

2015-08-14

**Handläggare: Åke Nilsson
Anna Langseth****S2015/1554/SF****Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM**

Yttrande över slutbetänkandet Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21) av den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss (S2015/1554/SF) 2015-03-24 beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angivet betänkande och vill med anledning härav framföra följande synpunkter.

Bakgrund

Förutom Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, är även nätverket Nationell samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och Handikappförbunden instanser som av regeringen inbjudits via remiss att lämna synpunkter på ovan nämnda betänkande. RSMH är medlemmar av Handikappförbunden och aktiva inom NSPH.

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

Organisationerna må företräda olika intressegrupper inom funktionshinderrörelsen 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 de 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.

Vidare avser RSMH att genom samverkansorganet NSPH att tillsammans med övriga patient-, anhörig- och brukarorganisationer i nätverket inkomma med ett gemensamt yttrande över betänkandets förslag.

Utöver de synpunkter som i gemensamma yttranden framförs vill dock RSMH, med stöd i våra medlemmars omedelbara erfarenheter, även här anföra följande.

Inledning

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, organiserar sedan 1967 på föreningsdemokratisk grund människor med olika former av psykisk ohälsa. En stor grupp bland våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar. Människor vars behov av vård, stöd och service inte alltid matchats från det allmänna på samma sätt som för övriga medborgare.

Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur bl.a. rehabilitering och sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, inte minst med avseende på tillgänglighet, möjligheterna till ett mer eller mindre fritt val eller utrymmet att som patient/vårdtagare påverka vårdens innehåll och premisser. Vi representerar dessutom människor som i många fall inte alls har något fritt val utan tvingas till vård under tvång. Många av våra medlemmar har på nära håll bevittnat de förhållanden och processer som föregått självmord och självmordsförsök.

Vår uppfattning är att den parlamentariska socialförsäkringsutredningen i stort sett misslyckats i att – utifrån tillgängliga data, kunskap och statistik – såväl uppfatta som i sina förslag väga in att utfallet och konsekvenserna av att dagens socialförsäkringssystem aktivt missgynnar de med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Vi tar oss därför friheten att inledningsvis påpeka de fakta även utredningen torde haft tillgång till.

De insatser som gjorts för att förbättra den psykiatriska vården de senaste åren har 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.

I jämförelse med befolkningen i övrigt kan man krasst konstatera att människor med psykisk ohälsa har väsentligt lägre inkomster, högre levnadskostnader och kortare utbildning. De har dessutom svårare att få arbete, riskerar att fastna i ett livslångt beroende av bidrag och lider i högre grad än andra av ensamhet och isolering. För de med allvarligare psykisk ohälsa är också den genomsnittliga livslängden upp till 20 år lägre än befolkningen i övrigt. Sammantaget visar bilden att personer med psykisk ohälsa är en mycket utsatt grupp. Många saknar helt enkelt egna resurser att kunna ta sig ur en svår livssituation.

Den absoluta majoriteten i den grupp RSMH organiserar vill arbeta. De flesta kan också arbeta, om än inte alltid hela tiden eller på heltid. Här är den rådande faiblesen för en schematisk och statisk bild av arbetsförmåga – där ögonblicksbilder och daterade medicinska underlag förväntas ge ett absolut facit för varje dag under resten av de bedömdas liv – ett påtagligt problem.

POSTADRESS	TELEFON	HEMSIDA	PLUSGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	www.rsmh.se	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Det vi kräver är i grunden inga specialinsatser eller gräddfiler utan att som alla andra medborgare ha tillgång till en bra fungerande vård, bra rehabilitering, ett tryggt och förutsägbart socialförsäkringssystem och en fungerande arbetsmarknad. Det som skiljer ut den grupp vi representerar är att utfallet av vård, stöd, rehabilitering, m.m. tar tid (ofta långt bortom rehabiliteringskedjans schabloner) och att återhämningsprocessen ibland tar ett steg fram och två tillbaka med skov och stressutlöst fördjupad ohälsa.

Personer som efter mycken kamp och stöd från arbetsgivare och andra rehabiliteringsaktörer funnit former för fungerande halvtidsarbete uppmanas idag att säga upp sig och gå till arbetsförmedlingen för att söka heltidsarbete på annan ort med okända (och i vissa fall rent krasst obefintliga) möjligheter till det stöd som var förutsättningen för dem att uppnå viss arbetsförmåga på hemorten.

Lätt tillgängliga och väl fungerande insatser från socialtjänst, kommun och hälso- och sjukvård som möjliggjort eller bidragit till att förstärka den enskildes arbetsförmåga avvecklas nu för att man schematiskt ska pröva arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden. Människor tvingas med andra ord ofta bort från det fotfäste de fått på arbetsmarknaden eller in i rollen som "working-poor"; de arbetar till sin fulla förmåga, men kan inte enbart på marknadsmässig lön för detta försörja sig.

Snäva och rigida tidsgränser i socialförsäkringssystemet som inte är anpassade till psykisk ohälsa har inneburit stora problem för gruppen. Adekvat medicinsk behandling är oftast inte avslutad, sällan utvärderad, ibland inte ens påbörjad när patienten enligt regelverket ska prova andra arbetsuppgifter efter 90 dagar - respektive provas mot den öppna arbetsmarknaden efter 180 dagar.

Personer med psykiska funktionsnedsättningar har en besvärlig situation med små möjligheter att komma in på den reguljära arbetsmarknaden. Sysselsättningsgraden ligger väl under 20 %, d v s långt under alla andra grupper på arbetsmarknaden. Det är orimligt att förvänta sig att en person som lider av ett psykiskt ohälsotillstånd i ett nästintill akut skede skall klara av att med framgång söka arbete.

För att göra sig gällande på dagens arbetsmarknad krävs dessutom ofta att personen ifråga är "stresstålig" samt besitter "social kompetens". Personer som lider av psykiska funktionsnedsättningar är - av naturliga skäl - mycket stresskänsliga och ängsliga inför nya situationer. RSMH har kunnat konstatera att de strikta tidsgränserna har haft motsatt effekt och lett till en ännu mer omfattande utslagning av psykiskt sjuka från arbetsmarknaden.

Det finns goda skäl – humanistiska och samhällsekonomiska – för att åter införa någon form av tidsbegränsad sjukersättning för personer med långvarig psykisk ohälsa. Många som lider av psykiska ohälsotillstånd behöver flera år för behandling. Om dessa personer skall komma tillbaka till ett aktivt förvärvsliv, är det av stort värde att man har en trygg sjukdomstid och får behålla sin anställning. För de som ännu inte fått fotfäste på arbetsmarknaden utan under

studietid eller motsvarande ungdomstid drabbats av psykisk ohälsa är givetvis motsvarande trygghet viktig för att kunna göra en omstart i livet.

Det vore uppskattat om ovanstående perspektiv inte lika effektivt som i betänkandet tvättades bort i remissammanställningen på socialdepartementet.

Yttrande

Människor med allvarligare psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar möter ofta i dagens svenska samhälle stora svårigheter i sin strävan efter ett självständigt liv, hälsa, studier och arbete. Merparten av dessa svårigheter kunde vara undvikbara om vilja och resurser utanför de berörda själva kunde mobiliseras och samordnas på ett mer strukturerat vis. RSMH vill här understryka, stödja och fördjupa den mer allmänna problembild som Handikappförbunden direkt och formellt tillställde utredningen redan 2011.

Idag råder nämligen för människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning inte sällan ett ytterst destruktivt samspel mellan socialförsäkring och arbetslöshetsförsäkring i kombination med brister i vård/rehabilitering, arbetsplatsernas utformning och arbetsgivarnas attityder.

Man blir med den förkunskapen tyvärr ganska beklämd och illa berörd, när man läser utredningen. Med några få enstaka undantag präglas utredningens syn på socialförsäkringarna och de människor som skall försäkras av misstänksamhet, misantropi, hyckleri och cynism. Utgångsläget tycks hela tiden vara att man måste hitta regleringar, som hindrar människor att missbruka försäkringarna och "motiverar" dem att så snart som möjligt återgå i arbete.

Hyckleriet avspeglar sig i direkt motstridiga formuleringar om människors drivkrafter. I ett avsnitt talar man om arbetslivets betydelse för att människor skall känna delaktighet, mening, sammanhang och stärkt självkänsla i egen försörjning. Man säger att sjuka och arbetslösa människor inget annat vill än att få ett arbete. I flera andra avsnitt säger man i stället, att ersättningarna inte får bli för generösa, eftersom drivkrafterna att söka arbete då kan bli för svaga. Hur man får ihop dessa båda "analyser" är för RSMH en gåta.

Utifrån de ramar som utredningen givits och de politiska skyggglappar man själv ålagt sig lyckas man med två märkligheter då man försöker analysera behovet av reform för att uppnå en effektiv och långsiktigt hållbar modell för socialförsäkringarna. Å ena sidan drar man inga större slutsatser av att psykisk ohälsa som grund för arbetsfrånvaro och svårigheter att uppnå egenförsörjning idag tydligt framstår som en dominerande faktor. Å andra sidan problematiserar man heller inte på allvar den strukturella utarmning som skett i Sverige av möjligheterna till adekvat rehabilitering för de med mer komplex ohälsoproblematik (inte minst av psykisk natur) där rehabiliteringsprocesser i trots mot etablerad kunskap och behov tillåts dra ut på tiden in absurdum och sjuka människor "utförsäkras" till arbetslöshet med obesvarade remisser i hand.

Rehabilitering är 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.

Det finns annars två viktiga svagheter i utredningens förslag och därutöver ett nytt och direkt oacceptabelt uppdrag för hälso- och sjukvården. De två svaghetererna är följande:

- 1. Patientens samverkan och delaktighet vid bedömningarna av sjukskrivning respektive arbetsförmåga lyser nästan helt med sin frånvaro i resonemangen och förslagen. Detta är förstås ganska häpnadsväckande och avspeglar åter politikernas misstro mot befolkningen. Utan respekt för patienternas egna upplevelser och bedömningar får vi emellertid ett iskallt Kafka-samhälle.**
- 2. Utredningen lämnar inga genomtänkta och strukturerade förslag om hur standardtryggheten skall kunna säkras för människor, som p.g.a. ohälsa tvingas pendla mellan arbete och sjukskrivning under livets lopp eller som aldrig ens har fått fotfäste på arbetsmarknaden – kort sagt just de människor vi organiserar. Om utredningens förslag genomförs, riskerar de grupper RSMH företräder att hamna i än sämre ställning i samhället, än som redan gäller idag.**

Det finns i utredningens förslag också en genomgående önskan om att forcera rehabilitering och återgång i arbete, vilket är direkt kontraproduktivt för människor med psykisk ohälsa. Åtgärder för att stressa fram en återgång i arbete riskerar i hög grad att försämra hälsan för de berörda och förskingra de samhällsinvesteringar i hälsa och rehabilitering som faktiskt kommit individerna till del.

Återgång i arbete är naturligtvis oftast en god målsättning för den som är sjuk eller arbetslös. Många som diskrimineras och utestängs därifrån – bland annat människor med psykisk ohälsa – vill heller inget högre än att få känna sig behövda i arbetslivet. Att de då inte får den möjligheten hör till de stora orättvisorna i samhället. Samtidigt är det ett faktum, att den som lider av ohälsa i första hand, och i möjligaste mån, behöver få sin hälsa tillbaka. Arbete och arbetsgemenskap kan i bästa fall bidra till det, men det är ingen lösning i sig och det kan faktiskt ibland göra mer skada än nytta.

Dagens arbetslinje har också fött ett nytt synsätt på sjukskrivningens roll. Ur en statistik, som visar att människor som sjukskrivs ofta får svårigheter att komma tillbaka till arbetslivet igen, har förespråkarna för arbetslinjen dragit slutsatsen att "sjukskriv-

ning är en dålig behandling”. Det händer att sjukskrivning används i förebyggande syfte, för att underlätta tillfrisknande eller minska risken för försämring, men huvudsakligen är sjukskrivningen en åtgärd som tillgrips av nödtvång, när en människa på grund av ohälsa har helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. Det handlar alltså inte om att väga sjukskrivning mot arbete som alternativa ”behandlingsmetoder”!

Det är alltså oerhört viktigt att hålla i minnet, att sjukskrivning inte i sig är en behandlingsinsats och att den därför inte heller skall bedömas på sådana grunder. Sjukskrivning är en åtgärd som vidtas, när en människa på grund av ohälsa har helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. Tanken att ”ordinera” arbete som behandling är i ett sådant läge direkt bisarr!

Arbete kan förvisso ofta bidra till förbättrad hälsa och livskvalitet, men det är långtfrån självklart eller alltid så. Om kraven på snabb återgång i arbete är för hårda, eller om det arbetsliv man skall slussas tillbaka till är ohälsosamt, kan återgången i stället leda till försämrad livskvalitet och sämre möjligheter att återfå en god hälsa.

Utöver de positiva effekter arbetslivet de facto kan ha för många människor, tyder mycket på att synen på arbetet och arbetslinjen egentligen har moralistiska och krasst ekonomiska förtecken i dagens politiska landskap. Bakom de vackra fraserna om arbetets möjligheter att stärka självkänslan och ge gemenskap frodas också de betydligt mer cyniska uppfattningarna om individens plikt att ”göra rätt för sig” och ”inte ligga samhället till last”. På annat sätt är det svårt att tolka arbetets nuvarande upphøjelse till det yttersta målet för all vård och rehabilitering.

Utifrån utredningens förslag kommer troligen en mängd högst integritetskänsliga uppgifter att samlas in, registreras och spridas mellan olika användare om nu förslaget, såsom det är formulerat i betänkandet, går igenom. Visserligen återfinns på flera ställen i betänkandet skrivningar om att hanteringen av känsliga personuppgifter måste vägas mot det integritetsintrång det innebär, men några mer kvalificerade tankar om hur detta i praktiken ska ske är svåra att ur betänkandet utläsa. Att reflexmässigt offra den personliga integriteten på den presumerade effektivitetens altare då man hanterar viktiga och komplexa frågor är inte något RSMH är bekväm med.

I utredningen diskuteras och redovisas – ibland utan någon djupare analys - en mängd frågor och möjliga förändringar som inte leder inte fram till några förslag. Det gör utredningen rörig och svår att överblicka. Av särskilda yttrande framgår också att man, inom utredningen, inte varit helt överens i vissa premisser och avstämningar. Utredningens arbete har sannolikt också påverkats av den livliga debatt och turbulens om socialförsäkringen som präglat utredningstiden.

Vårt samlade intryck är att flera av utredningens förslag inte är tillräckligt utredda och genomtänkta. Vi saknar bland annat en mer tillgänglig analys av förslagets konsekvenser - både för den försäkrade och för övriga parter som kommer att beröras av förändringarna.

I utredningen saknas också på ett besvärande sätt förslag som rör unga personer utan erfarenhet av arbetsmarknaden. De förslag om fördjupad utredning kring frågor som berör studerande som utredningen lyckats lägga har dock RSMH:s fulla stöd.

Socialförsäkringen förutsätter en fungerande rehabilitering och habilitering. Den bristande rehabiliteringen är en huvudorsak till dagens problem i socialförsäkringen. Möjligheten för den enskilde att själv eller genom ombud kunna agera när olika insatser uteblir, dröjer eller håller för låg kvalitet, måste utvecklas och förstärkas. Här saknas initiativ från utredningen vilket är minst sagt olyckligt.

Vår uppfattning är att regeringen bör ta sitt ansvar för att adekvata ekonomiska ersättningssystem, rehabilitering och en anpassad arbetsmarknad görs tillgänglig för människor med allvarlig psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar. Det skulle innebära en stor samhällsekonomisk besparing och integrering som motverkar okunskap, fattigdom, stigmatisering och utanförskap. Utrymmet för detta är, i våra ögon, betydligt större än vad utredningens betänkande ger sken av.

I övrigt ber vi att få hänvisa till gemensamma yttranden från NSPH respektive Handikappförbunden.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Kristina Båth Sågänger
Kanslichef

**CC: NSPH
Handikappförbunden
Riksdagens socialutskott
Riksdagens socialförsäkringsutskott**