

2017-05-17

Handläggare: Åke Nilsson

**S2017/01743/SF**

[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 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete* (Ds 2017:9)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har inte direkt genom remiss (S2017/01743/SF) 2017-03-17 ombetts att avge yttrande över ovan angiven promemoria, men vill dock som en av 39 medlemmar i Handikappförbunden (*Funktionsrätt Sverige* från och med dagens datum) likväl som en av 13 medlemmar i Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) och med 50 års erfarenhet av att på föreningsdemokratisk grund organisera människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar relaterade därtill – inte minst med anledning av den korta tiden för samråd – i särskild ordning framföra följande synpunkter.

### 1. Bakgrund

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. Även inom NSPH finns en bred samsyn när det gäller utmaningarna på arbetsmarknaden för människor med psykisk ohälsa.

Särskilt svårigheter att vinna och bibehålla fotfäste på arbetsmarknaden utifrån det sätt som omvärld, stat och samhälle förhåller sig till funktionsnedsättningar respektive psykisk ohälsa är en gemensam nämnare. Samma eller likartade formuleringar kan därför förekomma i organisationernas remissyttranden. Gemensamma yttranden över förslagen har beretts inom ramen för respektive samverkansorganisation och kommer i NSPH:s liksom Handikappförbundens namn även att tillställas regeringen.

RSMH har deltagit i processer som föregått de gemensamma yttranden som framskrivits 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.

**Involverade arbetsgivare har idag** tyvärr alltför ofta haft svårt att förhålla sig till vilka insatser som krävs för att anställda med en funktionsnedsättning och/eller psykisk ohälsa i bagaget ska kunna få ett stöd och en rehabilitering värd namnet då arbetsförmågan sviktar i den kontext de anställda befinner sig i.

**Den 1 juli 2007 avskaffades ju** skyldigheten för arbetsgivare att göra rehabiliteringsutredningar enligt 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) – föregångaren till dagens Socialförsäkringsbalk (SFB) – inom viss tidsram per dåvarande 22 kap. 5 och 6 §§ AFL, avseende avstämningsmöte och rehabiliteringsplan. Denna reform angavs ju vara föranledd av uppfattningen att kvalitetskrav understödda av någon egentlig sanktion saknades och att många ”onödiga och orealistiska” rehabiliteringsplaner slentrianmässigt producerades av arbetsgivare och snarare fördröjde och försvårade en professionell rehabiliteringsplanering genom Försäkringskassans försorg.

**Kvar stod sedan Arbetsmiljölagen** och den därpå avhängiga Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna (AFS 1994:1) blev den avskalade rättsliga reglering som återstod (utöver upplysningsplikten i SFB kap 30 § 6) vad gäller arbetsgivarens ansvar för rehabilitering:

*4 § Arbetsgivaren skall fortlöpande ta reda på vilka behov av åtgärder för arbetsanpassning och rehabilitering som finns bland arbetstagarna.*

*5 § Arbetsgivaren skall så tidigt som möjligt påbörja arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering för de arbetstagare som har behov därav.*

**AFS 1994:1**

**Frågan är dock om Försäkringskassan,** befriade från kravet att ”vänta ut” passiva arbetsgivare snabbare och mer effektivt engagerat sig anställdas rehabilitering. Svaret är inte självklart

ja. Detta inte minst då reformivrarna inte prioriterat att avvakta utvärderingar har det dock inte varit lätt att i praktiken jämföra brister och möjligheter inneboende i olika modeller för att premiera rehabilitering

*Bristen på utvärdering har medfört att senare utredningar inte har kunnat använda erfarenheterna från dessa satsningar för att åstadkomma förbättringar inom rehabiliteringsområdet. De initiativ som tagits kan i och för sig ha varit utmärkta, men eftersom man inte utvärderat deras effekter har de inte överlevt när nya försök att lösa sjukskrivningsproblemen har initierats. Vår övergripande bedömning av alla rehabiliteringsutredningar och satsningar som gjorts är således att hållbara och uthålliga effekter har uteblivit, till stor del beroende på att de genomförda åtgärderna inte blivit utvärderade.*

*Rehabiliteringsrådets delbetänkande (SOU 2010:58) s 14–15*

**Anekdotiska data från berörda** i behov av rehabilitering tyder emellertid på att många arbetsgivare retirerat än längre från konkret engagemang i anställdas rehabilitering och att Försäkringskassan ofta inte förmått möta och engagera de berörda på ett effektivt och ändamålsenligt vis de senaste 7–10 åren.

**Vidare har de insatser som gjorts** för att förbättra den psykiatriska vården de senaste åren, menar RSMH, motverkats av förändringarna i socialförsäkringen och av de strukturella förändringar som genomförts inom hälso- och sjukvården. Förutsättningar för rehabilitering har också påtagligt försämrats. RSMH anser att det är viktigt att förhindra att nya långvariga sjukfall skapas. Att människor straffas ekonomiskt för att de inte i tid fått adekvat vård och stöd är också det ovärdigt ett jämställt samhälle som Sverige.

**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.

**Arbetsgivare måste kunna** våga anställa människor som vill arbeta till sin fulla förmåga en funktionsnedsättning till trots, har en viss sårbarhet eller engagerat sig i en återhämtningsprocess efter akut psykisk ohälsa. De måste kunna känna förtroende för de externa resurser som finns för stöd och rehabilitering och att dessa – vid behov – görs tillgängliga på ett enkelt och förutsägbart sätt så att arbetsgivaren rimligen kan planera sin verksamhet. Ansvar för arbetstagarnas liv och hälsa i relation till arbetet och arbetsplatsen måste – inte minst genom arbetsmiljö- och diskrimineringslagstiftning – åläggas arbetsgivare på ett likvärdigt sätt så att detta åtagande inte undermineras genom konkurrenskrafter på en marknad.

**Trots en rad politiska initiativ** och relativt väl kända brister är det helt enkelt svårt att se att rehabiliteringsstrukturen utvecklats i någon positiv grad sedan millennieskiftet i Sverige:

*Det saknas tillräckliga kunskaper om återgång i arbete. Bättre kunskap skulle öka träffsäkerheten i insatser och utredningar. Om kunskaperna också delades av de ansvariga aktörerna skulle kommunikationen underlättas. Det gäller särskilt kommunikationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Från hälso- och sjukvårdens sida har det t.ex. efterfrågats högre medicinsk kompetens hos Försäkringskassans handläggare*

*Bristen på initiativ är särskilt påtaglig i början av ett sjukfall, något som bl.a. Försäkringskassan och olika experter uppmärksammat. Alltför ofta skjuts initiativ på framtiden i avvaktan på att det blir aktuellt med ett ersättningsärende hos Försäkringskassan, i stället för att arbetsgivaren, den enskilde och hälso- och sjukvården har kontakt tidigare*

***Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21) s 600***

---

*Utredningens kartläggning har visat stora brister i utbudet. Dels har bristerna varit av generell karaktär, som exempelvis brister i stödet av personer med psykiska sjukdom eller stressrelaterade besvär, dels har bristerna varit sådana att utbudet är begränsat eller att det endast finns på vissa ställen i landet. De regionala och lokala skillnaderna i utbud är vidare stora. Det finns också brister i att nödvändiga utredningar inte genomförs inom föreskriven tid. Kvaliteten i utredningarna behöver dessutom förbättras. Även remissinstanser instämmer i den bild av situationen som utredningen presenterat i diskussionspromemorian, dvs. att rehabiliteringsutredningar görs sällan och att rehabilitering kommer igång allt senare.*

***Vidgad tillgång till rehabiliteringsmöjligheter (SOU 2000:78) s 336-337***

---

Detta samtidigt som psykisk ohälsa nu tydligt kommit att dominera våra sjukskrivningar...

*Sjukskrivning med psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt under de senaste åren och är i dag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Ungefär 48 procent av kvinnors sjukfall har en psykiatrisk diagnos. Motsvarande siffra för männen är 36 procent.*

***Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9) s 16***

---

## 2. Promemorians förslag

**I promemorian föreslås att:**

- en skyldighet införs för arbetsgivare att ta fram en plan för återgång i arbete tillsammans med arbetstagaren senast då arbetstagaren har varit frånvarande på grund av sjukdom i 30 dagar,
- i planen bör ingå att arbetsgivaren vidtar anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder,
- det nuvarande arbetsplatsnära stödet till arbetsgivare bör utvidgas till att även omfatta planering, genomförande och uppföljning,
- namnet på det arbetsplatsnära stödet bör ändras till arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd,
- arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd bör kunna lämnas till en arbetsgivare med högst 10 000 kronor per arbetstagare och år.

Lag- och förordningsändringarna föreslås träda ikraft den 1 juli 2018.

**RSMH tillstyrker promemorians** förslag per se, men menar att stödet till arbetsgivarna direkt (både ekonomiskt, kunskapsmässigt och praktiskt) kunde varit mer påkostat med tanke på de kostnader och lidande utdragna och i förekommande fall misslyckade rehabiliteringsprocesser innebär för samhälle och individ.

**Konstruktiv kontakt med arbetsplatsen** och tillgång till tidiga evidensbaserade rehabiliteringsinsatser vars form man har personligt inflytande över är, enligt RSMH:s erfarenheter, framgångsfaktorer som alltför många idag sjuka och arbetslösa inte fått uppleva i praktiken. Promemorians förslag är här såvitt vi kan bedöma ett fall framåt.

## Riksförbundet för Social och Mental hälsa

**Jimmie Trevett**  
Förbundsordförande

**Kristina Båth Sägänger**  
Kanslichef

**CC: Handikappförbunden  
NSPH**

---

### Tidigare reglering 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) pre 2007-07-01

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,
2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller
3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas Försäkringskassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om rehabiliteringsutredningen inte kan slutföras inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till Försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas Försäkringskassan.

...Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det

### Föreslagen reglering ny SFB kap 30 § 6 från och med 2017-07-01

Om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar ska arbetsgivaren senast den dag som den försäkrades arbetsförmåga har varit nedsatt under 30 dagar ha upprättat en plan för återgång i arbete. Om det har antagits att den försäkrades arbetsförmåga inte kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar och det därefter framkommer att nedsättningen kan antas komma att fortgå under minst 60 dagar ska dock en sådan plan omgående upprättas.

En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. Om hälsotillståndet därefter förbättras ska dock en plan omgående upprättas. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den.