

2017-02-17

**Handläggare: Åke Nilsson****S2016/0711/FS**[s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se)[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)**Regeringen****Socialdepartementet****103 33 STOCKHOLM**

## RSMH:s yttrande över departementspromemorian *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna (Ds 2016:41)*

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss (S2016/0711/FS) 2016-11-17 beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angiven promemoria och vill med anledning härav framföra följande synpunkter.

### Bakgrund

Förutom Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, är även Handikappförbunden en instans som av regeringen inbjudits via remiss att lämna synpunkter på ovan nämnda betänkande. RSMH är medlemmar av Handikappförbunden och aktiva inom Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

Organisationerna inom Handikappförbunden har många gemensamma nämnare och är därför eniga i flera av de frågor som väckts och behandlats i promemorian och föregripande utredningsarbete.

Organisationerna må företräda olika intressegrupper inom funktionsrättsrörelsen och arbeta med olika bevakningsområden, men dessa grupper och områden överlappar ofta varandra. Samma eller likartade formuleringar kan därför förekomma i organisationernas remissyttranden. Ett gemensamt yttrande över förslagen har beretts och kommer i Handikappförbundens namn även att tillställas regeringen.

RSMH har deltagit i processer inom Handikappförbunden som föregått yttrandet och menar att de synpunkter som där framförs är av sådan tyngd och så pass brett förankrade att regeringen inte kan lämna dem obeaktade. RSMH vill dock i eget namn anföra och understryka följande.

### 1. Inledning

RSMH, organiserar sedan 50 år på demokratisk grund människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar. RSMH har därigenom aggregerade kunskaper utifrån ett brukarperspektiv på psykisk ohälsa och dess konsekvenser i mötet med vården, rehabiliteringen och socialförsäkringssystemet.

RSMH representerar människor vars behov av vård, stöd och service inte alltid möts på samma sätt som för andra medborgare och vars alternativ och ekonomiska förutsättningar ofta är ytterst beskurna. Vår styrka och grunden för allt vi gör är våra medlemmars egna erfarenheter av social och psykisk ohälsa, därtill kopplade samhällsinsatser, vård, hjälp, stöd, rehabilitering och återhämtning.

Rehabilitering är ju ett samlingsbegrepp och omfattar medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vilken syftar till återgång i arbete hos arbetsgivaren. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och kommunerna för den sociala rehabiliteringen. Försäkringskassan ansvarar för att rehabiliteringsbehovet klarläggs, samordnar de olika aktörernas insatser och bedömer rätten till ersättning. Ofta krävs som berörd individ ett absurt omfattande arbete för att länka ihop de olika aktörerna som Försäkringskassan i teorin – utan minsta maktmedel – har ansvar för att samordna.

De insatser som gjorts för att förbättra den psykiatriska vården de senaste åren har, menar RSMH, motverkats av förändringarna i socialförsäkringen och av de strukturella förändringar som genomförts inom hälso- och sjukvården. RSMH anser att det är viktigt att förhindra att nya långvariga sjukfall skapas. Att människor straffas ekonomiskt för att de inte fått adekvat vård och stöd är också det kontraproduktiva.

RSMH:s grundläggande uppfattning är nu som tidigare att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård och omsorg med flera måste utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål. Återhämtning och rehabilitering främjas av delaktighet i insatser i rätt tid och i rätt utformning för berörda individer. Våra sociala trygghetssystem måste följa dessa processer i spåren och inte forcera förlopp eller agera kontraproduktivt mot de steg som faktiskt tas mot hälsa, återhämtning och rehabilitering.

Här har inte minst Försäkringskassan en massiv utmaning i att dels tillämpa regelverket lojalt med det överordnade målet att människor inte ska förlora kontakten med arbetsmarknad och möjligheter till egenförsörjning på grund av sjukdom och ohälsa och dels ge en rättvisande bild till lagstiftaren då regelverken synes fungera mindre väl för vissa grupper eller de facto motverkar människors möjligheter att återvinna hälsa och arbetsförmåga.

## 2. Promemorians förslag

**RSMH är lite fundersam** till en alltför försäkringsmedicinsk inriktning av resurser som annars, gud förbjude, kanske kunde nyttjas i en individcentrerad, fokuserad och samordnad rehabilitering. Värdet i att spendera tre kronor i utredning och kontroll för att eventuellt utbetala en ligger på en moralbyråkratisk sfär långt bortom önskemål från RSMH:s medlemmar om hur samhällets knappa resurser bör allokeras.

**Ordning och struktur synes** dock inom ramen för detta allmänna feltänk faktiskt kunna främjas en aning genom promemorians förslag varför inte RSMH inte reserverar sig per se mot flertalet av dessa. Vår uppfattning om Aktivitetsförmågeutredningsverktyget (AFU) kvarstår dock ograverad sedan vårt förbundsyttrande av maj 2013 (se bilaga)

**Vidare är det inte helt glasklart** utifrån resonemang och förslag i promemorian hur författarna tänker sig att frågan om hur etablerade regler kring patientens integritet ska säkerställas även vid försäkringsmedicinska undersökningar.

**Vi vill här då särskilt** lyfta följderna av vårt genom Handikappförbunden gemensamt framförda mening att de medicinska utvärderingarna kan behöva kompletteras med en utredning av hur en försäkrad fungerar i vardagen och psykosociala aspekter och det därför vore det bra om även den kompetens som finns inom socialtjänsten togs tillvara.

**I vad mån sedan eventuell** rehabiliteringsrelevant kunskap som aggregeras genom försäkringsmedicinska undersökningar, enligt förslaget modell, i någon form kan nå faktiska rehabiliteringsaktörer och/eller utveckla Försäkringskassans handläggning vore intressant att veta.

**Annars är det tyvärr lätt** att i huvudsak uppfatta insatserna som huvudsakligen fördröjande, försämrande och förvirrande för en rehabiliteringsprocess. För att hårdra det hela skulle risken då vara att man först genom väntan på och deltagandet i en försäkringsmedicinsk utvärdering (istället för en fokuserad rehabiliteringsprocess under ekonomisk grundtrygghet) utvecklar en sådan djupare funktionsnedsättning att man inte till någon del kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Vår tanke är nämligen att majoriteten av de som anmäler behov av socialförsäkringarna gör det för att faktiska behov föreligger – oavsett svårighet att dokumentera eller kommunicera dessa – samt att kompletterings- och kontrolltider utöver basal handläggning där sökande måste försörjas av närstående eller sociala myndigheter i väntan på att Försäkringskassan kan gå till beslut är kontraproduktivt för hälsa och rehabilitering.

**Vid åtminstone någon** av dessa försäkringsmedicinska undersökningar förutsätter vi att någon udda individ konstateras ha sådana svårigheter och behov att man kvalificerar sig för förmån jämte socialförsäkringen. Om då vägen till denna försäkringsmedicinska undersökning gick över omständigheter bortom den berörda individens faktiska kontroll, men uppenbara och påverkbara för vården, rehabaktörer eller Försäkringskassans handläggare och samordnare utkrävs varken idag eller jämte detta förslag något ansvar för de senare eller föranleder det regelmässigt någon lärande återkoppling vad vi kan se. Då det från vår horisont ofta synes vara själva funktionsnedsättningen som i dagens offentliga gränssnitt försvårat för individer att vara tillräckligt aktiva i sina egna ärenden och kontakter borde ett mer systematiskt tillgänglighets- och förbättringsarbete kunna utvecklas genom inventering av långa och omständliga kompletteringsärenden som må sluta med försäkringsmedicinska undersökningar.

**RSMH tillstyrker annars** promemorians förslag per se. Vi förutsätter dock att ovanstående frågetecken i ett formellt lagförslag förtydligas.

## Riksförbundet för Social och Mental hälsa

**Jimmie Trevett**  
Förbundsordförande

**Kristina Båth Sägänger**  
Kanslichef

**CC: Handikappförbunden  
NSPH**

**Bilaga: RSMH:s förbundsuttalande, maj 2013 ”Låt Riksdagen stifta de lagar som behövs för en rättssäker socialförsäkring i demokratisk ordning”**

## Låt Riksdagen stifta de lagar som behövs för en rättssäker socialförsäkring i demokratisk ordning

Försäkringskassan har i en offentlig utfrågning 2013-05-23 i Socialförsäkringsförsäkringsutskottet i Riksdagen försvarat det sätt man introducerat och utformat ett nytt verktyg för bedömning av arbetsförmåga som ska användas i sjukpenningärenden.

RSMH är av den uppfattningen (som vi tidigare framfört offentligt och till regeringen via Handikappförbunden och NSPH) att verktyget i sin nuvarande utformning riskerar att innebära en försämring för de försäkrade och deras rätt till sjukpenning. I praktiken riskerar verktyget innebära att ett nytt arbetsförmågebegrepp införs bakvägen utan att något nytt beslut fattas om ändring i socialförsäkringsbalken. Vi stödjer de uttalanden som gjorts via Handikappförbunden tillsammans med företrädare för såväl fackliga organisationer som ledande rättsvetare på till exempel SvD Debatt 2013-02-15.

Det finns idag en påtaglig rättssäkerhetsproblematik vid bedömning av arbetsförmåga. Detta behöver åtgärdas. Men, det är tveksamt om Försäkringskassans inspel är svaret på denna problematik. Det är visserligen positivt att väga in den försäkrades uppfattning om sin arbetsförmåga – den första delen av verktyget – men formerna för detta måste övervägas ytterligare. Fördjupade läkarutredningar – den andra delen i verktyget – kan komma att bidra till bättre beslutsunderlag, vilka ofta idag är mycket bristfälliga. Men om den sista delen av det nya verktyget – yrkeslistan – har vi och många andra en rad betänkligheter.

I sjukförsäkringen finns det en uttalad koppling till möjligheten att kunna försörja sig på ett arbete på arbetsmarknaden. Ett sådant arbete innebär krav på normal prestation där ringa eller ingen anpassning kan väntas förekomma med hänsyn till funktionshinder eller medicinska besvär hos en arbetstagare. Det handlar alltså om att göra en konkret bedömning av vilka arbeten en försäkrad med sjukdomsbesvär kan tänkas klara av på dagens arbetsmarknad.

Med verktyget och yrkeslistan riskerar man att en jämförelse av individuell förmåga kommer att göras mot hypotetiska arbeten. Det innebär i sin tur att en försäkrad kan bedömas klara av flera arbeten på listan och därmed nekas sjukpenning, trots att hon eller han inte i praktiken skulle klara de krav som ställs i samma arbeten på den faktiska arbetsmarknaden.

Försäkringskassans nya verktyg innebär, enligt vår mening, en förändring av bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga och motsvarar inte vad lagstiftaren (riksdagen) haft i åtanke och som definierats av högsta domstolsinstans genom rättspraxis. Om ett nytt arbetsmarknadsbegrepp eller en ny innebörd av begreppet arbetsförmåga ska införas i sjukförsäkringen menar vi att det ska ske efter politisk beredning av våra folkvalda parlamentariker och inte genom en ny handläggningsmetod (nytt bedömningsverktyg) som tillämpande myndighet konstruerat.

RSMH

*Försäkringskassans nya verktyg (AFU – AktivitetsFörmågeUtredning) består av tre delar: en första del där den försäkrade själv får beskriva sin situation, en andra del som är en fördjupad medicinsk utredning och slutligen en yrkeslista som anger vilka krav som olika yrken ställer på medicinska förutsättningar för arbete. Verktöget är tänkt att användas i de ärenden där arbetsförmågan är särskilt svårbedömd i första hand efter 180 dagars sjukskrivning när arbetsförmågan ska bedömas mot "normalt förekommande arbete" i stället för mot det egna arbetet eller annat arbete hos arbetsgivaren.*

*I yrkeslistan anges vilka olika krav på fysiska, psykiska och kognitiva förmågor som enligt Försäkringskassan ställs på en individ i drygt fyrtio olika yrken. Den försäkrades hälsotillstånd ska jämföras mot dessa krav för att se om det finns något yrke på listan som den försäkrade klarar av trots sina besvär.*

---

<http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/4818a818-76d5-4164-a4d9-076cb446ce1e/Delrapport3.pdf?MOD=AJPERES>