

2024-07-01

Handläggare: Åke Nilsson

S2024/00752

s.remissvar@regeringskansliet.se

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över betänkandet *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022 (SOU 2024:26)*

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 - på gott och ont - omfattande erfarenhet av samhällsinsatser och utmaningar i att fullfölja skola och utbildning likväl som att få säkert fotfäste på arbetsmarknaden. **RSMH önskar** - som remissinstans nr 71 - **särskilt påpeka och understryka nedanstående** utifrån våra medlemmars aggregerade erfarenheter och perspektiv som medborgare och välfärdsconsumenterna med psykisk ohälsa i bagaget. RSMH stödjer även de inskick som gjorts av NSPH och Funktionsrätt Sverige.

RSMH:s grundläggande uppfattning är att det absolut viktigaste är att alla insatser från samhället samordnas utifrån den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. En sjukförsäkring i otakt med vård, stöd, rehabilitering och habilitering är en haltande insats. En sjukförsäkring som inte främjar hälsa – det vill säga tillåter hälsofrämjande faktorer komma till sin fulla potential för individen – är inte den sjukförsäkring Sverige behöver.

Yttrandets Innehåll

1. UTREDNINGENS BLINDA FLÄCK	2
1.1. Förutsättningar som inte framgår fullt ut i utredningen	2
1.2. De egnerfarna perspektiv som RSMH möter	7
1.3 Vidare om psykisk ohälsa, rehabilitering och arbetsförmåga	8
2. UTREDNINGEN	12
2.1. Bakgrund – 2008, 2021 och 2022.....	12
2.2 Några kvalitativa reflektioner om utredningen per se	13
2.2. Betänkandets fokus och slutsatser	14
2.3. Betänkandets förslag och förväntade konsekvenser därav	17
3. AVSLUTNING	20

1. UTREDNINGENS BLINDA FLÄCK

1.1. Förutsättningar som inte framgår fullt ut i utredningen

De **allmänna socialförsäkringarna** är en central del i den svenska välfärdsmodellen och har under lång tid bidragit till att skapa trygghet och motverka ekonomisk utsatthet. De senaste 20 åren har de dock alltmer urholkats. Sjukförsäkringens syfte att på ett rättssäkert sätt stå för ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom och stöd till individen för återgång i arbete (så långt nu arbetsförmågan bär) samt kompensera de som långsiktigt saknar arbetsförmåga är dock svårt att urskilja i dagens destruktiva praxis; inte minst för de med psykisk ohälsa.

Sjukförsäkringen är generellt tänkt att ge utrymme för att individen ska kunna rehabiliteras till så hög grad av arbetsförmåga som möjligt med viss ekonomisk grundtrygghet. Rehabilitering är en komplex process som påverkas av en lång rad faktorer inte bara på individuell nivå utan även sådana som återfinns i den omgivande organisatoriska miljön eller på en mer övergripande strukturell nivå. Några faktorer som på ett negativt sätt kan påverka rehabilitering mot arbetslivet kan vara ett medikaliserat synsätt på individen, otydlig och/eller fragmenterad ansvarsfördelning eller allt för högt ställda krav på den enskilda personen. För att insatserna från flera olika håll ska bli samtidiga, effektiva och framgångsrika krävs koordinering och samverkan.

Den offentliga sjukförsäkringen består av två delar. Den första delen är ett skydd för den som blir tillfälligt sjuk och inte kan arbeta, i form av **sjukpenning**; (SFB kap 27–28). Den andra delen är ett skydd för den som långvarigt får nedsatt arbetsförmåga, i form av **sjuk- och aktivitetsersättning** (tidigare s.k. sjukpension). **Sjukersättning** kan lämnas till försäkrade vars arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt (uppskattningsvis till pensionsåldern) på grund av sjukdom; (SFB kap 33 §§ 2–6) **Aktivitetsersättning** är en form av sjukersättning som kan beviljas personer under 30 år vars nedsättning av arbetsförmåga antas bestå under minst ett år; (SFB kap 33 §§ 7 & 18)

Försäkringskassan administrerar den offentliga sjukförsäkringen (SFB kap 23 § 5). Pikant nog ska också Försäkringskassan se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt för en effektiv rehabilitering av den försäkrade och att dessa samordnas; dvs har ett initiativ- och samordningsansvar (SFB kap 30 §§ 8 - 14). Information om misslyckanden, tillkortakommanden och fördröjningar hos myndigheten i det senare arbetet synes aldrig passera skrivborden hos de som på Försäkringskassan dömer ut människor som inte blir frisk fort nog till att tvingas fullfölja försök till rehabilitering på egen bekostnad. RSMH är inte ensamt om att finna det både obscant och makabert att myndighetens egna misslyckanden av myndigheten systematiskt övervältras på utsatta människor. Försäkringskassan har vidare upprepade gånger uppvaktat regeringen om att få slippa ansvaret för att initiera och samordna en effektiv rehabilitering såsom lagen föreskriver.

Arbetslivsinriktad rehabilitering handlar ju om insatser som hjälper den individ som drabbats av sjukdom eller skada att återfå förmåga att återgå i arbete, och tidiga rehabiliteringsinsatser ökar chanserna.¹ I Sverige sker rehabilitering vid sjukdom till största del inom primärvården vad gäller den kliniska och medicinska behandlingen, medan företagshälso-

¹ Ekholm J, Vahlne Westerhäll L, Bergroth A, Schüldt Ekholm, (2015) *Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

vården oftast stått för den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen och bedömning av arbetsförmåga. Förmågan att återgå i arbete efter sjukskrivning är inte enbart beroende av individens egen förmåga utan också av arbetsgivarens möjlighet att anpassa arbetet. Det medför att återgång i arbete är beroende av relationen mellan individ och arbetsgivare och dennes möjlighet att anpassa arbetet, inte enbart på individens medicinskt bedömda arbetsförmåga.² Det är av stor betydelse att arbetsgivaren visar stöd till individen vid återgång i arbete för att stärka dennes tro på sin egen förmåga att kunna komma åter i arbete.³ För att öka möjligheten till återgång i arbete är det viktigt med fokus på det tidigt i sjukskrivningsprocessen.⁴

Motiven bakom införandet av rehabiliteringskedjan som anförs i Prop. 2007/08:136 och sammanfattas av Arvidsson, (2019) s. 62⁵, som framför allt en önskan från lagstiftaren att motverka långa passiva sjukskrivningar och förbättra sjukskrivningsprocessen genom ökad precision när bedömningar av arbetsförmåga skulle ske och att dessa skulle utgå från individens förmåga och behov. Förutsebarheten för den enskilde skulle öka. Lite elakt kan det sägas att precisionen i när bedömningar tidsmässigt skulle göras blev hög, men att innehållet i bedömningarna lämnade en hel del att önska då i närtid innan senaste lättnaderna infördes mer än vart 9:e avslaget ärende om sjukpenning inte uppfyller den utredningsskyldigheten som åligger Försäkringskassan.⁶ Kvalitet och tempo i levererad vård, rehabilitering, anpassningar och stöd till sjukskrivna synes heller inte alltid över tid leva upp till lagstiftarens förhoppningar då rehabiliteringskedjan infördes även om tidiga utvärderingar var försiktigt positiva.⁷ Sannolikheten för anställda att avsluta en sjukskrivning vid dag 90 och 180 i rehabiliteringskedjan minskade dock under perioden 2010 – 2014.⁸ Omfattande brister i Försäkringskassans bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan har också konstaterats tidigare.⁹ Ekonomiska incitament utan effektivare rehabiliteringsinsatser synes helt enkelt inte varit tillräckligt vid långa sjukskrivningar såvitt myndigheterna själva kan bedöma. Hur dagens utredning trollar bort dessa historiska faktum är ganska beklämmande att läsa.

Utifrån RSMH:s medlemmars berättelser kan vi inte se annat än att dagens system är ett juridiskt, medicinskt och etiskt fiasko för de personer som har en psykisk ohälsa. 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 behöver gör den redan befintliga bördan ännu tyngre. Bristen på respekt för individens utmaningar att förstå och förmå formulera och förmedla sådana upplysningar man som försäkrad ska lämna och att man de facto efter bästa förmåga medverkar i rehabili-

² Seing, I. (2011). Möjligheternas arbetsmarknad? Specialister bedömer "arbetsförmåga". I Garsten, C., Lindvert, J. & Thedvall, R. (red.). *Arbetets marknad: arbetsmarknadens nya organisering*. Malmö: Liber

³ Vingård, E. (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro: en kunskapsöversikt*. Forte <https://forte.se/wp-content/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>

⁴ Roelen, C. A. M., van Rhenen, W., Koopmans, P. C., Bültmann, U., Groothoff, J. W., & van der Klink, J. J. L. (2012). Sickness absence due to mental health disorders— A societal perspective. *Occupational Medicine*, 62(5), 379–381.

⁵ Arvidsson, E. (2019) *Socialförsäkringsrätt vid funktionsnedsättning och sjukdom*, Malmö: Gleerups.

⁶ Inspektionen för socialförsäkringen (2021), *RAPPORT 2021:3 Försäkringskassans utredningsskyldighet - En granskning av Försäkringskassans tillämpning av utredningsskyldigheten i ärenden om sjukpenning och aktivitetsersättning där ansökan har avslagits*, Göteborg

⁷ Inspektionen för socialförsäkringen (2010), *RAPPORT 2010:1 Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*, Stockholm

⁸ Inspektionen för socialförsäkringen (2015), *PROMEMORIA - Avslutade sjukskrivningar vid tidsgränserna i sjukförsäkringen*, Dnr 2014-133, Stockholm

⁹ Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *RAPPORT 2017:9 Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan - En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*, Stockholm

teringen gör att SFB kap 30 § 7 regelmässigt, såvitt RSMH kan bedöma, i handläggning tolkas i strid med Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) som antogs av Förenta Nationerna (FN) 2006 och som sedan ratificeringen 2009 är juridiskt bindande för Sverige.

RSMH:s uppfattning är att den aktuella utredningen i stort sett misslyckats att – utifrån tillgängliga data, kunskap och statistik – såväl uppfatta, som i sina förslag, väga in att utfall, kontext och konsekvenserna av att dagens socialförsäkringssystem aktivt missgynnar de med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Vi tar oss därför friheten att inledningsvis påpeka dessa fakta vilka är och var publikt tillgängliga också för utredningen oavsett nu det finstiltat i dess direktiv.

De insatser som gjorts för att förbättra den psykiatriska vården de senaste åren har tyvärr 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 kontraproduktivt. I jämförelse med befolkningen i övrigt kan man krasst konstatera att människor med allvarligare 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. Bristen på jämlik hälsa här är omfattande.

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.

Det RSMH kräver är i grunden inga specialinsatser eller gräddfiler utan att alla medborgare – oavsett art av ohälsa och funktionsnedsättning – ska 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.

Människor som efter mycken kamp och stöd från arbetsgivare och andra rehabiliteringsaktörer funnit former för fungerande halvtidsarbete uppmanas dessutom idag rutinmässigt 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 och upprätthålla 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 då man schematiskt ska pröva arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden. Detta är facit från ”reformerna” år 2008. 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 från 2008 ska prova andra arbetsuppgifter efter 90 dagar - respektive som nu föreslås åter prövas 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 i fråga 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 de med omfattande psykisk ohälsa från arbetsmarknaden.

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 utifrån olika negativa konsekvenser av att inte bli frisk och arbetsförmögen fort nog. Individen förväntas här bära hundhuvudet för systemets misslyckanden i den idag rådande strukturen. Hyckleriet avspeglar sig även i direkt motstridiga formuleringar om människors drivkrafter där den vetenskapliga förankringen är minst sagt tunn.

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 regleringar 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.

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.

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 får mycket illa i dagens försäkringssystem.

Alla 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 fysiska frihet, de som drabbats av diskriminerande regler, de som blivit så dåligt bemötta så länge och så ofta att de skäms över att besvara 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.

Den psykiska ohälsan ökar och kostnaden för sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa kostar idag samhället närmare 33 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. Därmed skulle man kunna påverka behovet av sjukförsäkringen snarare än att skruva åt tillgången till sjukförsäkringen. Något som inte bara är det anständiga alternativet utan även på sikt det samhällsekonomiskt bästa.

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 skifte i sättet att se på sjukskrivning. Den ursprungliga politiska idén med sjukförsäkringen syftade till att skydda individen mot marknaden, alltså att skydda människor från fattigdom då de blir sjuka. 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 inkom 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 nu åter befästas och tydliggöras.

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 och annan psykisk ohälsa som orsak till 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 ar-

betsuppgifterna. 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 idag även en viss sorts argumentation i media och bland allmänheten som insinuerar att människor som är sjukskrivna (eller arbetslösa) egentligen bara är lata och som brukar följas upp med 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 CRPD-konventionen 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.” Liknande formuleringar återfinns i Sveriges grundlag. Är vi på väg att utarma dessa mänskliga rättigheter som Sverige tidigare värnat så hårt? Det aktuella förslaget är inte, menar RSMH, förenligt med CRPD-konventionen som, sedan 2009, förbinder Sverige att vidta åtgärder som tillgodoser en tillfredsställande levnadsstandard och levnadsvillkor för människor med funktionsnedsättning. RSMH har länge larmat om att sjukförsäkringen inte fungerar. Människor som inte kan arbeta fullt ut utförsäkras skoningslöst och hänvisas till ett undermåligt försörjningsstöd. De som kunnat arbeta lite eller ingenting alls, men som kommer genom sjukförsäkringens nålsöga, hamnar i livslång fattigdom på grund av ersättningsnivåer som under lång tid halkat efter. På senare tid har de RSMH företrädare kunnat hoppas på en något ljusare framtid där Utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum (Dir. 2018:26)* i sitt delbetänkande *En begriplig och trygg sjukförsäkring (SOU 2020:6)* levererade förslag i rätt riktning av vilka några faktiskt kommit att implementeras, men nu är det nya vindar och föregående utredningars verklighetsförankringar ett minne blott.

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. Att nu föreslå att revidera de minimala återställningar som gjorts för att verklighetsanpassa sjukförsäkringen med tunnaste utredningsunderlaget i mannaminne är genuint skrämmande.

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

1.2. De egnerfarna perspektiv som RSMH möter

RSMH har samtalat med medlemmar som mött utmaningar i sitt möte med Försäkringskassan. Utifrån frågeställningen om hur avslaget upplevdes av dem som drabbas framträder 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 fått vara delaktiga i utformningen av rehabiliteringsplaneringen. Att då avslaget resulterar i känslor som oro, stress, ilska och uppgivenhet är kanske inte så förvånande.

Många upplever även en försämrad ekonomisk situation då deras möjlighet till försörjning begränsats i och med avslaget om sjukpenning.

De människor som berörts har även börjat ifrågasätta sin egen roll i varför de fått avslag och därmed känt självtvivel. På frågan på vilka sätt avslaget fått betydelse för deras återhämtning, upplever de att avslaget har fått betydelse och har påverkat såväl sjukdomsbild som återhämtning negativt. Det genom en upplevd försämrad ekonomisk situation och påtvingad upptrappning 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 självförlit.

De berörda upplever att både sjukdomsbild och möjlighet till återhämtning har påverkats negativt av avslaget 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 vidare att anhöriga till personer med psykisk ohälsa idag ofta redan tar ett stort ekonomiskt ansvar för sina nära. Anhöriga till personer med psykisk ohälsa riskerar 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.

Under stycke 1.3 nedan vill RSMH med enfaset understryka att våra medlemmars erfarenheter ofta bekräftas av forskning och valideras i kunskapsmaterial på makronivå. Utan att vilja vara förmäten skulle man önska att när både forskning, profession och brukarerfarenheter ger en liknande bild av utmaningar i praktisk verklighet så skulle detta kunna få slå igenom i de underlag som leder till politiska beslut istället för mer esoteriska inspel i linje med smak och tycke.

1.3 Vidare om psykisk ohälsa, rehabilitering och arbetsförmåga

Psykisk ohälsa innefattar allt från lättare tillstånd av oro och nedstämdhet till diagnoser av mer allvarlig karaktär såsom svåra psykiatriska tillstånd. Besvären kan vara milda och snabbt övergående till mer ihållande och långvariga. Var gränsen går mellan vardagens känslomässiga yttringar till diagnos inom psykiatriska tillstånd kan ibland vara svårt att avgöra. Inom forskning inkluderas vanligtvis tillstånd såsom stressrelaterade sjukdomar samt depressions- och ångestsjukdomar i begreppet psykisk ohälsa vilket internationellt översätts till begreppet *Common Mental Disorder*, CMD.

Psykisk ohälsa är en vanlig orsak till försämrad arbetsförmåga och lidande i arbetet och har sedan 2014 blivit den främsta orsaken till frånvaro på grund av sjukskrivning.¹⁰ Sjukskrivning för psykisk ohälsa har i jämförelse med andra diagnosgrupper längre sjukskrivningstider och

¹⁰ Folkhälsomyndigheten (2018) *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa En kartläggande litteraturöversikt – uppdatering 2018*, Folkhälsomyndigheten <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/730857a9f0fd405ab5c8aad3db37b253/insatser-foretagshalsovarden-forebygga-minska-psykisk-ohalsa.pdf>

ökad risk för återinsjuknande.¹¹ På sikt leder det till ökad risk för att arbetsförmågan förblir låg och behovet av sjuk- eller aktivitetsersättning ökar.¹²

För samhället innebär det höga kostnader för sjukvård och socialförsäkring men även för arbetsgivaren genom förlorad produktion.¹³ Ur den enskildes perspektiv innebär psykisk ohälsa ett lidande som på både kort och lång sikt ger konsekvenser med risk för ökad social isolering, samsjuklighet och för tidig död samt en försämrad privatekonomi.¹⁴

Vår hälsa påverkas av flera faktorer varav arbete och arbetsliv är två. Goda arbetsförhållanden kan främja hälsa och skydda mot fysiska och psykiska riskfaktorer.¹⁵ Risken att drabbas av psykisk ohälsa är lägre hos personer som har ett arbete jämfört med personer som inte har det.¹⁶ Att ha ett arbete är generellt sett bra för hälsan men i riskfyllda arbetsmiljöer kan ohälsa uppstå. Ett arbete är viktigt för att säkra en inkomstkälla så att vardagliga behov klaras av, men det är även viktigt för att det ger struktur, social samvaro och en känsla av meningsfullhet av att vara delaktig i något gott.¹⁷

Under lång tid har det genom intensivt arbete med arbetsmiljön skett förändringar i antal svåra skador och hälsoproblem relaterade till den fysiska arbetsmiljön. Ett kvarstående problem finns inom den psykosociala arbetsmiljön där risken att drabbas av ohälsa såsom hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck och psykiska besvär är relativt hög.¹⁸ Det är framför allt organisatoriska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön som har starka samband med psykisk ohälsa. Exempel därpå är psykiskt ansträngande arbete, höga krav och låg kontroll, rollkonflikter och obalans mellan ansträngning och belöning.¹⁹ Det är svårt att särskilja olika faktorer inverkan på hälsan då de ofta interagerar och kan ge upphov till olika reaktioner och symtom för olika individer.²⁰

¹¹ AFA försäkring (2020). *Möjliggörande och hindrande faktorer samt etiska aspekter vid samverkan med syfte att öka återgång i arbete bland personer med psykisk ohälsa*. AFA Försäkringar

¹² Lidwall, U., Olsson-Bohlin, C. (2017) Korta analyser 2017:1 *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*. Försäkringskassan

<https://www.forsakringskassan.se/download/18.3a5418591814e228e4413ac/1661265485367/psykiatriska-diagnoser-korta-analyser-2017-1.pdf>

¹³ Folkhälsomyndigheten (2018) *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa*. En kartläggande litteraturoversikt – uppdatering 2018, Folkhälsomyndigheten

¹⁴ Bergström G, Lundin A, Vaez M, Cedstrand E, Hillert L, Jensen I. (2015) *Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa*. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm

¹⁵ WHO (2008) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf

¹⁶ Folkhälsomyndigheten (2018) *Insatser via företagshälsovården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa*. En kartläggande litteraturoversikt – uppdatering 2018, Folkhälsomyndigheten

¹⁷ Hultberg, A., Ahlberg, G., Jonsdottir, I., Winroth, J., Corin, L., & Heimdahl, M. (2018). *ISM Rapport 21. Hälsa på arbetsplatsen en sammanställning av kunskap och metoder*. Institutet för stressmedicin <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hos1697-550018648-18958/surrogate/ISM-rapport%202018-21-H%C3%A4lsa%20p%C3%A5%20arbetsplatsen.pdf>

¹⁸ Ekberg, K., Eklund, M., Hensing, G. (2015). *Återgång i arbete: Processer, bedömningar, åtgärder*. Lund: Studentlitteratur

¹⁹ SBU. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom*. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 223. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/arbetsmiljonsbetydelse-for-symtom-pa-depression-och-utmattningssyndrom>

²⁰ Jensen I och Företagshälsans riktlinjegrupp (2015) *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen*. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet.

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 av dem sjukskrivna. Men även att beakta att även om de inte får ersättning via sjukförsäkringssystemet kan de 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 sjukfrånvaro och annan sjukfrånvaro bland personer med CMD och sjukfrånvarons hälsokonsekvenser.

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 arbetsmiljöfaktorer utgör den komplexitet som utöver individuella orsaker påverkar den psykisk hälsan.²¹

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. Utredningens diskurs i denna riktning är försumbar.

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.²²

Beklagligt nog har få myndigheter eller politiska instanser diskuterat de öden som drabbat alla de människor som under årens lopp nekats sjukpenning på uppenbart felaktiga grun-

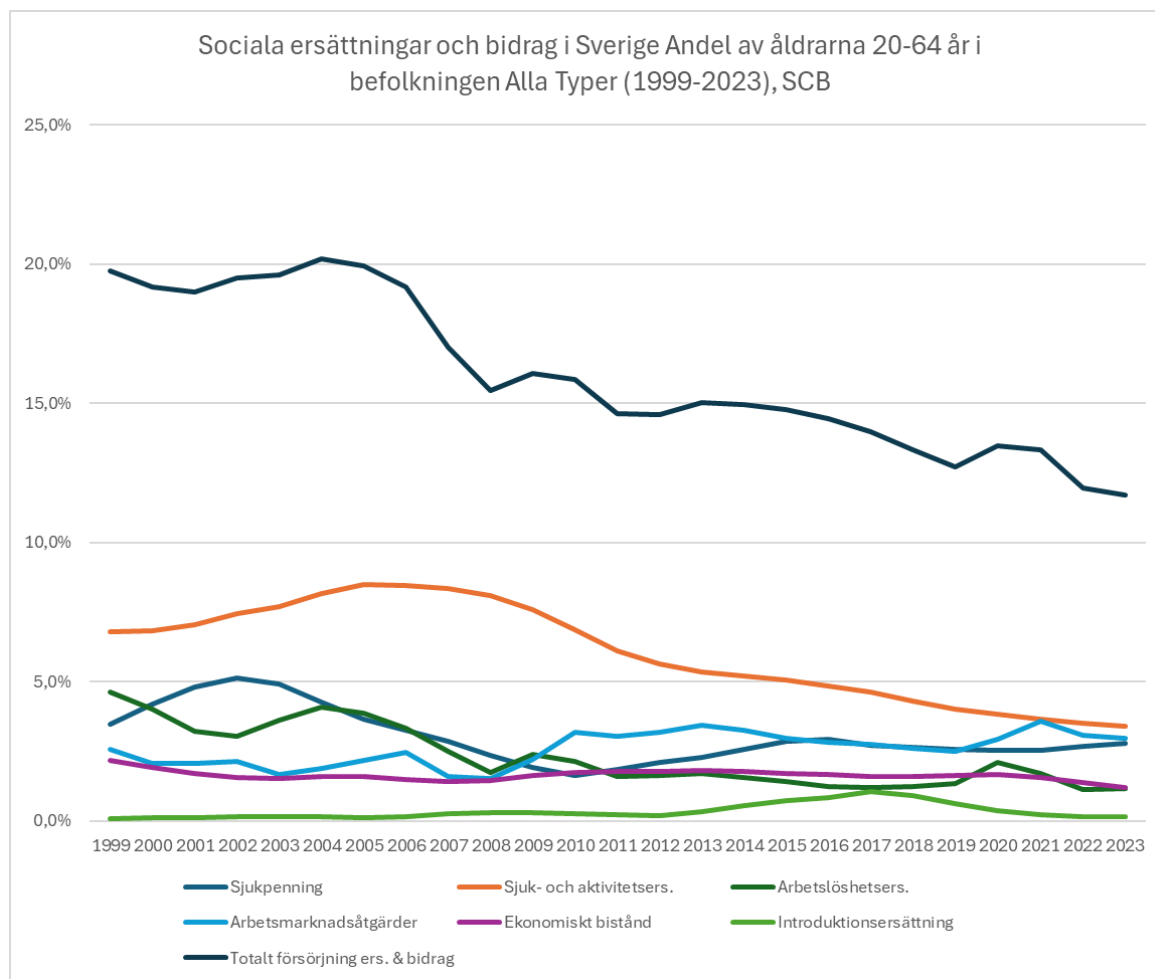
²¹ Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301–310.

²² <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys>

der.²³ Alla som hänvisats till att leva på socialtjänstens försörjningsstöd eller på anhöriga, eller tvingats ut i arbetsförsök som resultat i ytterligare försämring av deras tillstånd.²⁴

Sjukfrånvaro relaterat till psykisk ohälsa är också ett jämställdhetsproblem då sjukfrånvaron är nästan dubbelt så hög bland kvinnor som bland män.²⁵

Frågan om invånarna i Sverige som erfarit ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning genom den stora "reformen" 2008 blivit friskare eller bara fattigare är inte till fullo utredd och besvarad, men att det allmännas kostnader för ersättningar och bidrag i stort pressats ned är klart. För RSMH:s målgrupp och deras anhöriga synes i stora mått kostnaderna för att leva med ohälsa i ökad utsträckning privatiserats utan större utveckling av positiva hälsoeffekter.



Källa: <https://www.scb.se/contentassets/56080d2c691247ce849cb67764b7bf93/sociala-ersattningar-och-bidrag-i-lan-19992023.xlsx>

²³ Inspektionen för socialförsäkringen (2014) *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*, Rapport 2014:18, ISF, <https://isf.se/publikationer/rapporter/2014/2014-10-20-socialforsakringsmal-i-forvaltningsdomstolarna>

²⁴ Inspektionen för socialförsäkringen (2023) *Utan inkomst efter avslag En redovisning av vilka som saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning och vad som ökar risken för det*, Rapport 2023:4, ISF <https://isf.se/publikationer/rapporter/2023/2023-05-23-utan-inkomst-efter-avslag>

Inspektionen för socialförsäkringen (2023) *Mellan sjukpenning och arbete En granskning av orsakerna till att personer saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning*. Rapport 2023:15, ISF <https://isf.se/publikationer/rapporter/2023/2023-12-19-mellan-sjukpenning-och-arbete>

²⁵ <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys>

2. UTREDNINGEN

2.1. Bakgrund – 2008, 2021 och 2022

En mer omfattande förändring av Sveriges sjukförsäkringssystem genomfördes 2008. Utifrån en önskan från lagstiftaren att motverka långa passiva sjukskrivningar och förbättra sjukskrivningsprocessen genom ökad precision när bedömningar av arbetsförmåga skulle ske och att dessa skulle utgå från individens förmåga och behov. Förutsebarheten för den enskilde skulle öka. Massiv kritik från patientföreningar och funktionsrättsrörelsen inkom dock.

I mars 2021 infördes ett undantag vid dag 181 i rehabiliteringskedjan som innebär att prövningen av arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden kan skjutas upp. Detta under förutsättning att övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren senast dag 365 i rehabiliteringskedjan, och i samma omfattning som innan sjukperioden. Syftet med undantaget är att ge den försäkrade och arbetsgivare mer tid att via rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter öka chanserna för en varaktig återgång hos arbetsgivaren.

I februari 2022 infördes ytterligare en undantagsregel vid dag 181 i rehabiliteringskedjan: särskilda skäl. Bestämmelsen innebär att prövningen av arbetsförmågan mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete kan skjutas upp om stor sannolikhet talar för att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 550. För att undantaget ska kunna tillämpas krävs att det finns en välgrundad anledning att anta att återgången kan ske senast vid dag 550 i rehabiliteringskedjan. Motivet bakom införandet av särskilda skäl var att regeringen ansåg att det kan finnas situationer då den försäkrade kan behöva mer tid för rehabilitering för att komma tillbaka i sitt ordinarie arbete.

I Sverige finns en långsiktig trend ända sedan 1990-talet (med reservation för Covid-åren) mot att allt färre människor fullt ut kan förlita sig på ("försörjs med") bidrag och sociala ersättningar vid behov. Orsaken är bland annat den kraftiga åtstramningen av sjukförsäkringen främst av sjuk- och aktivitetsersättningen (ersättningar till dem som har en långsiktigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning).²⁶ På 25 år (1999–2023) har andelen med sjuk- och aktivitetsersättning i befolkningen halverats från 6,8 % till 3,4 % i åldrarna 20–64 år.²⁷

Det övergripande syftet med reformerna som genomfördes 2021 och 2022 var att öka flexibiliteten i sjukförsäkringen och de försäkrades ekonomiska trygghet och förståelse för regelverket. Därigenom skulle sjukförsäkringens förutsägbarhet och legitimitet stärkas. Ett centralt syfte var också att fler ska kunna avsluta sin rehabilitering under trygga former och återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Det är för RSMH oförståeligt att nu backa från dessa syften redan innan en gedigen utvärdering gjorts.

Undantaget särskilda skäl infördes då det kan finnas situationer när en försäkrad behöver ytterligare tid på sig för att rehabiliteras tillbaka till arbete och förutsättningarna för detta är goda. Regeringen ansåg att det för en långsiktigt hållbar återgång i arbete i vissa fall är att

²⁶ <https://www.scb.se/pressmeddelande/rekordfa-personer-med-sociala-ersattningar-och-bidrag/>

²⁷ <https://www.scb.se/contentassets/56080d2c691247ce849cb67764b7bf93/sociala-ersattningar-och-bidrag-i-lan-19992023.xlsx>

föredra att den försäkrade går tillbaka till en arbetsgivare som har ett anpassnings- och rehabiliteringsansvar jämfört med att söka arbeten på den öppna arbetsmarknaden med kvarstående besvär. Försäkrade som har möjlighet att återgå i sitt arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör därför enligt regeringens mening ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare. Regeringen ansåg i detta sammanhang att det i vissa fall kan vara motiverat med något längre sjukskrivningstider i det fall detta möjliggörs.

2. 2 Några kvalitativa reflektioner om utredningen per se

RSMH önskar betona att föreliggande utredning ger anledning till ett antal kvalitativa reflektioner utifrån sitt presenterade tillvägagångssätt och rapport därav. Den har påfallande brister på flertalet punkter och borde egentligen, enligt RSMH, göras om från grunden.

För det första finns ingen som helst historisk analys eller tillbakablick kring vad som lett fram till de stora förändringarna i sjukförsäkringarna som skett de senaste åren. Inte heller ett ord om den starka kritik som funnits kring vissa av de förändringar som skett; i linje med det som ovan beskrivits. Det blir då helt omöjligt att sätta de nu analyserade förändringarna i sin kontext och få den bredare och fördjupade förståelsen för skeendena som faktiskt krävs i denna fråga. Utredningen saknar helt enkelt helhetsbild av det faktiska område som är relevant för analys och förslag.

För RSMH framstår det vidare som oerhört märkligt att inte på något sätt under utredningens arbete intervjua eller involvera dem de gäller, människorna som drabbas. Hela utredningen har flagrant utelämnat de allra viktigaste kunskapsbärarna- de med egen erfarenhet.

Vidare beskriver utredaren sig ha bedrivit ”kvasiexperimentella”(?) studier. Närmare sanningen ligger att det rör sig om enkla registerstudier som har den absolut lägsta evidensstyrkan i evidenshierarkin. Att dessutom dra kausala slutsatser från registerstudier som täcker en period av 1–2 år är för RSMH att grovt bedra läsaren. Det är inte – utifrån utredningens referenser – möjligt, såvitt RSMH kan bedöma, att dra de slutsatser som utredningen gör och bestämma det till kausala samband.

Det finns inte heller någon som helst redovisning av de litteratursökningar som (eventuellt) gjorts för att skapa transparens kring vilken forskning man valt att belysa. Det tycks tveklöst vara så att man valt att belysa ett eget val av litteratur och forskning som stärker den egna ståndpunkten, då RSMH vid en enkel litteratursökning hittar flertalet intressanta studier som pekar på delvis motsatta eller mer mångfacetterade resultat än vad utredningen ensam lyfter.

Även om utredningen inte är en vetenskaplig avhandling så förväntar man sig att vetenskaplig kunskap och annat relevant evidensbaserat material som berör dess utredningsområde presenteras korrekt och transparent. Tyvärr är inte det den bild RSMH vid genomläsning entydigt får här. Den inre logiken och fundamental faktabehandling från utredningen är så pass svag att RSMH spontant vill efterlysa omtag med tredje gången gillt i jakten på kompetent utredning av dessa oerhört viktiga samhällsberörande frågor.

Sjukförsäkringssystemet är inte en liten sak utan har enorma konsekvenser på såväl samhällets som enskildas ekonomi. Låt digniteten och allvaret sjunka in och gör om och gör rätt.

En modern sjukförsäkring som aktivt missgynnar de med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning kan inte vara acceptabelt i Sverige 2024.

RSMH ser en given öppning i att snarast tillsätta en parlamentarisk utredning som ser över sjukförsäkringssystemet i grunden. Som vågar vända på varje sten och finna ett långsiktigt hållbart system som är rättssäkert, tillförlitligt, rättvist och svarar an mot samtliga medborgares behov.

2.2. Betänkandets fokus och slutsatser

Utredningen påtalar att de nya reglerna inneburit att sjukskrivningarna blivit längre, motsvarande en minskning i andelen avslutade sjukfall inom 12 och 24 månader med 12,8 respektive 5,5 procent. På motsvarande sätt minskade återgången till den egna arbetsgivaren med 9,4 procent inom ett år. Vidare konstateras att ingenting tyder på att reformerna har haft några effekter för individernas hälsa, detta mätt som antalet besök inom öppenvården respektive dagar inom slutenvård, samt förskrivna läkemedel.

Utredningens slutsats är att det saknas stöd i den empiriska forskningen för att sjukskrivning på deltid påskyndar full arbetsåtergång.

Utredningen konstaterar att de utvärderade reformernas intentioner, i det som har varit möjligt att empiriskt analysera inom ramen för utredningen, i relativt låg grad har uppfyllts.

Detta tål enligt RSMH att problematiseras.

En grundläggande princip är att arbetsförmågan efter en tids sjukskrivning ska bedömas mot någon form av vidare arbetsmarknadsbegrepp än det egna arbetet. Den som inte kan återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren men som har arbetsförmåga i andra arbeten förväntas således efter en tid ställa om till ett sådant arbete i stället för att kvarstå i sjukförsäkringen. Detta är enligt RSMH:s mening en rimlig ordning. För sjukförsäkringens legitimitet är det dock viktigt att kravet på omställning inte kommer för tidigt i sjukfallet.

Det är RSMH:s åsikt att försäkrade som har goda möjligheter att återgå i sitt vanliga arbete där de har sin yrkesidentitet, utbildning och erfarenhet bör ges reella förutsättningar att i första hand rehabiliteras åter i arbete hos sin egen arbetsgivare.

Sjukfrånvaron har, liksom sjukpenningtalet, minskat de senaste åren, vilket delvis kan förklaras av att Försäkringskassan har ändrat sin tillämpning av regelverket i syfte att uppnå "högre rättssäkerhet". Den förändrade tillämpningen har inneburit ett ökat antal avslag i pågående sjukfall. År 2020 var det 40 procent av de sjukfall som avslutades mellan dag 180 och dag 364 som avslutades med ett avslag.

Ökningen av andelen indragningar var relativt sett störst bland personer med psykiatriska diagnoser. Andelen indragningar ökade mest i samband med att Försäkringskassan prövade de försäkrades arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete, dvs. efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Riksrevisionen har genomfört en granskning som visat att knappt hälften av dem som nekas sjukpenning är åter i ordinarie arbete och omfattning 6–12 månader efter avslagsbeslutet. Många återvänder också till en ny sjukskrivningsperiod inom 9–15 månader.²⁸

²⁸ Riksrevisionen (2020) Vägen till arbete efter nekad sjukpenning, en granskningsrapport, Riksrevisionen https://www.riksrevisionen.se/download/18.4380d8a11719cdf24ab9d2b/1587559541561/RiR%202020_12%20Anpassad.pdf

Försäkringskassan har vidare i en rapport analyserat sysselsättningen och försörjningen bland personer i åldern 24–64 år som nekats sjukpenning i samband med bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete mellan dag 180 och 365. År 2019 gällde detta ca 14 900 personer (68 procent kvinnor och 32 procent män). Resultaten visar tydligt att den omställning som krävs för personer som har fått avslag i många fall inte leder till en hållbar återgång i arbete. Exempelvis har andelen som försörjt sig genom arbete i hög grad varje månad efter sjukskrivningen minskat från 63 procent (månad 3) till 57 procent (månad 12). Att personerna försörjer sig genom arbete i hög grad betyder inte att de arbetar heltid. Resultaten visar också att ca 30 procent av personerna i undersökningen hade beviljats sjukpenning igen någon gång under året efter sjukskrivningen. En stor del av de avslag som ingick i Försäkringskassans undersökning gällde personer med psykiatriska diagnoser.²⁹

Utredningen har inte problematiserat detta över huvud taget. Är det värdigt, klokt eller ens lönsamt att utförsäkra lidande människor när de är åter i sjukskrivning efter ett visst antal månader igen. Vari ligger vinsten med det och på vilket sätt ökar det Försäkringskassans ”rättssäkerhet”, legitimitet och trovärdighet?

Utredaren beskriver att i utredningen har inget randomiserat experiment kunnat genomföras. I stället har omfångsrika registerdata använts för att, så långt det går, efterlikna det randomiserade experimentet. I vissa fall har man kunnat använda analyser som i den empiriska litteraturen går under benämningen kvasiexperimentella ansatser. Detta är enligt RSMH missvisande, det finns inget i forskning som benämns ”kan liknas vid”- antingen är det så eller inte. Det är även beklämmande att man drar slutsatser som om man bedrivit RCT-studier när det är enkla registerstudier man bedrivit.

Vidare som utredningen själv beskriver; eftersom en individ endast kan observeras som antingen behandlad eller icke-behandlad, kan effekter för den enskilde individen aldrig mätas. I stället analyseras genomsnittseffekter av reformerna. Om effekten är noll är slutsatsen att någon genomsnittlig behandlingseffekt inte finns. Samtidigt kan behandlingen haft en betydande inverkan för enskilda individer, i såväl positiv som negativ riktning. Eftersom effekten är noll balanserar dessa effekter dock ut varandra för populationen i sin helhet.

Noterbart är också att utredningen endast studerar inkomster, ersättningar och ekonomiska stöd på individnivå. Detta ger inte en fullständig bild av individens ekonomiska situation. Vid en förändring av inkomsten kan exempelvis en eventuell partner anpassa sitt arbetsutbud och sina inkomster efter den nya situationen

Utredningen analyser effekterna av flera reformer med avseende på ett flertal utfall vid olika uppföljningstider, därutöver analyseras effekterna för olika delpopulationer. En vedertagen beslutsregel för att avgöra om en effekt är statistiskt säkerställd är att skattningen ska vara statistiskt säkerställd på 5 procents signifikansnivå. I princip innebär detta att det är 5 procents risk att resultatet är orsakat av slumpen och inte den reformen som analyseras. Med en stor mängd resultat ökar risken för att vi hittar effekter även när sådana inte finns.

Detta ”multisignifikansproblem” kan beaktas genom att korrigera den signifikansnivå som används, detta förutsatt att antalet tester är begränsat och att man på förhand vet hur många tester som ska genomföras. Med tanke på uppdragets omfång var detta inte möjligt. Utred-

²⁹ Försäkringskassan (2020) Svar på regeringsuppdrag Rapport – Uppföljning av personer som nekats sjukpenning, Diarienummer: FK 2020/000190, Försäkringskassan, <https://www.forsakringskassan.se/download/18.3a5418591814e228e44114d/1657120889482/uppfoljning-av-personer-som-nekats-sjukpenning-svar-pa-regeringsuppdrag-dnr-fk-2020-000190.pdf>

ningen har därför valt att diskutera enskilda resultat men inom ramen för en helhet, det vill säga med utgångspunkt i det mönster som framträder av resultaten i stort. Utredningen beskriver själv i sin metoddel att ”Det är därför viktigt att iaktta försiktighet i tolkningen av enskilda resultat”. Det är dock knappast med försiktighet man uttalar sig i sina bedömningar och detta är djupt problematiskt enligt RSMH.

Isolerade erfarenheter kan inte utgöra grund för sann vetenskap. Utredningen talar i vetenskapskryddad jargong om ”statistiskt säkerställda resultat”, RSMH ser inte att sådana går att dra utifrån aktuell utrednings upplägg och de referenser som här ges.

I mitten av utredningen dyker så en spännande del upp som handlar om kvalitativa intervjuer med de försäkringsutredare och försäkringsspecialister som intervjuats inom ramen för utredningen. Dessa är över lag positiva till möjligheten att skjuta upp prövningen mot normalt förekommande arbete med stöd av övervägande skäl. Det framhålls att den införda lagändringen bidrar till att den försäkrade nu ges reella möjligheter att återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren. Att återgå till ordinarie arbetsgivare anses i de flesta fall vara positivt för både individ och arbetsgivare.

För att syftet med ovanstående lagändringen ska nås krävs dock att både arbetsgivarna och vården tar sitt ansvar och att försäkringsutredarna ges förutsättningar att arbeta med samordningen enligt respondenterna. På det stora hela tycker man att dessa förutsättningar också finns även om några upplever att de på grund av tidsbrist inte har möjlighet att utreda alla ärenden och att samordna på det sätt som de borde. Man anser också att det finns potential för både arbetsgivare och vård att ta ännu mer ansvar i rehabiliteringsprocessen.

Särskilda skäl, som var den tidigare bedömningsgrunden vid dag 180 ansågs av respondenterna, vara alltför strikt och för beroende av en välgrundad prognos från sjukskrivande läkare vilket gjorde det svårt för personer med symtomdiagnoser att beviljas fortsatt sjukpenning.

Många respondenter menar också att vårdåtgärder och åtgärder på arbetsplatsen för att stödja en återgång i arbete sällan hinner komma i gång ordentligt innan dag 180. Och i de fall dessa åtgärder ändå pågick var det innan lagändringen ett problem att försäkringen inte kunde täcka upp ekonomiskt under hela den planerade perioden av återgång i arbete eftersom många fick avslag vid dag 180.

Att övervägande skäl ger de sjukskrivna förbättrade möjligheter att hinna ta del av medicinsk behandling och arbetsplatsinriktade åtgärder för återgång till arbete är den allmänna uppfattningen. Särskilt framhålls att sjukskrivna med symtomdiagnoser som exempelvis utmattningsdepression behöver mer än 180 dagar på sig för att återgå i arbete. Det kan ta lång tid innan den försäkrade får tillgång till en psykolog eller en terapeut samtidigt som ett positivt resultat av samtalsbehandling och läkemedelsbehandling kan dröja. Enligt respondenterna har övervägande skäl också bidragit till att fler kontakter tas med de sjukskrivna och arbetsgivare.

Många av respondenterna uttrycker sig i stil med att både den försäkrade och arbetsgivare blivit mer ”involverade” och ”delaktiga” i sjukskrivningsprocessen som en konsekvens av övervägande skäl. Detta gäller inte minst de sjukskrivna vars uppgifter försäkringsutredarna både efterfrågar och sätter större tilltro till än tidigare. Detta har exempelvis medfört att man begär mindre kompletteringar från vården kring aktivitetsbegränsningar enligt respondenterna.

Denna förändring beror enligt intervjuerna inte enbart på lagändringen utan också på att Försäkringskassans styrning av sjukförsäkringen under senare år inneburit en ökad betoning på utredningsskyldighet, helhetssyn och sammantagna bedömningar i sjukpenningärenden.

Utredningsskyldigheten innebär i korthet att försäkringsutredarna måste utreda ärenden tills det finns tillräcklig med information för att kunna fatta materiellt riktiga beslut. Med övervägande skäl tycker sig försäkringsutredarna över lag ha större möjligheter att göra ett bra jobb vad gäller att samordna aktiviteter och insatser och få med berörda parter i processen. Därtill tycker man att utredningarna håller bättre kvalitet både vad gäller underlag för rätt till sjukpenning och underlag för planering av återgång i arbete

Försäkringsutredarna beskriver också sin arbetssituation som mer "rimlig" och "stimulerande" nu, bland annat eftersom de inte behöver göra lika många avslag som innan lagändringen. Det uppfattas som positivt att ha en mer stödjande än kontrollerande roll i sjukskrivningsprocessen. *"Det är ganska skönt att göra mindre avslag, för det var väldigt mycket avslag förut, för särskilda skäl var ju ett väldigt svårt tillämpat undantag, som det var förut. Och då känns det som att det blev en mer positiv anda, att man hjälps åt tillsammans på något vis, för återgången liksom"*.

Detta avsnitt - som av RSMH upplevs som centralt då de som faktiskt arbetar med frågorna intervjuats och är de som torde vara som bäst insatta - ignoreras sedan helt i utredningens förslag.

2.3. Betänkandets förslag och förväntade konsekvenser därav

Undantaget övervägande skäl ska tas bort som grund för beviljande av sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

RSMH avstyrker förslaget. Att människors yrkeserfarenheter kan fortsätta tas tillvara i det ordinarie arbetet gagnar både den enskilda, arbetsgivare och samhället i övrigt.

Utredningen föreslår en återgång till den lydelse av begreppet särskilda skäl som gällde före den 15 mars 2021 vid bedömningen av arbetsförmåga efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Det ska inte vara möjligt att tillämpa särskilda skäl efter dag 365 i rehabiliteringskedjan

RSMH avstyrker förslaget

Vid bedömningen av den försäkrades rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan ska det endast beaktas om den försäkrade har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det ska inte längre anges om förvärvsarbetet ingår i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla vid bedömningen av rätt till sjukpenning i särskilda fall.

RSMH avstyrker förslaget

Vid bedömning av nedsättning av arbetsförmågan och dess omfattning ska arbetstiden minskas varje dag i motsvarande grad som nedsättningen avser. Arbetstiden får dock förläggas på ett annat sätt, om det är medicinskt motiverat och det syftar till att ta tillvara den arbetsförmåga som den försäkrade har.

RSMH avstyrker förslaget

Bestämmelserna om behovsanställda i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

RSMH avstyrker förslaget

De särskilda äldrereglerna i sjukpenningförsäkringen ska tas bort.

RSMH avstyrker förslaget

Bestämmelserna som avser sjukersättning för äldre bör behållas.

RSMH tillstyrker förslaget

Förstärkt arbetsgivaransvar

Forskningen visar att rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetslivsriktad, har bättre förutsättningar att vara effektiva i att få individen tillbaka i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen. RSMH önskar därför se ett förstärkt arbetsgivaransvar där arbetsgivarna har en skyldighet att erbjuda arbetstagaren arbetslivsinriktad rehabilitering.

RSMH stödjer föreslagen reform för en långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Starkare incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen

Utredningen konstaterar att det i dag saknas tydliga drivkrafter för vårdgivare att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte.

RSMH delar bilden och menar att s det finns skäl att närmare utreda hur incitamentsstrukturen för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen kan stärkas.

RSMH vill här särskilt påminna om...

Vid etablerad psykisk ohälsa rekommenderas arbetsträning och succesiv nedtrappning av sjukskrivningen tillsammans med arbetsplatsanpassningar för återgång i arbete. Det framgår av riktlinjer från Myndigheten för arbetsmiljövetskap (Mynak). Därför efterfrågar många arbetsgivare just arbetsträning. Trots det får allt färre sjukskrivna arbetslivsinriktad rehabilitering. Det beror på att Försäkringskassan har gjort en rättslig bedömning som innebär att metoden inte är ändamålsenlig, tvärt emot Mynaks rekommendationer.

Som en konsekvens av Försäkringskassans strikta förhållningssätt har rehabiliteringsmötena blivit färre och hamnat betydligt senare. RSMH anser att behovet av rehabilitering måste klargöras tidigare i sjukfallet än vad som sker idag. När rehabiliteringsbehovet är fastställt ska en rehabiliteringsplan fastställas för rehabilitering tillbaka i ordinarie arbete när det är möjligt. Under tid med rehabilitering som följer en rehabiliteringsplan ska arbetsförmågan endast mätas mot ordinarie arbete.

Försäkringskassans syn på sjukförsäkringen som en omställningsförsäkring är för strikt. Fler måste ges möjlighet att rehabiliteras tillbaka i ordinarie arbete. Försäkringskassans syn på arbetsträning som en icke ändamålsenlig rehabiliteringsmetod för återgång i arbete hos ordinarie arbetsgivare måste ändras. Det försvårar återgång i arbete hos ordinarie arbetsgivare när det är möjligt och samtidigt är det bästa alternativet för individen.

Även sjukfall som pågår längre än 365 dagar måste enligt RSMH ges möjlighet att rehabiliteras tillbaka i ordinarie arbete om det kan ske innan dag 550 i sjukfallet. Utmattnings-

syndrom kräver ofta långa rehabiliteringstider där sjukskrivning längre än ett år inte är ovanligt.

Förslagen om att ta bort undantaget övervägande skäl och återinföra de ”gamla” särskilda skälen innebär ett återupprättande av de striktare bedömningarna vid dag 180 och 365 i rehabiliteringskedjan. Detta kommer dessvärre enligt RSMH inte att leda till att fler kommer tillbaka i arbete eller att färre kommer att fastna i omotiverat långa sjukskrivningar. Motsvarande konsekvenser kan förväntas bland äldre som ett resultat av borttagande av äldreregler. Mycket tyder på att de skärpta kraven på omställning kommer att ge negativa konsekvenser på hälsan och öka risken för framtida sjukskrivning

De striktare kraven på rätt till ersättning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan kommer visserligen att leda till att de långa sjukperioderna i högre grad avslutas. Människor kommer dock att bli sjuka igen då de inte är redo utan i förtid tvingas in i arbeten de inte är rustade för. Forskning visar som tidigare påpekats att alltför höga arbetskrav och dålig psykosocial arbetsmiljö påverkar medarbetarens hälsa och nyare studier visar att sådana förhållanden även påverkar tiden för återgång i arbete. Därför är det viktigt att vara uppmärksam på detta och i synnerhet vid arbetsrehabilitering för enskilda individer.

Enligt Försäkringskassans egen uppföljning har sjukfallens varaktighet ökat främst genom att färre sjukfall avslutas i anslutning till 180 dagars sjukfrånvaro. Av uppföljningen framgår att 68 procent av de ärenden där sjukpenning någon gång beviljats med stöd av undantaget övervägande skäl avslutats innan dag 365. Det är följaktligen 32 procent som fortfarande är sjukskrivna efter dag 365 utifrån en annan bedömningsgrund. Försäkringskassans uppföljning visar också att i majoriteten av ärenden där övervägande skäl tillämpats har den försäkrade en psykiatrisk diagnos. I utredningens aktstudie uppgick andelen psykiatriska diagnoser där övervägande skäl tillämpats till 52 procent.

Mellan 2014 och 2020 ökade antalet avslag från drygt 10 000 till över 70 000. Noterbart är att siffran för 2020 hade varit något högre om inte regeringen, enligt Försäkringskassan, hade aviserat att den avsåg att fatta beslut om en ny tillfällig bestämmelse om att inte bedöma mot ett normalt förekommande arbete efter dag 180 i sjukperioden. Efter införandet av övervägande skäl som bedömningsgrund mellan dag 180 och 365 i sjukperioden år 2021, har antalet avslag minskat kraftigt till och med 2023 då antalet avslag uppgick till 16 000.

Utgångspunkten för utredningens förslag är att återupprätta ”grundläggande principer i sjukförsäkringen”. Lagförslagen innebär i stora drag en återgång till det regelverk som gällde innan reformernas genomförande vilket riskerar att medföra katastrofala följder för vår målgrupp. Detta kommer enligt vår bedömning knappast att återupprätta grundläggande principer i sjukförsäkringen.

Försäkringskassan startade under 2022 ett utvecklingsarbete kallat ”Programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning”. Beslutet att starta programverksamheten hade föregåtts av en rad externa och interna utredningar och analyser som pekat på olika problem och behov av förändring inom förvaltningen av sjukförsäkringen. Bakgrunden till initiativet är enligt ansvarig programchef stora svängningar i den politiska styrningen, i Försäkringskassans egen styrning samt i sjukskrivningstalen. Därför arbetar man nu med att utveckla en förvaltning av sjukförsäkringen som är stabil, förutsägbar och ändamålsenlig och som uppfattas som trovärdig ur ett brett samhällsperspektiv.

Detta program hos Försäkringskassan ska samordna och driva myndighetens strategiska utvecklingsarbete inom sjukförsäkringen. Syftet är att skapa en mer ändamålsenlig och effektiv organisering av handläggningen av sjukfall. Försäkringskassan menar att dagens geo-

grafiskt baserade organisation med en bred handläggarrull och en omfattande, i många fall icke ändamålsenlig, mål- och resultatstyrning, inte bidrar till att ge de sjukskrivna eller andra aktörer det stöd som de kan förväntas få. Detta samtidigt som den rättsliga kvaliteten är för låg och medarbetarnas situation blir allt sämre. Försäkringskassan är inte en helt frisk myndighet, såvitt RSMH kan se, utan fortfarande i stort behov av adekvata resurser, ledning och styrning.

3. AVSLUTNING

Sjukförsäkringen har under lång tid haft många brister som drabbat svårt sjuka människor hårt. 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 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 återfå förtroendet för verksamheterna.

RSMH förväntar sig att ansvariga politiker tar de uppenbara problemen i sjukförsäkringarna samt grundorsakerna till dessa (som inte på något sätt adresserats i föreliggande utredning) 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.

Människor med allvarigare 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 vi påtalat under närmare 20 år. 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 där man intervjuat handläggare 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 och att de lättnader i reglerna som infördes 2021 och 2022 varit av godo.

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 skygglappar 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.

Utredningen lämnar inga genomtänkta och strukturerade förslag om hur standardtryggheten skall kunna säkras för människor, som på grund av ohälsa tvingas pendla mellan arbete och sjukskrivning under livets lopp eller som aldrig ens har fått fotfäste på arbetsmarknaden – kort sagt just de människor RSMH organiserar.

Om utredningens förslag till förändring genomförs såsom de idag är utformade, riskerar de grupper RSMH företräder att hamna i ännu sämre ställning i samhället, än som redan gäller idag. Det finns i utredningens förslag 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 försänka 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 ”sjukskrivning 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 långtifrån 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.

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

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.

RSMH:s uppfattning är att regeringen bör ta sitt ansvar för att adekvata ekonomiska ersättningssystem, rehabilitering och en anpassad arbetsmarknad görs tillgänglig för människor med 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.

En sjukförsäkring i otakt med vård, stöd, rehabilitering och habilitering är haltande.



En sådan haltande sjukförsäkring som inte främjar hälsa – det vill säga tillåter hälsofrämjande faktorer komma till sin fulla potential för individen – är inte den sjukförsäkring Sverige behöver. Ingen har ännu blivit skrämmd eller ekonomiskt örfilad frisk – fattigdom främjar fortfarande inte hälsa – och utökad sjuknärvaro ger inte ett hållbart arbetsliv. För den med långvarigt begränsad arbetsförmåga måste ett anständigt samhälle ta ansvar. RSMH förväntar sig och kräver uttryckligen en trygg och begriplig sjukförsäkring – med människan i centrum, plats för rehabilitering och acceptans för medicinska fakta – som är brett politiskt förankrat och inte bara ett rö för dagspolitikens vindar.

RSMH skulle därför välkomna en bred parlamentarisk utredning, en utredning med ambitioner att lämna förslag som adresserar grundläggande utmaningar utifrån faktisk kunskap snarare än att ytligt och ineffektivt hantera symptomen på dessa utmaningar.

Det är dags att inleda reparationen av sjukförsäkringen seriöst och långsiktigt!

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jenny Wetterling
Intressepolitisk talesperson RSMH

Tore Hansson
Förbundsordförande

Selene Cortes
Kanslichef

CC: Funktionsrätt Sverige
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH
Sveriges Kommuner och Regioner, SKR