinsatser för återgång i arbete i god tid innan de har nått den bortre tidsgränsen för ersättning i form av sjukpenning, dels i budgetpropositionen för 2014 med konkreta förslag som kan träda i kraft senast den 1 januari 2014.

Utskottets ställningstagande

Arbetsmarknadsutskottet anser att frågan om förutsättningarna för sjukskrivna arbetstagares rehabilitering och återgång till arbete är av stor betydelse, inte bara för den enskilde och för arbetsplatsen, utan mer allmänt också för en väl fungerande arbetsmarknad och samhället i stort. Det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen är centralt. Utskottet vill nedan peka på vissa faktorer som kan anses vara av särskild betydelse för att minska sjukskrivningarna, göra rehabiliteringsinsatserna effektivare och förbättra möjligheten för den sjukskrivne att komma tillbaka till sitt arbete.

Utskottet anser att det förebyggande arbetsmiljöarbetet måste utvecklas. Arbetslivet bör enligt utskottets mening utformas så att människor orkar arbeta ett helt arbetsliv. Arbetsmiljöarbetet måste stärkas på alla nivåer och såväl de förebyggande insatserna som det systematiska arbetsmiljöarbetet behöver utvecklas och prioriteras. Utskottet anser också att utvecklade forskningsinsatser kan behövas för att åstadkomma förbättringar i arbetslivet. Arbetslivsforskningen behöver stärkas. Det är enligt utskottets mening också angeläget att påminna om att arbetslivet måste öppnas även för den som inte i varje stund kan prestera fullt ut. Människor med funktionsnedsättningar måste ges en plats och tillåtas bidra efter sin förmåga.

En förutsättning för att få fler tillbaka till arbete är enligt utskottets mening en aktiv medverkan från arbetsgivarna. Ett positivt arbetsklimat innebär stora vinster i form av ökad närvaro, arbetstrivsel, ökad kvalitet och produktivitet. Tidiga insatser för att förebygga sjukskrivningar är bra, både mänskligt och företagsekonomiskt. Utskottet anser att arbetsgivare i högre utsträckning än i dag måste utveckla strategier för att skapa arbetsplatser där människor kan prestera och må bra. Både det förebyggande och systematiska arbetsmiljöarbetet och hur man hanterar situationen när någon väl blivit sjuk, måste prioriteras hårdare. Utgångspunkten för rehabiliteringsinsatser måste enligt utskottets mening vara att den sjukskrivne ska kunna komma tillbaka till sin ordinarie arbetsplats, i första hand till

sitt ordinarie arbete, i andra hand till annat arbete på arbetsplatsen. För att detta ska vara möjligt fordras ett aktivare intresse för och medverkan i rehabiliteringsarbetet från arbetsgivarens sida.

En utvecklad företagshälsovård skulle enligt utskottets mening kunna bidra till att mer reell rehabilitering kommer till stånd och arbetslinjen i sjukförsäkringen stärks. Utskottet noterar emellertid att tillgången till företagshälsovård enligt FHV-delegationens betänkande (SOU 2011:63) varierar stort mellan branscher och mellan företag av olika storlek. Anslutningen är högst i den statliga sektorn och i storföretag. Cirka en miljon anställda saknar företagshälsovård och av dessa arbetar 750 000 i företag med mindre än 50 anställda. Skillnaden är också stor vad gäller typen av upphandlade tjänster. Många företag nöjer sig med att köpa in regelbundna hälsokontroller.

En liknande bild framkommer i Arbetsmiljöundersökningen 2011, vilken baserar sig på Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökningar. Undersökningen visar (s. 35) att 33 procent av de sysselsatta männen och 38 procent av de sysselsatta kvinnorna helt saknar tillgång till företagshälsovård genom arbetet. Även bland dem som har tillgång till företagshälsovård är det enligt undersökningen en liten andel – bara var fjärde man och var femte kvinna – som faktiskt fått besök av företagshälsovården på arbetsplatsen under det senaste året.

Ett vanligt förekommande problem är alltså enligt utskottets bedömning att svenska arbetsplatser alltför sällan lever upp till arbetsmiljölagens intentioner om en förebyggande företagshälsovård. Enligt utskottets mening vore det önskvärt med en utveckling där företagshälsovården blir en mer effektiv resurs i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet och i arbetet med arbetsanpassning.

Utskottet anser att arbetsgivarens ansvar för bl.a. rehabiliteringsinsatser som underlättar för den sjukskrivne att återvända till sin ordinarie arbetsplats behöver stärkas. Ett problem i sammanhanget förefaller emellertid enligt utskottets bedömning vara att rehabiliteringskedjans införande har minskat de stödjande insatser som Försäkringskassan tidigare haft möjlighet att ge. Problemet belyses i en underlagsrapport som Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), har skrivit till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Arbetslivsinriktad rehabilitering, underlagsrapport nr 7 s. 35). Det blir, enligt de intervjuade handläggarna vid Försäkringskassan, inte mycket arbetsträning för den som ska tillbaka till sitt gamla jobb, eftersom det saknas medel att köpa utbildning för. Intervjuade handläggare uppger att det enda de i dag kan köpa är utredningar, inte rehabiliteringsinsatser. Andra typer av insatser faller inom exempelvis Arbetsförmedlingens, landstingets eller arbetsgivarens ansvar, och Försäkringskassans handläggare uppfattar det som att det enda de i dessa lägen kan göra är att hoppas att andra aktörer gör rätt saker. Utskottet anser att de begränsningar som rehabiliteringskedjans stelbenta regelverk inneburit har minskat Försäkringskassans möjligheter att bidra till en framgångsrik rehabilitering.

Utskottet vill samtidigt understryka att även Försäkringskassan, trots de inskränkningar som rehabiliteringskedjan inneburit, måste ta ett tydligare ansvar för samarbetet med framför allt arbetsgivarna. Vid den s.k. 90-dagarsprövningen i rehabiliteringskedjan ska Försäkringskassans handläggare bedöma den sjukskrivnes arbetsförmåga mot annat arbete hos arbetsgivaren. Av en rapport från ISF (2011:5 s. 32–33) framgår emellertid att Försäkringskassans handläggare i mellan 60 och 74 procent av fallen inte utrett eller beskrivit annat arbete hos arbetsgivaren. Av den klara majoritet av fall där annat arbete alltså inte har utretts har handläggaren i 36 till 62 procent av fallen inte heller lämnat några skäl till varför en sådan utredning inte gjorts. För att kunna utreda andra tillgängliga arbeten på arbetsplatsen tillfredsställande krävs i de flesta fall att någon kontakt med arbetsgivaren har tagits under perioden som personen varit sjukskriven. ISF finner emellertid att så ofta inte är fallet och sammanfattar:

Vad det gäller arbetsgivarkontakter är det mellan 38 och 50 procent där man inte tagit sådana kontakter över huvud taget och här finns uppenbara brister. (ISF 2011:5 s. 33–34)

Utskottet kan inte annat än instämma i ISF:s slutsatser i detta avseende. Framgångsrik rehabilitering med målet att den sjukskrivne ska kunna återgå till sin ordinarie arbetsplats kräver ett nära informationsutbyte och samarbete mellan flera parter, inte minst mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Avslutningsvis vill utskottet också lyfta fram att arbetsmarknadens parter under lång tid har haft en mycket viktig funktion i att skapa stabilitet, inte bara vad gäller löneavtalen, utan också kring försäkringar och andra trygghetssystem. Utskottet välkomnar en utveckling där parterna, t.ex. genom omställningsavtal, även kan öka sitt engagemang för att stödja sjukskrivna att snabbt komma tillbaka till arbete. Ett sådant ökat partsengagemang kan omfatta såväl aktiva och tidiga insatser för de anställda som är långtidssjukskrivna som stimulans till förebyggande insatser som förhindrar att ohälsa uppkommer. En utveckling mot ett ökat partsengagemang förutsätter emellertid enligt utskottets mening en fungerande riskspridning mellan arbetsgivare och mellan branscher.

Stockholm den 21 februari 2013

På arbetsmarknadsutskottets vägnar

Elisabeth Svantesson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Elisabeth Svantesson (M), Ylva Johansson (S), Maria Plass (M), Raimo Pärssinen (S), Katarina Brännström (M), Maria Stenberg (S), Gustav Nilsson (M), Patrik Björck (S), Christer Nylander (FP), Ann-Christin Ahlberg (S), Annika Qarlsso (C), Johan Andersson (S), Mehmet Kaplan (MP), Mattias Karlsson (SD), Lotta Finstorp (M), Penilla Gunther (KD) och Ali Esbati (V).

Avvikande meningar

Rehabilitering tillbaka till arbete (M, FP, C, KD)

Elisabeth Svantesson (M), Maria Plass (M), Katarina Brännström (M), Gustav Nilsson (M), Christer Nylander (FP), Annika Qarllsson (C), Lotta Finstorp (M) och Penilla Gunther (KD) anför:

Ett viktigt syfte med sjukförsäkringsreformen var att motverka långa och passiva sjukskrivningar som i mycket hög utsträckning ledde till permanent utanförskap. Risker att bli långvarigt frånvarande från arbetsmarknaden på grund av sjukdom har minskat betydligt sedan rehabiliteringskedjan infördes och tidsbegränsad sjukersättning slutade beviljas. Särskilt hög risk att bli långvarigt frånvarande från arbetsmarknaden löper sådana personer vars sjukfall pågått över ett år. Innan sjukförsäkringsreformen genomfördes var det vanligt att personer med långa sjukfall efter en tid erhöll sjukersättning (förtidspension). Detta ledde till att personer under mycket lång tid passiviserades och utgick ur arbetskraften. Efter maximal tid i sjukförsäkringen ges i dag i stället Arbetsförmedlingen ansvaret för att bedöma den försäkrades förutsättningar att kunna arbeta. Vi anser att det arbetsmarknadspolitiska synsättet och tillgången till Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska insatser därmed har förstärkts.

Den positiva utveckling som reformen som helhet har medfört kan exempelvis illustreras genom en studie (redovisad i prop. 2012/13:1 utg.omr. 10 s. 22–23) där Försäkringskassan följt vad som hänt med långa sjukfall över tid. Då de personer med sjukfall som blev ett år långa i januari 2002 undersöktes tre år senare, dvs. fyra år efter sjukfallets start, framgick att endast 27 procent hade lämnat sjukförsäkringen till annat än ålderspension. En jämförelse med sjukfall som löpt under den tid då det nya regelverket gällt, dvs. med rehabiliteringskedjan och kravet på stadigvarande nedsatt arbetsförmåga för att beviljas sjukersättning, visar att en klart högre andel – 50 procent – hade lämnat sjukförsäkringen fyra år efter sjukfallets start.

Vi kan konstatera att Försäkringskassan redan har det samordnande ansvaret för samhällets resurser för att en sjukskriven person ska återfå arbetsförmågan och förutsättningar att förvärsa arbeta. Ansvaret för att genomföra rehabiliteringsåtgärder ligger emellertid i huvudsak på andra aktörer, exempelvis hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och kommunerna. Det får enligt vår mening förutsättas att Försäkringskassan liksom övriga aktörer redan i dag strävar efter att på bästa sätt hjälpa sjukskrivna personer tillbaka till arbete. Det är mot denna bakgrund synnerligen oklart vad det ytterligare krav som Socialdemokraterna, Sverigedemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet vill införa skulle ha för reell betydelse, inte minst då dessa partier inte presenterat något svar på hur ändamålsenliga och verkningsfulla sanktioner skulle utformas om kravet inte uppfylls och mot vem de skulle riktas. Vi anser också att det är oklart

hur förslaget till initiativ skulle påverka exempelvis förhållandet mellan bestämmelser i socialförsäkringsbalken (2010:110) och de bestämmelser som finns i arbetsmiljölagen (1977:1160).

En viktig del av Försäkringskassans ansvar är att tillsammans med Arbetsförmedlingen genomföra en s.k. gemensam kartläggning, en insats som tillämpas sedan ett drygt år tillbaka. Den består av ett eller flera möten där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans träffar den sjukskrivne. Andra viktiga aktörer, såsom arbetsgivare, vårdgivare eller kommun, kallas vid behov. Inom ramen för den gemensamma kartläggningen ska individen tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ta fram en individuell plan med alla eventuella insatser som planeras, vem som är ansvarig för vad och hur den ska följas upp. För de försäkrade som inte återgått i arbete och som riskerar att få slut på dagar med sjukpenning ska en gemensam kartläggning alltid genomföras senast när den försäkrade har varit sjukskriven i 730 dagar så att eventuella förberedande insatser kan påbörjas innan sjukpenningdagarna tar slut. När det gäller personer som trots det når tidsgränsen i sjukförsäkringen samverkar Försäkringskassan med Arbetsförmedlingen för att säkerställa ett bra gemensamt stöd för återgång till arbetslivet. Arbetsförmedlingen deltar alltså i rehabiliteringskedjan både genom den gemensamma kartläggningen och genom att ha ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Vi kan avslutningsvis konstatera att i de fall där den sjukskrivne förbrukar sina sista ersättningsdagar utan att han eller hon slutfört en rehabiliteringsinsats så innebär även inträdet i den s.k. arbetslivsintroduktionen (ALI) i Arbetsförmedlingens regi möjligheter till fortsatta rehabiliteringsinsatser. Inom ramen för ALI erbjuds personen stöd och individuellt anpassade aktiviteter med målsättningen att han eller hon ska få ett jobb. Det kan bl.a. handla om att erbjuda yrkesvägledning eller att personen på andra sätt undersöker vilka framtida möjligheter på arbetsmarknaden som kan stå till buds. Inom ramen för ALI finns också specialister, t.ex. arbetsterapeuter, psykologer och socialkonsulenter, vilka på olika sätt kan ge hjälp och stöd på vägen mot en sysselsättning. Det vore enligt vår mening därför kontraproduktivt att införa ett krav på att rehabilitering måste vara avslutad före inträdet i ALI, mot bakgrund av att den som är i ALI har goda möjligheter att kombinera fortsatt rehabilitering med ett närmande till arbetsmarknaden.