



2024-02-18

Handläggare: Åke Nilsson

S2023/02549

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sf@regeringskansliet.se

Regeringen

Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över betänkandet *Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)*

RSMH organiserar sedan 1967, 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 eller skadligt bruk och beroende. Våra medlemmar har omfattande erfarenhet av socialförsäkringssystemet och sjukskrivningsprocessen däri. **RSMH är en av Funktionsrätt Sveriges (remissinstans nr 12) medlemsorganisationer** och stödjer det gemensamma yttrande som genom paraplyorganisationen tillsänts regeringen. RSMH önskar dock särskilt tillägga och understryka nedanstående utifrån våra medlemmars aggregerade erfarenheter och perspektiv som medborgare och välfärdsconsumenterna med psykisk ohälsa i bagaget.

Yttrandets Innehåll

BAKGRUND	2
Inledning.....	2
DAGENS PROBLEMBILD	3
PSYKISK OHÄLSA	5
DET EGENERFARNA PERSPEKTIVET, RSMH.....	6
FÖRSÄKRINGSKASSANS ROLL	7
LÄKARNAS ROLL.....	9
ARBETSPLATSEN	11
FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN	12
ÖVRIGA SYNPKUNKTER PÅ UTREDNINGEN	12
KOMPLETTERANDE SYNPKUNKTER.....	14
AVSLUTNING	16



BAKGRUND

RSMH är en rättighetsrörelse som vill förbättra livsvillkoren för personer med psykisk och social ohälsa och hur vård, omsorg och samhällsservice bäst utformas för att möta våra medlemmars behov. Målet är att de ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som andra. Grunden för RSMH:s opinionsarbete är att påverka så att fler får möjlighet till återhämtning från psykisk ohälsa och sina behov av god vård och samhällsinsatser tillgodosedda. I denna utveckling spelar de egnerfarnas kunskap, levda erfarenhet och kompetens en central roll, såväl som ett nödvändigt bidrag till den evidensbaserade praktiken.

Inledning

RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering. Det måste vara lätt att göra och få rätt i välfärdssystemet också för människor med funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa.

RSMH representerar människor vars behov av skydd, 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 och återhämtning. Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur sjukvårdssystemet och stöd från samhälle och myndigheter fungerar för människor med psykisk ohälsa.

RSMH:s grundläggande uppfattning är att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård, omsorg och samhälle måste utgå från den enskildes behov, förutsättningar och önskemål.

Att känna till sin rätt inom välfärdssystemet och de facto kunna ta denna rätt i anspråk vid behov är idag inte givet för alla med funktionsnedsättning och psykisk ohälsa. Att utifrån de egna förutsättningarna förstå och förmå möta de byråkratiska krav som idag ställs inom välfärdssystemet är för många långt ifrån självklart. Det informations- och tillgänglighetsarbete vår svenska myndigheter bedriver är, i RSMH:s ögon, långt ifrån tillräckligt.

Psykisk ohälsa står idag för över hälften av alla längre sjukfall och är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Det finns ett stort behov av att stärka stödet till dessa personer då de emellanåt far mycket illa i dagens system.

Utifrån RSMH:s medlemmars narrativ kan vi inte se annat än att dagens system är ett juridiskt, medicinskt och etiskt fiasko. Många uppbär ett stort personligt lidande relaterat till sin psykiska ohälsa och att då dessutom tvingas ha att göra med system som är allt annat än människovänligt eller svarar an mot de behov av stöd man så väl behöver gör den redan befintliga bördan ännu tyngre.

Alla våra vittnesmål från patienter, de utförsäkrade, de med ersättningsnivåer där man aldrig kan bjuda en vän på lunch eller följa med på bio, de med sviter från år av kamp för sina mest fundamentala rättigheter som människor till sin egen kropp och sin fysiska frihet, de som drabbats av diskriminerande regler, de som blivit så dåligt bemötta så länge och så ofta att de skäms över att besvära fast de ingen hjälp fått, de som tvingats flytta till en 12 kvm:s



lägenhet för att åtminstone ha tak över huvudet är konsekvensen av en djupt söndrande politik; alla vackra ord till trots. Det har pågått länge nu, det är dags att agera nu. Precis som med frakturer går system att operera och laga. Kanske är det inte för sent att läka även detta samhällssår. Utredningens förslag pekar på några viktiga steg i rätt riktning men RSMH bedömer att de långt ifrån kommer att vara tillräckliga.

RSMH välkomnar att utredningens arbetsprocess inledningsvis beskrivs ha bestått i att fördjupa problem- och behovsbilden för att komma åt *grundorsaker* till de problem som adresseras i direktiven. Däremot anser RSMH att när vi kommit till utredningens slutpunkt att utredningen i väldigt låg utsträckning adresserat eller kommit med förslag för att åtgärda just *grundorsakerna*.

RSMH välkomnar vidare utredningens ambition att lämna förslag som adresserar *grundläggande utmaningar* snarare än att hantera symptomen på dessa utmaningar. RSMH är ense i att det kommer att krävas flera samverkande åtgärder som behöver genomföras som en helhet och att resurser i paritet med det behöver allokeras. Vi är dock tveksamma till huruvida utredningens förslag i egentlig mening har potential att åstadkomma förändringar gällande de *grundläggande utmaningarna*.

RSMH:s remissvar tar därav formen av att inledningsvis beskriva det vi ser som *grundorsaker* och åtgärder för att nå de *grundläggande utmaningarna* såväl som respektive organisations speciella förutsättningar. Därefter ger vi våra mer specifika synpunkter på utredningen och avslutar med övriga synpunkter.

DAGENS PROBLEMBILD

Den psykiska ohälsan ökar och kostnaden för sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa beräknas kosta samhället hela 32,6 miljarder och kurvan pekar uppåt. I år förväntas andelen sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ligga på 46 procent, att jämföra med 2015 års siffror på 30 procent.

Bakom de höga sjuktalen finns ett oerhört stort mänskligt lidande. RSMH är övertygade om att man genom rätt stödinsatser i tidigt skede kan minska den oroväckande utvecklingen med ökad psykisk ohälsa som anledning till långtidssjukskrivning. Om Sverige skulle förebygga bara en tredjedel av sjukskrivningarna kopplade till psykisk ohälsa, vilket RSMH anser är fullt möjligt och rimligt, skulle vi spara över 10 miljarder kronor, i sig en stor vinst och än mer om man ser till varje enskild individ som besparas ett långt lidande och annars riskerar att hamna i långvarig sjukdom och utanförskap. Ergo måste den första grundorsaken att lösa vara ett intensifierat förebyggande och främjande arbete gällande psykisk hälsa på alla arbetsplatser liksom en i allmänhet förstärkt psykiatrisk vård och omsorg samt goda levnadsvillkor.

Det drivande i dagens sjukskrivningsmedicinska logik är, något tillspetsat, att alla medborgare ska rehabiliteras tillbaka till arbete, något slags arbete, i princip vilket arbete som helst.



Det har skett ett olyckligt skifte i sättet att se på sjukskrivning. Något som RSMH är långt ifrån ensam om att notera. Den ursprungliga politiska idén med sjukförsäkringen syftade till att *skydda individen mot marknaden*, alltså att skydda människor från fattigdom då de blir sjuka och arbetsförmögna. I dag synes man snarare söka designa sjukförsäkringen för att *skydda individen mot välfärdsstaten*, alltså att motverka att människor genom kontakt med sjukförsäkringen blir passiva medborgare och lata bidragsbehövande som inte längre förmår ta ansvar för sin egen försörjning. Detta är ett allvarligt "missförstånd" som enkom resulterar i ännu sämre mående och stigma för de drabbade. Fattigdom främjar inte hälsa, återhämtning och anknytning till arbetsmarknaden. Forskning visar entydigt att ekonomisk utsatthet är en bidragande faktor till ytterligare försämrat psykiskt mående. Här finns ytterligare en grundorsak som drivits på i en ond spiral de senaste åren. Här behöver den ursprungliga grundtanken om att skydda människor vid sjukdom åter befästas och tydliggöras.

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i. Andra definierar det som möjlighet att utvecklas och må bra med höga nivåer av emotionellt, psykologiskt och socialt välbefinnande. Välbefinnande i arbetet är relaterat till den fysiska miljön, organisering av arbete och arbetsuppgifter, relationer med kollegor, personlig hälsa och arbetsförmåga samt familjerelaterade påfrestningar. Detta är faktorer som är högst påverkbara ändå får vi återkommande nyheter om en allt annat än human psykosocial arbetsmiljö för många människor och inga kraftfulla åtgärder siktas. Här är ytterligare en grundorsak som måste adresseras.

Det är väl belagt inom forskning att det främst är dålig arbetsmiljö som orsakar stressrelaterad sjukfrånvaro och en viktig förklaring till hög sjukfrånvaro inom vård, skola och omsorg är en obalans mellan krav och resurser. Om arbetsmiljön präglas av höga eller ökande krav som inte balanseras med tillräckliga resurser, exempelvis kontroll över den egna arbetsituationen och socialt stöd, eller erkännande och uppskattning, så ökar risken för stressrelaterad sjukskrivning kraftigt. Andra faktorer som sticker ut är höga psykologiska och emotionella arbetskrav. Dessa handlar främst om att arbetstempot upplevs för högt, arbetsbördan alltför tung, arbetstiden räcker inte till för att hinna med arbetsuppgifterna. Emotionella krav innebär exempelvis att möta och hantera andra människors känslor och problem. Detta är vanligt förekommande i yrken där man arbetar med människor som inom vården och skolan. Yrkesgrupper som samtidigt idag är bristyrken, inte sällan relaterat till höga sjuktal. Effektiva insatser gällande dessa orsakssamband skulle potentiellt både minska sjukfrånvaro och åter göra våra bristyrken attraktiva.

Det förekommer även idag en viss sorts argumentation i sociala media och bland allmänheten som insinuerar att människor som är sjukskrivna (eller arbetslösa) egentligen bara är lata och som brukar följas upp med ett pseudoargument om att det kostar "alla andra" oerhört mycket skattepengar för att dessa simulanter i offerkoftor ska få sitta hemma och tycka synd om sig själva. Denna typ av stigmatisering är oerhört farlig och nedbrytande och vi måste tillsammans snarast ta krafttag för att bryta dessa tendenser. Stigmat är idag särskilt stort gällande gruppen med psykisk ohälsa och att gruppen diskrimineras på flertalet områden såsom ekonomiskt och i arbetslivet är väl beforskat.

Den av Sverige ratificerade Konventionen om de mänskliga rättigheterna beskriver i portalparagrafen att "Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap." Lik-



nande formuleringar återfinns i Sveriges grundlagar. Är vi på väg att utarma dessa mänskliga rättigheter som Sverige tidigare värnat så hårt?

Den urholkning som under de senaste decennierna skett av våra välfärdssystem är ytterligare en av grundorsakerna till att vi befinner oss där vi gör idag med en tilltagande utsatthet hos en allt större del av Sveriges befolkning.

PSYKISK OHÄLSA

Någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa finns inte, idag. Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och vad som kan beskrivas som ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande. En konsekvens är att man i den allmänna debatten därmed ofta blandar allvarliga och ibland dödliga sjukdomar med normalpsykologiska reaktioner. Ett begrepp som ofta används i internationell vetenskaplig litteratur är *Common Mental Disorders*, CMD. Begreppet omfattar diagnoserna depressioner, ångestsjukdomarna, fobier, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom. På svenska har CMD översatts till ”lättare psykisk ohälsa”. Denna beteckning är tyvärr, menar RSMH med många andra, språkligt vilseledande då den kan uppfattas som ett föringande av psykiska besvär vilka kan orsaka betydande nedsättning av hälsa, funktion och arbetsförmåga. Uttrycket ”lättare psykisk ohälsa” bör därför undvikas och RSMH använder och rekommenderar i detta sammanhang hellre det internationella begreppet CMD.

Cirka 90 procent av alla som sjukskrivs för en psykisk ohälsa i Sverige har CMD. Om man försöker uppskatta hur stor del av den vuxna befolkningen som har besvär förenliga med en sådan diagnos vid en viss tidpunkt så ligger den i storleksordningen 20–30 %. Totalt är mellan 2 och 3 procent av den arbetande befolkningen sjukskrivna i sådana diagnoser. Viktigt att betänka är därmed att det innebär att majoriteten av personer med sådan diagnos inte är sjukskrivna. Att använda förekomsten av sjukskrivning i psykiatriska diagnoser som ett mått på psykisk ohälsa blir därför mycket trubbigt. Att enbart analysera sjukfrånvaro i form av sjukskrivning torde ge en delvis skev bild av hur människor med CMD klarar sig i arbetslivet. Av de som har CMD är således endast en liten andel sjukskrivna. Men, man bör beakta att även om de inte får ersättning via sjukförsäkringssystemet kan de vara hänvisade till att försörja sig via arbetslöshetsersättning eller försörjningsstöd vilket kan medföra en väldigt utsatt ekonomisk påfrestning med komplexa konsekvenser. Storleken på denna grupp är inte känd. Det är oklart hur hälsan påverkas av typen av försörjning hos personer med psykiatrisk diagnos men alldeles uppenbart är att ekonomisk utsatthet riskerar att få allvarliga konsekvenser för den psykiska hälsan, detta är väl belagt i forskning. Det är en angelägen forskningsuppgift att skapa kunskap som ökar förståelsen för dynamiken mellan arbete och sjukskrivning och annan sjukfrånvaro bland personer med CMD och sjukfrånvarons hälsokonsekvenser.

RSMH ser påtagliga risker i att utan en nyanserad bild är detta en grupp som stigmatiseras med de ytterligare påfrestningar det riskerar att medföra.

Höga krav i arbetet med små kontrollmöjligheter kallas på svenska *psykiskt ansträngande arbete*. En litteraturöversikt med metaanalyser visade att *psykiskt ansträngande arbete* påtagligt ökar risken för CMD. Kombinationseffekter av många psykosociala arbetsmiljöfak-



torer utgör den komplexitet som utöver individuella orsaker påverkar den psykisk hälsan. Utredningen beskriver hur man avsett nå grundorsaker till dagens problematik. Ovanstående ger en otvetydig bild av att sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa har en mycket stark koppling till arbetsförhållanden, psykosocial arbetsmiljö och villkor. Denna grundorsak är givetvis komplex men det är högst anmärkningsvärt att ytterst lite idag görs för att åtgärda denna problematiska situation.

Personer som lider av CMD har de senaste åren blivit alltmer ifrågasatta av Försäkringskassan genom de sjukintyg som läkare skriver. Sjukintygen behöver ofta kompletteras och det finns få möjligheter till dialog med handläggare på Försäkringskassan. RSMH ser att för vår målgrupp har det närmast kommit att bli en jakt på att försöka dra in sjukpenningen i stället för att försöka hjälpa en individ att komma tillbaka till hälsa och arbete. En titt på statistik från Försäkringskassan visar att andelen avslag från dag 181 i sjukpenning kraftigt ökat sedan 2019 för den grupp som lider av utmattningssyndrom och många med annan psykisk ohälsa fortsätter att utförsäkras och hamna mellan stolarna.

Beklagligt nog har ingen myndighet eller politisk instans på allvar diskuterat de öden som drabbat alla de människor som under årens lopp nekats sjukpenning på uppenbart felaktiga grunder. Alla som hänvisats till att leva på socialtjänstens försörjningsstöd eller på anhöriga, eller tvingats ut i arbetsförsök som resulterat i ytterligare försämring av deras tillstånd. RSMH följer deras kamp för överlevnad, med krympande ekonomiskt utrymme, oro i familjen och en djup besvikelse och skamkänsla över besluten och över att samhället vänt dem ryggen. Ska vi verkligen ha en sjukförsäkring som fungerar så här?

Sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa är också ett jämställdhetsproblem då sjukfrånvaron är nästan dubbelt så hög bland kvinnor som bland män.

För människor med långvariga och omfattande funktionsnedsättningar som en följd av psykisk ohälsa måste sjukersättning vara ett tillgängligt alternativ. Stötvisa stafetter med sjukpenning, försörjningsstöd och beroende av anhöriga när man långsiktigt saknar arbetsförmåga är inte en bra lösning här.

DET EGENERFARNA PERSPEKTIVET, RSMH

RSMH har samtalat med medlemmar som mött utmaningar i sitt möte med Försäkringskassan. Utifrån frågeställningen om hur avslaget upplevdes av dem som drabbas presenteras en samlad bild av upplevelsen; de förstår inte beslutet, de känner att de inte blir trodda och upplever sig kränkta. Det framgår även att medlemmar inte upplever att de kunnat påverka besluten eller varit delaktiga i utformningen av rehabiliteringsplaneringen. Avslaget resulterar i känslor som oro, stress, ilska och uppgivenhet. De upplever även en försämrad ekonomisk situation då deras möjlighet till försörjning begränsats i och med avslaget om sjukpenning. Personerna har även börjat ifrågasätta sin egen roll i varför de fått avslag och därmed känt självtvivel. På frågan på vilka sätt avslagets fått betydelse för deras återhämtning, upplever de att avslaget har fått betydelse och har påverkat såväl sjukdomsbild som återhämtning negativt. Detta genom en upplevd försämrad ekonomisk situation och påtvingad upp-trappning i arbetstiden vilket har skett för fort. Orkeslösheten som ofta är en mycket central del i sjukdomsbilder upplevs ha ökat i och med avslaget vilket ytterligare försämrar deras



möjligheter till återhämtning. Sammanfattningsvis är upplevelsen av avslaget att de inte känner sig trodda och därför kränkta. Detta har genererat känslor som oro, ilska, stress, uppgivenhet, skuld samt att de känt en bristande självtillit.

Personerna upplever att både sjukdomsbild och möjlighet till återhämtning har påverkats negativt av avslag om sjukpenning och förlängt deras sjukdomstid. Ett stort ansvar läggs på individen som också kan ha kognitiva svårigheter som kan innebära svårigheter med att ”föra sin talan”, fylla i blanketter, skicka in blanketter i tid, komma på möte och liknande med resultat att individen kommer i kläm. Våra medlemmar får stå ensamma i samtalen med arbetsgivaren, när stöd från andra aktörer behövs för att göra arbetsplatsen tillgänglig och anpassa arbetsuppgifterna utifrån personens funktionsnedsättnings och livssituation.

Inte att förglömma så vet vi idag att anhöriga till personer med psykisk ohälsa ofta tar ett stort ekonomiskt ansvar för sina nära. Anhöriga till personer med psykisk ohälsa riskerar utöver sin egen ekonomi dessutom också att själva bli sjuka relaterat till de svåra påfrestningarna i att finnas både som emotionellt, socialt, praktiskt och ekonomiskt stöd till sina närstående.

FÖRSÄKRINGSKASSANS ROLL

Försäkringskassan beskriver sig själv som en ”rättstillämpande myndighet” där lagen tillämpas på ett korrekt och träffsäkert sätt. Att brister finns i systemet har uppmärksammat av många instanser och problembilden tycks snarare öka än minska trots uppmärksamhet och insatser. Rapporter och granskningar är rikligt förekommande och påvisar flertalet olika problembilder, exempelvis enligt Riksrevisionen fungerar utvärderingen av arbetsförmåga så pass dåligt att det föreligger uppenbara risker att regelverket för sjukförsäkringen inte tillämpas på ett likformigt och rättssäkert sätt. Det förekommer alltför stora variationer i hur beslutsstödet tolkas och detta medför att många individer kommer i kläm och inte behandlas på ett rättssäkert sätt. Detta är inte rimligt av en rättstillämpande myndighet.

I sin strävan att uppfylla detta har då Försäkringskassan stärkt sin organisation med ytterligare några hundra jurister. Det tycks hos Försäkringskassan finnas en märklig tilltro till juristers förmåga att bättre bedöma sjukdomstillstånd och arbetsförmåga än behandlande läkare. Rättssäkerheten för Försäkringskassan tycks idag framför allt handla om möjligheten för patienten att överklaga ett negativt beslut till domstol. Något dessutom långt ifrån alla med sjukdom och/eller funktionsnedsättning orkar och förmår. Att aktivt driva ett ärende till och i en domstolsprocess är alls inte självklart för många av RSMH:s medlemmar och leder till att de i mindre utsträckning än andra får sina faktiska rättigheter tillgodosedda inom ramen för sjukförsäkringen.

RSMH delar utredningens åsikter om att Försäkringskassan behöver utveckla sina metoder och processer för att komma till rätta med oönskade variationer i bedömningar och brister i tydlighet gällande beslutens grunder. Handläggare behöver rätt stöd och förutsättningar för att utreda ärenden utifrån olika behov och grad av komplexitet, göra välgrundade bedömningar samt ge stöd till de individer som har behov av det. Det är vidare uppenbart att variationer i styrsignaler avseende sjukförsäkringen har bidragit till variationer i bedömningar. För



att åstadkomma stabilitet behöver arbetssätt och åtgärder bygga på kunskapsgrund och patientens bästa och inget annat.

Försäkringskassan har som sagt länge kritiserats för sin brist på tillgänglighet och hantering av sjukförsäkringsärenden, framför allt avslag när det gäller längre sjukskrivningar och sjukersättning. Detta har särskilt drabbat RSMH:s målgrupp. Kompetensen hos berörda myndigheter behöver tveklöst stärkas likväl som samarbetet mellan berörda instanser.

Sjukskrivningar är trots allt inte som knark, dyrt och nedbrytande. Det som är nedbrytande är ett system som tvingar sjuka människor att slåss mot en myndighet som borde vilja deras bästa, men som gör dem sjukare och fattigare. Och det är vad som är dyrt, för både enskilda individer och för samhället.

Försäkringskassan utreder och beslutar om rätten till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken. Handläggaren ska göra en självständig bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom. I denna bedömning är det inte sjukdomstillståndet i sig som är avgörande utan det som medför att det finns rätt till sjukpenning är hur individens arbetsförmåga är påverkad av sjukdomen. Att Försäkringskassan har en utredningsskyldighet som innebär att handläggare ska utreda alla relevanta omständigheter i ett ärende och inte enbart baserar sin bedömning på läkarintyget är något som inte enligt utredningen upplevs vara allmänt känt och detta har med säkerhet skapas missförstånd och är enligt RSMH bra om det tydliggörs på ett pedagogiskt vis.

Det är en allmän förvaltningsrättslig princip att den som ansöker om en förmån ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för att beviljas förmånen- hen har alltså bevisbördan. Samtidigt har Försäkringskassan en omfattande utredningsskyldighet och det behöver sjukvården ha förståelse för och att processer ibland behöver ta sin tid.

Ett flertal åtgärder som spänner över ledning- och styrning, organisation, metodutveckling och samverkan behöver initieras. Enligt RSMH kommer det att vara avgörande att just denna breda och genomgripande ansatsen finns.

Dagens förfarande är såklart bäddat för utmaningar med flera inblandade instanser och det finns en inbyggd källa till misstro. Den bristande tilliten som finns idag mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har uppenbart skadat förutsättningarna för effektivt samarbete. Förhoppningsvis kan kommande tydliggöranden renodla de enskildas uppdrag och tilliten stärkas med dessa förtydliganden och fördjupad förståelse och respekt infinna sig.

Syftet med förbättringsarbeten inom Försäkringskassan behöver enligt RSMH vara att skapa en stabil och förutsägbar förvaltning av sjukförsäkringen. Oavsett politisk majoritet i riksdagen ska Försäkringskassan stå för kontinuitet och stabilitet där beslut ska vara förutsägbara och begripliga. Viktigast är att se till så att varje medborgare får den ersättning och det stöd att komma tillbaka i hälsa och arbete som hen har rätt till utifrån rådande lagstiftning, såväl som att öka människors trygghet och förtroende för systemet.

Försäkringskassan ska inte antingen tilldelas rollen som välfärdssystemets grindvakt eller barmhärtiga samariter. Försäkringskassan ska tolka och tillämpa den lagstiftning som våra folkvalda politiker beslutat, ingenting annat. Endast på det sättet kan de upprätthålla rollen som en professionell, serviceinriktad och rättstillämpande förvaltningsmyndighet, och så småningom kanske också uppfattas som en sådan av allmänheten.



RSMH anser att regeringen brustit i att prioritera och ge ett tydligt uppdrag till Försäkringskassan gällande det förebyggande arbetet. För att kunna åtgärda psykisk ohälsa framför allt kopplad till CMD på grund av dåliga arbetsförhållanden i offentlig sektor måste det förebyggande arbetet prioriteras. På samma sätt som det är av stor vikt att det finns en trygg sjukförsäkring är det av stor vikt att människor under sin sjukskrivning också får tillgång till samordnad rehabilitering, stöd och hjälp.

LÄKARNAS ROLL

Den aktuella utredningen skulle analysera orsakerna till att läkare och Försäkringskassans handläggare ibland gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning och analysera om läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning bör få ökad tyngd i sjukpenningärenden.

Utredningen skulle även analysera vilken betydelse samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården har för läkares arbete med sjukskrivning. Utredningen skulle sedan föreslå hur samarbetet mellan professioner kan utvecklas och analysera om samarbetet kan underlätta för läkare i arbetet med sjukskrivning samt stärka läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning, behov av sjukskrivning och rehabiliterande insatser.

Utredningen ser behov av att tydliggöra att läkaren gör en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning som led i bedömningen av behovet av sjukskrivning. Sjukskrivning som åtgärd är en del av personens vård- och behandlingsprocess och görs inom ramen för hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag. RSMH önskar betona vikten av att det är ett viktigt förhållningssätt att sjukskrivning ses som en integrerad del i hälso- och sjukvårdens uppdrag och en åtgärd som är en del av personens vård och där sjukvårdens samspel med andra instanser för att åstadkomma en rehabilitering är nödvändigt för att rehabiliteringen skall lyckas. För att tillgodose personens behov av vård och rehabilitering behöver vården hänga ihop i en väl sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Detta ackompanjerat av en trygg och förutsägbar ekonomisk situation främjar återhämtning.

RSMH anser att läkarnas roll behöver stärkas i sjukskrivningsprocesser och det är vår bedömning att läkarintyget och läkares bedömning ska ha stor betydelse i Försäkringskassans utredning och bedömning. Läkare är den som innehar den högsta medicinska och psykiatriska kompetensen och har ett helhetsansvar för patientens medicinska utredning och behandling. Vidare ska läkares etiska förhållningssätt präglas av att läkaren ska ha patientens hälsa som sitt främsta mål där patienten ska behandlas med empati, omsorg och respekt. En annan viktig kompetens är läkares färdigheter att i samtal med patienten kunna resonera kring behovet av sjukskrivning och rehabilitering. Samtalet är viktigt både som en del av utredningen av behovet av eventuell sjukskrivning, för en personcentrerad vård och för att läkaren ska kunna resonera i dialog med patienten och framföra sin bedömning på ett respektfullt sätt. Ett respektfullt bemötande och en god kommunikation mellan patient och vårdgivare ger förutsättningar för korrekt bedömning och utgör grunden för en fungerande vård- och rehabiliteringsplanering. Läkare besitter därmed både en unik, en hög och en värdefull kompetens.

Det som dock är bekymmersamt idag är att läkare inte innehar tillräckligt hög kompetens gällande psykisk ohälsa och rehabilitering. RSMH:s medlemmar beskriver en stor variation i



läkares kompetens och skicklighet vilket emellanåt fått förödande konsekvenser och detta innebär en oacceptabel ojämlikhet i bedömningar. RSMH anser vidare inte att läkaren ska vara sjukvårdens enda part i detta arbete. I de flesta fall bör dialog och kompletterande bedömningar göras av andra professioner med spetskompetens såsom arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter och sjuksköterskor. En korrekt bedömning och utredning gör sig vid psykisk ohälsa tveklöst bäst i det multiprofessionella teamet. I det teamet finns även hög kompetens att stödja patienten under sin rehabilitering. En viktig förutsättning är att läkaren vet när de andra professioner kan och bör bistå i utredningen och att det finns tillgång till dessa professioner. Brister i grundläggande förutsättningar att utreda och göra väl underbyggda bedömningar blir särskilt tydliga gällande personer med psykisk ohälsa.

RSMH ser därmed vikten av att läkaren fortsatt utreder och gör en medicinsk bedömning av arbetsförmågens nedsättning i syfte att ta ställning till behovet av sjukskrivning utifrån sitt medicinska uppdrag men inkluderat en tonvikt på att de andra kompetenserna bidrar med rehabiliteringskunskap, psykosociala perspektiv, psykologiska behov och arbetsförmåga. Utan denna helhetssyn redan från början riskerar vi att se förlängda sjukskrivningsperioder, ökade samhällskostnader, ett ökat mänskligt lidande och en fortsatt misstro gentemot systemet.

Det RSMH bedömer som sannolikt mest konstruktivt, är att läkaren beslutar om åtgärden sjukskrivning som del av vården av en person och samtidigt är sakkunnig i förhållande till andra aktörer genom att ett intyg utfärdas som de andra aktörerna använder som underlag för sina bedömningar och beslut. Detta intyg ska tillmätas stor betydelse men behöver vara förankrat i det multiprofessionella vårdteamet.

Utredningens utgångspunkt är att varje professions unika kompetens ska tas tillvara på bästa möjliga sätt men RSMH:s uppfattning är att så inte alls görs idag i den utsträckning det borde. Samarbete mellan och insatser från olika hälso- och sjukvårdsprofessioner är viktiga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta måste förbättras, betonas och möjliggöras.

Många läkare beskriver att de upplever utmaningar i bemötandet från Försäkringskassan såsom att ifrågasättas av handläggare respektive försäkringsmedicinsk rådgivare. Många upplevde vidare att de mötte svårigheter i kommunikationen då man "talar olika språk". Vidare upplevde närmare sextio procent svårigheter i närbarhet och flera i bristande kompetens, kunskap och kommunikationsfärdigheter och trettio procent upplevde en uppenbar processorättvisa med bristande förutsägbarhet. Man upplever inte längre att man har ett gemensamt mål i form av patientens bästa.

RSMH delar vidare bilden från utredningens resultat av att det förekommer att läkare fortfarande saknar rätt förutsättningar att arbeta på ett kvalitetssäkert sätt med sjukskrivning. Osäkerhet gällande det egna uppdraget, kompetensbehov och otillräckligt stöd bidrar också till att bedömningar ibland blir bristfälliga och svåra att kommunicera tydligt och transparent.

RSMH är dock av åsikten att det många gånger också skrivs mycket utförliga och korrekta läkarintyg som sedan ratas av Försäkringskassan på oklara grunder. Detta är en obalans som måste adresseras. Det är vidare centralt för förståelsen av läkarens uppdrag att det förtydligas att det är en del av läkarens bedömning av sjukskrivningsbehovet att bedöma arbetsförmågens nedsättning och göra en rehabiliteringsplan.



RSMH är ense i att läkarintyget som förmedlar läkarens bedömning av sjukskrivningsbehov och arbetsförmågans nedsättning är ett centralt verktyg för att Försäkringskassan och arbetsgivaren ska kunna vidta rätt åtgärder. Det är dock idag inte ovanligt att läkare beskriver evighetslånga sjukintyg som ett av sina största arbetsmiljöproblem. De beskriver att detta inte längre är en enkel administrativ uppgift, utan något som kräver avvägd eftertanke, precision och formuleringskonst. För patientens skull behöver intygen vara skrivna just med precision, eftertanke, fördjupning och det behöver skapas förutsättningar för att göra det både avseende kompetens för detta såväl som avsatt tid.

Samtidigt ser läkare – precis som RSMH – allt fler patienter som hamnar mellan stolarna i systemet. Läkare kan beskriva scener som: ”Samtidigt som jag sitter med ett intyg framför mig, skrivs en annan patient in på min psykiatriska slutenvårdsavdelning med sökorsak: ”Utförsäkrad, akut sömnstörning.” Senare i veckan kommer en till.” Här beskriver sålunda både professionen och patienterna en helt ohållbar situation.

ARBETSPLATSEN

För snart åtta år sedan infördes i Sverige Föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) den 31 mars 2016. Mycket har gjorts sedan dess, men oerhört mycket återstår att göra för att människors arbetsmiljö ska domineras av friskfaktorer för deras psykiska hälsa. Riskfaktorerna för psykisk ohälsa i arbetslivet är fortfarande alltför många och frekventa.

Det finns en mängd förebyggande åtgärder som kan motverka negativa konsekvenser av olika risker i arbetet och skapa hälsofrämjande effekter för individen och för arbetsplatsen. Man har funnit att bra ledarskap (rättvist, stödjande och bemyndigande) ger positiva hälsoförändringar och ökat välbefinnande, att ökad kvalitet i ett personalorienterat ledarskap reducerar sjukskrivningar, samt att ett inkluderande ledarskap ökar det psykologiska välbefinnandet och arbetstillfredsställelsen hos arbetstagarna. RSMH önskar därav betona vikten av att förebyggande arbete och goda arbetsförhållanden måste organiseras på arbetsplatsen. Förbättringsstrategier baseras på idén att det är möjligt att förändra och förbättra medarbetarens arbetsförhållanden och hälsa. Det har till exempel visat sig att individuella insatser mot stress endast har kortvarig effekt. Om de däremot kombineras eller ersätts med organisatoriska åtgärder kan de få en mer långvarig och bestående effekt.

Att rikta åtgärder mot miljöer med en bristande psykosocial arbetsmiljö torde, menar RSMH, vara tämligen okontroversiellt så länge man håller sig till etablerade metoder. Det skulle tala för att rikta sådana åtgärder mot omvårdnadssektorn och skolans arbetsmiljö. Då skulle man samtidigt nå ganska stora grupper där sjukfrånvaro på grund av CMD är vanligt och miljöer där många kvinnor arbetar.



FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Att återvända till arbetet efter en lång sjukskrivning är en komplex process, som involverar många olika intressenter; den sjukskrivna, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. Samordning och samverkan mellan dessa aktörer har visat sig svår. De kan ha olika mål med sin insats, allt från att bota och öka välbefinnandet till återgång i arbetet. Vid arbetsåtergång efter sjukskrivning är hälsotillståndet viktigt. Vissa restsymtom av den sjukdom som orsakade sjukskrivningen kan finnas kvar och det kan förekomma en osäkerhet om den egna förmågan. Flera studier visar att den egna uppfattningen om möjligheten till arbetsåtergång och självupplevd kapacitet har stor betydelse för arbetsåtergången. Det är därför viktigt att arbetsplatsen ger stöd till medarbetaren efter en sjukskrivning.

Företagshälsovård är en oberoende expertresurs inom rehabilitering och arbetsmiljö och har en viktig roll för att stödja arbetsgivaren i frågor om arbetsmiljö, arbetsanpassning och rehabilitering. RSMH, likväl som utredningen, bedömer att det finns ett underutnyttjande av dessa expertresurser. I dag finns brister i vilken utsträckning företagshälsovård anlitas, vilket även försvårar samarbetet med hälso- och sjukvården.

ÖVRIGA SYNPUNKTER PÅ UTREDNINGEN

Utredningens uppfattning är att rollfördelningen mellan aktörerna gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning i grunden är ändamålsenlig. Läkaren utreder och gör en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning i syfte att ta ställning till behovet av sjukskrivning utifrån sitt medicinska uppdrag. Försäkringskassans utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning syftar till att få underlag till beslut om ersättning enligt regelverket för sjukpenning. Båda aktörers bedömningar är viktiga för att sjukskrivningssystemet ska fungera ändamålsenligt. RSMH önskar påpeka att denna rollfördelning är rimlig och adekvat men tyvärr är det inte så det ser ut i verkligheten, vilket även utredningen i viss mån konstaterar. RSMH önskar här klargöra vilka fatala resultat det kan leda till för de unika personerna som drabbas av Försäkringskassans klåfingrighet eller läkares bristande kompetens alternativt deras inbördes dispyter.

Att skalan från normala reaktioner, psykiska besvär och psykisk sjukdom är glidande och inte har exakta ”gränsvärden” är en fråga som aktörerna runt vederbörande behöver hitta gemensamma förhållningssätt kring. Detta berör frågeställningar om vad som ryms i sjukdomsbegreppet, eventuella risker för glidning i sjukdomsbegreppet och risker för och med medikalisering. Detta bör vara ett område för fortsatt dialog mellan hälso- och sjukvårdens aktörer, Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Gemensamma utgångspunkter behöver utvecklas för hanteringen av psykisk ohälsa. Detta är särskilt viktigt eftersom brister gällande vetenskapligt grundad kunskap ger utrymme för olika uppfattningar och tyckanden och det riskerar därmed som vi allt för ofta ser att uppstå oönskade variationer i bedömningar och åtgärder



RSMH välkomnar att utredningen ser att det skulle vara förenligt med sjukförsäkringen att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tillämpar ett biopsykosocialt synsätt vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. RSMH är en varm förespråkare för att det är gynnsamt för patienters möjlighet till återhämtning att inta ett biopsykosocialt perspektiv snarare än ett strikt biomedicinskt perspektiv vid psykisk ohälsa. Även Försäkringskassans SASSAM-kartläggning, Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och Samordnad rehabilitering, bygger på biopsykosocialt perspektiv där olika aspekter utöver de medicinska värderas tillsammans med den sjukskrivne utifrån om de utgör hinder eller möjligheter för individens förutsättningar att återgå i arbete.

Idag ser RSMH vidare att i stället för att berörda parter möts kan Försäkringskassan ibland störa pågående rehabilitering genom kontakt med patienten i syfte att påskynda återgång i arbete. Försäkringskassan kan trots pågående rehabilitering, en befintlig fungerande plan och en erfaren läkare, kräva en så kallad försäkringsmedicinsk utredning, AFU. En AFU kan pågå i flera dagar och upplevs många gånger som oerhört stressande. Oss veterligt saknas evidens för att en försäkringsmedicinsk utredning, med personal som inte tidigare träffat patienten, bättre kan bedöma hållbar arbetsförmåga än en läkare som känner patienten. Det är vidare anmärkningsvärt när det kommer till vår kännedom att Försäkringskassan ibland dessutom väljer att gå emot både sjukskrivande läkare och AFU-bedömning och hävdar att patienten efter flera års sjukskrivning över en natt är helt arbetsför. Utöver detta kan Försäkringskassan föreslå ett nytt jobb på heltid. Ibland verkar förslaget vara helt taget ur luften. Exempelvis har förskolepersonal och sjuksköterskor som klarar halvtidsarbete ansetts klara heltid som lager- eller byggarbetare. RSMH är av åsikten att Försäkringskassans handläggare omöjligt på egen hand ska kunna komma med alternativa arbetsuppgifter. Sådana diskussioner måste ske i nära samarbete med patienten, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och vården, vilket vi bedömer bör stärka upplevelsen av kontroll och förutsättningarna att vara en aktiv och medveten part i sin egen process för sjukskrivning och arbetsåtergång.

RSMH önskar se tydliggöranden kring att rehabilitering handlar om att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov genom att möjliggöra för den enskilde att i största möjliga utsträckning sköta sig själv och slippa vara alltför beroende av andra, samtidigt som behov av det stöd som behövs tillgodoses. Detta stämmer väl överens med intentionen om ekonomisk trygghet vid sjukdom som sjukförsäkringen ger liksom att hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning i hög utsträckning handlar om att i samarbete med andra stödja individen att fungera i arbetslivet. RSMH anser att sjukskrivningen behöver bli en mer tydligt integrerad del av vård- och behandlingsprocessen än tidigare. Sjukskrivning bör ses som en ordination eller ett instrument med terapeutiskt syfte, en behandlingsmetod som bör uppmärksammas i större utsträckning.

RSMH instämmer i utredningens förslag att Socialstyrelsen bör utreda förutsättningarna för att etablera ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin som stöd för hälso- och sjukvården samt att Socialstyrelsen bör utreda införande av försäkringsmedicin som tilläggspecialitet inom läkares specialisttjänstgöring. RSMH anser i enlighet med tidigare resonemang att även andra professioner inom hälso- och sjukvården ska beredas kompetenshöjningar.

Hälso- och sjukvårdens professioner behöver rätt organisatoriska förutsättningar för att klara av sina uppdrag och samarbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Inte bara läkarnas utan samtliga professioners kompetens och grundförutsättningar behöver säkras.



Vårdgivare och regioner behöver säkra att verksamheterna har tillräckliga resurser och förutsättningar utifrån vad uppdraget kräver. Det handlar om att säkra tillgången till både bredd och specialitet, möjlighet till kompetensutveckling, rutiner och tillräcklig tid för olika arbetsuppgifter. Även möjlighet att konsultera fördjupad eller annan kompetens vid behov behöver finnas. Arbetet behöver följas upp systematiskt för att säkra kvalitetsutvecklingen inom området. För att säkerställa att frågorna prioriteras hos regioner och vårdgivare föreslår utredningen att Socialstyrelsen återkommande följer upp hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, vilket RSMH instämmer i. Uppföljningarna ger också underlag för fortsatta nationella åtgärder.

Utredningen föreslår ett brett paket av åtgärder för att skapa rätt förutsättningar för arbetet med sjukskrivning. Det förväntas leda till kvalitetssäkra bedömningar hos aktörerna och välfungerande stöd till individen för att återgå i arbete. RSMH ställer sig dock något frågande till den föreslagna tilldelningen av ekonomiskt stöd på 160 miljoner kr via *Överenskommen om god och nära vård*. RSMH upplever det som högst vanskligt att i detta angelägna ämne inte ha öronmärkta medel och förordar varmt att sådana ställs till förfogande.

KOMPLETTERANDE SYNPUNKTER

RSMH önskar även belysa att huvudregeln i dagens system av att endast kunna vara sjukskriven i 100, 75, 50 eller 25 procent är illa anpassat till individens behov och ger sämre förutsättningar för återhämtning och tillbakagång till arbete. Det kan vara ett för stort kliv att öka på från exempelvis 25 till 50 procent eller att gå upp och arbeta på 25 procent på en gång, när det är ett par eller några timmar i veckan som är den framkomliga vägen. Det behöver vara möjligt att sakta öka på takten utifrån individens behov och förutsättningar för att undvika bakslag där dagens regelverk saknar nödvändig flexibilitet för att svara upp.

För några år sedan slogs det i ensam majestät av Försäkringskassan fast att *objektiva undersökningsfynd* ska vara ett krav för att en patient ska beviljas sjukpenning från Försäkringskassan. Ett krav som gjort att tusentals patienter med psykiatriska sjukdomar och CMD nekats sjukpenning då det helt enkelt inte varit möjligt för läkaren att göra sådana fynd. Mellan 2014, när Försäkringskassan införde kravet, och 2020 fyrdubblades andelen som utförsäkras efter 180 dagar. Trots att det finns en rad domar som fastslagit att det inte behöver krävas undersökningsfynd för att bevilja sjukpenning vid just de här diagnoserna. Att denna otydlighet i hur denna typ av problematik ska hanteras kunnat fortgå är under all kritik.

Från våra medlemmar har RSMH också fått veta att många av dem av Försäkringskassan kallats till en så kallad aktivitetsförmågeutredning, AFU, och därefter fått ändrat beslut eller avslag. Ett stort problem med dessa utredningar är att de endast mäter aktivitetsförmågan för stunden, men inte över tid. Vissa dagar kan vara bättre än andra och även en sjuk person kan klara av att skruva ihop en IKEA-hylla eller sortera posten i ett fack i 20 minuter, utan störande stimuli och i en tillrättalagd miljö. Det innebär inte att personen därigenom uppvisat en arbetsförmåga som går att tillvarata på arbetsmarknaden över tid. Då står personerna inte sällan utan inkomst och har hamnat helt mellan stolarna. Enligt vår erfarenhet vill Försäkringskassan fortsätta att relatera arbetsförmågan till ett antal olika medicinska förmågor utan



hänsyn till den sammansättning av arbetsuppgifter och krav som utgör ett arbete i verkligheten. Stödet för att fortsätta med denna ordning är för att tala klarspråk obefintligt bland våra medlemmar.

RSMH ser många fall där rehabilitering påbörjats och den enskilde är på väg tillbaka när Försäkringskassan avslår sjukpenning och allt avbryts. Detta trots att utsikterna för återgång kan vara goda. RSMH möter många medlemmar som får avslag på sin sjukpenning där det i princip är omöjligt att förstå för vilka arbeten Försäkringskassan menar att arbetsförmåga finns.

Utgångspunkten för sjukersättning och aktivitetsersättning är att det ska ge trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga, god förutsägbarhet för den enskilde och stabilitet i tillämpningen över tid. I frågan vill RSMH ta tillfället i akt med en önskan om en återgång till reglementet för sjukersättning som rådde innan 2008. Idag jagas människor på oklara grunder och med integritetskränkande metoder i jakten på minsta lilla askglöd av arbetsförmåga. Detta är inte humant.

Trenden med färre beviljade sjukersättningar fortsätter enligt färskas siffror från Försäkringskassan, detta trots att lagstiftningen sett likadan ut hela tiden, vilket tyder på att det är tolkningarna som styr.

Ett angeläget problem är vidare att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan gör egna och olika arbetsförmågebedömningar. Arbetsförmedlingen undersöker anställningsbarhet, dvs. om personen är anställningsbar någonstans. Försäkringskassan bedömer om personen kan utföra ett arbete (oavsett om sådana jobb finns eller inte). Det gör att individen faller mellan stolarna och gör det svårt för personalen hos myndigheterna att samverka med varandra. Detta är orimligt och behöver få en bättre lösning.

Vidare måste samverkan mellan Försäkringskassan och arbetsgivarna också öka. Det är anmärkningsvärt att målet om sänkta sjuktal hamnade i knät på Försäkringskassan när de inte äger frågan, här är ju i stället arbetsgivarna nyckeln. RSMH önskar se att Försäkringskassan och vården kunde gå in mer aktivt med specialistkompetens och ge stöd till arbetsgivare och arbetstagare så att anpassningar och rehabilitering möjliggörs där trepartssamtal mellan vård, Försäkringskassan och arbetsgivare behövs.

Flertalet studier beskriver att en trängd ekonomisk situation även i kortare perioder har en påverkan på stressrelaterade sjukdomar. De visar även att länder som har en mer generös sjukpenning ökar det mentala välmående bland riskgruppen för sjukskrivning. Generösa sjukfrånvarosystem är viktigt för det mentala välmående för dem som drabbas eller de anställda som löper högre risk att drabbas. Nedskärningar i sjukpenningssystemet kan ha en kontraproduktiv effekt eftersom mindre generösa system minskar det mentala välmående och kan leda till längre och fler sjukskrivningar. Detta är utifrån Försäkringskassans yttersta samordningsansvar för individer med nedsatt arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken (beskrivet i 29 kap. 2 § och 30 kap. 3 och 4 §§ samt 30 kap. 8–11 § SFB) ganska horribelt.



AVSLUTNING

Forskning visar att arbete är något bra i sig, men att det krävs en god arbetsmiljö formad med hänsyn till individernas behov och förutsättningar för att den också skall främja hälsan hos arbetstagare och motverka nedbrytande krafter i arbetet. Arbetsförhållanden uppstår i mötet mellan organisationen och individen, inte minst i de psykosociala arbetsförhållandena. Förebyggande arbete och skapandet av goda arbetsförhållanden kan inte läggas på det individuella planet utan måste organiseras på arbetsplatsen för de anställda i just den speciella kontexten. Det måste exempelvis finnas en övergripande organisering av arbetet som möjliggör goda psykosociala och fysiska förhållanden.

Sjukförsäkringen har under lång tid haft många brister som drabbat svårt sjuka människor hårt. Det är positivt att en hel del förstärkningar och förtydliganden nu kan komma att genomföras för att åtgärda en del av dessa brister. Det finns dock fortfarande mycket mer att göra, och en del av det är brister och problematik som i synnerhet drabbar personer som drabbas av psykisk ohälsa. Att *”man behöver vara frisk för att orka vara sjukskriven”*, finns det en sarkastisk klyscha som många personer med psykisk ohälsa känner väl till. Denna är fortsatt alltför sann för många med en psykisk ohälsa idag.

Försäkringskassan medger att de har haft brister såsom att det funnits svängningar i hur sjukförsäkringens regelverk har tillämpats och om att man saknat kunskap om effekten av sitt stöd till individers återgång till arbete. Försäkringskassan har försökt åtgärda problemen med ärendehantering av sjukförsäkringen tidigare. Förhoppningsvis finns det bättre förutsättningar att lyckas denna gång.

Åtgärderna syftar sammantagna till att systemet ska bli mer stabilt och mindre utsatt för faktorer som kan leda till oönskade variationer i användandet av sjukskrivning och sjukpenning. Ett stabilt system kan komma att upplevas som mer förutsägbart, det kan skapa en tryggare process och högre legitimitet för systemet, en tilltro till att det fungerar.

Att regeringen initierat en del projekt och riktade satsningar mot psykisk ohälsa och suicidprevention som också innefattat återgång i arbete vid psykisk ohälsa är positivt. Det är dock ännu oklart vilken effekt dessa projekt kommer att ha och om det kommer att innebära förändringar i Försäkringskassans hantering av sjukförsäkring kopplat till psykisk ohälsa.

RSMH är ändå hoppfulla om att det nu kommer en mer långsiktig och omfattande strategi för att åtgärda de brister som finns kopplat till såväl förebyggande arbete och rehabilitering som åtgärder för en trygg sjukförsäkring även för dem med psykisk ohälsa.

All handläggning och verksamhet inom Försäkringskassan ska utgå från principerna i den statliga värdegrunden. Denna innehåller gemensamma utgångspunkter för alla myndigheter och statsanställda och utgår från regeringsformens grundläggande krav och består av de sex principerna demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning, respekt samt effektivitet och service.

Hälso- och sjukvårdspersonal utgår i sin tur från de etiska principerna, göra gott, inte skada, rättvisepincipen, respekt för autonomi och integritet och människovärdesprincipen. Om alla verkar i linje med dessa då borde det börja gå mot att göra rätt och medborgare kan kanske återfå förtroendet för verksamheterna.



RSMH förväntar oss att de ansvariga politikerna tar de uppenbara problemen i sjukförsäkringarna samt grundorsakerna till dessa som inte adresserats i föreliggande utredningsåtgärds paket på större allvar än vad utredningen gör. Våra stödsystem behöver i större utsträckning utvecklas utifrån individens behov av stöd och hjälp från samhället i stället för att ha den egna organisationen i fokus.

Det är dags att inleda reparationen av sjukförsäkringen!

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jenny Wetterling
Intressepolitisk talesperson RSMH

Tore Hansson
Förbundsordförande

Selene Cortes
Kanslichef

CC: **Funktionsrätt Sverige**
NSPH