

Försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade

Datum
99-12-16Vår beteckning
Dnr 7795/98Till regeringen
Socialdepartementet**Försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade**

Regeringen har givit Riksförsäkringsverket i uppdrag att utvärdera försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Under genomförandet av utvärderingen har samråd skett med representanter för berörda myndigheter och intresseorganisationer.

I denna rapport redovisas resultaten av utvärderingen. En av de slutsatser som kan dras är att det splittrade ansvaret för rehabilitering av psykiskt funktionshindrade på tre olika huvudmän försvårar möjligheterna till åtgärder som är önskvärda ur såväl samhällets som individens synvinkel.

De regler som styr kassans arbete med rehabilitering tillåter inte den långsiktighet som krävs för rehabilitering av svårt psykiskt störda. De arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärderna ska i princip ta högst ett år i anspråk. Denna tidsgräns är i många av dessa fall för snäv

Riksförsäkringsverket föreslår därför att Rehabiliteringsutredningen uppmärksammas på frågan om tidsgränsen på ett år för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och därtill behandlar frågan om insatser och ansvar för inte bara arbetslinjen utan också ett bättre liv för de psykiskt funktionshindrade.

Vidare råder brist på lämpliga rehabiliteringsåtgärder och på lönebidragsmedel. Det är svårt att finna arbetsträningsplatser och det finns ingen egentlig arbetsmarknad för psykiskt funktionshindrade. Den arbetslivsinriktade rehabilitering som kan erbjudas genom AMI är ofta för krävande och personer från den här gruppen får normalt inte heller plats i Samhalls verksamhet.

Riksförsäkringsverket föreslår därför att frågan om rehabiliteringsåtgärder och arbetsplatser anpassade för psykiskt funktionshindrade analyseras närmare av Rehabiliteringsutredningen.

Psykiatrireformen innebar bland annat att kassorna fick ta ansvar för att samordna rehabiliteringen för fler svårt psykiskt sjuka människor än tidigare. Försäkringskassornas personal anser sig för närvarande inte i tillräcklig utsträckning ha den kompetens som krävs för arbete med rehabilitering av personer med svåra psykiska störningar.

Riksförsäkringsverket anser att försäkringskassan bör beakta behovet av särskild kompetens för arbete med gruppen psykiskt funktionshindrade.

Datum
99-12-16

Vår beteckning
Dnr 7795/98

I styrelsens beslut i detta ärende har deltagit undertecknad Anna Hedborg, generaldirektör, samt ledamöterna Solweig Eklund, Margit Gennser, Ulla Gustafsson och Ronny Olander.

Därjämte har närvarit Ingrid Petersson, överdirektör, samt avdelningschef Inger Marklund, styrelsens sekreterare Niclas Jonson samt byrådirektör Charlotte Andersson föredragande.

Anna Hedborg

Charlotte Andersson

Förord

Det har nu förflutit fem år sedan psykiatrireformen började genomföras. Socialstyrelsen har tidigare i år utvärderat reformens effekter inom psykiatriens och socialtjänstens områden. Detta är en utvärdering av försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade under andra hälften av 1990-talet. Utvärderingen har gjorts på uppdrag av regeringen.

Utvärderingsarbetet har skett i samråd med representanter från berörda myndigheter och organisationer. Underlaget utgörs av flera olika enkätundersökningar genomförda av Riksförsäkringsverket.

Rapporten har utarbetats av Charlotte Andersson vid Riksförsäkringsverkets utredningsenhet. I arbetet med databearbetningar har även Abdi-Weli Ali Mohamud och Tobias Engberg deltagit.

Edward Palmer
Chef för utredningsenheten

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser.....	9
Inledning.....	15
1 De psykiskt funktionshindrade	19
1.1 <i>Långvarig och allvarlig psykisk störning.....</i>	<i>19</i>
1.2 <i>Många psykiskt funktionshindrade har ersättning från sjukförsäkringssystemet</i>	<i>20</i>
1.3 <i>Vilka individer ingår i undersökningen?.....</i>	<i>25</i>
1.4 <i>Den sociala situationen.....</i>	<i>27</i>
2 Förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet.....	31
2.1 <i>Försäkringskassans ansvar.....</i>	<i>31</i>
2.2 <i>Åttio procent av försäkringskassans rehabiliterare vill ha mer utbildning.....</i>	<i>32</i>
2.3 <i>Förändringar efter psykiatrireformen.....</i>	<i>33</i>
2.4 <i>Samverkanspropositionen – effekterna av besparingar inverkar negativt på samarbetet.....</i>	<i>34</i>
3 Arbetslivsriktad rehabilitering.....	37
3.1 <i>Planering och utredning av rehabiliteringsbehov</i>	<i>37</i>
3.2 <i>Svårt att finna lämpliga rehabiliteringsåtgärder för psykiskt funktionshindrade</i>	<i>41</i>
3.3 <i>Lokala variationer i utbudet av rehabiliteringsåtgärder</i>	<i>45</i>
4 Samordning av rehabiliteringsprocessen.....	47
4.1 <i>Samverkan på ledningsnivå</i>	<i>47</i>
4.2 <i>Samverkan i enskilda ärenden</i>	<i>47</i>
4.3 <i>Psykiatrin vanligaste samverkanspartner i enskilda ärenden med psykiatrisk diagnos.....</i>	<i>49</i>
5 Hur ska rehabiliteringsarbetet lyckas?	53
5.1 <i>Varför misslyckas rehabiliteringen?</i>	<i>53</i>
5.2 <i>Hur vill man förändra förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet?</i>	<i>57</i>
5.3 <i>Hur går det i de enskilda fallen?</i>	<i>60</i>

6	Vad tycker man inom psykiatri?	65
6.1	<i>Rätt kompetens saknas ofta</i>	65
6.2	<i>Specialiserade handläggare ger stora fördelar</i>	66
6.3	<i>Kontinuitet och tillgänglighet är viktiga för resultatet</i>	67
6.4	<i>Rehabiliteringen måste få ta tid</i>	67
6.5	<i>Brist på lämplig rehabilitering – arbetsmarknadens krav</i>	68
6.6	<i>Försäkringskassans handläggare är lyhörda</i>	68
	Bilaga 1	71
	Bilaga 2	79

Sammanfattning och slutsatser

Detta är en utvärdering av försäkringskassans arbete med samordning av rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Utvärderingen bygger huvudsakligen på data som har samlats in med hjälp av enkäter riktade till framför allt försäkringskassorna men även till psykiatrin.

Meningsfull sysselsättning är en viktig del av livet och ett villkor för alla människors välbefinnande. För den som lider av psykiska funktionshinder kan dock de krav som ställs i det normala arbetslivet utgöra en alltför hög tröskel. Den medicinska behandlingen av psykiska sjukdomar kan ta mycket lång tid. En arbetsträning som tar sin början kanske redan under en sådan behandling kan bland annat stärka individens självkänsla och därmed öka möjligheterna till en förbättring av hälsotillståndet.

Splittrade resurser försvårar rehabiliteringen

En av de slutsatser som kan dras av utvärderingen är att ingen av rehabiliteringsaktörerna har *både* mandat *och* medel för att helt kunna verka för det som är det bästa för individens hälsa. Ingen aktör har hela ansvaret för rehabiliteringen av de psykiskt funktionshindrade. Det sätt på vilket ansvar och verksamhetsområden är avgränsade kan förhindra rehabiliteringsåtgärder, som skulle ge den psykiskt funktionshindrade ett bättre liv och dessutom vara lönsamma för samhället.

Inom psykiatrin förekommer det att man konstaterar att en person skulle må bra av arbetsträning i en reell arbetsmiljö. Man saknar dock medel att förse personen med en sådan rehabiliteringsåtgärd. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är arbetsmarknadsmyndigheternas och försäkringskassans ansvarsområde.

Den grundläggande principen för de rehabiliteringsåtgärder som försäkringskassan och arbetsförmedlingen initierar är *arbetslinjen*. Aktiva insatser för att få tillbaka människor i arbetslivet ska genomföras, även om åtgärderna på kort sikt kan kosta mer än den ersättning som betalas ut för försörjning. Arbetslinjen innebär även att försäkringskassan och arbetsförmedlingen *inte* har ansvaret för att vidta åtgärder som enbart ökar försäkringstagarens välbefinnande, minskar sjukvårdskostnaderna eller har andra positiva samhälls-ekonomiska effekter.

Sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder däremot har bland annat som mål att öka individens välbefinnande. Det är socialtjänstens uppgift att se till att det finns möjlighet för de psykiskt funktionshindrade att delta i en daglig sysselsättningsverksamhet. Det är emellertid *inte* socialtjänstens uppgift att ge arbetslivsinriktad rehabilitering med syftet att göra individen arbetsför.

Samordning av rehabiliteringsprocessen

I försäkringskassans ansvar ingår framför allt att samordna rehabiliteringsprocessen och att i viss utsträckning se till att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd. Resultatet av samordningen är till stor del beroende av övriga verksamheter i samhället. Utvärderingen visar att det finns eller har funnits en samlad rehabiliteringsplan i mellan 75 och 80 procent av sjukbidragsfallen. Det skiljer inte nämnvärt mellan psykiatriska och somatiska diagnoser.

De viktigaste resultaten i utvärderingen

1. Sjukbidragstagare med psykiatriska diagnoser får arbetslivsinriktad rehabilitering i mindre omfattning och senare än andra sjukbidragstagare

I denna utvärdering har åtgärder för framför allt sjukbidragstagare kartlagts. Bland förtidspensionärer är sannolikheten för åtgärd liten. Beträffande långvarigt sjukskrivna med sjukpenning så är diagnoserna inte kända för Riksförsäkringsverket och en riktad undersökning kan därmed inte göras.

Hälften av sjukbidragstagarna med psykiatriska diagnoser har någon gång fått arbetslivsinriktad rehabilitering. För sjukbidragstagare med somatiska diagnoser är andelen tio procentenheter högre. Av sjukbidragstagarna med de allvarliga psykiatriska diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom hade endast 27 procent fått arbetslivsinriktade vid tidpunkten för sjukbidragets påbörjande. Betydligt fler av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser, 44 procent, hade fått arbetslivsinriktad rehabilitering vid den tidpunkten. Det är emellertid inte enbart försäkringskassan som har ansvaret för denna typ av åtgärder, utan ansvaret vilar även på arbetsmarknadsmyndigheterna.

2. Det är svårt att ordna arbetsträningsplatser åt psykiskt funktionshindrade

Många arbetsgivare är tveksamma till att ta emot personer med allvarliga psykiska störningar. Det behövs ett omfattande stöd åt den psykiskt funktionshindrade under arbetsträningen men även åt arbetsgivaren. Rätt arbetsträningsplats är mycket viktigt för att rehabiliteringen ska lyckas. Den psykiskt funktionshindrade måste känna trygghet på arbetsträningsplatsen.

3. Tidsgränsen för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är för snäv

Många allvarliga psykiska störningar är långvariga – ibland livslånga. Såväl personal vid de psykiatriska mottagningarna som många av försäkrings-

kassans handläggare anser att det ofta behövs mycket lång tid för att rehabiliteringsåtgärder ska lyckas. Tidsgränsen på ett år för arbetslivsinriktade åtgärder upplevs som alltför snäv.

4. Utbudet av rehabiliteringsåtgärder varierar lokalt

Den enskildes bostadsort kan avgöra om han eller hon erbjuds lämpliga arbetslivsinriktade åtgärder. Av de rehabiliterare som svarat på Riksförsäkringsverkets enkät anser över 60 procent att det *i liten utsträckning* eller *inte alls* finns lämpliga rehabiliteringsåtgärder för psykiskt funktionshindrade vid orten. Det finns bland annat ett behov av mindre krävande arbetslivsinriktad rehabilitering än den som normalt kan erbjudas genom Ami. Vid vissa orter finns emellertid speciella rehabiliteringsverksamheter inriktade på personer med psykiska störningar.

5. Det råder brist på lönebidragsmedel

Lönebidrag med hög täckningsgrad anser många vid försäkringskassan vara ett av de viktigaste verktygen för att skapa arbetstillfällen för psykiskt funktionshindrade. För närvarande råder dock på många håll en stor brist på lönebidragsmedel.

6. Formerna för samarbete varierar lokalt

Den vanligaste samarbetspartnern i ärenden som rör personer med psykiatriska diagnoser är psykiatrin. Vid en del av lokalkontoren har speciella handläggare till uppgift att arbeta med ärenden med psykiatrisk diagnos, ibland med en viss del av arbetstiden förlagd till den psykiatriska mottagningen. Vid andra kontor finns någon annan typ av arbetsorganisation.

7. Kompetensutveckling behövs inom försäkringskassan

Av rehabiliterarna själva anser 80 procent att de behöver mer eller mycket mer utbildning för att arbeta med psykiskt funktionshindrade. Av de rehabiliterare som har svarat på Riksförsäkringsverkets enkät hade 30 procent en högskoleutbildning då de anställdes vid försäkringskassan. Efter anställningstillfället har ytterligare 25 procent genomgått en kompletterande utbildning vid högskola.

Inom psykiatrin är det en vanlig uppfattning att försäkringskassans handläggare generellt har alltför dåliga kunskaper för att arbeta med psykiskt funktionshindrade.

8. Inom psykiatrin har man goda erfarenheter av att försäkringskassans handläggare kan specialisera sig

Erfarenheterna inom psykiatrin av att särskilda handläggare vid försäkringskassan arbetar med psykiskt funktionshindrade är mycket goda. Framför allt har man goda erfarenheter av att handläggaren har en viss del av sin arbetstid förlagd till den psykiatriska mottagningen. Tillgänglighet och kontinuitet i samarbetet ses som mycket viktigt. Den personliga kontakten med handläggaren skapar en större förståelse för de psykiskt funktionshindrades speciella problem, menar man inom psykiatrin.

En femtedel av lokalkontorscheferna anger att särskilda handläggare arbetar med psykiskt funktionshindrade vid deras kontor. Vid resten av lokalkontoren är arbetet inte organiserat efter diagnos, utan på något annat sätt.

9. Gränsdragningen mellan försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna orsakar problem

Arbetsmarknadsmyndigheterna ska vidta och finansiera åtgärder för arbetslösa. Arbetsförmedlingen och Ami ska i motsats till försäkringskassan ta hänsyn till omvärldsfaktorer som den lokala arbetsmarknaden vid beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering. Det innebär i praktiken att det kan vara svårare för arbetslösa sjukskrivna att få arbetslivsinriktad rehabilitering än för andra sjukskrivna. Mot bakgrund av att många med allvarliga psykiska störningar saknar anställning, kan detta ha betydelse för de psykiskt funktionshindrades möjligheter att få arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det saknas en egentlig arbetsmarknad för psykiskt funktionshindrade personer. Detta försvårar ytterligare möjligheterna att få arbetslivsinriktad rehabilitering genom arbetsmarknadsmyndigheterna, eftersom syftet med åtgärderna är att de så småningom ska leda till en anställning.

10. Fyra av tio långvarigt sjukskrivna med svåra psykiska sjukdomar blir arbetsföra inom ett år

Bland de långvarigt sjukskrivna med sjukpenning blev 40 procent av personerna med svåra psykiska sjukdomar arbetsföra inom ett år. Dessa personer kan dock inte betecknas som psykiskt *funktionshindrade*. Uppskattningsvis har endast cirka tio procent i denna grupp av långvarigt sjukskrivna med svåra psykiska sjukdomar en sådan sjukdom, som kan leda till att ett psykiskt funktionshinder utvecklas.

Bland sjukbidragstagare och förtidspensionärer med såväl psykiatriska som somatiska diagnoser blev endast mellan fyra och sex procent helt eller delvis arbetsföra under en period på fyra år.

Riksförsäkringsverkets slutsatser

Riksförsäkringsverket anser att försäkringskassan bör beakta behovet av särskild kompetens för arbete med gruppen psykiskt funktionshindrade.

Riksförsäkringsverket föreslår

Det regelverk som styr försäkringskassans arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering tillåter inte den långsiktighet som rehabilitering av psykiskt funktionshindrade kräver. Riksförsäkringsverket föreslår att Rehabiliteringsutredningen uppmärksammas på frågan om tidsgränsen på ett år för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och därtill behandlar frågan om insatser och ansvar för inte bara arbetslinjen utan också ett bättre liv för de psykiskt funktionshindrade.

Det är svårt att finna arbetsträningsplatser och det finns ingen egentlig arbetsmarknad för psykiskt funktionshindrade. Riksförsäkringsverket föreslår därför att frågan om rehabiliteringsåtgärder och arbetsplatser anpassade för psykiskt funktionshindrade analyseras närmare av Rehabiliteringsutredningen.

Inledning

Detta är en utvärdering av försäkringskassans arbetslivsinriktade rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Psykiatrireformen trädde i kraft 1995 efter flera års utredningsarbete. Den riktade sig främst mot psykiatrin och socialtjänstens områden. I propositionen¹ som låg till grund för reformen konstateras dock att försäkringskassorna i större utsträckning bör uppmärksamma de psykiskt störda i rehabiliteringssammanhang.

Psykiatrireformen 1995 – eget boende och meningsfull sysselsättning

Genom att ge de psykiskt funktionshindrade möjligheter till eget boende och till en meningsfull sysselsättning, skulle förutsättningar skapas för individerna i gruppen att leva sina liv på ett sätt som i största möjliga utsträckning liknade andra medborgares. Detta var en av de grundläggande tankarna bakom psykiatrireformen 1995.

Socialstyrelsens utvärdering visar, att 80 procent av de psykiskt funktionshindrade numera har en egen bostad.²

Fortfarande saknar dock enligt Socialstyrelsen hälften en meningsfull sysselsättning eller ett arbete. Bland de psykiskt funktionshindrade förtidspensionärerna är det något fler, 65 procent, som saknar daglig sysselsättning.³

Vad gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen visar Socialstyrelsens utvärdering bland annat att ”rehabiliteringsinsatser ofta har en uttalad yrkesinriktad karaktär, har hög ambitionsnivå och är för kortvariga och har därför inte någon egentlig aktualitet för stora delar av psykiatrireformens målgrupp.”⁴

Den arbetslivsinriktade rehabilitering som bedrivits av försäkringskassan har arbetslinjen som vägledande princip. Enligt denna ska så många som möjligt försörja sig själva genom förvärvsarbete. Den offentliga sektorn ska prioritera aktiva insatser för att få tillbaka människor i arbetslivet, även om dessa åtgärder på kort sikt kan kosta mer än den ersättning som betalas till sjuka och arbetslösa.

¹ Proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.

² Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Sidan 40.

³ Ibid. Sidan 40.

⁴ Ibid. Sidan 15.

Redan 1992 påpekade Psykiatriutredningen i sitt huvudbetänkande ”Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda”⁵ att reformerna som ligger till grund för arbetslinjen har utformats på ett sätt så att många psykiskt störda inte fått del av de möjligheter som skapats.

Sju år senare påpekar Socialstyrelsen att ”arbetslinjen som enda princip måste ifrågasättas när den innebär rehabiliteringskrav som utestänger många från de sysselsättningsverksamheter som finns idag.”⁶

Samverkan en viktig hörnsten i reformen

I psykiatrireformen ingår som en viktig del att samverkan mellan de olika myndigheterna ska öka. Avsikten är att effektivisera vården och rehabiliteringen av de psykiskt funktionshindrade och att undvika att enskilda hamnar ”mellan stolarna”.

I det psykiska funktionshindret ingår ofta en oförmåga att ta tillvara sina intressen. Att ge de psykiskt funktionshindrade *personliga ombud* kan vara ett sätt att stärka deras position och få myndigheter att samarbeta mer i enskilda ärenden.

En försöksverksamhet med personliga ombud pågick mellan 1995 och 1998, finansierad av statliga medel. De personliga ombuden skulle bistå vid kontakter med myndigheterna, samordna insatser och bevaka den enskildes rättigheter. I en del kommuner förekommer för närvarande liknande verksamheter men finansierade på annat sätt.

Många med psykiska funktionshinder är förtids-pensionerade

Enligt Socialstyrelsens beräkningar finns det cirka 43 000 personer med psykiska funktionshinder kända av socialtjänst och psykiatri. Av dessa upp-bär 30 000 förtidspension.

Cirka 40 procent av de psykiskt funktionshindrade har, förutom sitt funktionshinder, även en somatisk sjukdom.⁷

⁵ SOU 1992:73.

⁶ Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Sidan 15.

Målgruppen – personer med allvarlig psykisk störning

Den primära målgruppen för denna utvärdering är personer med psykiska funktionshinder som uppbär någon form av ersättning från ohälsöförsäkringen, dvs. sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension.

För att räknas som psykiskt funktionshindrad ska man (enligt Socialstyrelsens definition⁸) lida av en

- **svår psykisk störning/sjukdom** som
- orsakat en **funktionsnedsättning** med
- förlust av förmågan (**funktionshinder**) i sådan grad att
- det inverkar på den dagliga livsföringen (**sociala konsekvenser**) och
- att detta handikapp bedöms bli långvarigt.

Större sannolikhet att få rehabilitering med sjukbidrag än med förtidspension

Enligt Socialstyrelsens utvärderingen är större delen av de psykiskt funktionshindrade förtidspensionerade. Trots detta kommer intresset i denna utvärdering att rikta sig något mer mot sjukbidragstagarna. Anledningen är att det inte förekommer rehabiliteringsåtgärder av arbetslivsinriktat slag i någon större omfattning efter det att en förtidspension har beviljats.

Av de långvarigt sjukskrivna som uppbär sjukpenning har endast cirka två till tre procent en allvarlig psykiatrisk diagnos, som har lett till eller kan leda till psykisk funktionsstörning. Detta innebär, att i de datainsamlingar som har gjorts av Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna efter psykiatrireformen, finns ett alltför litet antal sådana individer för att det ska vara möjligt att utvärdera rehabiliteringen av dem. Eftersom Riksförsäkringsverket inte har rätt att registrera diagnoser för långvarigt sjukskrivna, kan inte heller undersökningar riktade speciellt mot psykiskt funktionshindrade med sjukpenning genomföras.

⁷ Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1.

⁸ Utmärkande för Socialstyrelsens definition är att den dels innebär att funktionshindret inte är relaterat till arbetsmarknadsfunktion, dels skiljer sig från psykiatrins diagnoser. Med *svår psykisk störning/sjukdom* brukar man mena psykoser. I praktiken gav inventeringen ca 25% som har annan diagnos än psykoser (till exempel personlighetsstörningar).

I denna utvärdering kommer data från en tidigare undersökning av långvarigt sjukskrivna med sjukpenning att redovisas. Bland dessa långvarigt sjukskrivna har emellertid uppskattningsvis endast två till tre individer sjukdomar av ett slag som kan innebära att ett funktionshinder kan utvecklas. Några slutsatser om långvarigt sjukskrivna med psykiska funktionshinder kan därför inte dras.

Utvärderingens uppläggning

Denna utvärdering görs utifrån data som har samlats in av Riksförsäkringsverket. Data har samlats in med hjälp av enkäter och intervjuer. Två enkäter har varit knutna till individer med antingen sjukbidrag eller förtidspension och har innehållit frågor om utredningar gjorda i sjukfallen, rehabiliteringsåtgärder, samverkan med andra myndigheter och annat. Den ena enkäten gällde sjukbidragstagare, den andra förtidspensionärer. Enkäterna har besvarats av personal vid försäkringskassan.

Två andra enkäter har innehållit frågor av mer allmän typ och varit riktade dels till lokalkontorschefer, dels till rehabiliterare som arbetar med rehabilitering av psykiskt sjuka.

Ytterligare en enkät har besvarats av personal inom psykiatrin. Frågorna i den har gällt samarbetet med försäkringskassan i enskilda ärenden.

De flesta av intervjuerna har gjorts med anställda vid ett antal av försäkringskassans lokalkontor. Även företrädare för Ami, psykiatrin och fristående rehabiliteringsverksamhet har intervjuats.

Därutöver används data om långvarigt sjukskrivna som har samlats in av Riksförsäkringsverket i samband med en annan undersökning.

1 De psykiskt funktionshindrade

”Det är svårare att beskriva ett sjukdomstillstånd, ställa en diagnos, inom psykiatrin än inom det övriga medicinska området. Patienterna har inga vanliga smärtor; de har inga funktionsstörningar som enkelt går att mäta eller några sjukdomstecken som man kan se eller känna på. Man har sällan nytta av röntgen eller laboratorieprover. Man är hänvisad till vad personerna berättar om sina upplevelser och till deras beteende. Till sist handlar det om ens egen förståelse av det man uppfattar.”⁹

1.1 Långvarig och allvarlig psykisk störning

I propositionen som låg till grund för psykiatrireformen talades om personer med ”långvarig och allvarlig psykisk störning” då målgruppen skulle ringas in. I allmänhet menar man med detta långvariga psykoser. Sambandet mellan den psykiatriska diagnosen, till exempel neuros eller psykos, och funktionsförmågan är emellertid inte absolut.

Psykiatrireformen riktade sig främst mot personer med långvariga psykoser, varav schizofreni är en av de mest frekventa, men även neuroser kan medföra funktionshinder. Exempelvis kan svåra fobier, en typ av neuroser, hindra en person från att leva ett vanligt liv och medföra funktionshinder.

Behovet av stöd och insatser skiftar såväl mellan individer som över tiden hos samma individ. I perioder av återhämtning efter ett akut skede av sjukdomen kan det finnas en stor rehabiliteringspotential.

Funktionshindret kan yttra sig på olika sätt. Den sjuke kan till exempel dra sig undan kontakt med andra människor. Han eller hon kan på olika sätt ha problem med att kommunicera eller ha en svagt utvecklad självkänsla.

Vanligt är att den psykiskt funktionshindrade har svårt att hävda sina egna intressen. Exempel på andra symtom som förekommer är initiativlöshet och överkänslighet.

Den egentliga sjukdomens symtom, till exempel hallucinationer, kan verka skrämmande för omgivningen. Till detta kommer biverkningar av eventuell medicinering, vilka kan medföra att omgivningen uppfattar den psykiskt sjuke som avvikande.

⁹ Psykiska handikapp, Mårten Gerle, kapitel 5, sidan 37. Redaktör Karl Grünwald.

1.2 Många psykiskt funktionshindrade har ersättning från sjukförsäkringssystemet

En mycket stor andel av de psykiskt funktionshindrade som är kända av psykiatri och socialtjänst lever på någon form av ersättning från sjukförsäkringssystemet.

1.2.1 Stor andel män bland förtidspensionerade med allvarliga psykiska störningar

Av samtliga förtidspensionärer i riket har 88 000 en psykiatrisk diagnos. Enligt Socialstyrelsens kartläggning är 30 000 av dessa psykiskt funktionshindrade.

I den del av undersökningen som rör förtidspensionärer och sjukbidragstagare finns *tre skilda diagnosgrupper*:

- Personer med de psykiatriska diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom.
- Personer med övriga psykiatriska diagnoser.
- Personer med somatiska diagnoser.

Diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom utgör allvarliga sjukdomstillstånd, så kallade psykoser. En stor del av de psykiskt funktionshindrade finns troligen i denna grupp. Dessa två diagnoser var de enda avgränsningsbara ”rena” psykosdiagnoserna i de data som urvalet gjordes från.

Även andra typer av psykiatriska diagnoser kan utgöra allvarliga sjukdomstillstånd med ett funktionshinder som följd. De allvarliga sjukdomstillstånd som leder till psykiska funktionshinder är i de flesta fall av psykotisk karaktär, men även neuroser och personlighetsstörningar kan leda till funktionshinder. Databasen ur vilken individerna i undersökningen är hämtade, innehåller dock inte tillräckligt detaljerad information för att kunna avgränsa alla de individer som lider av allvarliga psykiska störningar.

Gruppen av individer med psykiatriska diagnoser av varierande allvarlighetsgrad (övriga psykiatriska diagnoser) utgör alltså en heterogen grupp. I den ingår troligen såväl personer med psykiska funktionshinder som personer med andra former av psykiska besvär.

Bland förtidspensionärerna finns cirka 17 000 som har någon av diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom. Bland dessa personer har troligen en stor andel psykiska funktionshinder.

Om detta antagande är riktigt innebär det, att för att komma upp till Socialstyrelsens skattning om 30 000 funktionshindrade förtidspensionärer, måste åtminstone 13 000 av förtidspensionärerna i gruppen med andra psykiatriska diagnoser vara psykiskt funktionshindrade. De skulle i så fall utgöra *omkring 20 procent* av förtidspensionärerna med andra psykiatriska diagnoser än schizofreni och vanföreställningssyndrom.

Tabell 1 Männen är kraftigt överrepresenterade bland förtidspensionärer med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom. Hela populationen

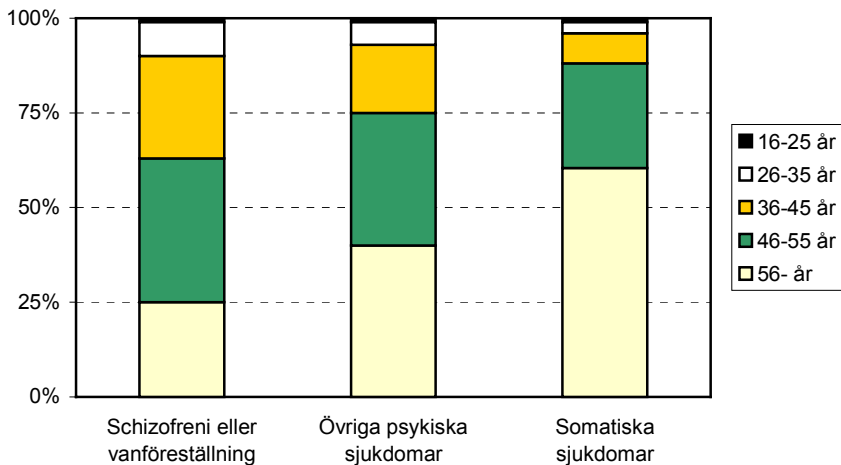
	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kön						
Kvinnor	7 043	41	36 334	51	160 873	56
Män	9 950	59	35 080	49	123 796	44
Totalt	16 993	100	71 414	100	284 669	100

Männen är kraftigt överrepresenterade bland förtidspensionärerna med de allvarliga diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom. Cirka 75 procent av dessa personer har diagnosen schizofreni. Schizofreni debuterar runt 25 års ålder för män och 30 års ålder för kvinnor. Män har ofta ett svårare sjukdomsförlopp än kvinnor, som i större utsträckning har hunnit etablera sig socialt då sjukdomen bryter ut.

Bland personer som är förtidspensionerade med andra psykiatriska diagnoser är fördelningen mellan könen jämn. Av förtidspensionärerna med somatiska sjukdomar utgör kvinnorna en större andel än männen.

Förtidspensionärer med psykiatriska diagnoser är i genomsnitt yngre än förtidspensionärer med somatiska diagnoser. I synnerhet gäller detta gruppen med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom (diagram 1).

Diagram 1 Åldersfördelning bland förtidspensionärer



Det urval av individer som drogs ur hela populationen har en helt annan ålderssammansättning än den i tabellen ovan. I urvalet finns inga individer över 55 års ålder¹⁰. Det är på det urvalet som samtliga tabeller som gäller förtidspensionärer fortsättningsvis bygger på.

1.2.2 Många unga sjukbidragstagare med allvarliga psykiatriska diagnoser

Utöver de 30 000 psykiskt funktionshindrade med förtidspension finns det enligt Socialstyrelsens kartläggning 13 000 psykiskt funktionshindrade utan förtidspension. Av dessa har troligen en betydande andel sjukbidrag.

Drygt 3 000 individer har sjukbidrag med någon av diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom. Närmare 15 000 har andra psykiatriska diagnoser.

Ungefär samma fördelning mellan könen gäller bland sjukbidragstagarna som bland förtidspensionärerna. Männen är överrepresenterade bland personer med diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom. Bland personer med somatiska diagnoser är kvinnorna överrepresenterade.

¹⁰ En närmare beskrivning av hur urvalet är gjort finns i Bilaga 2.

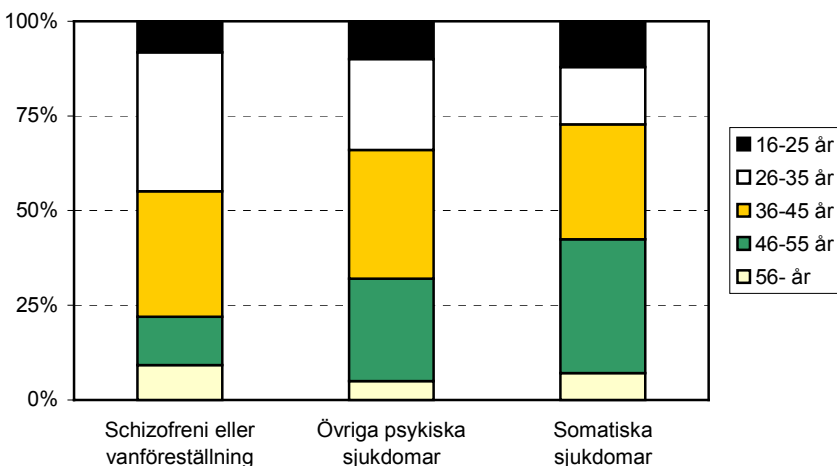
I gruppen med övriga psykiska sjukdomar är fördelningen *inte* jämn som bland förtidspensionärerna, utan kvinnorna är kraftigt överrepresenterade. Anledningen till detta skulle kunna vara att männen med sjukbidrag och denna typ av diagnoser lättare får förtidspension och därmed lämnar gruppen av sjukbidragstagare.

Tabell 2 Männen är kraftigt överrepresenterade även bland sjukbidragstagare med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningsyndrom. Hela populationen

	Schizofreni eller vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kön						
Kvinnor	1 476	43	8 567	59	19 348	64
Män	1 990	57	5 992	41	10 879	36
Totalt	3 466	100	14 559	100	30 227	100

Bland sjukbidragstagare med diagnoserna schizofreni och vanföreställningsyndrom finns en mycket stor andel i åldersgrupperna 26–35 år och 36–45 år (diagram 2).

Diagram 2 Åldersfördelning bland sjukbidragstagare



I gruppen med övriga psykiska sjukdomar är den genomsnittliga åldern högre. Bland personer med somatiska sjukdomar ligger tyngdpunkten i åldersgruppen 46–55 år.

1.2.3 Liten andel psykiskt funktionshindrade bland långvarigt sjukskrivna med sjukpenning

Personer med allvarliga psykiska sjukdomar, psykos, utgör ungefär en till två procent av samtliga långvarigt sjukskrivna med sjukpenning.

Sjukdomar med psykotiska symtom och svåra depressioner utan psykotiska inslag har i detta avsnitt om långvarigt sjukskrivna med sjukpenning klassificerats som svåra psykiska sjukdomar. Denna grupp är alltså vad diagnoserna beträffar snarast en undergrupp till vad som skulle motsvara gruppen med övriga psykiatriska diagnoser bland förtidspensionärerna och sjukbidragstagarna.¹¹

För de flesta långvarigt sjukskrivna, som har svåra psykiska sjukdomar enligt den definition som används här, kommer troligen aldrig något psykiskt funktionshinder att utvecklas. Normalt är det emellertid i första hand bland långvarigt sjukskrivna med sjukpenning som försäkringskassan lägger rehabiliteringsresurser – inte bland sjukbidragstagarna och förtidspensionärerna.

¹¹ Av de långvarigt sjukskrivna med svåra psykiska sjukdomar ingående i denna utvärdering lider en person av schizofreni, en person av vanföreställningssyndrom, sex personer har akuta övergående psykos av olika slag, en person har mani med psykotiska inslag och 14 personer har svåra depressioner med eller utan psykotiska inslag.

Tabell 3 Stor övervikt av kvinnor bland långvarigt sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. Långvarigt sjukskrivna med sjukpenning (60–365 dagar). Urval

	<i>Svåra psykiska sjukdomar</i>		<i>Lättare psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kön						
Kvinnor	19	79	77	64	514	63
Män	5	21	44	36	307	37
Totalt	24	100	121	100	821	100

Bland långvarigt sjukskrivna¹², i detta fall personer som har varit sjukskrivna i mellan 60 och 365 dagar, är kvinnorna markant överrepresenterade (se tabell 3). Detta gäller för samtliga diagnosgrupper men framför allt för dem med svåra psykiska sjukdomar. Den sistnämnda gruppen är dock så liten, 24 individer, att resultaten måste tolkas med försiktighet.

Åldersfördelningen skiljer sig inte nämnvärt mellan de olika diagnosgrupperna bland långvarigt sjukskrivna.

1.3 Vilka individer ingår i undersökningen?

Denna utvärdering bygger på data från två datainsamlingar: dels en gjord under hösten 1999 på förtidspensionärer och sjukbidragstagare, dels en gjord i februari 1999 på långvarigt sjukskrivna med sjukpenning.

1.3.1 Förtidspensionärer och sjukbidragstagare¹³

Ett slumpmässigt urval på sammanlagt 1 000 individer drogs ur hela populationen av förtidspensionärer och sjukbidragstagare. Enkäter med frågor om bland annat planering, utredning och aktiva åtgärder under perioden med sjukbidrag respektive förtidspension besvarades av personal på försäkringskassorna. För sjukbidragstagarna ställdes fler frågor om bakgrundsdata och även frågor om en eventuell, föregående period med sjukpenning.

¹² Data insamlade i februari 1999. ”Den fördjupade bedömningen”, RFV.

¹³ Mer om hur undersökningen är upplagd i bilaga 2.

Det finns inga personer som är äldre än 55 år med i undersökningen. Sannolikheten att få en rehabiliteringsåtgärd av arbetslivsinriktat slag efter denna ålder bedömdes som alltför liten för att motivera att även den åldersgruppen skulle ingå. Personer med diagnoserna missbruk eller psykisk utvecklingsstörning ingår inte heller i urvalet.

Närmare 90 procent av de utskickade enkäterna besvarades.

Det urval av individer som drogs ur hela populationen har en delvis annan ålderssammansättning än den i tabellerna 1 och 2. Framför allt gäller detta de somatiska diagnoserna. Det är dessa individer som samtliga tabeller som gäller förtidspensionärer och sjukbidragstagare fortsättningsvis bygger på.

I urvalet befinner sig 80 procent av sjukbidragstagarna med diagnoserna schizofreni eller vanföreställning i åldrarna 26 till 45 år.

Diagnosen schizofreni är tre gånger vanligare än diagnosen vanföreställningssyndrom. Schizofreni debuterar vanligtvis i åldern 25–30 år. Män insjuknar i genomsnitt fem år tidigare än kvinnor. Detta faktum i kombination med att kvinnorna i allmänhet etablerar sociala nätverk och även bildar familj tidigare än männen, gör att män med schizofreni ofta har sämre förutsättningar att rehabiliteras än kvinnor.

Kvinnorna är mycket kraftigt överrepresenterade i urvalet av sjukbidragstagare med somatiska diagnoser (se Bilaga 1, tabell 3). Det bör påpekas att detta gäller sjukbidrag som har påbörjats under perioden 1995–1998. I tabell 2 som gäller hela populationen av sjukbidragstagare, alltså även de med sjukbidrag som beviljades betydligt tidigare, är könsfördelningen en annan med en mindre övervikt för kvinnorna.

1.3.2 Långvarigt sjukskrivna med sjukpenning

Av de långvarigt sjukskrivna som uppbär sjukpenning har uppskattningsvis endast cirka två till tre procent en allvarlig psykiatrisk diagnos, som har lett till eller kan leda till psykisk funktionsstörning. I de insamlingar av data över sjukskrivna, som har gjorts av Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna efter psykiatrireformen, finns ett alltför litet antal sådana individer för att det ska vara möjligt att utvärdera rehabiliteringen av dem.

Eftersom Riksförsäkringsverket inte har rätt att registrera diagnos för långvarigt sjukskrivna, kan inte heller undersökningar riktade speciellt mot psykiskt funktionshindrade med sjukpenning genomföras.

Data för de personer som ingår i denna del av utvärderingen samlades in i samband med en undersökning som gjordes i februari 1999¹⁴. De hade då varit sjukskrivna med sjukpenning i mellan 60 och 365 dagar. Urvalet bestod av 1 000 individer. Av dessa hade 15 procent en psykiatrisk diagnos.

De långvarigt sjukskrivna med sjukpenning är uppdelade i följande grupper:

- Svåra psykiska sjukdomar¹⁵
- Lättare psykiska sjukdomar
- Somatiska sjukdomar.

Bland dessa långvarigt sjukskrivna har uppskattningsvis endast två till tre individer sjukdomar av ett slag som kan innebära att ett funktionshinder utvecklas.

1.4 Den sociala situationen

Följande avsnitt bygger på det urval som gjordes ur populationen av sjukbidragstagare och förtidspensionärer. Det innebär att ålderssammansättningen är en helt annan för de individer som ingår i tabellerna fortsättningsvis än för hela populationen.

1.4.1 Många psykiskt sjuka är ensamstående

Bland förtidspensionärerna som lider av schizofreni eller vanföreställningssyndrom är mycket få, endast tolv procent, gifta eller samboende. Detta kan jämföras med 20 procent av förtidspensionärerna med andra psykiska sjukdomar och 40 procent av förtidspensionärerna med somatiska sjukdomar.

¹⁴ Den fördjupade bedömningen, 1999.

¹⁵ Av dessa lider en person av schizofreni, en person av vanföreställningssyndrom, sex personer har akuta övergående psykoser av olika slag, en person har mani med psykotiska inslag och 14 personer har svåra depressioner med eller utan psykotiska inslag

Tabell 4 Många ensamstående bland förtidspensionärer med psykiatriska diagnoser. Urval

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Civilstånd						
Gift/sambo	8	12	17	20	32	46
Ensamstående	55	80	62	75	24	35
Änka/änkling	0	0	1	1	3	4
Frånskild	5	7	4	5	5	7
Okänt	1	0	0	0	4	6
Totalt	69	100	83	100	69	100

En liknande situation finns bland sjukbidragstagarna, det vill säga mycket få av dem som lider av schizofreni eller vanföreställningssyndrom, elva procent, är gifta eller samboende.

1.4.2 Somatiska sjukdomar och missbruk relativt vanligt bland psykiskt sjuka

Enligt Socialstyrelsens kartläggning har 40 procent av de psykiskt funktionshindre även en somatisk sjukdom. Uppgifter om det tycks emellertid inte alltid finnas i akterna vid försäkringskassan. Bland förtidspensionärerna med schizofreni och vanföreställningssyndrom som huvuddiagnos fanns endast i 14 procent av fallen en somatisk diagnos utöver den psykiatriska. Bland övriga personer med psykiatriska diagnoser var andelen större, nämligen 24 procent. Kanske betraktas sjukdomarna schizofreni och vanföreställningssyndrom som så allvarliga, att information om ytterligare sjukdomar anses överflödiga.

Missbruk tycks vara mycket vanligt bland sjukbidragstagarna med psykiatriska diagnoser. Av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser har fyra procent haft notering om missbruk i akten vid försäkringskassan. Bland de psykiskt sjuka är andelen högre: nio procent bland dem med diagnoserna schizofreni och vanföreställning och hela 20 procent bland dem som har andra psykiatriska diagnoser.

Missbruk förekommer framför allt bland männen. Bland sjukbidragstagarna med schizofreni och vanföreställningssyndrom hade 17 procent av männen missbruksnotering och tre procent av kvinnorna. Bland sjukbidragstagarna

med andra psykiatriska diagnoser hade så många som 32 procent av männen och åtta procent av kvinnorna missbruksnotering

1.4.3 Fler socialbidrag bland psykiskt sjuka

För urvalet av sjukbidragstagare ställdes frågan om vilken försörjning personen hade då sjukbidraget beviljades. Knappt hälften försörjde sig enbart genom sjukförsäkringssystemet. Fem procent av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser hade socialbidrag som enda försörjning. För individerna med psykiatriska diagnoser var andelen högre, närmare 15 procent.

Fler personer med somatiska diagnoser försörjde sig genom arbete än vad som var fallet för de psykiskt sjuka. Bland de psykiskt sjuka var andelen i genomsnitt knappt 15 procent och bland somatiskt sjuka 28 procent.

1.4.4 En mer omfattande sjukhistorik bland psykiskt sjuka

Denna studie baseras huvudsakligen på individer med sjukbidragsperioder som hade varat i högst fyra år i december 1998. Dessa ingår emellertid i en större grupp av individer med även längre sjukbidragsperioder.

Bland sjukbidragstagarna i den större gruppen hade 77 procent av personerna med somatiska diagnoser efter cirka två år fortfarande sjukbidrag. Motsvarande andel för personer med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningsyndrom var 86 procent och för personer med andra psykiatriska diagnoser 82 procent.

Efter ytterligare två år återstod 35 procent av personerna med somatiska diagnoser, hela 57 procent av individerna med schizofreni eller vanföreställningsyndrom och 47 procent av individerna med övriga psykiatriska diagnoser.

Även långvarigt sjukskrivna personer med psykiatriska diagnoser har en mer omfattande sjukhistorik än personer med somatiska diagnoser. En femtedel av de långvarigt sjukskrivna med psykiatriska diagnoser hade haft ett tidigare långvarigt sjukfall. Detta kan jämföras med en tiondel av de sjukskrivna med somatiska diagnoser.

2 Förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet

Försäkringskassans uppgift enligt Lagen om allmän försäkring är att klarlägga den enskildes rehabiliteringsbehov, göra rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsplan, besluta om rätten till ersättning enligt samma lag och att se till att rehabiliteringsinsatser samordnas.

2.1 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan har ansvar för att göra rehabiliteringsutredning för dem som saknar anställning eller är egna företagare. Försäkringskassan ska även se till att en arbetsgivare fullgör sin skyldighet att utreda rehabiliteringsbehovet för en långvarigt sjukskriven anställd.

När en försäkrad är i behov av en rehabiliteringsåtgärd som kan berättiga till rehabiliteringsersättning ska försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan.

Försäkringskassan har vidare sedan 1992 ansvar för att samhällets rehabiliteringsresurser samordnas på ett sådant sätt att den enskildes behov av rehabilitering tillgodoses. Syftet är att individen trots sjukdom ska kunna återfå förmågan att försörja sig genom förvärvsarbete.

Försäkringskassan ska verka för att de olika rehabiliteringsåtgärder som en försäkrad behöver, och som olika myndigheter och arbetsgivare ansvarar för, fogas samman.

2.1.1 Gränsdragning gentemot arbetsmarknadsmyndigheterna

I början av 1990-talet fastslog regeringen följande: ”Försäkringskassan bör ha ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan bör dessutom ha ansvar för att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd för personer som har en anställning eller annat förvärvsarbete medan arbetsmarknadsmyndigheterna bör ha ansvar för personer som är arbetslösa och vänder sig till arbetsförmedlingen.”¹⁶

Enligt en överenskommelse från 1992 ska försäkringskassan redan i utrednings- och planeringsskedet kunna vända sig till Arbetsförmedlingen eller Ami för att få tillgång till deras resurser, alternativt köpa tjänster hos en annan rehabiliteringsproducent efter samråd med arbetsförmedlingen/Ami. I

¹⁶ Proposition 1990/91:141, s. 55.

arbetsmarknadsmyndigheternas ansvar ingår att vidta och finansiera rehabiliteringsåtgärder.

2.1.2 Myndigheternas skilda mål – ”arbetsför” eller ”anställningsbar”

Försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna har skilda mål för sina verksamheter. Försäkringskassan har målet att enskilda ska återfå arbetsförmågan, det vill säga bli ”arbetsföra”. Arbetsmarknadsmyndigheternas mål är att minska arbetslöshet och att den enskilde ska få ett arbete, det vill säga bli ”anställningsbar”.

Att bli ”anställningsbar”, det vill säga att ha förutsättningar att kunna få en anställning efter genomgången rehabilitering, är ett strängare kriterium än att bli ”arbetsför”. Det senare begreppet är inte relaterat till förhållandena på arbetsmarknaden.

2.2 Åttio procent av försäkringskassans rehabiliterare vill ha mer utbildning

En femtedel av lokalkontorscheferna anger att särskilda handläggare vid deras kontor arbetar med psykiskt funktionshindrade. Vid resten av lokalkontoren är arbetet inte organiserat efter diagnos, utan på något annat sätt.

Av rehabiliterarna svarade en fjärdedel att de arbetar mer än halva sin arbetstid med rehabilitering av personer med psykiatrisk diagnos. En tredjedel lade ned högst 25 procent av sin arbetstid på personer med psykiatriska diagnoser.

Av de rehabiliterare som svarade på enkäten hade 30 procent en högskoleutbildning då de anställdes vid försäkringskassan. Efter anställningstillfället har ytterligare 25 procent genomgått en kompletterande utbildning vid högskola.

Trots den relativt höga andelen rehabiliterare med högskolutbildning bland de svarande känner 80 procent ett behov av mer, eller till och med mycket mer, utbildning. Framför allt önskar man sig större kunskaper i medicin och psykologi. Många vill få tillfälle att fräscha upp gamla kunskaper inom området och ta del av de senaste rönen. Kunskaper i samtalsmetodik och i hur stora krav man kan ställa på en funktionshindrad efterfrågas också.

Det finns även ett behov av mer handledning av psykolog eller terapeut i enskilda fall som rör psykiskt funktionshindrade. Av rehabiliterarna som svarade

på enkäten har 30 procent någon gång fått sådan handledning. Drygt hälften av dem som inte har fått handledning i enskilda ärenden önskar sig en sådan.

2.3 Förändringar efter psykiatrireformen

Psykiatrireformen innebar att kommunernas ansvar för de psykiskt funktionshindrade förtydligades. Avsikten var att de psykiskt funktionshindrade skulle få eget boende och en meningsfull daglig sysselsättning. Cirka tio procent av psykiatrireformens målgrupp utgjordes av personer som kan betecknas som medicinskt färdigbehandlade vad beträffar den psykiatriska slutenvården. Hälften av dessa var emellertid 65 år eller äldre och inte aktuella för försäkringskassans arbete med rehabilitering.

Den andra hälften av de från den psykiatriska slutenvården medicinskt färdigbehandlade, cirka 2 000 individer, består av personer under 65 års ålder. Vissa kan ha tillbringat ganska lång tid inom den psykiatriska slutenvården.

2.3.1 En ökad ärendemängd vid många lokalkontor

Detta skulle i många fall komma att ställa ökade krav på försäkringskassorna. Hälften av de tillfrågade cheferna för kassornas lokalkontor menar att ärendemängden har ökat till följd av psykiatrireformen.

Ambitionen att ge personer som tidigare har levt vid institutioner en meningsfull sysselsättning kan också innebära, att försäkringskassorna får rehabiliteringsansvar för människor som är sjukare än vad som var fallet tidigare. Detta ställer nya krav på kassan. En av lokalkontorscheferna ger följande kommentar: ”Inom vårt område har man dragit ned på resurserna inom psykiatrin vilket medfört en övervältring av problemen på kassan.”

Samtidigt ger flera av cheferna en positiv bild av psykiatrireformens effekter för de psykiskt funktionshindrade. ”De psykiskt handikappade har blivit mer medvetna om sina rättigheter” och ”Mindre institutionsvård” är två av kommentarerna. ”Kommunen starkt engagerad” skriver en av cheferna och andra ger liknande kommentarer.

Möjligheterna till sysselsättning har ökat. Steget därefter, mot en arbetsutbildning i reell miljö, är dock ofta svårt att realisera. Många kommenterar bristen på lönebidragsmedel. Andra pekar på att det saknas lämpliga arbetsutbildningsplatser.

Vad gäller gränsdragningen mellan sysselsättning och arbetslivsinriktad rehabilitering uttrycker sig en av lokalkontorscheferna på följande sätt: ”Risk! När ansvaret vilar på både kommun och stat förlitar sig respektive myndighet på att den andre initierar något och den det gäller får vänta på adekvat åtgärd och utredningsarbetet fördröjs.”

2.3.2 Besparingar motverkar psykiatrireformen

En del kommentarer handlar om effekterna av de besparingar som har gjorts inom de olika verksamheterna under senare delen av 1990-talet.

I enkäten till lokalkontorscheferna ställdes frågan om psykiatrireformen inneburit en förändring i antalet personer med psykiska funktionshinder som blivit aktuella för kassans samordnade rehabilitering. En av cheferna svarar följande: ”Ja, det blev fler så länge det fanns pengar och projekt för att driva verksamhet samt tillgång till pengar för åtgärder. När allt detta försvann så har det blivit sämre.”

Flera av chefernas kommentarer rör på olika sätt resursbrist. I enkäten ställdes frågan om det har blivit lättare eller svårare att samarbeta på ledningsnivå efter psykiatrireformens genomförande. En av cheferna svarar ”I och för sig lättare eftersom dom är medvetna om problemen, men eftersom inga pengar finns händer det inte så mycket. Många får sjukbidrag i avvaktan på skyddat arbete och den väntan är livslång!”

Ytterligare en chef svarar ”Vi har arbetat med olika projekt inom området. När projekten upphört har till viss del arbetsmetodik implementerats i organisationerna. Under senaste året har dock detta successivt ebbat ut, p.g.a. personalminskningar inom de olika organisationerna.”

2.4 Samverkanspropositionen – effekterna av besparingar inverkar negativt på samarbetet

I samverkanspropositionen¹⁷ framhöll regeringen att ett utökat samarbete mellan myndigheterna behövdes, och att det skulle ske inom ramen för de så kallade särskilda medlen från och med 1998.

¹⁷ Proposition 1996/73:63, Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.

Till lokalkontorscheferna vid försäkringskassan ställdes i enkäten en fråga om samverkan i ärenden som gällde psykiskt funktionshindrade hade ökat eller minskat i samband med samverkanspropositionen. Av dem som svarade menade 31 procent att samverkan hade ökat, 24 procent att samverkan var oförändrad och 31 procent att den hade minskat.

En av cheferna skriver följande: ”Inom området har vi haft en väl fungerande samverkan på alla nivåer, drivit projekt etc. för att gemensamt utveckla arbetet. Efter prop:en 1996/97:63 har det tyvärr blivit allt mindre samarbete. Inom samtliga myndigheter har effekterna efter år av besparingar gjort att samarbetet blivit lidande.”

En annan av cheferna trycker på ett annat problem som har med bristande resurser att göra: ”Prop.63 är bra, men det är oftast inte samarbetet som är dåligt utan pengar för VARAKTIG SYSSÄTTNING MED REHABILITERING SOM SAKNAS!”

Synen på effekterna av propositionen skiftar dock mellan de olika kontorscheferna. ”Prop.63 gjorde att samverkan ekonomiskt blivit stabilare” skriver en av cheferna. ”Finns större möjlighet till samverkan eftersom försäkringskassan också ekonomiskt kan vara med och ta sin del” är en annan kommentar.

Till de negativa kommentarerna hör följande: ”Vårt lokalkontorsområde är sedan tidigare ett av de områden som bedrev FINSAM-projekt. Denna aktivitet har skapat fler och bättre effekter än psykiatrireformen och prop 1996/97:63.” Ytterligare en kommentar till samverkanspropositionen lyder ”Förekommer ingen samverkan på ledningsnivå mellan försäkringskassan och andra myndigheter.”

3 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Rehabiliteringen ska återge arbetsförmågan, och därmed ge förutsättningar för försörjning, åt den som har drabbats av sjukdom eller skada.

I propositionen¹⁸ som låg till grund för psykiatrireformen slogs fast att de psykiskt störda i större utsträckning än tidigare bör uppmärksammas i rehabiliteringssammanhang. Propositionen föregicks av psykiatriutredningen. Enligt utredningen hade ansvarsförhållandena mellan de olika myndigheterna, med försäkringskassans fokusering på personer med anställning, medfört att psykiskt funktionshindrade, vilka ofta saknar anställning, inte hade fått rehabiliteringsåtgärder i tillräcklig utsträckning.

3.1 Planering och utredning av rehabiliteringsbehov

Försäkringskassan ska göra utredning om rehabiliteringsbehov för dem som saknar anställning eller är egna företagare. Försäkringskassan ska även se till att arbetsgivare fullgör sin skyldighet att göra utredningar för sina anställda.

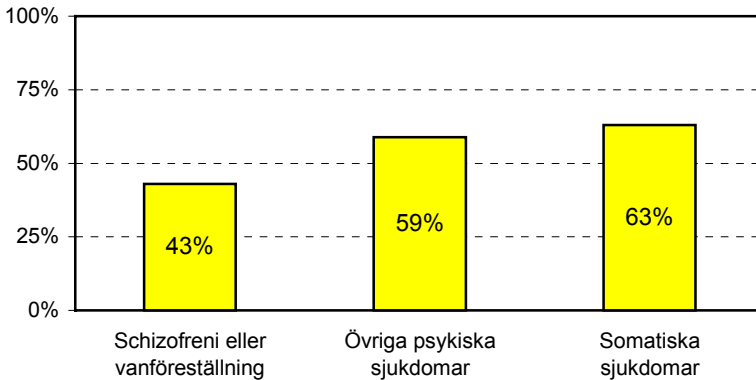
När en person är i behov av åtgärd som berättigar till rehabiliteringsersättning ska försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan.

3.1.1 Försäkringskassan utreder behov av rehabilitering mer sällan för psykiskt sjuka än för andra sjukbidragstagare

Vid tidpunkten då sjukbidraget beviljades hade betydligt fler av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser redan varit föremål för utredning om behov av rehabilitering jämfört med sjukbidragstagarna med de allvarliga psykiatriska diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom (diagram 3).

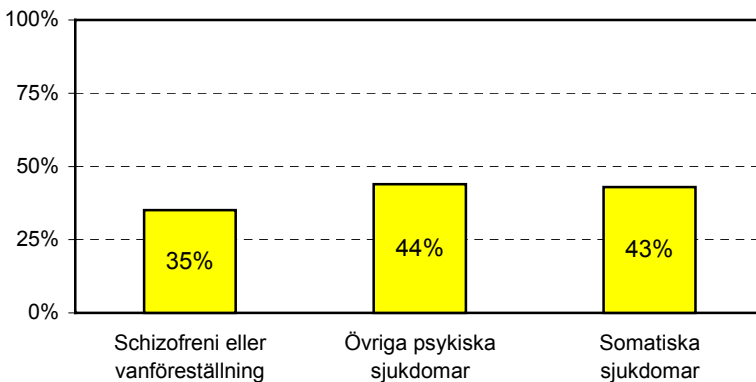
¹⁸ Proposition 1993/94:218.

Diagram 3 Föremål för utredning om rehabiliteringsbehov under föregående period med sjukpenning

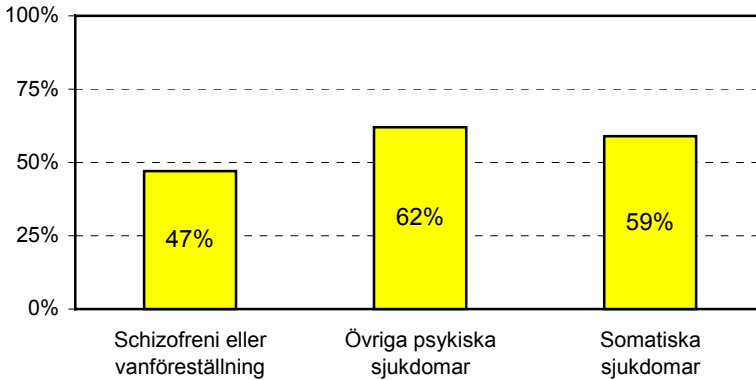


Även senare, under perioden med sjukbidrag förekommer utredning av rehabiliteringsbehov vid försäkringskassan oftare i fall med andra diagnoser än schizofreni och vanföreställningssyndrom (diagram 4).

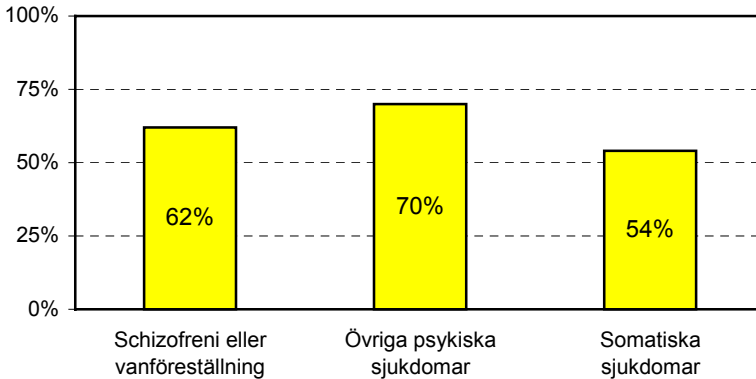
Diagram 4 Föremål för utredning om rehabiliteringsbehov för närvarande



En samlad individuell rehabiliteringsplan har tillämpats eller tillämpas i mellan 75 och 80 procent av sjukbidragsfallen (se bilaga 1, tabell 8). Det skiljer inte nämnvärt mellan psykiatriska och somatiska diagnoser. En rehabiliteringsplan har tillämpats redan då sjukbidraget beviljades i 59 procent av fallen med somatiska diagnoser. Motsvarande andel för personer med de allvarliga psykiatriska diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom är 47 procent (diagram 5).

Diagram 5 Rehabiliteringsplan tillämpades under föregående period med sjukpenning

Under perioden med sjukbidrag minskar emellertid skillnaderna mellan de olika diagnosgrupperna.

Diagram 6 Rehabiliteringsplan tillämpas för närvarande

Andelen sjukbidragstagare med psykiatriska diagnoser har i större utsträckning än sjukbidragstagare med somatiska diagnoser en rehabiliteringsplan som *tillämpas för närvarande*. Andelen personer med diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom där en rehabiliteringsplan tillämpas för närvarande är 62 procent. Motsvarande andel för fall med andra psykiatriska diagnoser är 74 procent och för fall med somatiska diagnoser 54 procent (diagram 6).

3.1.2 Långvarigt sjukskrivna – försäkringskassan väljer att avvakta i många fall med svåra psykiska sjukdomar

Försäkringskassans handläggning av de långvariga sjukfallen med psykiatiska diagnoser tycks inte skilja sig nämnvärt från handläggningen av sjukfall med somatiska diagnoser (se bilaga 1, tabell 10). Det finns emellertid ett par intressanta skillnader beträffande resultatet av den bedömning om behov av rehabilitering som ska göras av försäkringskassan (se bilaga 1, tabell 11).

För det första har försäkringskassan gjort bedömningen att det *inte* föreligger ett behov av rehabilitering i betydligt färre fall med svår psykisk sjukdom än i övriga fall.

För det andra har försäkringskassan i fler fall med svår psykisk sjukdom valt att avvakta i stället för att ta ställning till om behov av rehabilitering föreligger. Detta skedde i hälften av de långvariga sjukfallen med svår psykisk sjukdom. Av de övriga fallen valde man att avvakta i omkring 30 procent.

Bakgrunden till att man avvaktar i så stor utsträckning i fallen med svåra psykiska sjukdomar kan vara rekommendationer i det medicinska underlag försäkringskassan har fått in från sjukvården. Den behandlande läkaren kan ibland rekommendera att den psykiskt sjuke lämnas ifred av försäkringskassan under en längre eller kortare period.

Många psykiska sjukdomar är dessutom av en svårdiagnosticerad natur, och det kan ta tid innan en säker diagnos kan ställas.

3.1.3 Utredning om behov och planering av rehabilitering förekommer även i fall med förtidspension

Den stora gruppen av psykiskt funktionshindrade är förtidspensionerade. Enligt Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen ingår 30 000 av de cirka 43 000 psykiskt funktionshindrade i denna grupp. I urvalet som gjordes för denna undersökning ingår inte personer som har passerat 55 års ålder.

Vad gäller förtidspensionärerna finns inga stora skillnader mellan de olika diagnosgrupperna. I nästan lika många fall med de allvarliga diagnoserna schizofreni och vanföreställningssyndrom som i fall med andra diagnoser har det någon gång under perioden med förtidspension funnits en samlad plane-

ring för rehabilitering och/eller en utredning om rehabiliteringsbehov (se bilaga 1, tabell 12).

I en femtedel av fallen har en samlad individuell planering för rehabilitering förekommit någon gång efter förtidspensioneringen. En utredning om behov av rehabilitering har förekommit i drygt vart tionde fall någon gång efter förtidspensioneringen.

3.2 Svårt att finna lämpliga rehabiliteringsåtgärder för psykiskt funktionshindrade

Flera lokalkontorschefer som har svarat på enkäten pekar på att det saknas lämpliga arbetsträningsplatser för psykiskt funktionshindrade. ”Ami:s krav på bevisad arbetsförmåga om minst 50 % är svårt att tillgodose. De arbetsträningsmöjligheterna är begränsade.” Man menar att arbetstillfällen måste skapas för denna grupp. Möjligheterna för dem att komma ut på den reguljära arbetsmarknaden är alltför små.

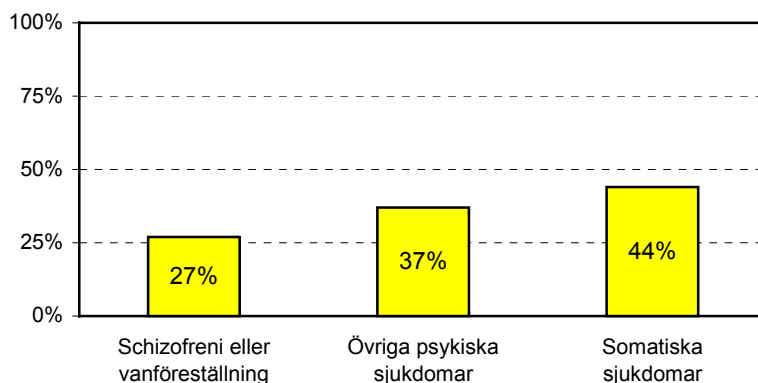
Många av de tillfrågade, såväl chefer som de som arbetar direkt med rehabilitering, pekar på det stora behovet av stödpersoner från i första hand psykiatrin, då arbetsträningen påbörjas. ”När psykiskt sjuka påbörjar någon form av rehabiliteringsåtgärd krävs ordentlig uppbackning i den verksamhet de placeras i. Det behövs mycket support = ökad personaltäthet” skriver en av lokalkontorscheferna.

Inriktningen för försäkringskassans arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering är att den försäkrade ska ha återfått arbetsförmågan inom ett år. Det finns möjligheter till undantag från denna ett-årsregel, men av de kommentarer som rehabiliterarna har lämnat framgår att regeln ändå av många upplevs som ett hinder. ”1 årsgränsen för rehabiliteringsersättning och s k ’normala rikt-tider’ (2–3 månader) för arbetsträning är för korta i flera fall för människor med psykiska funktionshinder.” Man konstaterar vidare att ”Många diagnoser har tidsperspektiv på flera år.”

3.2.1 Psykiskt sjuka får arbetslivsinriktad rehabilitering mer sällan och senare än andra

För hälften av sjukbidragstagarna med psykiatriska diagnoser har någon arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd i form av utbildning eller arbetsträning aldrig förekommit. Motsvarande andel för sjukbidragstagare med somatiska diagnoser är två femtedelar, det vill säga ungefär tio procentenheter mindre (se bilaga 1, tabell 13).

Diagram 7 Arbetslivsinriktad rehabilitering har förekommit under föregående period med sjukpenning



Då sjukbidraget beviljades hade 27 procent av sjukbidragstagarna med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom fått arbetslivsinriktad rehabilitering i form av utbildning eller arbetsträning (diagram 7). Av sjukbidragstagarna med somatiska diagnoser är andelen högre, nämligen 44 procent.

Tabell 5 **Arbetsträning är en betydligt vanligare åtgärd än utbildning bland sjukbidragstagare. Totalt antal individer med respektive typ av åtgärd och åtgärder per 100 individer**

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Totalt	Genom- snitt	Totalt	Genom- snitt	Totalt	Genom- snitt
Under period med sjukpenning:						
Utbildning	6	5	9	7	11	10
Arbetsträning	26	23	45	36	48	46
Tidigare under period med sjukbidrag:						
Utbildning	10	9	12	10	10	10
Arbetsträning	29	26	31	25	25	24
För närvarande:						
Utbildning	3	3	12	10	8	8
Arbetsträning	17	15	10	8	11	10
Antal individer	111		126		105	

Arbetsträning är den vanligaste typen av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd (tabell 5). Under en eventuell föregående period med sjukpenning får personer med somatiska diagnoser arbetsträning och utbildning i dubbelt så stor utsträckning som personer med allvarliga psykiatriska diagnoser. Då fallen fortskrider tycks andelarna med dessa båda typer av åtgärder minska betydligt för sjukbidragstagare med andra diagnoser än allvarliga psykiatriska diagnoser.

I de enkäter som har fyllts i av handläggare vid försäkringskassan för individerna i urvalet har man angivit att det har förekommit ett antal rehabiliteringsåtgärder, som inte har bestått i utbildning eller arbetsträning utan har varit av något annat slag.

Tar man hänsyn till dessa åtgärder ökar skillnaderna mellan de olika diagnosgrupperna. Av sjukbidragstagarna med diagnoserna schizofreni eller vanföreställning har elva individer fått enbart sådana åtgärder. Motsvarande siffra för sjukbidragstagare med somatiska diagnoser är 17 individer.

3.2.2 Förtidspensionärer med psykiatrisk diagnos tycks få färre åtgärder än andra förtidspensionärer

Den stora gruppen psykiskt funktionshindrade har förtidspension. Av de cirka 43 000 personer som psykiatrin och socialtjänsten har kännedom om, är 30 000 förtidspensionerade. Dessa förtidspensionärer med psykiska funktionshinder tycks få rehabilitering i mindre utsträckning än förtidspensionärer med somatiska diagnoser.

Förtidspensionärerna som ingår i denna undersökning kan ha väldigt långa perioder med förtidspension bakom sig. *I följande tabell ingår därför endast personer som har fått en förtidspension beviljad tidigast i januari 1995*, det vill säga vid den tidpunkt då psykiatrireformen trädde i kraft. Eftersom dessa personer är relativt få måste slutsatser dras med en viss försiktighet.

Tabell 6 Förtidspensioner beviljade tidigast januari 1995 – personer med psykiatriska diagnoser tycks få färre åtgärder än personer med somatiska diagnoser

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	Genomsnitt	Antal	Genomsnitt	Antal	Genomsnitt
Utbildning	0	0	2	6	2	6
Arbetsträning	2	6	2	6	4	13
Antal individer	32		35		28	

Beträffande rehabiliteringsåtgärderna gäller samma sak som i fallet med planering och utredning av rehabiliteringsbehov ovan. I det urval som *tabell 6* bygger på ingår personer som i genomsnitt är yngre än vad som är fallet i hela populationen av förtidspensionärer. Inga personer över 55 års ålder ingår. I *hela populationen* av förtidspensionärer är hela 61 procent av personerna med somatiska diagnoser mer än 55 år gamla. Motsvarande andelar för personer med schizofreni och vanföreställning respektive övriga psykiatriska diagnoser är 25 respektive 40 procent.

Eftersom sannolikheten att få en rehabiliteringsåtgärd minskar då man passerar 55 års ålder är andelarna som får åtgärder i urvalet *inte* representativa för

andelarna i hela populationen av förtidspensionärer. Andelarna i hela populationen av förtidspensionärer är troligen betydligt mindre.

3.3 Lokala variationer i utbudet av rehabiliteringsåtgärder

Av rehabiliterarna anser en majoritet, 52 procent, att lämpliga arbetslivsinriktade åtgärder endast kan erbjudas i liten utsträckning åt de psykiskt funktionshindrade. Var tionde rehabiliterare tycker att det inte alls finns några lämpliga åtgärder att erbjuda, medan de återstående anser att det i ganska stor utsträckning finns sådana åtgärder.

Troligen avspeglar dessa varierande uppfattningar en lokal variation i utbudet av rehabiliteringsåtgärder riktade mot de psykiskt funktionshindrade. I vissa kommuner finns verksamheter med speciell inriktning mot bland annat den här gruppen. På andra håll har man närmast en motsatt inställning, att psykiskt funktionshindrade hör hemma inom rena sysselsättningsverksamheter, anordnade av Socialtjänsten. De är, menar man, för sjuka för försäkringskassan att arbeta med.

4 Samordning av rehabiliteringsprocessen

Ansvar för de psykiskt funktionshindrades rehabilitering är uppdelat mellan fyra olika aktörer. Psykiatrin har ansvaret för den medicinska rehabiliteringen och Socialtjänsten för den sociala. I den sociala rehabiliteringen ingår sysselsättningsåtgärder. Försäkringskassan och arbetsförmedlingen/Ami delar på ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Försäkringskassan har även ansvaret för samordningen av rehabiliteringen av försäkrade som är inskrivna vid försäkringskassan. Detta ansvar för samordning av åtgärder gäller alla former av rehabiliteringsåtgärder – även medicinska och sociala. Försäkringskassan ska se till att rehabiliteringen av individen planeras i samverkan med andra aktörer, så att varje åtgärd, medicinsk, social eller arbetslivsinriktad, ger största möjliga effekt.

4.1 Samverkan på ledningsnivå

”Olika myndigheter genomsyras av en vilja att samverka i dessa frågor. Det finns en medvetenhet om att samverkan är nödvändig.” Så kommenterar en av lokalkontorscheferna samverkan på ledningsnivå efter psykiatrireformens genomförande. ”Samverkan pågår utan problem” skriver en annan.

”Genom att man på länsnivå gjort en grundläggande överenskommelse om samverkan finns det en bättre ansats lokalt” menar en av cheferna. En annan har dragit en liknande slutsats: ”Eftersom vi jobbat med regionplaner tillsammans har förståelse och respekt funnits inom respektive myndigheter.”

Trots denna medvetenhet om betydelsen av samverkan påpekar en annan av cheferna att ”Vid behov av ytterligare ekonomiska insatser är det svårt att få respektive myndighet att skjuta till medel. Tålmod krävs för att nå resultat.”

4.2 Samverkan i enskilda ärenden

”Att ha individens bästa i centrum, går bra då alla myndigheterna + individen träffas samtidigt. Då är det självklart vad som är viktigt, nämligen att ge individen det stöd som den har behov av och myndighetens mål (till exempel färre beviljade sjukbidrag) blir ovidkommande.”

Samtliga rehabiliterare uppger att de samarbetar med socialtjänsten – hälften i form av tillfälliga kontakter, hälften i en regelbunden och organiserad form. Nästan alla samarbetar dessutom med primärvården, psykiatrin och arbetsförmedlingen/Ami. Ett organiserat samarbete är vanligast med arbetsförmedlingen/Ami: 60 procent av rehabiliterarna har ett sådant samarbete.

4.2.1 Många fördelar med samverkan

Samverkan medför många fördelar. ”Ansvarsfördelningen tydliggörs så att den det gäller inte ’kastas’ mellan myndigheterna” kommenterar en av lokal-kontorscheferna. ”Gemensamma planeringar spar tid och undanröjer missförstånd” är en annan kommentar.

En av cheferna sammanfattar fördelarna med samverkan på följande sätt:

- ”– Direktkontakt leder till kortare väntetider.
- Minskad byråkrati genom informella kontaktvägar.
- Ökad trygghet för den sjukskrivne genom gemensam planering.”

Det blir lättare för försäkringskassan att avgöra i vilka ärenden det är möjligt att gå vidare. ”Ärenden kan diskuteras öppet och på ett vägvinnande sätt” skriver en av cheferna. En annan menar att ”Genom regelbundna träffar ökar förståelsen för varandras arbete.”

4.2.2 Ansvarsgränserna utgör ett problem

”Samarbetet är gott” skriver en av lokalkontorscheferna men fortsätter ”Viss gränsdragningsproblematik finns i samarbetet vilket fördröjer/försenar insatser/åtgärder. Svårt område, vilket kan förklara att inte så mycket har utträttats hittills.”

Av rehabiliterarna tycker en tredjedel att samarbetet mellan olika myndigheter i enskilda ärenden i allmänhet resulterar i en fungerande rehabilitering för de psykiskt funktionshindrade. Lika många tycker det motsatta.

De problem rehabiliterarna ser i samarbetet rör bland annat de olika myndigheternas regelverk och ansvarsgränser. ”Oklara regelverk som inte tydligt anger ansvarsområden” är ett område som många av de svarande kommer in på. Oklarheterna gäller bland annat vem som har försörjningsansvar och vem som ska finansiera en viss åtgärd. ”Olika kulturer – olika regelverk” är ett annat exempel på en vanlig typ av kommentar.

Bristande samordning mellan myndigheterna skapar också problem. ”Insatser sker vid fel tillfälle i rehabiliteringsprocessen. Förväntningar och krav är inte tydliggjorda.”

Det faktum att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är uppdelad på två myndigheter medför att arbetslösa sjukbidragstagare kan ha svårare att få lämpliga arbetslivsinriktade åtgärder. ”Försäkringskassan får inte köpa reha-

biliteringstjänster för arbetslösa. Arbetsförmedlingen väljer kort arbetsträning via Ami trots att den försäkrade är i behov av längre tids arbetsträning” kommenterar en av rehabiliterarna.

4.2.3 Olika synsätt – olika målsättningar

Ett närbesläktat problem gäller området verksamhetsmål. ”Olika centrala målsättningar” anger en av cheferna som ett vanligt problem med samverkan. Flera kommentarer berör detta område, bland annat ”Målen för de inblandade myndigheterna är olika/motsägelsefulla.” Målet för till exempel den medicinska rehabiliteringen skiljer sig från målet för den arbetslivsinriktade rehabilitering som bedrivs av försäkringskassan, som i sin tur skiljer sig från målet med den arbetslivsinriktade rehabilitering som bedrivs av Ami.

4.3 Psykiatrin vanligaste samverkanspartner i enskilda ärenden med psykiatrisk diagnos

Psykiatrin är den i särklass viktigaste samverkanspartnern i fall där diagnosen är psykiatrisk. Samverkan med psykiatrin är ungefär tre gånger så vanlig som med arbetsförmedlingen/Ami i fall med psykiatrisk diagnos.

4.3.1 I fallen med sjukbidragstagare är arbetsförmedlingen/Ami den andra vanligaste samverkanspartnern

I sjukbidragsfallen har en samlad individuell planering förekommit för 73 procent av individerna med schizofreni och vanföreställningssyndrom (se bilaga 1, tabell 8). Motsvarande andel för de övriga psykiatriska diagnoserna är 80 procent. För individer med somatiska diagnoser är andelen lika stor som för dem med schizofreni och vanföreställningssyndrom, det vill säga 73 procent.

Samverkan med psykiatrin är det i särklass vanligaste i fall med psykiatriska diagnoser. Därefter kommer arbetsförmedlingen/Ami. Det gäller samverkan i individuell planering av rehabilitering som försäkringskassan har kännedom om eller har tagit del i.

Tabell 7 Samverkan i enskilda ärenden där en rehabiliteringsplan tillämpas för närvarande bland sjukbidragstagare. Psykiatrin är viktigast, därefter kommer arbetsförmedlingen/Ami. Urval

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Planering tillämpas för närvarande:						
Psykiatrin	41	37	45	36	1	1
Primärvården	2	2	7	6	19	18
Socialtjänsten	10	9	7	6	0	0
Arbetsförmedling/Ami	14	13	13	10	12	11
Arbetsgivaren	6	5	9	7	8	8
Anhörig	3	3	4	3	4	4
Intresseorganisation	1	1	0	0	1	1
Annan	2	2	2	1	2	2
Ingen tillämpad rehabiliteringsplanering för närvarande	57	51	67	53	60	57
Antal individer	111		126		105	

I en femtedel av fallen med somatiska diagnoser samverkar man med primärvården. För de psykiatriska diagnoserna är andelen där samverkan med primärvården har skett betydligt lägre. Arbetsgivarens roll tycks ha varit viktigare tidigare under sjukbidragsperioderna (jämför tabell 15, bilaga 1).

4.3.2 Under tiden med förtidspension samverkar man betydligt mindre

I tabell 8 redovisas vilka aktörer försäkringskassan har samverkat med vid en samlad individuell planering av rehabiliteringsåtgärder under perioden med förtidspension. Dessa perioder kan vara mycket långa – i urvalet upp till 34 år.

Tabell 8 Samverkan i planeringen av rehabilitering under perioden med förtidspension är vanligast med psykiatrin. Urval

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>		<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Psykiatrin	11	16	16	19	2	3
Primärvården	1	1	3	3	3	4
Socialtjänsten	4	6	3	3	2	3
Arbetsförmedling/Ami	2	3	6	7	10	14
Arbetsgivaren	2	3	2	2	3	4
Anhörig	0	0	3	3	2	3
Intresseorganisation	0	0	1	1	0	0
Ingen samlad planering av åtgärder	55	80	62	75	55	80
Antal individer	69		83		69	

Tabellen visar, att i de fall där man samverkar vid en rehabiliteringsplanering för en person med förtidspension, är psykiatrin den vanligaste samverkanspartnern då diagnosen är psykiatrisk. För personer med somatiska sjukdomar är arbetsförmedlingen eller Ami den viktigaste samverkanspartnern.

4.3.3 Kontakter med arbetsgivaren förekommer i vart sjätte långvarigt sjukfall med psykiatrisk diagnos

Psykiatrin är fortfarande den viktigaste aktören i långvariga sjukfall med psykisk sjukdom. Framför allt gäller det de svåra psykiska sjukdomarna. Kontakterna behöver dock inte ha skett i samband med uppläggning av en rehabiliteringsplan. Data över kontakter finns inte för andra diagnoser än psykiatriska (se bilaga 1, tabell 16).

Arbetsgivaren verkar ha en i förhållande till sjukbidragstagarna och förtidspensionärerna viktigare roll för de långvarigt sjukskrivna med sjukpenning. I vart sjätte långvarigt sjukfall har kontakt förekommit med en arbetsgivare.

5 Hur ska rehabiliteringsarbetet lyckas?

”Jag är en sådan liten länk – ofta är problematiken så ytterligt komplicerad att det är svårt att få överblick. Mycket beror på personens vilja, önskan, motivation.” *Rehabiliterare vid försäkringskassan.*

5.1 Varför misslyckas rehabiliteringen?

Skälen till att rehabilitering av psykiskt funktionshindrade misslyckas kan naturligtvis vara av väldigt skiftande natur. Vissa förhållanden som missgynnar möjligheterna att lyckas med en rehabiliteringsåtgärd är dock speciella för den här gruppen.

”Personen är för rädd för att våga fullt ut. Både rädd för att mista ersättning och för de krav ett arbete ställer – rädda också för arbetslöshet (osäkerhet om försörjning). Vanligt att personen är sjukdomsinriktad – kan inte släppa sjukdom och gå vidare. Ibland finns överbeskyddande personer runt som stoppar, ibland stora sociala problem. – Något händer ofta som omöjliggör rehabilitering.”

Detta citat från en av rehabiliterarna sammanfattar några av de svårigheter som möter den personal som arbetar med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Citatet var ett svar på en av frågorna i enkäten riktad till försäkringskassans rehabiliterare. Frågan var vad det vanligaste skälet är till att rehabilitering av psykiskt funktionshindrade misslyckas.

5.1.1 Sjukdomens symtom

Flera av försäkringskassans rehabiliterare menar att det oftast är sjukdomens symtom som orsakar att rehabiliteringsåtgärder misslyckas. Antingen förvärras sjukdomen och symtombilden ändras, eller också ger den behandlande läkaren en i rehabiliterarens tycke för optimistisk bild av vad personen klarar av. Följande svar på frågan, om de vanligaste skälen till misslyckande, är ett exempel på detta:

”Att den medicinska bedömningen är för optimistisk. Att den medicinska behandlingen inte är klar men att läkarna ’döljer’ det när patienten vill pröva yrkesinriktad rehabilitering.”

I svaret märks en önskan hos rehabiliteraren att de personer man ska ge en arbetslivsinriktad rehabilitering ska vara medicinskt färdigbehandlade. För dessa individer, med sjukdomar som ibland är livslånga och som kan växla mellan akuta perioder och lugnare perioder, är det ofta ett svårt kriterium att uppfylla.

Exempel på symtom som kan uppträda är *överkänslighet* och *tillbakadragenhet*. Dessa symtom främjar inte precis möjligheterna att delta i rehabiliteringsåtgärder. Dessutom kan allvarliga typer av psykiska sjukdomar medföra att *förmågan att tillämpa nya kunskaper* är nedsatt.

En svårighet med att rehabilitera psykiskt funktionshindrade är att själva sjukdomen kan ge den sjuke en speciell identitet – en identitet som psykiskt sjuk. Denna går i viss mån förlorad om rehabiliteringen lyckas. Andra svårigheter har också på olika sätt att göra med motivationen att bli frisk. Ett symtom som det psykiska funktionshindret kan medföra är *initiativlöshet*.

En av rehabiliterarna skriver följande: ”Social och förberedande arbetsträning fungerar ofta, men klarar ej kraven som ställs då det blir aktuellt med anställning (gäller även vid lönebidrag).” Flera andra anger arbetslivets hårda krav som den viktigaste orsaken till att rehabilitering misslyckas.

5.1.2 Ettårsgränsen för arbetslivsinriktade åtgärder

Många av rehabiliterarna anger tidsgränsen för arbetslivsinriktade åtgärder på ett år som ett av de viktigaste skälen till misslyckande. ”Ej möjlighet till yrkesinriktad rehabilitering längre än ett år. Är nästan aldrig arbetsför efter denna tid” är ett typiskt exempel på de kommentarer rehabiliterarna har lämnat om denna ettårsregel.

I Socialstyrelsens utvärdering av Psykiatireformen sägs om det psykiska funktionshindret: ”När det är som mest framträdande, krävs samtidiga insatser och stöd från flera parter. För andra krävs under långa perioder inga som helst insatser. Lagstiftning och regelsystem med utgångspunkt i fysiska och varaktiga handikapp passar därför i många fall illa för personer med psykiska funktionshinder.”¹⁹

Ettårsregeln för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är ett exempel på en sådan regel som är illa avpassad för psykiskt funktionshindrade. ”Dessa personer behöver ofta mycket lång rehabilitering, flera år. Jag tror att det finns en tendens att ge upp för tidigt” skriver en av rehabiliterarna.

¹⁹ Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Sidan 33.

5.1.3 Brist på lämpliga arbetsträningsplatser

På frågan var det största behovet av resurstillskott finns, svarar en av lokal-kontorscheferna ”arbetsförmedlingen/Ami” och tillägger: ”Egentligen handlar det om att det inte finns någon arbetsmarknad för dessa personer.”

Många arbetsgivare är tveksamma till att ta emot psykiskt funktionshindrade för arbetsträning. Detta påverkar även möjligheterna till anställning med lönebidrag. ”Det finns fortfarande en stor rädsla för psykiatrisk problematik, ett fysiskt hinder är lättare för en arbetsgivare att hantera” kommenterar en av rehabiliterarna.

”Kunskapen hos folk i allmänhet är mindre vad gäller psykiskt funktionshindrade. Man känner rädsla. Funderingar finns alltid om missbruk finns med i bilden.” En annan av rehabiliterarna formulerar det på följande sätt: ”Många arbetsgivare och arbetskamrater är tveksamma inför personer med psykoser/neuroser. Det behövs höga lönebidrag.”

5.1.4 Brister i samverkan

Var tredje rehabiliterare tycker att samarbetet med andra aktörer i allmänhet resulterar i en fungerande rehabilitering för de psykiskt funktionshindrade. Lika många anser det motsatta.

De skäl som anges till att samarbetet inte leder till en effektiv rehabilitering är bland annat att ”Insatser sker vid fel tillfälle i rehabiliteringsprocessen. Förväntningar och krav är inte tydliggjorda.”

En annan rehabiliterare anger ”Oklara ansvarsgränser, till exempel vid försörjningsansvar” som skäl till varför samarbetet misslyckas.

En del problem kan relateras till det uppdelade ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. ”Arbetsförmedlingen/Ami anser ofta att personen är för dålig och anser att det inte är relevant med arbete utan mer sysselsättning” skriver en rehabiliterare. Sysselsättning ges i kommunens regi.

En annan rehabiliterare ger följande kommentar till vilka de viktigaste orsakerna till att rehabiliteringen misslyckas är: ”Försäkringskassan få inte köpa rehabiliteringstjänster för arbetslösa. Arbetsförmedlingen väljer kort arbetsträning via Ami trots att den försäkrade är i behov av längre tids arbetsträning (en rehabiliteringstjänst som kan köpas av annan rehabiliteringsaktör).”

En av cheferna anger följande förhållanden som svårigheter i samarbetet: ”Överlämnandet i gränslandet, när ett regelverk ska ta över efter ett annat. Exempel:

- inte längre berättigad till sjukpenning,
- vid arbetsförmågebedömningar,
- Ami:s regelverk vid rätt till åtgärd.”

En annan av cheferna ger följande svar på frågan om svårigheter i samarbetet med andra aktörer. ”Generellt: Alla har olika målsättning med rehabilitering”.

5.1.5 Brist på resurser inom andra verksamheter

Lokalkontorscheferna tillfrågades i sin enkät om var det största behovet av utökade resurser fanns. De svarsalternativ som gavs var psykiatrin, socialtjänsten och arbetsförmedlingen/Ami. En tredjedel av de svarande gav mer än ett svar. Hälften tyckte att arbetsförmedlingen var i störst behov av mer resurser, något färre tyckte att det var socialtjänsten och en tredjedel tyckte att psykiatrin var i störst behov av utökade resurser.

Kommentarerna om vad som fattades inom socialtjänstens område var bland annat följande: ”För få ’inkörsportar’ till yrkeslivet – mer skyddad sysselsättning, arbetsprövningsplatser.” En liknande kommentar är ”Borde finnas större resurser för meningsfull sysselsättning och i förlängningen fler arbetsplatser att prova.”

Beträffande psykiatrin skriver en av cheferna ”Upplever att det tar lång tid innan det händer någonting. För få personer som arbetar inom verksamheten – långa väntetider.”

Även många av rehabiliterarna kommenterar i sin enkät bristen på resurser inom psykiatrin. ”Sjukvården bör tilldelas mer resurser för att kunna ställa upp med kuratorer och dylikt i den omfattning som verkligen behövs. En stor brist idag.” Fler kommenterar samma sak. ”Jag menar att psykologbehandling/stödkontakter inte finns att tillgå i tillräcklig grad. Sjukvården har ej resurser (borde ligga där, tycker jag) och försäkringskassan kan bara bidra med högst 10 samtal/stödkontakter” skriver en annan av rehabiliterarna.

Beträffande resursbristen inom arbetsförmedlingens/Ami:s område kommenterar cheferna framför allt bristen på lönebidragsmedel. ”Lönebidragsmedel som inte är begränsade skulle ge många fler möjlighet att komma ut bland folk än i dag. Sysselsättning som är varaktig och rehabiliterande”

önskar en av cheferna. Många rehabiliterare ger liknande kommentarer i samband med flera olika frågor i enkäten. ”Ekonomiska resurser som exempelvis lönebidrag räcker inte till”.

5.2 Hur vill man förändra förutsättningarna för rehabiliteringsarbetet?

I enkäten ger rehabiliterarna många kommentarer till hur rehabiliteringen av psykiskt funktionshindrade skulle kunna förbättras.

5.2.1 Individens ekonomiska och sociala situation måste vara ordnad

Ofta finns en uttalad rädsla hos den psykiskt funktionshindrade för de ekonomiska konsekvenserna av en lyckad rehabilitering. Ett lyckat resultat kanske leder till en förlust av förtidspensionen eller sjukbidraget och därmed av den ekonomiska trygghet som dessa ger. Individerna behöver känna ekonomisk trygghet.

En av rehabiliterarna vid försäkringskassan föreslår ”Ökat ekonomiskt stöd vid arbetsträning, dels som morot, dels p.g.a. ökade kostnader vid t.ex. resor.”

Flera av rehabiliterarna betonar även vikten av att den funktionshindrade får hjälp med att ordna sin sociala situation *innan* arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder sätter igång.

5.2.2 Rätt arbetsträningsplats mycket viktigt

En psykiskt skör person kan lida av en stor sårbarhet i kontakter med andra människor. En sådan ökad sårbarhet är ett vanligt symptom hos psykiskt funktionshindrade. Detta tillsammans med det faktum, att den psykiska sjukdomen ofta växlar mellan lättare och svårare perioder, gör att psykiskt funktionshindrade har behov av att få verka i en förstående miljö. I rätt miljö kan även en person med psykiska funktionshinder vara mycket produktiv.

Många av rehabiliterarna betonar starkt vikten av att välja rätt arbetsträningsplats. Ur enkätsvaren framstår detta som en av de betydelsefullaste faktorerna för att nå framgång i arbetet med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Den psykiskt funktionshindrade behöver känna trygghet.

”Arbetsträning på skyddad arbetsplats med få anställda – en längre tids arbetsträning med gradvis utökning av arbetstiden” föreslår en av rehabiliterarna som ett sätt att lyckas med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade.

Ett annat, liknande förslag till lämplig arbetsträningsplats lyder som följer: ”En organisation som har lång erfarenhet av denna problematik och där det får ta tid med mycket motivation och stöd för att slussa ut i ett lämpligt arbete. De behöver känna sig behövda.”

En av rehabiliterarna konstaterar att det visserligen är svårt, att skapa arbetsträningsplatser för psykiskt funktionshindrade, ”men om man förbereder arbetsgivaren noga inför varje arbetsprovningstillfälle – att man kan ge extra stöd där det behövs så kan det gå bra. ”

En annan rehabiliterare anger följande som exempel på vad som gör rehabiliteringsåtgärder lyckade: ”Rätt inställning hos arbetsgivare och arbetskamrater. Ställ kraven på rätt nivå.”

Ytterligare en rehabiliterare vid försäkringskassan menar att ett sätt för funktionshindrade att rehabiliteras är genom ”Att få möjlighet att vara på små enheter. Att kunna vända sig till en speciell kontaktperson som kan hjälpa till, stötta samt även kunna leda dem framåt.”

5.2.3 Stödpersoner tillgängliga

Då en psykiskt skör person ska lära sig att fungera på en arbetsplats, kan det uppstå situationer där relationerna till arbetskamraterna ställer till problem.

Många av rehabiliterarna betonar starkt behovet av stödpersoner för de funktionshindrade då arbetsträningen sätter igång. Stödpersonen bör vara tillgänglig då problem uppstår på arbetsträningsplatsen. Sådana stödpersoner behövs även då rehabiliteringen är avslutad och en anställning har påbörjats.

Återigen understryker man betydelsen av att den psykiskt funktionshindrade känner trygghet, vilket lättare infinner sig med en stödperson att vända sig till. ”Mycket stöd av terapeut/psykolog under rehabilitering. Viktigt med mycket stöttning” menar en av de svarande rehabiliterarna.

En lokalkontorschef uttrycker sig på följande sätt: ”När psykiskt sjuka påbörjar någon form av rehabiliteringsåtgärd krävs ordentlig uppbackning i den verksamhet de placeras i. Det behövs mycket support = ökad personaltäthet.”

Detta var en kommentar till frågan var det största behovet av resurser finns. Kommentaren gäller psykiatrin.

5.2.4 Mindre krävande arbetslivsinriktad rehabilitering

I intervjuerna med personal inom såväl psykiatrin, som vid försäkringskassan och Ami framkom tydligt att den arbetslivsinriktade rehabilitering som kan erbjudas i de många kommuner inte är lämpad för de flesta psykiskt funktionshindrade. Kraven för att få delta i åtgärder är alltför högt ställda för att personer som tillhör denna grupp normalt ska kunna leva upp till dem.

Bland annat är steget från psykiatrins och socialtjänstens rehabilitering till Ami:s rehabiliteringsåtgärder oftast för stort för psykiskt funktionshindrade. Målet för Ami:s rehabiliteringsverksamhet är att personen det gäller ska bli *anställningsbar* efter avslutad åtgärd. ”Arbetsförmedlingen/Ami anser ofta att personen är för dålig och anser att det inte är relevant med arbete utan mer sysselsättning” skriver en av försäkringskassans rehabiliterare.

En annan av rehabiliterarna uttrycker sig på följande sätt: ”Måste finnas förberedande rehabiliteringsmöjligheter mellan medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehab, då det i dessa fall ofta krävs en långvarig rehabilitering om den ska bli möjlig att lyckas. Detta kan ske inom olika verksamheter/sysselsättning inom en trygg organisation. Krävs långa rehabiliteringsperioder och mycket stötta, om detta ska bli möjligt.”

”Tillgodose olika behovsnivåer placerade i närmiljön. Möjlighet att gå mellan olika steg, nivåer. Ekonomisk ersättning för deltagande. Behov av enskilt stöd åt individen under vägen tillbaka, även på arbetsplatsen behov av särskilt stöd” menar ytterligare en annan av rehabiliterarna skulle vara ett sätt att i högre utsträckning än i dag lyckas med rehabiliteringsåtgärder.

”En myndighet tilldelas pengar för köp av rehabiliteringstjänster för alla (även för arbetslösa)” föreslår en av rehabiliterarna som ett sätt att förbättra möjligheterna att rehabilitera psykiskt funktionshindrade.

De höga kraven på prestationsförmåga hos dem som anställs vid Samhall kommenteras också. ”En förbättrad, mindre marknadsorienterad samhällverksamhet” önskar en av rehabiliterarna.

5.2.5 Ta tillvara den funktionshindrades intressen

Några av rehabiliterarna kommer in på vikten av att ta tillvara individens egna intressen för att lyckas. Utbudet av lämpliga åtgärder är begränsat och det finns ofta inget att erbjuda som passar exempelvis personer med akademisk utbildning.

”Att man från första stund lyssnar och tar reda på vad personen vill göra i framtiden. Klarlägger möjligheter, hinder etc. och sedan låter personen få tillräcklig tid på sig att klara av åtgärden. Visa att man tror på personen. Att personen har ett stöd som den kan vända sig till då det tar emot. Finansieringen av åtgärder får ej vara olöst.”

”Fler prövningsplatser med olika inriktningar som är relevanta till det enskilda slutmålet” efterlyses.

5.2.6 Lönebidrag – ett viktigt instrument men ingår ej i försäkringskassans ansvarsområde

På många olika frågor i enkäten går svaren in på området lönebidrag – eller snarare bristen på lönebidragsmedel. Lönebidrag anses av rehabiliterarna vara ett mycket viktigt instrument för att hjälpa de psykiskt funktionshindrade in på arbetsmarknaden, men det ligger utanför försäkringskassans ansvarsområde.

”Mer pengar till lönebidrag (kanske 90–100%)” önskar en av försäkringskassans rehabiliterare. Många fler ger liknande kommentarer som svar på bland annat vad som gör att en rehabiliteringsåtgärd ska kunna lyckas.

Man önskar även att kunna ge lönebidrag till en anställning hos en eventuell redan befintlig arbetsgivare. ”Lönebidragsmedel som inte är begränsade skulle ge många fler möjlighet att komma ut bland folk än i dag” skriver en av cheferna.

En annan av cheferna kommenterar en närliggande fråga på följande sätt: ”Många får sjukbidrag i avvaktan på skyddat arbete och den väntan är livslång!”

5.3 Hur går det i de enskilda fallen?

De flesta sjukbidrag avslutas förr eller senare med förtidspension. Det är väldigt få sjukbidragstagare som blir friska i den meningen att de går tillbaka till

arbetslivet. Det är ännu ovanligare att en förtidspension avslutas med att personen blir frisk och arbetsför.

5.3.1 Det vanligaste sättet att avsluta ett sjukbidrag är genom förtidspension

Av de 111 personerna med sjukbidrag och någon av diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom har sjukbidraget avslutats helt för 19 individer och delvis för en (tabell 9). Av de 126 personerna med övriga psykiatriska diagnoser har sjukbidraget avslutats helt för 18 personer och delvis för tre. Motsvarande antal för de 105 personerna med somatiska diagnoser är 25 respektive två. Det verkar med andra ord ha varit en större sannolikhet att sjukbidraget avslutas om diagnosen är somatisk. Detta gäller sjukbidrag som beviljades under perioden 1995 till 1998.

Tabell 9 Om sjukbidraget avslutas sker det oftast genom förtidspension. Sjukbidragstagare. Urval

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>	<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>	<i>Somatiska sjukdomar</i>
	Antal	Antal	Antal
Helt arbetsför	2	3	5
Arbetsför och förtidspension	2	0	1
Arbetsför och annat	0	2	0
Endast förtidspension	14	12	18
Rehabiliteringspenning	1	0	0
Annat	0	1	2
Vet ej	1	3	1
Totalt	20	21	27

Det vanligaste orsaken till att ett sjukbidrag avslutas är att det övergår i förtidspension. Detta gäller oavsett diagnos. Det är fler sjukbidragstagare med somatiska diagnoser som förtidspensioneras än sjukbidragstagare med psykiatriska diagnoser. Detta gäller alltså en begränsad period om fyra år. Så småningom avslutas alla sjukbidrag på ett eller annat sätt. Det tycks dock som om sjukbidragen är längre för personer med psykiatrisk diagnos. (Jämför avsnitt 1.4.4.)

Tabell 10 Om den försäkrade blev arbetsför, vad hände därefter?

	<i>Schizofreni eller vanföreställning</i>	<i>Övriga psykiska sjukdomar</i>	<i>Somatiska sjukdomar</i>
	Antal	Antal	Antal
Reguljärt arbete	2	1	2
Arbete med lönebidrag	3	2	3
Skyddat arbete (dvs. OSA, Samhall)	1	0	0
Utbildning	0	0	1
Arbetslöshet	0	1	1
Annat	0	1	0
Vet ej	0	1	0
Totalt	6	6	7

Ytterst få personer lyckas få ett reguljärt arbete efter avslutande av sjukbidraget (tabell 10). Ytterligare några får arbete med lönebidrag eller skyddat arbete.

5.3.2 Långvarigt sjukskrivna – fyra av tio med svåra psykiska sjukdomar är friska efter ett år

I urvalet av långvarigt sjukskrivna med sjukpenning, vilket ingår i denna undersökning, blev 40 procent av personerna med svåra psykiska sjukdomar friska inom ett år (tabell 11). Att vara frisk betyder i detta sammanhang inte att man är symptomfri eller botad från sin sjukdom, utan helt enkelt att det aktuella sjukfallet avslutades med att man blev arbetsför och att man inte återinsjuknade i ett nytt långt sjukfall under de närmast påföljande månaderna.

Tabell 11 Färre personer med svåra psykiska sjukdomar blir friska jämfört med personer med lättare psykiska sjukdomar eller somatiska sjukdomar(60–365 dagar)

	<i>Svåra psykiska sjukdomar</i>		<i>Lättare psykiska sjukdomar</i>		<i>Somatiska sjukdomar</i>	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Är den försäkrade frisk?						
<i>Nej:</i> Sjukfallet pågår	6	25	38	31	268	33
Återinsjuknat	4	17	16	13	99	12
Helt sjukbidr/ förtidspension	4	17	4	3	28	3
<i>Ja:</i> Frisk	10	42	62	51	398	48
Sjukpenningen drogs in	–		–		4	1
<i>Annat</i>	–		1	1	15	2
Totalt	24	100	121	100	821	100

Bland de långvarigt sjukskrivna med andra typer av diagnoser var hälften friska inom ett år och klarade sig utan fler långvariga sjukfall de närmast följande månaderna.

6 Vad tycker man inom psykiatrin?

Detta kapitel bygger på en enkät utskickad av Riksförsäkringsverket till ett urval av psykiatriska mottagningar i landet. Flertalet av de svarande angav att de samarbetade med försäkringskassan i stor omfattning. En del angav att de inte såg några problem i samarbetet eller i försäkringskassans sätt att samordna rehabiliteringsprocessen. Andra framförde kritiska synpunkter som sammanfattas i de följande avsnitten. Det finns en stor samstämmighet i svaren. I den mån omdömena om försäkringskassans arbete skilde sig åt, tycks det i stor utsträckning ha varit beroende av vilken samarbetsform som har rått.

6.1 Rätt kompetens saknas ofta

”Vissa psykiskt funktionshindrade har god förmåga att utföra ett arbete om arbetsuppgiften är utvald och anpassad efter deras förmåga. Även miljön framför allt den sociala bör tas i beaktande. Detta kan ibland försäkringskassans handläggare se som alltför speciellt och omöjligt.” Så kommenterar en anställd vid en psykiatrisk mottagning det förhållandet, att handläggare vid försäkringskassan inte alltid har samma syn på den psykiskt funktionshindrades problem och möjligheter som personal inom psykiatrin.

”I de fall det finns problem tror jag att försäkringskassans handläggare saknar kunskap om målgruppen” konstaterar samma person. ”Den psykiatriska rehabiliteringen måste ofta ske parallellt med arbetsrehabilitering. Denna samverkan kan säkert förbättras. Patienten måste slussas ut (gäller även öppenvårdspatienter) i samhället successivt. För att tillgodogöra sig funktionshöjande – och social – rehabilitering som krävs för att återgå i arbete, måste ofta även arbetsrehabiliteringen påbörjas parallellt för att få tillgång till en reell arbetsmiljö som utgångspunkt.”

Svaren ovan är representativa för många av dem som gavs i enkäten. En del av de svarande uttrycker sig i starkare ordalag. Följande kommentar gavs till frågan om försäkringskassan samordnar rehabiliteringsprocessen på ett bra sätt:

”Samordnar försäkringskassan rehabiliteringsprocessen??? Rehabilitering sker med en förtroendefull kontakt, typ case manager, och försäkringskassans roll bör vara samarbetspartner, sörja för att skaffa rehabiliteringsmöjligheter, platser för rehabilitering inom arbetslivet. Försäkringskassans tjänstemän har inte kompetens att bedriva rehabiliteringsarbete med psykiskt allvarligt störda personer. (Denna kompetens bör finnas inom psykiatrin.)”

En annan representant för psykiatrin skriver ”Vi som specialistenhet har ibland svårt att få motparten att förstå vad ett ’osynligt’ funktionshinder (psykiskt) kan innebära.” Ytterligare en annan av de svarande menar att ”Psykiskt sjuka patienter behöver oftast en annan förståelse utifrån deras behov i rehabiliteringsprocessen. Det mest typiska är att försäkringskassan har svårt att bemästra personlighetsstörningarna. Kring denna patientgrupp blir det ofta strul, både i utredningsfas och ibland har det resulterat i utförsäkring.”

”Försäkringskassans regelverk upplevs ibland som stelt, tvingande och ej individanpassat. Försäkringskassan bör i större utsträckning tillvarata behandlaren kunskaper om patientens förmåga eller oförmåga att formulera och framföra egna önskemål eller vad som är realistiska mål för rehabiliteringen.”

En känsla hos försäkringskassans handläggare av att inte ha rätt kompetens för att arbeta med gruppen skulle kunna leda till ett passivt förhållningssätt. ”Initiativen kommer inte från försäkringskassans sida” skriver en av de svarande. ”Osäkra på att ’klampa in’, störa processen. Bristande erfarenhet i hur man möter personer med psykiatrisk problematik.”

6.2 Specialiserade handläggare ger stora fördelar

I flera av svaren berättas om vilka erfarenheter man har inom psykiatrin av olika typer av arbetsorganisation inom försäkringskassan.

”Denna grupp ’glöms’ bort på försäkringskassan. De upplever den som svår och liten kunskap finns hos tjänstemännen” skriver en av de svarande. Samma person beskriver den nuvarande situationen vid den egna mottagningen, där en handläggare från försäkringskassan tillbringar en del av sin arbetstid. ”Mycket bättre än tidigare. Snabbare handläggning och högre tillgänglighet. Patienter ser tjänstemannen som ’den gode rådgivaren’ vilket ju är meningen.” Den svarande tillägger ”Vi har tur som har en tjänsteman här som med tiden har övat upp sina kunskaper om denna grupp. Avbyråkratiserat har det blivit.”

”Tidigare enklare när vi hade ’egen’ handläggare knuten till oss” skriver en annan av de svarande. På frågan ”Finns det i allmänhet en gemensam syn på de psykiskt funktionshindrade och på möjligheterna till rehabilitering?” ges följande svar: ”Varierande. Tidigare hade vi en särskild handläggare knuten till oss. Detta system fungerade mycket bättre då!!” Samma person fortsätter: ”Handläggare svåra att nå. Dialogen sämre. Stora förändringar hos försäkringskassan. Dålig information om försäkringskassans nya organisation.”

Ytterligare en av de svarande skriver ”Där vi har ett fungerande samarbete upplever vi att försäkringskassan är mer lyhörd för våra bedömningar vad gäller när rehabilitering är möjlig och lämplig samt på vilken nivå rehabiliteringen bör ske. Detta innebär för patienten en minskad stress och bättre förutsättningar för rehabiliteringen.”

6.3 Kontinuitet och tillgänglighet är viktiga för resultatet

”Inga problem eftersom det finns fasta tider schemalagda, där försäkringskassan träffar dels mottagningsläkare och övrig personal vid behandlingskonferens.” Vad är bra i samarbetet med försäkringskassan? ”Framför allt att försäkringskassans handläggare har en del av sin arbetstid förlagd på mottagningen. Det är därför lätt att få kontinuitet i samarbetet.”

Dessa kommentarer sammanfattar en del av det som man inom psykiatrin ser som viktigt i samarbetet med försäkringskassan i de fall det fungerar på ett bra sätt. Många betonar betydelsen av en personlig kontakt med handläggaren. ”När en personlig kontakt har tagits med handläggare brukar en gemensam syn ’växa fram’.”

En av de svarande skriver i enkäten att det förekommer ”Regelbundna träffar med försäkringskassan och Psykkliniken.” Samma person fortsätter ”Eftersom vi har den strukturen på samarbetet, tror vi att ingen av de långtidssjuk-skrivna ska behöva ’hänga i luften’ utan seriösa försök görs att skapa lämpliga arbeten. Rehabiliteringsplaner görs.”

6.4 Rehabiliteringen måste få ta tid

I enkäten ställde frågades om problem i försäkringskassans sätt att samordna rehabiliteringsprocessen. ”För otåliga. Svårighet att förstå och ha kunskap angående psykiskt funktionshindrade” löd ett av svaren. Liknande kommentarer görs av flera av de svarande. ”Tidsaspekten viktig. försäkringskassan har ibland för bråttom. Rehabiliteringen tar tid – ibland lång tid.”

En annan kommenterar försäkringskassans arbete på följande sätt: ”Samarbetet är betydligt mer omfattande när det gäller patienter med inte fullt så svåra psykiska störningar. Många av patienterna med svåra psykiska störningar får ibland relativt snabbt pension.” Ytterligare en kommentar till ämnet förtidspensionering lyder: ”När den unge försäkringstagaren överförs från sjukbidrag till sjukpension sker det med för stor automatik.”

6.5 Brist på lämplig rehabilitering – arbetsmarknadens krav

”Utredningar osv tar lång tid och när personen varit sjukskriven viss tid, leder det till sjukbidrag och tyvärr vad finns sedan??? Det är inte bara försäkringskassan utan vad finns övrigt i samhället?” Denna kommentar pekar på flera viktiga saker, bland annat att det finns en form av automatik i övergången från vanlig sjukskrivning till sjukbidrag. När en viss tid har förflutit ska rätten till sjukbidrag prövas. Har man väl fått sjukbidrag är det i allmänhet svårare att få arbetslivsinriktade åtgärder.

Flera andra kommentarer rör också på olika sätt det faktum, att arbetsmarknadens krav i allmänhet är för stora för att personerna som ingår i gruppen ska kunna uppfylla dem. ”Problemet är att hitta skyddade riktiga arbeten efter genomförd rehabilitering. Särskilt för dem utan tidigare yrkeserfarenhet och med mer begränsad arbetskapacitet, 25–50 %.”

Detta påverkar även arbetsmarknadsmyndigheternas beslut om vilka som ska få arbetslivsinriktade åtgärder bekostade av arbetsförmedlingen. ”Saknar makt över Ami och arbetsförmedlingen” är ett svar på frågan om vilka problem som finns i försäkringskassans samordning. ”Arbetsrehabiliteringen fungerar ej önskvärt. Kraven är för höga. Det finns för få alternativ. Det behövs flera individanpassade resurser. ’Enkla jobb’ saknas” är en annan kommentar.

”Försäkringskassan m.fl. gör helhjärtade försök att ordna arbete, men p.g.a. rådande arbetsmarknadssituation är det inte helt lätt. Trots fagra löften är det så gott som omöjligt att få ett arbete inom exempelvis Samhall, vilket i de flesta fall är den arbetsgivare som bäst skulle kunna rehabilitera våra patienter.”

6.6 Försäkringskassans handläggare är lyhörda

I enkäten ställdes även frågan ”Vad är bra i samarbetet med försäkringskassan?”. Många av svaren handlade om att kassans handläggare är lyhörda och ordet ”lyhördhet” återkommer även på andra ställen i enkäten.

”Duktiga handläggare med goda kunskaper som är samarbetsvilliga, lyhörda och vänliga, de ger råd och hjälp på bra sätt” är ett exempel på en sådan kommentar. Ett annat exempel är följande: ”Lätta att nå, lyhörda. Positiva till rehabiliteringsinsatser. Ser vikten av att människor kommer i åtgärder.”

Flera upplever försäkringskassans tjänstemän som tillgängliga. ”Tillgängligheten att kunna diskutera ärenden är god, god vilja hos handläggare över

lag.” Andra exempel på positiva inslag är: ”Bemötandet. Bra intresse och vilja att göra något. Uttalad önskan om samarbete.”

Den personliga kontaktens betydelse betonas på flera ställen i enkäten. ”I de fall där mera personlig kontakt har etablerats har det fungerat bra” är en kommentar till frågan, om det finns en gemensam syn på de psyksikt funktionshindre och på möjligheterna till rehabilitering.

En av de svarande skriver: ”Mångåriga kontakter, diskussioner etc. skapat ganska stor samsyn. Gemensam planering med klienten närvarande också bidragit till denna samsyn.” Samma person ger följande svar på vad som är bra i samarbetet med försäkringskassan: ”Informellt, sakligt, bra på att stödja klienterna gentemot arbetsgivaren, en i det stora hela tilltro till människans vilja att ta ansvar för sitt liv.”

Många ser en utveckling inom försäkringskassan mot ett arbetssätt som är mer avpassat efter de psykiskt funktionshindrades speciella problem. ”Försäkringskassan har blivit mycket smidigare, något som är mycket positivt” menar en av de svarande.

”Upplevelsen är den att det hela tiden finns en strävan att uppnå en gemensam förståelse och syn på problemen” är en annan kommentar. Slutligen skriver en av representanterna för psykiatri följande:

”Då vi har en dialog som bygger på ömsesidigt förtroende och respekt för varandras professionalism, har patienterna kunnat se att samtliga aktörer drar åt samma håll och att förståelsen för individanpassade åtgärder ökat. Det har varit bra då försäkringskassan, patienten och olika vårdgivare träffats för gemensam planering av rehabiliteringen. För patienten stärker detta känslan av att myndigheterna samarbetar.”

Bilaga 1

Tabell 1. Åldersfördelning. Hela populationen av förtidspensionärer

	Schizofreni eller vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ålder						
16-25	100	1	970	1	3 453	1
24-35	1 483	9	4 159	6	7 778	3
34-45	4 643	27	13 210	18	21 931	8
44-55	6 538	38	25 318	35	78 757	28
56-	4 229	25	27 757	40	172 750	61
Totalt	16 993	100	71 414	100	284 669	100

Tabell 2. Åldersfördelning. Hela populationen av sjukbidragstagare

	Schizofreni eller vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ålder						
16-25	298	9	1 514	10	3 778	12
26-35	1 393	40	3 456	24	4 477	15
36-45	1 245	36	5 005	34	8 958	30
46-55	484	14	3 918	27	10 667	35
56-	46	10	666	5	2 347	7
Totalt	3 466	100	14 559	100	30 227	100

Tabell 3. Ålders- och könsfördelning. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni eller vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kön						
Kvinnor	49	44	62	49	79	75
Män	62	56	64	51	26	25
Ålder						
16-25	12	11	16	13	16	15
26-35	50	45	57	45	33	31
36-45	39	35	28	22	28	27
46-55	10	9	25	20	28	27
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 4. Civilstånd. Urval av förtidspensionärer

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Civilstånd						
Gift/sambo	8	12	17	20	32	46
Ensamstående	55	80	62	75	24	35
Änka/änkling	0	0	1	1	3	4
Frånskild	5	7	4	5	5	7
Okänt	1	0	0	0	4	6
Totalt	69	100	83	100	69	100

Tabell 5. Civilstånd. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Civilstånd						
Gift/sambo	12	11	41	32	69	66
Ensamstående	89	81	71	56	27	26
Änka/änkling	1	1	2	2	0	0
Frånskild	8	7	12	10	9	9
Okänt	1	0	0	0	0	0
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 6. Försörjning. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Enbart...</i>						
Arbete	18	16	16	13	29	28
Abetslöshets- försäkring	5	5	9	7	5	5
Socialbidrag	16	14	16	13	5	5
Sjukförsäkring	48	43	58	46	45	43
Anhörig	3	3	3	2	5	5
Arbete och sjuk- försäkring	3	3	9	7	6	6
Andra kombinationer	4	4	4	3	2	2
Annat	6	5	5	4	1	1
Vet ej	4	4	5	4	4	4
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 7. Tidigare långvariga sjukfall. Urval av sjukskrivna med långvariga sjukfall (60-365 dagar)

	Svåra psykiska sjukdomar		Lättare psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Längsta sjukfall under närmast föregående tolv månadersperiod:						
0-28 dagar	18	75	82	68	695	85
29-60 dagar	2	8	13	11	48	6
61-	4	17	26	21	77	9
Totalt	24	100	121	100	821	100

Tabell 8. Tillämpade rehabiliteringsplaner. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rehabiliteringsplan tillämpas:						
<i>Ej för närvarande men tidigare under period med...</i>						
Sjukpenning	0	0	2	2	3	3
Sjukbidrag	5	5	6	5	3	3
Både sjukpenning och sjukbidrag	8	7	7	6	17	16
<i>För närvarande men ej tidigare</i>	24	22	20	16	15	14
<i>För närvarande <u>och</u> tidigare under perioder med sjukpenning och sjukbidrag</i>	44	40	68	54	42	40
Ingen rehabiliteringsplan	9	8	10	8	7	7
Bortfall	21	19	13	10	18	17
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 9. Försäkringskassans utredning om behov av rehabilitering. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Föremål för utredning om rehabiliteringsbehov:						
<i>Ej för närvarande men tidigare under period med:</i>						
Sjukpenning	0	0	1	1	3	3
Sjukbidrag	5	5	6	5	3	3
Både sjukpenning och sjukbidrag	14	13	22	17	20	19
<i>För närvarande men ej tidigare</i>						
	5	5	4	3	2	2
<i>För närvarande <u>och</u> tidigare under period med sjukpenning och sjukbidrag</i>						
	33	30	52	41	43	41
Ingen utredning om rehabiliteringsbehov	15	14	14	11	2	2
Bortfall	44	40	33	26	35	33
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 10. Stegen i Försäkringskassans handläggning. Urval av långvariga sjukfall (60-365 dagar)

	Svåra psykiska sjukdomar		Lättare psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Särskilt läkarutlåtande finns	24	100	119	98	809	98
Särskild försäkran finns	23	96	108	89	770	94
Försäkringsläkaren hörd	24	100	107	88	748	91
Fördjupad bedömning före dag 28	12	50	47	39	351	43
Ingen fördjupad bedömning	7	29	60	50	364	44
Okänt	-		-		2	0
Antal individer	24		121		821	

Tabell 11. Resultat av Försäkringskassans fördjupade bedömning. Urval av långvariga sjukfall (60-365 dagar)

	Svåra psykiska sjukdomar		Lättare psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Resultat av den fördjupade bedömningen:						
Behov av rehabilitering	2	8	2	2	29	4
Ej behov av rehabilitering	1	4	24	20	152	18
Avvaktar	12	50	34	28	243	30
Utreda rätt till sjukbidrag eller förtidspension	2	8	0	0	23	3
Ingen fördjupad bedömning	7	29	61	50	372	45
Totalt	24	100	121	100	821	100

Tabell 12. Tillämpade rehabiliteringsplaner och utredning om rehabiliteringsbehov. Urval av förtidspensionärer

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal genomsnitt		Antal genomsnitt		Antal genomsnitt	
Tillämpad rehabiliteringsplan	13	19	19	23	14	20
Utredning	8	12	10	12	10	14
Antal individer	69		83		69	

Tabell 13. Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av utbildning eller arbetsträning. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal %		Antal %		Antal %	
<i>Ej för närvarande men tidigare under perioder med:</i>						
Sjukpenning	10	9	23	18	23	22
Sjukbidrag	12	11	7	6	6	6
Både sjukpenning och sjukbidrag	11	10	14	11	13	12
<i>För närvarande men ej tidigare</i>	4	4	2	2	5	5
<i>För närvarande <u>och</u> tidigare under period med sjukpenning</i>	5	5	3	2	1	1
<i>För närvarande <u>och</u> tidigare under period med sjukbidrag</i>	8	7	9	7	4	4
<i>För närvarande <u>och</u> tidigare under perioder med sjukpenning och sjukbidrag</i>	3	3	8	6	9	9
<i>Ej utbildning eller arbetsträning</i>	58	52	60	48	44	42
Totalt	111	100	126	100	105	100

Tabell 14. Prövning av sjukbidrag eller förtidspension. Urval av långvariga sjukfall (60-365 dagar)

	Svåra psykiska sjukdomar		Lättare psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Arbetslivsinriktad rehabilitering						
<i>Påbörjad rehabiliteringsåtgärd:</i>						
Utredning	0	0	4	3	38	5
Utbildning	0	0	2	2	5	1
Arbetsträning	2	8	11	9	67	8
<i>Ej påbörjad rehabiliteringsåtgärd:</i>						
Prövning av sjukbidrag/förtidspension	5	21	8	7	59	7
Ej ställningstagande	9	38	47	39	290	35
Ej åtgärd	2	8	15	12	88	11
Ej aktuellt	6	25	33	27	271	33
Totalt	24	100	121	100	821	100

Tabell 15. Samverkan i enskilda ärenden där en rehabiliteringsplan har tillämpats tidigare under sjukbidragsperioden.. Urval av sjukbidragstagare

	Schizofreni och vanföreställning		Övriga psykiska sjukdomar		Somatiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Planering har tillämpats tidigare under period med sjukbidrag:</i>						
Psykiatrin	50	45	59	47	1	1
Primärvården	4	4	11	9	23	22
Socialtjänsten	8	7	8	6	1	1
Arbetsförmedling/Ami	13	12	21	17	18	17
Arbetsgivaren	11	10	13	10	16	15
Anhörig	2	2	5	4	2	2
Intresseorganisation	1	1	1	1	2	2
Annan	1	1	1	1	5	5
<i>Ingen rehabiliteringsplanering tillämpad tidigare under perioden med sjukbidrag</i>						
	45	41	38	30	46	44
Antal individer	111		126		105	

Tabell 16. Kontakter med andra aktörer. Urval av långvariga sjukfall (60-365 dagar) med psykiatrisk diagnos

	Svåra psykiska sjukdomar		Lättare psykiska sjukdomar	
	Antal	%	Antal	%
Psykiatrin	11	46	41	34
Socialtjänsten	0	0	5	4
Arbetsförmedlingen	1	4	9	7
Arbetsgivaren	5	21	20	17
Antal individer	24		121	

Bilaga 2

Samtliga tabeller och diagram baseras på resultat från en individundersökning. De avsnitt som innehåller citat baseras på tre andra enkäter. En enkät var riktad till lokala chefer vid Försäkringskassan, en till rehabiliterare vid Försäkringskassan och en till personal vid de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna.

Individundersökningen

I urvalet av individer ingick 700 sjukbidragstagare och 300 förtidspensionärer. Individerna valdes ut slumpmässigt ur Riksförsäkringsverkets data över sjukbidragstagare och förtidspensionärer.

700 sjukbidragstagare

Urvalet stratifierades efter diagnos:

- **Diagnosgrupp I** utgörs av personer med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom.
- **Diagnosgrupp II** utgörs av personer med övriga psykiatriska diagnoser utom missbruks diagnoser och utvecklingsstörning.
- **Diagnosgrupp III** utgörs av alla övriga diagnoser.

Urvalet stratifierades efter ålder:

- 16 – 35 år.
- 36 – 55 år.

Tabell över antal individer. Sjukbidragstagare

	Diagnosgrupp I		Diagnosgrupp II		Diagnosgrupp III		Totalt
	16-35	36-55	16-35	36-55	16-35	36-55	
Totalt	150	150	100	100	100	100	700

Urvalet skulle ha stratifierats även efter tid med sjukbidrag. Detta fungerade emellertid inte, eftersom denna variabel innehöll ofullständiga uppgifter i det datamaterial urvalet drogs ifrån.

300 förtidspensionärer

Urvalet stratifierades efter diagnos:

- **Diagnosgrupp I** utgörs av personer med diagnoserna schizofreni eller vanföreställningssyndrom.
- **Diagnosgrupp II** utgörs av personer med övriga psykiatriska diagnoser utom missbruks diagnoser och utvecklingsstörning.
- **Diagnosgrupp III** utgörs av alla övriga diagnoser.

Urvalet stratifierades efter ålder:

- 16 – 35 år.
- 36 – 55 år.

Tabell över antalet individer. Förtidspensionärer

	Diagnos- grupp I		Diagnos- grupp II		Diagnos- grupp III		<i>Totalt</i>
	16-35	36-55	16-35	36-55	16-35	36-55	
Totalt	50	50	50	50	50	50	300

Svarsfrekvens och uteslutningar

Sammanlagt 882 svarsenkäter har kommit in. Av dessa gällde 633 sjukbidragstagare och 249 förtidspensionärer.

En påminnelse har gjorts.

Tretton individer utgick ur undersökningen, eftersom de inte uppbar sjukbidrag respektive förtidspension i december 1998. Ytterligare 221 sjukbidragstagare uteslöts, eftersom det visade sig att de inte uppfyllde urvalsvillkoret att sjukbidraget hade beviljats tidigast i januari 1995.

Tretton personer utgick ur undersökningen, eftersom de antingen avlidit eller deras akter inte kunde återfinnas vid Försäkringskassan.

Nio enkäter var ofullständiga på så sätt att antingen kontrollnummer fattades eller frågorna inte alls var ifyllda. Dessa individer utgick ur undersökningen.

Tio individer hade flyttat och kunde inte eftersökas på grund av tidsbrist. Dessa utgick därför ur undersökningen.

För 16 individer kom enkäterna in efter den tidpunkt då databearbetningarna hade startat. Dessa individer utgick därför ur undersökningen.

Enkäter med allmänna frågor om samarbete, kompetens etc.

Ytterligare information har samlats in med hjälp av tre enkäter med allmänna frågor om samarbete, samverkan, kompetens och speciella problem vid rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Tidsbrist har gjort att påminnelse inte alltid har kunnat skickas ut.

Enkät till lokala chefer vid försäkringskassan

Enkäten skickades ut i två omgångar. I en första omgång skickades 30 enkäter ut. Efter en påminnelse hade 23 svar kommit in. Ytterligare ett utskick om tio enkäter gjordes. Sex svar kom in utan påminnelse.

Enkät till rehabiliterare vid försäkringskassan

Enkäten skickades ut i två omgångar. I en första omgång skickades 30 enkäter ut. Efter en påminnelse hade 21 svar kommit in. Ytterligare ett utskick om tio enkäter gjordes. Åtta svar kom in utan påminnelse.

Enkät till psykiatriska öppenvårdsmottagningar

Enkäten skickades i två exemplar till en kontaktperson vid varje landsting. I en instruktion ombads kontaktpersonen skicka ut enkäterna till två slumpmässigt utvalda psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Av de sammanlagt 50 utskickade enkäterna kom 37 tillbaka utan påminnelse.