



2015-08-14

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM
s.registrator@regeringskansliet.se
s.f@regeringskansliet.se

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

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

Inledning och bakgrund

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom psykiatriområdet som bildades 2007. NSPH har med sina tolv organisationer en bred representativitet på området psykisk hälsa/ohälsa.

NSPH:s medlemsorganisationer har beslutat att gemensamt yttra sig över Socialförsäkringsutredningens betänkande. Några organisationer kommer därtill att skriva egna yttranden.

Det finns aspekter av allvarigare psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar som det svenska samhället historiskt haft svårt att förhålla sig till. De omfattande förändringarna i socialförsäkringarna 2008 var inget undantag från detta.

Människor med ovan beskrivna tillstånd och erfarenheter möter ofta stora svårigheter i sin strävan efter ett självständigt liv, hälsa, studier och arbete i Sverige. Huvudparten av dessa svårigheter hade kunnat undvikas om vilja och resurser kunde mobiliseras och samordnas på ett mer strukturerat vis. NSPH vill här understryka, stödja och fördjupa den mer allmänna problembild som Handikappförbunden direkt och formellt tillställde utredningen redan 2011.

Innehåll

Inledning och bakgrund.....	1
Sammanfattning	5
NSPH:s syn på socialförsäkringarna	7
Synpunkter i fulltext.....	11
1 Författningsförslag	11
2 Uppdraget och dess genomförande	11
3 Nya förutsättningar i samhälle och arbetsliv	11
4 Allmänna överväganden.....	11
4.4 Reformarbetets fortsatta inriktning	14
5 Bakgrund till ett rättvisande inkomstunderlag	16
6 Överväganden om ett rättvisande inkomstunderlag	17
7 Förslag till ett rättvisande inkomstunderlag	20
8 Bakgrund till en långsiktigt hållbar sjukförsäkring.....	21
8.1 Uppdraget enligt direktiven.....	21
8.2 Nuvarande regler	21
8.3 Tidigare utredningar och förslag	22
8.4 Översikt av genomförda reformer	23
8.5 Utvärderingar och uppföljningar av genomförda reformer	23
8.6 Kompletterande avtal och försäkringar vid sjukdom	23
8.7 Ersättningsnivå och ersättningsgrad för sjukskrivna.....	23
9 Överväganden om en långsiktigt hållbar sjukförsäkring.....	24
9.1 Problem i sjukförsäkringen	24
9.2 Successiva reformer av sjukförsäkringen.....	24
9.3 Fortsatt statligt ansvar för sjukförsäkringen.....	24
9.4 Angelägna förbättringar inom sjukförsäkringen	26
9.5 En långsiktigt hållbar sjukförsäkring	28
9.6 Övriga frågor	28
10 Förslag för en långsiktigt hållbar sjukförsäkring	29
10.1 Angelägna förbättringar inom sjukförsäkringen	29
10.2 En långsiktigt hållbar sjukförsäkring	30
11 Bakgrund till bättre stöd för återgång i arbete.....	31

11.1 Uppdraget enligt direktiven.....	31
11.2 Nuvarande regler och ansvarsfördelning.....	31
11.3 Tidigare utredningar och förslag	31
11.4 Översikt över genomförda reformer.....	31
11.5 Aktörers arbete, insatser och samverkan.....	31
11.6 Stöd till arbetsgivare.....	31
11.7 Finansiell samordning	31
11.8 Europeiska socialfonden.....	31
11.9 Hälsa i arbetslivet	32
11.10 Internationella jämförelser	32
11.11 Vad fungerar? Litteraturen sedd i ett strukturellt och organisatoriskt perspektiv..	32
12 Överväganden för bättre stöd för återgång i arbete.....	33
12.1 Överlappande problem och avgränsning.....	33
12.2 Problem i nuvarande struktur	33
12.3 Individen i centrum	33
12.4 Utveckling inom befintlig struktur.....	34
12.5 Individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen är nyckelaktörerna	34
12.6 Hälso- och sjukvården bör bidra mer till återgång i arbete	34
12.7 Arbetsgivare behöver vägledning och stöd	34
12.8 Arbetsgivarens skyldigheter bör inte förändras.....	34
12.9 Arbetsmarknadens parter är centrala.....	35
12.10 Försäkringskassans roll bör förändras för att förstärka samverkan.....	35
13 Förslag för bättre stöd för återgång i arbete	36
13.1 Krav på samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen.....	36
13.2 Krav på behandlings- och rehabiliteringsplanering införs i hälso- och sjukvårdslagen.....	36
13.3 Ekonomiskt stöd för koordineringsfunktioner inom hälso- och sjukvården	37
13.4 En stärkt roll för Socialstyrelsen	37
13.5 Förtydligande av arbetsgivarens skyldigheter.....	38
13.6 Bättre stöd från Arbetsförmedlingen.....	38
13.7 En förtydligad roll för Försäkringskassan	39
13.8 Investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad	39

13.9 En nationell web-portal för återgång i arbete	39
14 Utvecklingsmöjligheter för bättre stöd för återgång i arbete	40
14.1 Stöd till arbetsgivarnas insatser för återgång i arbete: fler aktörer och ökad valfrihet	40
14.2 Treparsamtal för rehabiliteringsöverenskommelser på arbetsmarknaden	40
15 Bakgrund till en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring	40
16 Överväganden för en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring.....	40
17 Förslag för en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring	40
18 Bakgrund till en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring	40
19 Överväganden för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring	41
19.1 Problem i arbetslöshetsförsäkringen	41
19.2 Fördelarna med en obligatorisk arbetslöshetsförsäkring kan uppnås även i en frivillig försäkring	41
19.3 Vem ska vara försäkrad?	41
19.4 Konjunktur Anpassad arbetslöshetsersättning.....	41
19.5 Inkomstrelaterad ersättning både i grundförsäkringen och i den frivilliga försäkringen.....	41
19.6 Ersättningsperioden kompletteras med en ramtid	41
19.7 Aktivitetsstödet beror på de arbetsmarknadspolitiska programmens roll	42
19.8 Arbetslöshetsförsäkringens finansiering förändras inte	42
20 Förslag för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring.....	43
20.1 Handläggningsbestämmelser för arbetslöshetskassor	43
20.4 Stärkt arbete för likformighet i rättstillämpningen inom arbetslöshetsförsäkringen	43
20.5 Kalendertid	43
20.6 Sökområde – 100-dagarsregeln	43
20.7 Ny deltidsbegränsning.....	43
21 Utvecklingsmöjligheter för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring.....	43
21.1 En modell för en uthållig arbetslöshetsförsäkring.....	43
22 Studerande och trygghetssystemen	43
23 Försäkringsskydd för företagare och uppdragstagare	45
24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	45
25 Konsekvenser av förslagen.....	46
Övriga synpunkter från NSPH med anledning av betänkandet.....	46

Sammanfattning

Demografiskt behöver Sverige mobilisera fler till arbete om vårt välfärdssamhälle inte ska utarmas. Det är därför inte lätt för NSPH att förstå varför utredningen inte tydligt vill ta ställning för att ge människor tid och möjlighet att efter sina förutsättningar hinna etablera en arbetsförmåga som kan komma samhället och arbetsmarknaden till godo.

En fungerande arbetslinje förutsätter – förutom en anständig arbetsmarknad – att våra gemensamma försäkringar möter sina intentioner i samklang med realistiska omställningstider.

NSPH:s uppfattning är att tillgången till arbete på den svenska arbetsmarknaden på intet vis motsvarar efterfrågan på arbete bland personer med erfarenhet av psykisk ohälsa. Vidare understöds de förutsättningar människor med psykisk ohälsa behöver för att kunna mobilisera, vidmakthålla och utveckla arbetsförmåga idag alltför sällan på ett effektivt och samordnat sätt.

Systemet att avkräva kvartilsnivåer av funktions-/arbetsförmåga inom viss tid slår ofta inte bara sönder individers möjligheter att fullfölja rehabilitering utan gör det även omöjligt för individer att bibehålla de nivåer av funktions-/arbetsförmåga man uppnått. Här kommer utredningen med vissa marginella förbättringsförslag. Tyvärr främst för de som redan har en anställning.

NSPH menar att man måste sluta lasta individen för vårdens och det allmännas oförmåga att leverera snabba lösningar på komplicerade hälsoproblem. Återkoppling måste i första hand ske till de aktörer som har utrymme och resurser att agera och där ett förändrat beteende från dessa aktörer kommer flest medborgare till godo.

NSPH noterar att utredningen samvetsgrant återrapporterar kvalitativa översyner och statistik vilka tydligt åskådliggör att psykisk ohälsa är ett växande och dominerande problem i olika gränssnitt av det rådande system utredningen satts att föreslå reformer i. Detta dock utan att föreslå ändringar för den marginaliserade grupp människor som kämpar med psykisk ohälsa.

Utredningen nöjer sig med att initialt konstatera att andelen psykiatriska diagnoser i nyinflödet till socialförsäkringen har ökat, både för män och för kvinnor. Psykiatriska diagnoser är vanligare hos kvinnor, 33 procent av sjukfallen som startade under de fyra första månaderna 2014 med en psykiatrisk diagnos var kvinnor, jämfört med 23 procent för männen. Sjukfall med psykiatriska diagnoser har i genomsnitt längre varaktighet än övriga diagnoser, vilket delvis kan förklara de senaste årens generella varaktighetsökning. Därutöver har även varaktigheten för sjukfall med psykiatriska diagnoser blivit längre, en ökning som är mer markerad för kvinnor än för män.

Utredningens fixering vid de som är i anställning och har en nära relation till en konkret arbetsplats fångar inte upp den stora grupp som står utanför arbetsmarknaden på ett seriöst sätt efter att ha haft en upptäckt/debuterande psykisk ohälsa under ungdoms- och/eller studietid.

Likaså lämnas de stora problem vid inträde och utträde ur sjuk- och aktivitetsersättningen därhän.

Detta är för NSPH en viktig del av arbetslinjens skuggsida i vilken den parlamentariska socialförsäkringsutredningen alltså intresserat sig föga för att söka lösningar. Inga speciallösningar presenteras och lika regler för alla; rund som fyrkantig. Att lika regler ger helt olika effekter för olika grupper trycks undan i periferin av alla utredningens analyser.

Men, varje människa oavsett funktionsförmåga har rätt till ekonomisk grundtrygghet och goda levnadsvillkor. Här vill inte NSPH kompromissa. Dagens illa samordnade vård, stöd och rehabilitering fördröjer och försvårar alltför ofta för människor med psykisk ohälsa att i någon mån kunna återhämta sig och bygga upp en tillräckligt hög grad av arbetsförmåga så att de kan matcha minimikrav på arbetsmarknaden. NSPH:s förhoppning att den parlamentariska socialförsäkringsutredningen skulle ta tillfället i akt och på ett konstruktivt sätt problematisera hur socialförsäkringssystemet idag fungerar för de allra svagaste och fattigaste i Sverige kom tyvärr till större delen på skam.

Istället presenteras bristfälliga analyser, fromma förhoppningar och otillräckliga förslag med få ljuspunkter för de i arbetslinjens skugga vars oförmåga till arbete inte botas med fattigdom, otrygghet eller ekonomiska hot.

Den komplexa rehabiliteringssituation många med psykisk ohälsa befinner sig i menar utredningen bäst löses genom att föra över samordningsansvar till hälso- och sjukvården. Detta trots att det när det gäller långa sjukskrivningar ofta är andra aspekter än de rent medicinska som avgör återgång i arbete; exempelvis åtgärder på arbetsplatsen, utbildning, arbetsmarknadsinsatser eller en fungerande social kontext (formellt och informellt psykosocialt stöd).

NSPH menar att när det gäller detta bör inte ett fungerande boende, en vardagsekonomi under kontroll eller en i övrigt stressminimerad grundsituation underskattas som förutsättning för andra åtgärder.

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.

Frestelsen att frånta Försäkringskassan samordningsansvaret för rehabiliteringen är stort även bland NSPH:s grupper efter år av bristande skötsel av uppgiften utan formell makt för den samordningsansvarige att driva på rehabaktörerna. Men, med en högst påtaglig risk för ett för stort vårdfokus samt en fragmentering av huvudmannskapet är NSPH inte positiva till förslaget.

NSPH är därtill inte heller övertygad om att Hälso- och sjukvården i sig som utförare effektiviseras om den stöps om under devisen ”Arbete till varje pris” eller att ett sådant huvudfokus

på ”arbetsduglighet” snarare än hälsa främjar rehabiliteringsprocesser eller ett humant och demokratiskt samhälle där man som medborgare med förtroende vänder sig till vården..

Det tragiska är att mycket praktisk kunskap redan finns tillgänglig (även om utredningen efterfrågar mer formell forskning) om hur en samordnad rehabilitering bäst främjas. Se utöver rekommendationerna från den så kallade psykiatireformen exempelvis *Samordna rehabiliteringen – Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*, från 2011. Skriften var gemensamt framtagen av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen i syfte att stödja en utveckling och förbättring av lokal samverkan runt personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Men, istället för en strukturerad samverkan får många människor fortfarande uppleva hur parterna väntar ut varandras initiativ.

De konkreta möjligheterna och erfarenheterna till bättre samverkan har dessutom sedan lite mer än ett decennium på frivillig basis utforskats. Den 1 januari 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft, i dagligt tal Finsam. Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och landsting/region att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet.

Samordningsförbundens uppgift är i första hand att verka för att medborgare ska få stöd och rehabilitering som ger dem möjlighet att försörja sig själva. På individnivå verkar samordningsförbundet genom att finansiera insatser som bedrivs av de samverkande parterna.

Men, samordningsförbunden ges av utredningen ingen ny roll eller auktoritet utan blir bara ytterligare en punkt på utredningens inventeringslista. Några större slutsatser av deras decennium av empiri kring samordningsproblemet presenteras inte av utredningen

Utredningens betänkande innehåller annars ett stort antal förslag som säkert kan bidra till att förbättra systemet. Men, den för oss basala frågan om hur man säkerställer en grundtrygghet motsvarande andra medborgares för människor med allvarligare psykisk ohälsa och långa och/eller komplexa rehabiliteringsförlopp besvaras inte i grunden av utredningen.

Även om en parallell process pågår på regeringens initiativ vill NSPH även här påtala att den bortre kalenderbundna tidsgränsen för sjukpenning måste avskaffas och ett system kopplat till relevanta och fortlöpande individuella bedömningar av ohälsa och behov sätts in istället.

NSPH:s syn på socialförsäkringarna

En fungerande arbetslinje förutsätter – förutom en välfungerande arbetsmarknad – att våra gemensamma försäkringar möter sina intentioner i samklang med realistiska omställningstider.

Socialförsäkringens syfte är att täcka inkomstbortfall på grund av bristande arbetsförmåga till följd av sjukdom. Begreppet arbetsförmåga är komplext och bygger på individbedömningar i relation till relevanta arbetsmoment. I förslaget till lagen om allmän sjukförsäkring angav So-

cialvårdskommittén dock att avsaknad av arbetsförmåga kan beteckna två olika tillstånd. Det ena är när den försäkrade på grund av sjukdom rent faktiskt är oförmögen att utföra förvärvsarbete. Det andra tillståndet är när det för sjukdomens botande är lämpligast att den försäkrade avhåller sig från arbete. Det finns tyvärr heller ingen enhetligt internationell definition av begreppet arbetsförmåga och även bedömningsprocessen skiljer sig åt mellan olika länder. För den vars förmåga ska prövas mot arbetsmarknaden generellt råder störst svårighet att individuellt fixera begreppets aktuella innebörd; se här exempelvis rapporten *Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) 2015:8* från Inspektionen för socialförsäkringen.

Arbetslöshetsersättningens syfte är att täcka inkomstbortfall på grund av arbetslöshet.

Men, när möjligheten att arbeta begränsas till följd av sjukdom ska sjukförsäkringen garantera en försörjning. För många måste socialförsäkringen fylla en långvarig, ibland livslång, funktion för att möjliggöra ett arbete efter den egna förmågan. Socialförsäkringen ska också garantera en försörjning för de som helt saknar arbetsförmåga och som i stället för arbete behöver ta del av annan meningsfull sysselsättning.

Ett arbetsliv som inte i sig genererar ohälsa och som dessutom bättre tar till vara människor som tillfälligt eller permanent har en nedsatt arbetsförmåga är nödvändig för att på allvar få ett större arbetsdeltagande. Utvecklingen synes dock de senaste 25 åren gått mest åt andra hållet när det gäller psykosociala hälsofaktorer. I en enkät genomförd av Hjärnkoll¹ hösten 2012 angav var tredje tillfrågad anställd (32 %) att de upplevde att aktuella prestationskrav på arbetsplatsen påverkade deras egna psykiska hälsa negativt.

Antalet personer som får ersättning via sjukförsäkringssystemet (sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, rehabiliteringspenning) på grund av psykiatrisk diagnos minskade något mellan 2007 och 2013. Däremot har andelen som fått ersättning på grund av psykiatrisk diagnos ökat vilket beror på att ersättning för andra diagnoser minskat.²

Att återvända till arbetet efter en lång sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är ofta en komplex process som involverar många intressenter: den sjukskrivna, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården. De få studier som finns på området ger inget enkelt svar på frågan om vilken som är den bästa åtgärden för en lyckad och effektiv arbetsåtergång. En sak är dock säker; eftersträvas arbetsåtergång efter en sjukskrivning för psykisk ohälsa krävs att arbetsplatsen är involverad, oavsett orsak till sjukskrivningen.

Det finns endast ett fåtal ekonomiska utvärderingar av åtgärder som ska underlätta arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa. Med dagens kunskapsläge finns därför ingen evidens för att någon åtgärd för återgång i arbete är mer ekonomiskt lönsam än någon annan.

¹ Mellan 2009 – 2014 var Hjärnkoll en nationell kampanj som drevs av Handisam (numera Myndigheten för delaktighet) i samarbete med NSPH

² Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro (Forte, 2015)

Faktorer som främst kopplas till psykiskt välbefinnande bland arbetstagarna är ett gott ledarskap (rättvist, stödjande, inkluderande), kontroll i arbetet, balans mellan arbete och fritid, balans mellan arbetsinsats och belöning, tydliga mål och anställningstrygghet.

Bifallsfrekvensen för arbetsskador för psykiska sjukdomar har ökat. Det har blivit vanligare att försäkrade med psykiska sjukdomar beviljas livränta. Förändringen är märkbar och det är dubbelt så vanligt att psykiska sjukdomar godkänns som arbetsskada idag än i mitten av 2000-talet. Våra svenska arbetsplatser verkar inte vara utformade för att på ett betryggande sätt kunna värna om psykisk hälsa hos de anställda.³

Nyckelpersoner på arbetsplatser både för arbetssökande och anställda är inte oväntat chefer på olika nivåer med personalansvar. Hjärnkolls studie *Chefer och psykisk hälsa och ohälsa – attityder, kunskap och beteende* baserad på enkätsvar från chefer med personalansvar vintern 2011 visar att bara 64 % av dessa är villiga att anställa en person som har erfarenhet av psykisk ohälsa. Mindre än hälften (46 %) av tillfrågade chefer hade rutiner på arbetsplatsen till stöd för hur chefen ska agera för att stödja anställda som får problem med sin psykiska hälsa.

Även hälso- och sjukvårdens förmåga att erbjuda adekvata insatser av medicinska behandlingar, såväl tillfälliga som långvariga, är avgörande för att människor överhuvudtaget ska kunna värna och utveckla den egna arbetsförmågan. Den främsta nyckeln till framgång är att från grunden bygga upp och säkerställa tillgång till habilitering och rehabilitering, som måste vara sammanhållen och livsinriktad. För att människor med sjukdom eller funktionsnedsättning ska kunna återfå eller förbättra eller åtminstone inte försämra sin hälsa och arbetsförmåga, förutsätts att habilitering och rehabilitering håller en hög kvalitet och finns att tillgå efter behov under hela livet.

Sambandet mellan ekonomi och psykisk ohälsa är starkt. Psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning leder ofta i sig till dålig ekonomi, som i sig är en riskfaktor för psykisk ohälsa. Dålig ekonomi försämrar möjligheterna till återhämtning, vilket leder till allt längre sjukskrivningar och svårigheter att klara av utbildning och arbete. Det saknas tydlig evidens för att ekonomiska incitament är effektiva för gruppen med allvarligare psykisk ohälsa.

I jämförelse med befolkningen i övrigt kan man konstatera att människor med psykisk ohälsa har väsentligt lägre inkomster, högre levnadskostnader och kortare utbildning. De har dessutom svårare att få arbete, riskerar att fastna i ett livslångt beroende av bidrag och lider i högre grad än andra av ensamhet och isolering. 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.

³ Töres Theorell, professor emeritus vid Karolinska institutet samt vetenskaplig rådgivare vid Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet (Glöm inte bort arbetsmiljön i sjukskrivningsdebatten, Töres Theorell, Läkartidningen nr 29/2011).

Mental ill-health is a fast-growing problem which costs the Swedish economy more than EUR 7 billion every year through lost productivity, social benefits and healthcare. With mental ill-health accounting for 60% of all new disability claims, it has become the leading cause of labour market exclusion among the working-age population in Sweden; and especially among young people. People with mental disorders are poorly integrated in the labour market. Many of those who are employed struggle in their jobs and those who become unemployed receive inadequate support and have poor chances of reintegrating in the labour market.

OECD (2013), Mental Health and Work: Sweden, OECD Publishing, p 20

Sjukförsäkringens regler av idag fungerar därför dåligt för personer med allvarligare psykisk ohälsa. Systemet tar ingen hänsyn till hur de psykiska sjukdomarna utvecklas och hur lång tid det tar att bli frisk. Många befinner sig i väntan på utredning, diagnos, behandling eller (re)habilitering när de enligt Försäkringskassans tidsgränser ska börja arbeta eller föras över till Arbetsförmedlingen. Fler än tidigare har blivit beroende av aktivitetsersättning, försörjningsstöd eller tvingas leva på anhöriga. I detta avseende har socialförsäkringsreformen 2008 direkt motverkat sitt syfte.

När sjukpenningen eller aktivitetsersättningen inte räcker, förväntas man söka kommunalt försörjningsstöd. Personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning har dock ofta svårt att klara av de krav som socialtjänsten eller andra myndigheter ställer (till exempel att redovisa alla kontoutdrag för de tre senaste månaderna, avyttra värdesaker, skicka alla lån till kronofogden, söka bostad med lägre hyra) och förlorar därmed sin försörjning. För några som lever ett liv på marginalen är det anhörigas hjälp som gör att de klarar sig. För andra tilltar den sociala misären, de förlorar sin bostad, hamnar i missbruk eller begår desperata och självdestruktiva handlingar.

Demografiskt behöver Sverige mobilisera fler till arbete om vårt välfärdssamhälle inte ska utarmas. Därför är det inte lätt att förstå varför utredningen inte tydligt vill ta ställning för att ge folk tid och möjlighet att efter sina förutsättningar hinna öva upp en arbetsförmåga som kan komma samhället till godo. NSPH menar att man måste sluta lasta individen för vårdens och det allmännas oförmåga att leverera snabba lösningar på komplicerade hälsoproblem.

Vill man öppna upp arbetsmarknaden för fler bör man utgå från att människor med psykisk ohälsa, som alla andra, vill göra något av sina liv, studera eller komma ut i arbete. Studier och arbete i sig kan dessutom fungera som rehabilitering. Men, utan heltäckande skyddsnet och möjlighet att börja om, under stark ekonomisk press att alltid leverera över sin aktuella förmåga, premierar både dagens system och huvuddragen i utredningens förslag att människor med psykisk ohälsa trängs ut från arbetsmarknaden. Deras möjligheter att ta makten över sina liv och bidra fullt ut till vårt gemensamma samhälle begränsas. Det är direkt kontraproduktivt för Sveriges framtid och de uppenbara behov och utmaningar som väntar där.

NSPH anser att reglerna i sjukförsäkringen och arbetslinjen måste vara betydligt mer flexibla och anpassningsbara för att människor med psykisk ohälsa ska ges rimliga möjligheter att kunna försörja sig genom arbete. Stöd, respekt och förtroende för att individer faktiskt vill bidra med 100 procent av sin förmåga är en bra början. En relevant och samordnad rehabilitering med utgångspunkt i individens förutsättningar och livssituation en god fortsättning. Kronan på verket kunde ju vara att inte utförsäkra någon som ännu inte är frisk nog att stå till arbetsmarknadens förfogande. Gärna kontroll och uppföljning, men först vettiga insatser och förutsättningar.

Många av problemen på rehabiliterings-/habiliteringsområdet skulle kunna lösas om den samverkan mellan psykiatri, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling, som förordades i psykiatrireformen äntligen förverkligades.

Det övergripande målet för varje individs rehabilitering/habilitering måste vara att denne i så hög grad som möjligt ska kunna återvända eller få tillträde till den ordinarie arbetsmarknaden.

NSPH är medvetna om att detta i många fall inte låter sig göras, inte minst med tanke på hur arbetsmarknaden ser ut idag, men de alternativ för rehabilitering/habilitering som finns bedrivs alltför ofta ofokuserat och utan att inventera kunskap och förmågor ställt mot individens preferenser och möjligheter till egenmobilisering. Detta trots att åtskilliga av de som NSPH företräder har en potential som skulle kunna generera betydande samhällsnytta.

Varken dagens system eller utredningens förslag löser det grundläggande problemet att hantera människor med psykisk ohälsa på ett sätt som är jämförbart med andra medborgare. Att vissa diagnoser och tillstånd i högre grad leder till beroende av kommunalt försörjningsstöd är inte ett medicinskt fenomen utan ett systemfel oförenligt med ett demokratiskt samhälle.

Synpunkter i fulltext

1 Författningsförslag

2 Uppdraget och dess genomförande

3 Nya förutsättningar i samhälle och arbetsliv

Se NSPH:s allmänna synpunkter ovan under *Bakgrund och systemanalys på makronivå* inte minst om de grupper som på grund av psykisk ohälsa inte kan fullfölja studier och/eller få fotfäste på den ordinarie arbetsmarknaden.

4 Allmänna överväganden

I de allmänna övervägandena redovisar utredningen sina utgångspunkter för det fortsatta reformarbetet avseende socialförsäkringarna liksom vilka bedömningar och prioriteringar den gör i detta arbete. Ålder, genus, migration, anställningsformer och utbildning används som raster, men dimensionen psykisk ohälsa och hur systemet hanterar dess effekter saknas.

NSPH delar fullt ut utredningens grundbedömning att de flesta försäkrade måste ges ett tillräckligt skydd för sin ekonomiska standard före försäkringsfallet (standardtrygghet) samtidigt som det finns tydliga drivkrafter för arbete och återgång i arbete. Det är när det gäller fungerande drivkrafter för arbete och återgång i arbete vi menar att utredningen bortser från utfalldemonstrerade problem för de med längre och mer komplexa rehabiliteringsbehov. Här sätts rättvisa på undantag genom överdrivet fokus på enhetlig tillämpning.

NSPH saknar begreppet psykisk ohälsa i förgrunden av analysen

4.2.1. De övergripande problemen

Utredningen beskriver hur i socialförsäkringarna flera stora problem ligger olösta. Den enskilde får bära en stor del av riskkostnaderna vid sjukdom och arbetslöshet. Insatserna för återgång i arbete är inte tillräckligt effektiva.

NSPH delar här utredningens bedömning av de mer övergripande problemen.

4.2.2 Nya förutsättningar i samhälle och arbetsliv

Utredningens beskriver bland annat hur i arbetslivet höga krav på fysisk förmåga och uthållighet alltmer har ersatts med krav på kunskaper, samt kognitiv och social förmåga. Den genomsnittliga utbildningsnivån har höjts successivt sedan lång tid. Samtidigt finns tecken på att klyftan i kunskapsnivå ökar bland de grupper som träder in i arbetslivet. Utredningen beskriver en ökad ”polarisering” i arbetsmarknaden, genom att efterfrågan ökar på välutbildad arbetskraft och sjunker på arbetskraft med relativt sett lägre utbildning. Risken att bli arbetslös har, enligt utredningens bedömning, i genomsnitt ökat, framför allt för personer med lägre kunskapsnivå, låg utbildningsnivå och begränsade yrkeserfarenheter.

NSPH finner det dock lite stötande att det i utredningens sammanfattning ges ett intryck av att många människor frivilligt väljer att inte fullfölja studier, praktik eller över tid ackumulera yrkeserfarenhet. Enligt NSPH:s erfarenhet är här ofta en bakomliggande orsak psykisk ohälsa och brister i stöd samt hälso- och rehabiliteringsinsatser.

4.2.3 Riskerna alltmer ojämnt fördelade

Utredningen menar att risken att drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom – mätt som andelen i befolkningen med ersättning – är ojämnt fördelad. Risken bedömer man vara högre bl.a. för kvinnor, yngre med barn, personer med lägre utbildning, äldre, arbetslösa m.fl. Man ser ett klart samband mellan risken för nedsatt arbetsförmåga och inkomstnivå, där riskerna är högre för personer med lägre inkomster.

Utredningen ser således indikationer på att det negativa sambandet mellan inkomstnivå och ohälsa har förstärkts. De relativa skillnaderna i dödlighet mellan socioekonomiska grupper har

ökat sedan 1970-talet. Hälsan i befolkningen förbättras snabbare för grupper med hög utbildningsnivå medan utvecklingen går långsamt för lågutbildade.

NSPH skulle återigen önska en mer flerdimensionell genomlysning.

4.3 Socialförsäkringarnas huvuduppgifter

Utredningen konstaterar initialt att det finns ett tydligt stöd för att människor i genomsnitt efterfrågar ett heltäckande och tillräckligt försäkringsskydd mot inkomstförluster på grund av sjukdom, arbetsskada, funktionsnedsättning och arbetslöshet, även när medborgarnas ekonomiska standard och tillgångar ökar över tiden.

Utredningens uppfattning är vidare att allmänna socialförsäkringar, som till stor del är obligatoriska, är ett fördelaktigt och effektivt sätt att ge medborgarna standardtrygghet när de inte kan försörja sig genom arbete.

NSPH uppskattar att utredningen här slår tydligt vakt om sjukförsäkringen som ett centralt statligt åtagande vilket NSPH stödjer.

NSPH delar vidare utredningens generella bedömning om att utan en tillräcklig grad av obligatorium skulle många personer med högre risker för inkomstbortfall få svårigheter att få tillgång till en bra och billig försäkring. De grupper som NSPH:s organisationer representerar har redan idag generellt svårt att teckna individuella försäkringar till rimliga premiekostnader. Precis som utredningen beskriver behöver försäkringen vara så utformad att den i princip omfattar alla för att inte låginkomsttagare och högriskgrupper ska drivas in i fattigdom genom ohälsa.

Haken idag är dock fortfarande de låga garantinivåerna och att utförsäkring sker innan en person fått möjlighet att återfå eller bygga upp arbetsförmåga nog för att vara anställningsbar på den faktiska arbetsmarknaden. Därmed undermineras i praktiken en i grunden sund grundstruktur för systemet för människor allvarligare psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning som inte har råd att exklusivt förlita sig på systemet och som samtidigt generellt sett saknar resurser till mer avancerade privata lösningar.

NSPH delar utredningens uppfattning att de nackdelar som kan finnas med allmänna socialförsäkringar måste förebyggas genom ständiga förbättringar i och utveckling av insatserna för återgång i arbete, skadereglering och kontroll.

Men, innan en människa har en viss grad av grundläggande arbetsförmåga att erbjuda har man inget på arbetsmarknaden att göra. Illusionen att fattigdom, otrygghet och ekonomiska hot bygger vilja nog överbrygga komplexa hälsoproblem saknar stöd i forskning och faktiskt utfall. Denna typ av ”styrning och incitament” är inte bara uttryck för en förlegad människosyn utan även kostsam och ineffektiv. I ett funktionellt kvalitetsarbete skulle de självklart raskt utträngas som ett led i ett evidensbaserat förbättrings- och utvecklingsarbete.

Utredningen beskriver vidare socialförsäkringarnas huvuduppgifter som att ge en tillräcklig ekonomisk standardtrygghet när försörjningsförmågan tillfälligt försvagas, att effektivt stödja omställning för dem som har svårt att klara av arbetslivet och att ge ett bra försörjningsskydd för dem som inte längre kan försörja sig genom arbete på grund av arbetsskada, sjukdom eller funktionsnedsättning. Socialförsäkringarna ska samtidigt bidra till medborgarnas delaktighet och självförsörjning vilket förutsätter att socialförsäkringarna ger tydliga drivkrafter till omställning och arbete.

NSPH instämmer, men ser det som illavarslande att man varken i utredningen eller i dagens system reagerar och reflekterar över att "...tydliga drivkrafter till omställning och arbete..." för vissa grupper under vissa förhållanden får rakt motsatt effekt och bidrar till passivitet och fördjupad ohälsa..

4.4 Reformarbetets fortsatta inriktning

Utredningens anser att det behövs fortsatta reformer för att stärka arbetslinjen i socialförsäkringarna och samtidigt säkerställa att försäkringarna ger ett tillräckligt försäkringsskydd när människor inte kan arbeta på grund av nedsatt arbetsförmåga eller arbetslöshet.

NSPH stödjer detta. Men, vänder sig emot att det för överblickbar tid endast skulle finnas begränsade offentliga resurser till förfogande för förbättringar av socialförsäkringarna.

De prioriteringar man gör i ett samhälle bygger i första hand på politisk vilja. Vårt ekonomiska manövreringsutrymme är betydligt större än det som utredningen beskriver.

Det är beklämmande att utredningens huvudlinje här skyddar för tydligheten i politiska val.

4.5 Prioriterade reformer

Utredningens bedömning är att den ekonomiska standardtryggheten i socialförsäkringarna bör stärkas genom ett tydligare samband mellan arbete, inkomst, avgift och ersättning. Man anser även att ersättningarna i socialförsäkringarna bör utformas så att de flesta sjukskrivna och arbetslösa får en inkomstrelaterad ersättning vilka efter hand bör baseras på tidigare faktiska inkomster.

NSPH håller med om att modellen ovan för flertalet säkert kommer att fungera alldeles utmärkt. Men, menar likt Handikappförbunden, att det kan vara ekonomiskt fördömande för den som lidit av längre tids ohälsa eller periodvis haft återkommande ohälsa om en strikt historisk beräkning införs. Ett nyinsjuknande kan leda till lägre sjukpenning och i förlängningen därmed till mindre intjänade pensionsrättigheter.

En sådan modell leder också till inlåsnings effekter på arbetsmarknaden. Det kan påtagligt försvåra för människor att byta arbete, karriär eller att satsa på långvariga studier för att inte riskera sin inkomsttrygghet vid en framtida sjukdomsrisk. Historisk inkomstberäkning ger

heller inget skydd för nytillträdande på arbetsmarknaden eller de vars ohälsa påverkat arbetsförmågan negativt redan under ungdoms- och studietid.

Utredningens uppfattning är att principen att arbetsförmågan över tid ska prövas mot allt fler arbetsuppgifter och arbeten är nödvändig för en rättvis och väl fungerande skadereglering. Insatserna för återgång i arbete bör, enligt utredningen, skyndsamt utvecklas och förstärkas så att den bortre tidsgränsen i princip inte behövs. En hållbar sjukförsäkring förutsätter en bred uppgörelse om en stabil sjukfrånvaro på en hållbar nivå.

NSPH är negativa till volymmål för sjukfrånvaron då vi befarar att människor med högst påtaglig ohälsa ”klassas” om till arbetssökande och ges orealistiska möjligheter att försörja sig. Vi stödjer det förslag som lagts utanför utredningen, om att slopa den bortre tidsgränsen (se separat yttrande).

Att som i dag ha ett fast tidsschema för hur länge en människa får vara sjuk är orimligt. Ingen ska kunna förlora sin sjukpenning enbart därför att en administrativ tidsgräns passerats. Det avgörande måste i stället självklart vara om man är för sjuk för att arbeta eller inte.

Utredningens uppfattning är vidare att högsta prioritet inom socialförsäkringarna ska ges reformer som kan utveckla och förbättra insatserna för sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Man menar att det är en stor mänsklig och samhällelig förlust när sjuka slås ut från arbetslivet, trots att de inget hellre vill än att arbeta.

För att förbättra skyddet för företagare och för att harmonisera reglerna i arbetslöshetsförsäkringen med SGI-bestämmelserna föreslår utredningen vidare att möjligheten att få arbetslöshetsersättningen baserad på tidigare anställningsinkomster förlängs till 36 månader.

NSPH har på principiell nivå inget att invända. Vi vill dock understryka att för stora grupper med människor med psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning är det första jobbet som är stötstenen och att man inte utvecklat någon relation till en arbetsgivare eller en arbetsplats. Vi saknar här förslag från utredningen.

NSPH anser att det inte är lätt att bedöma arbetsförmåga mot arbetsuppgifter individen ifråga inte har anställning att utföra och att detta ofta tråkigt nog leder till bedömningar utan relevans för individens faktiska möjlighet att försörja sig.

Här accentueras också ett uppenbart och pågående kommunikationsproblem mellan intygs-skrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan. Insatser för återgång i arbete (läs: rehabilitering) bör som utredningen föreslår skyndsamt utvecklas och förstärkas. De senaste 20-25 åren har effekten av faktiska rehabiliteringsinsatser i Sverige, med vissa marginella undantag, inte varit särskilt imponerande.

NSPH:s uppfattning är att den s k rehabiliteringsreformen år 1992 i kombination med en arbetsmarknad där enklare jobb rationaliserats bort i praktiken inneburit en försämring och ut-

armning av kvalitet, matchning och tempo i rehabiliteringsprocessen som slagit särskilt hårt mot människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning med mer komplexa behov.

Studenthälsovården i Sverige har även den utarmats på det psykiatriska området de senaste 10-20 åren. Universitet och högskolor är betydande riskfält för psykisk ohälsa. För många unga är det först vid högskolan de fullt ut utsätts för vuxenlivets ansvar och påfrestningar; ofta i en annan stad än där familj och vänner finns.

Många ungdomar far illa, och den hjälp som erbjuds är oftast undermålig. En studenthälsovård värd namnet bör ha resurser för att kartlägga, förebygga och möta psykisk ohälsa och suicidalitet bland studenter på ett tillfredsställande sätt.

I sig är utredningens förslag att rehabiliteringsansvaret för studerande ska förtydligas, möjlighet till deltidssjukskrivning och samtida studier ska bli möjligt och att färre karensdagar kan övervägas givetvis steg i rätt riktning. Likaså förslag om förbättring av information och rådgivning så att studerande kommer i åtnjutande av det ekonomiska stöd vid sjukdom som de kan ha rätt till. De förslag till förbättringar samt förslag om tillsättandet av utredning med särskilt fokus på studenthälsa som presenteras av utredningen har därför NSPH:s fulla stöd

Frågan om försörjningen mellan studier och arbete är viktig. Utredningens förslag att ett s.k. matchningslån utreds vidare är därför välkommet.

5 Bakgrund till ett rättvisande inkomstunderlag

Generellt gäller att de arbetsbaserade förmånernas ersättning utgår ifrån inkomstbortfallsprincipen. Fastställande av inkomsten i en inkomstrelaterad försäkring är därför en avgörande del av försäkringen och en del i utredningens uppdrag är därför att föreslå nya regler för det inkomstunderlag som används vid beräkning av olika dagessättningar inom socialförsäkringarna. Utredningen skulle också se över möjligheten att skapa ett enhetligt inkomstbegrepp för de olika trygghetssystemen. Detta ska syfta till att underlätta kontrollen men även öka rättssäkerheten och förbättra andelen korrekta utbetalningar. Samma inkomstgrund bör, enligt regeringens direktiv, så långt som möjligt användas för olika system.

En konsekvensanalys av ett sådant enhetligt inkomstbegrepp redovisas av utredningen.

NSPH delar här – utifrån de olika försäkringarnas grundläggande syfte – Handikappförbundens skepsis mot i direktiven uttryckta ideal om mer omfattande harmonisering. Den första ska ju ge ett fungerande skydd vid sjukdom, den andra vid arbetslöshet. I grunden är förutsättningarna i dessa situationer olika. Försäkringarna har konstruerats utifrån olika premisser, baserade på olika försäkringsvillkor likväl som olika utformning av skyddet och olika ersättningar. NSPH tror helt enkelt inte på en total harmonisering av de båda försäkringarna, av den enkla anledningen att samhällets krav på de olika försäkringarna måste se olika ut. Det går inte att ställa samma krav på omställning vid sjukdom/ohälsa som vid arbetslöshet.

6 Överväganden om ett rättvisande inkomstunderlag

I både arbetslöshetsförsäkringen och socialförsäkringarna klargörs försäkringsskyddet först vid ett konkret individuellt försäkringsfall. Tillsammans med ett otydligt inkomstbegrepp kan detta uppfattas leda till en bristande förutsebarhet som minskar värdet av försäkringarna.

Utredningen gör den bedömningen att en rad fördelar kan uppnås om ersättningen vid en inkomstförlust baseras på tidigare inkomster från en gemensam källa. Men, invändningarna mot föregående utredningar och förslag har utredningen i viss mån tagit till sig och reviderat och konkretiserat förslagen från föregående år. I stället har utredningen utarbetat ett förslag som bygger på inkomstuppgifter som redovisas enligt kontantprincipen. Utredningen har valt att kalla detta underlag för e-inkomst.

Utredningen har också försökt att konkretisera hur nuvarande regler stegvis kan ersättas med regler som bygger på dessa inkomstuppgifter. Utgångspunkten har varit att en omläggning inte i några väsentliga avseenden ska ändra syftet med och utfallet av nuvarande försäkringsskydd. Tidigare utredningar och den efterföljande diskussionen visar att införande av regler baserade på inrapporterade inkomstuppgifter är juridiskt och tekniskt komplicerat.

Utredningen förordar nu att omläggningen till att använda inrapporterade inkomstuppgifter sker successivt i socialförsäkringarna och arbetslöshetsförsäkringen. Det ska finnas särskilda skyddsregler som ger den enskilde en möjlighet att i vissa fall få ersättningen beräknad enligt nuvarande regler. En särskild ”införandekommission” med representanter från berörda myndigheter och parterna på arbetsmarknaden ska tillsättas för att leda införandearbetet.

Ett gemensamt inkomstbegrepp införs

Utredningens förordar att samma inkomstbegrepp ska användas i såväl arbetslöshetsförsäkringen som socialförsäkringarna. Den gemensamma inkomstdefinitionen bör, enligt utredningen, skrivas in i socialförsäkringsbalken (2010:110) och lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring. De inkomster som arbetsgivare betalar socialavgifter på är de som ska ligga till grund för ersättningarna. Under vissa förutsättningar ingår socialförsäkringsersättningar.

Effektivare insamling av inkomstunderlag (e-inkomst)

Arbetsgivare bör, enligt utredningen, varje månad lämna elektroniska inkomstuppgifter för anställda till Skatteverket. För att minimera den administrativa bördan bör inkomstunderlaget bygga på kontantprincipen.

I betänkandet lämnat lämnar utredningen förslag på förändringar som innebär att månatligt inrapporterade inkomstuppgifter kan användas av Försäkringskassan och arbetslöshetskassorna. När e-inkomstuppgifter finns tillgängliga kan anpassningar som möjliggör användning av uppgifterna göras på fler områden.

NSPH stödjer tanken att socialförsäkringarna bör reformeras för att bli mer förutsebara, mer rättssäkra och administrativt effektiva. Men, ser inte nödvändigtvis ett gemensamt inkomstbegrepp som en grundläggande utgångspunkt för en sådan reform.

NSPH:s tvekan här bottenar inte minst i osäkerhet om hur den stora grupp med psykisk ohälsa som saknar arbetsgivare kommer att påverkas.

Inkomstunderlag baserat på kontantprincipen

Utredningen anser att inkomstuppgifterna bör baseras på kontantprincipen, som innebär att det är den tidpunkt då en inkomst utbetalas eller utges som ligger till grund för redovisningen.

Det kommer det dock att uppstå situationer då kontantprincipen innebär att inkomstunderlaget inte ger en rättvisande bild av den försäkrades inkomster. Det bör då, enligt utredningen, vara möjligt för den försäkrade att begära en manuell beräkning av inkomstunderlaget.

De principer som kan användas är exempelvis att periodisera inkomsterna med hjälp av uppgifter från arbetsgivare på motsvarande sätt som i arbetslöshetsförsäkringen i dag. Ett annat alternativ är att frånga det bakåtblickande perspektivet och uppskatta framtida inkomster på samma sätt som när SGI fastställs. Utredningen håller även öppet för eventuellt beräkna ersättningen på färre månader än i normalfallet.

E-inkomst ersätter kontrolluppgift och arbetsgivardeklaration

Genom att summera de av arbetsgivare månatligt inlämnade uppgifterna på individnivå för anställda kan Skatteverket skapa det årliga underlaget för deklarationen och det månatliga underlaget för arbetsgivaravgiften.

Utöver att skapa ett underlag för att beräkna förmåner förväntas förändringen av utredningen att eliminera behovet av rättelser när det visar sig att summan av inkomstuppgifterna i kontrolluppgifterna och arbetsgivardeklarationerna inte stämmer överens med varandra.

I praktiken innebär en sådan förändring att de uppgifter som lämnas summerat i arbetsgivardeklarationen i stället ska lämnas per anställd. Förändringen innebär också att de uppgifter som årligen lämnas i kontrolluppgiften ska lämnas månadsvis.

Den enskildes tillgång till uppgifterna

Utredningen menar att ett viktigt motiv till reform är att öka förutsebarheten för de försäkrade själva. Varje person bör därför, enligt utredningen, själv ha tillgång till sina egna e-inkomstuppgifter.

Om sedan fler försäkringsgivare och utbetalare av olika typer av ersättningar som grundar sig på inkomstuppgifter anpassar sina inkomstbegrepp till e-inkomstuppgifterna, kan det skapas ökad förutsebarhet även i andra system, menar utredningen. På sikt går det även, för utred-

ningen att tänka sig att systemet kompletteras med uppgifter som, utöver inkomstuppgifterna, avgör vilken rätt till ersättning personen har. På så sätt skulle både inkomstunderlaget och uppgifter om den faktiska ersättningen från olika försäkrings- och ersättningsystem kunna bli åtkomliga på ett och samma ställe.

NSPH menar dock att utöver egen tillgång till uppgifter som berör en själv finns ytterligare en aspekt nämligen integritetsskyddet. NSPH hade önskat en vidare debatt om hur detaljerade och känsliga personuppgifter ska hanteras vid den föreslagna effektiviseringen av systemet. Nu forcerar utredningen i sitt eget resonemang fram att kortare väntetid på expediering av ersättning för privatpersoner är skäl nog till att detta samarbete och täta och intima informationsutbyte myndigheter emellan med proportionell risk för läckage. Vi menar att invånarnas integritet inte i tillräcklig mån belysts.

Ramtid för förmåner som beräknas på e-inkomstuppgifter

Utredningen driver tesen att för kunna beräkna socialförsäkringsersättningar på ett faktiskt inkomstunderlag behöver en ramtid definieras. Ramtiden är den tidsperiod inom vilken inkomster beaktas då inkomstunderlaget fastställs. Utredningens bedömning är att fördelarna med en lång ramtid överväger nackdelarna. Personer med varierande inkomster får då en ersättning som bättre motsvarar den ekonomiska standard de i genomsnitt haft före försäkringsfallet.

NSPH menar att det senare inte alltid är av godo, såvitt NSPH kan bedöma, för människor med psykisk ohälsa och längre skov och perioder med lägre funktionsförmåga. Frågan är om utredningens komplement i form av så kallad förenklad beräkning här är tillräcklig som skyddsmekanism.

...

Undantag från ramtiden, skyddsvärda situationer

De skydd vid förvärvsavbrott som finns i dag bör, enligt utredningen, bestå vid en övergång till ett faktiskt inkomstunderlag.

Med faktiska inkomstuppgifter är det möjligt att utforma ett socialförsäkringsskydd som i allt väsentligt, tror utredningen, ger ett lika gott försäkringsskydd som nuvarande system, samtidigt som den administrativa effektiviteten förbättras.

Regler för hur SGI ska beräknas är i många fall komplicerade. I grunden får dock SGI-skyddet anses vila på de fyra principerna; anknytning till förvärvslivet, gynna ökat barnafödande, det livslånga lärandet och samhällsnyttig verksamhet.

Nuvarande regler som alternativ

Nuvarande regler för att fastställa ersättningsgrundande inkomst bör, anser utredningen, användas för personer som haft varierande arbetstid. Reglerna kan även användas om det finns anledning att anta att det ger ett mer förmånligt utfall för den enskilde-

Inkomst blir huvudsaklig kvalifikationsgrund i arbetslöshetsförsäkringen

Utredningen anser att det bör införas ett kvalifikationsvillkor som baseras på inkomst i arbetslöshetsförsäkringen. Det bör krävas att den försäkrade har haft inkomster under minst sex månader. Det motsvarar det nuvarande kravet på att arbete ska ha utförts under minst sex månader. Utredningens bedömning är att ett inkomstvillkor på runt 9 000 kronor är väl avvägt om intentionen är att förändra kvalifikationsvillkoret så lite som möjligt.

Villkoret skulle då uppfyllas av huvuddelen av dem som uppfyller arbetsvillkoret. Villkoret motsvarar ca 50 procents arbete med en av de lägsta kollektivavtalade lönerna på den svenska arbetsmarknaden och ligger även i närheten av den tionde percentilen i inkomstfördelningen. För att inkomstvillkoret inte ska urholkas bör det, enligt utredningen, kopplas till prisbasbeloppet.

Den ersättningsgrundande inkomsten bör, enligt utredningen, beräknas på e-inkomst som förstahandsalternativ för både dem som haft fasta arbetstider och dem som haft varierande arbetstider. Den ersättningsgrundande inkomsten bör dock, enligt utredningen, beräknas enligt nuvarande regler om det är mer förmånligt.

7 Förslag till ett rättvisande inkomstunderlag

Utredningen föreslår att ersättningarna i socialförsäkringarna i normala fall ska baseras på de genomsnittliga ersättningsgrundande inkomsterna. De ersättningsgrundande inkomsterna utgörs av socialavgiftspliktiga ersättningar och inkomster samt vissa ersättningar eller förmåner från systemen för social trygghet. De ersättningsgrundande inkomsterna ska för anställda beräknas på den försäkrades e-inkomster som månadsvis inrapporteras av arbetsgivarna på elektronisk väg (e-inkomst).

Införandet bör, enligt utredningen, ske i två etapper. En särskild införandekommision måste då tillsättas för att leda införandearbetet. Arbetet med att ta fram författningsförslag om insamlingen av e-inkomst bör, enligt utredningen, påbörjas snarast. Innehållet i sådana förslag kommer att vara direkt styrande för den teknisk utformningen av författningstext om användningen av uppgifter om e-inkomst i socialförsäkringarna. Utredningen avstår därför från att lägga fram egna författningsförslag beträffande användningen av uppgifter om e-inkomst.

Utredningen föreslår införandet av ett gemensamt inkomstbegrepp i arbetslöshets- och sjukförsäkringen. Enligt förslaget blir då ersättningsgrundande inkomst (EGI): 1. avgiftspliktig ersättning som ligger till grund för inbetalning av arbetsgivaravgifter enligt 2 kap. socialavgiftslagen (2000:980), 2. vad som kan antas utgöra avgiftspliktig inkomst avseende egenavgifter enligt 3 kap. socialavgiftslagen (2000:980), och 3. ersättning eller förmån från systemen för social trygghet i de fall då detta anges särskilt i lag.

Den nuvarande regeln för beräkning av SGI (25 kap. 2 § socialförsäkringsbalken) kommer, enligt utredningens förslag, att finnas kvar och tillämpas i vissa situationer när det ger ett mera förmånligt utfall för den försäkrade. Denna regel innebär att beräkningen baseras på den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas komma att tills vidare få för eget arbete i form av inkomst av anställning eller av annat förvärvsarbete.

Detta innebär att det föreslagna inkomstbegreppet inte får fullt genomslag när de nuvarande reglerna för beräkning av SGI kommer att tillämpas. Det berör t.ex. bilförmåner och andra förmåner som inte betalas ut i pengar. Sådana förmåner ingår i det nya inkomstbegreppet men kommer inte heller fortsättningsvis att beaktas vid tillämpning av den nuvarande beräkningsregeln. När den nuvarande regeln för SGI-beräkning tillämpas kommer tillfälliga inkomstförändringar inte att ingå i inkomstunderlaget, vilket de däremot kommer att göra när det föreslagna förenklade beräkningssättet används (se särskilt avsnitt 7.5.1 i betänkandet).

NSPH ser visserligen positivt på utredningens ambition verka för att sjukpenninggrundande inkomst beräknas/fastställs på rättvist, förutsägbart och rättssäkert vis, men vill likt Handikappförbunden – utan att polemisera mot detaljer – varna för att en utveckling mot strikt historisk beräkning av inkomstunderlag.

Vidare är utredningens förslag med ett nytt regelsystem parallellt med dagens där det ”förmånligaste” ska tillämpas är inte ägnat att främja transparens och förutsägbarhet för vare sig försäkrade medborgare eller myndighetsutövande tjänstemän.

8 Bakgrund till en långsiktigt hållbar sjukförsäkring

8.1 Uppdraget enligt direktiven

...

8.2 Nuvarande regler

Det nu gällande regelverket för att bedöma arbetsförmåga vid prövning av **rätten till sjukpenning** infördes i huvudsak den 1 juli 2008, genom den s.k. rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning.

NSPH bär inom sig flera organisationer som var starkt kritiska till införandet av det nu gällande regelverket för att bedöma arbetsförmåga vid prövning av **rätten till sjukpenning** vilket i huvudsak infördes den 1 juli 2008, genom den s.k. rehabiliteringskedjan. Bland annat påpekade Riksförbundet för Social och Mental Hälsa i sitt yttrande över PM S2007/11032/SF att

Eftersom tidsramarna är alltför snålt tilltagna för de flesta psykiska ohälsotillstånd/sjukdomar, kommer ett stort antal människor med psykiska ohälsotillstånd att bli arbetslösa och samtidigt ”utförsäkrade” ur sjukförsäkringen. Detta kommer naturligtvis inte att leda till att flera sjuka kommer ut i arbete. Dessa personer kommer med nödvändighet att vara hänvisade till försörjning via socialbidrag. RSMH yttrande över PM S2007/11032/SF

Dagens verklighet speglar tyvärr denna förutsägelse i fulla mått. Något som inte bara framförs av patient-, anhörig- och brukarorganisationer utan även framgår av rapporter från Inspektionen för socialförsäkringen (se särskilt Inspektionens *Rapport (2013:6) Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen – Vilka är de och vad händer efteråt?*)

NSPH vill här också lyfta den process som pågår i rättstillämpningen för att ge begreppen ”all överskådlig framtid” samt ”stadigvarande nedsatt” tydligare konturer. Begreppen som tidigare tolkats såsom motsvarande ”tills döden skiljer oss åt” respektive ”medicinska mirakel kan inte uteslutas” av Försäkringskassan har av Högsta Förvaltningsdomstolen förtydligats dels i HFD 2011 ref. 63 III samt HFD 2013 ref. 60

*Enligt motivuttalanden ska begreppet stadigvarande nedsatt arbetsförmåga tolkas så att nedsättningen förväntas kvarstå under all överskådlig framtid. Det finns däremot varken i lagtext eller motiv stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå livslångt eller fram till pensionsåldern. Arbetsförmågan ska utredas på nytt minst vart tredje år. **HFD 2011 ref. 63 III***

Jämför även Proposition 2007/08:136 s. 88 och 103.

Utredningen sammanfattar nuvarande regler om förmåga ställt mot arbetsmarknad med mera. Arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till alla förvärsarbeten på hela arbetsmarknaden. I det begreppet ingår även arbeten som anordnas för personer med funktionsnedsättning, t.ex. lönebidragsanställningar. Sjukersättning kan ges som få hel (100 %), tre fjärdedels (75 %), halv (50 %) eller en fjärdedels (25 %) förmån.

NSPH uppfattar att utredning här snabbt glider förbi det faktum att det i de gällande reglerna om **aktivitetsersättning för unga** finns något mindre rigida inträdesregler för unga med nedsatt arbetsförmåga. Aktivitetsersättning (för personer mellan 19 och 29 år) infördes likt sjukersättning år 2003, och ersatte förtidspension och sjukbidrag. Aktivitetsersättningen kan beviljas om **arbetsförmågan är nedsatt i minst ett år** med åtminstone en fjärdedel (25 %). Nedsättningen av arbetsförmågan ska gälla alla arbeten på hela arbetsmarknaden, denna förmån kallas för aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Aktivitetsersättning kan också beviljas till personer som på grund av funktionsnedsättning inte avslutat sin utbildning på grund eller gymnasienivå, vilket kallas för aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång.

Trots tung kritik, inte minst från NSPH:s organisationer, vad gäller de faktiska aktiviteter som erbjudits inom ramen för insatsen aktivitetsersättning genom Försäkringskassans försorg kan inte grundvärdet av en förutsägbar ekonomisk grundtrygghet för individen, i NSPH:s ögon, överskattas som premiss till en mer långsiktig och strukturerad rehabilitering/habilitering.

8.3 Tidigare utredningar och förslag

...

8.4 Översikt av genomförda reformer

...

8.5 Utvärderingar och uppföljningar av genomförda reformer

Utredningen presenterar data från bland andra Försäkringskassan och menar att man kan därav se en entydig bild av att långvarig sjukfrånvaro med hänsyn tagen till att den kan utgöras av antingen sjukskrivning eller tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning ligger på en historiskt låg nivå. Sammantaget, menar utredningen, har detta inneburit att det totala antalet långvariga sjukfall ligger på en historiskt låg nivå och endast ökat i begränsad omfattning sedan 2010.

NSPH menar dock att ovanstående beskrivning är felaktig då man alltså inte mäter sjukfrånvaro med ett mått entydigt kopplat till individuell hälsa utan enbart utifrån hur många som i systemets terminologi får officiellt kalla sig sjuk och uppbära försäkringsersättning. Andelen med pågående ohälsa hos Arbetsförmedlingen och i kommunalt försörjningsstöd och hur denna grupp växt i takt med utförsäkringarna sedan 2008 presenteras alltså inte här.

8.6 Kompletterande avtal och försäkringar vid sjukdom

Ersättning från socialförsäkringarna är inte den enda ersättning som den försäkrade omfattas av vid sjukdom. Utöver socialförsäkringarna kan en försäkrad även vara berättigad till ersättning från kollektivavtalade försäkringar och från individuellt tecknade privata försäkringar.

Vanligtvis sker ingen försäkringstillämpning i de avtalsbestämda eller privata försäkringarna, utan utbetalning av ersättning är ofta betingad av den försäkringstillämpning som sker i sjukförsäkringen. Sjukförsäkringen kan därmed ses som basen i det system av olika ersättningar som ger individen ekonomisk kompensation i händelse av sjukdom och där avtalsbestämda och privata försäkringarna kompletterar ersättningen från socialförsäkringarna.

NSPH:s organisationer företräder människor med en hög grad av utanförskap när det gäller tillgång till rimliga premier för privata försäkringar eller kollektiva försäkringar genom arbetstagarorganisation. Denna möjlighet till ”komplement” är för flertalet av dessa människor inte ett reellt alternativ.

8.7 Ersättningsnivå och ersättningsgrad för sjukskrivna

Ersättningsgrad och ersättningsnivå är två begrepp som lätt blandas samman i diskussionen kring hur stor ersättning som utges vid sjukdom. Med ersättningsnivå avser utredningen den procentuella ersättning som finns angiven i Socialförsäkringsbalken vid olika tidpunkter i sjukdomsfallet. Under sjukdag 2–14 är ersättningsnivån 80 procent av den försäkrades lön. Under dag 15–365 är ersättningsnivån 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och efter dag 365 är ersättningsnivån 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten för den som beviljas ersättning på fortsättningsnivå och 80 procent för den som beviljas ersätt-

ning på normalnivå. Med ersättningsgrad avser utredningen skillnaden mellan hushållets disponibla inkomst före respektive efter sjukdomsfallet.

Sedan 2006 har ersättningsgraden vid sjukdom minskat med åtta procentenheter och beräknas sjunka ytterligare fram till 2014. I samtliga ersättningsssystem är ersättningsgraden högst för personer med låga inkomster och avtar sedan med stigande inkomst. Detta är till stor del en effekt av ersättningsgraden här endast redovisas utan beaktande av kompletterande avtalsersättningar. Den stora gruppen av såväl sjuka som sysselsatta (75 procent) har ersättningsgrader som ligger mellan 70–90 procent vid sjukdom. Drygt 15 procent av de som är sjukskrivna har ersättningsgrader som överstiger 90 procent medan andelen bland de som är sysselsatta är något lägre.

9 Överväganden om en långsiktigt hållbar sjukförsäkring

9.1 Problem i sjukförsäkringen

Utredningen konstaterar att åtskilliga problem kvarstår i sjukförsäkringen och andra har uppstått som effekter av genomförda reformer.

NSPH delar denna bild av verkligheten fullt ut...

9.2 Successiva reformer av sjukförsäkringen

Utredningen konstaterar att olika strukturella reformer har diskuterats och utretts i syfte att komma till rätta med problem inom socialförsäkringarna. Det kan, menar utredningen, inte uteslutas att sådana grundläggande reformer kan bidra till mer uthålliga socialförsäkringar. Det finns flera problem i socialförsäkringarna som, enligt utredningen, bör åtgärdas relativt skyndsamt. Problemen är dock inte av sådan omfattning, anser utredningen, att de motiverar en grundläggande strukturell reform.

NSPH delar inte fullt ut utredningens inställning till det strukturella reformbehovet vilket torde framgå ovan och nedan.

Utredningen gör bedömningen att sjukförsäkringen även fortsättningsvis vara en integrerad del av statsbudgeten. Man gör nämligen den underliggande bedömningen att de mål för sjukförsäkringen som anses kunna nås genom en från statsbudgeten fristående försäkring är goda och väl motiverade men att de kan nås med en sjukförsäkring inom ramen för statsbudgeten.

NSPH avstår från att lämna synpunkter på utredningens bedömningar i denna del

9.3 Fortsatt statligt ansvar för sjukförsäkringen

Utredningen gör bedömningen att Landstingen inte bör medfinansiera sjukförsäkringens kostnader. Däremot anser utredningen att stimulanser till landstingen, med rätt utformning, kan vara ett verkningsfullt medel för att utveckla processen för återgång i arbete.

Utredningen ser Hälso- och sjukvården är en nyckelaktör för återgång i arbete. Återgång i arbete, menar utredningen, är ett naturligt mål för vård och behandling så länge patienten tillhör arbetskraften. Att vara på arbetet är ofta hälsofrämjande i sig. Därför ser utredningen återgång i arbete som ett gemensamt intresse för hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen.

Utredningen bedömer att en stegvis utvidgning av bedömningen av arbetsförmåga mot fler arbetsuppgifter och arbeten är en viktig princip för att åstadkomma en effektivare process för återgång i arbete. Bedömning av arbetsförmåga mot ett icke specifikt arbete måste vila på ett politiskt ställningstagande om hur stora krav samhället ska ställa på människor som har begränsad anställningsbarhet på grund av sjukdom att ändå försöka försörja sig genom arbete. Bedömningen av en persons arbetsförmåga ska alltid vara individuell och utgå ifrån den enskildes unika förutsättningar.

Begreppen arbetsförmåga och sjukdom är centrala i sjukförsäkringen och ligger till grund för bedömningen av rätten till ersättning. Sjukpenning lämnas till en försäkrad som på grund av sjukdom har nedsatt arbetsförmåga med minst 25 procent av en heltid, har för avsikt att arbeta under de kommande sex månaderna och har haft en inkomst om minst 0,24 prisbasbelopp.

Det är utifrån dessa kriterier som försäkringens försäkringstillämpning sker. Att upprätthålla en god försäkringstillämpning är, enligt utredningen, nyckeln till en stabil, effektiv och långsiktigt hållbar sjukförsäkring.

Som underlag för bedömning av arbetsförmågan får Försäkringskassan intyg från läkare. Som hjälp för läkarna vid sjukskrivning finns försäkringsmedicinska beslutsstöd som anger hur länge en patient vanligtvis behöver vara sjukskriven för en viss diagnos.

En viktig utgångspunkt för utredningens överväganden i sjukförsäkringen är arbetslinjen. Så många som möjlig ska kunna försörja sig genom eget arbete. Inom ramen för sjukförsäkringen ska den enskilde därför ges tillräckligt stöd för att arbetsförmågan så snabbt som möjligt ska kunna återfås. Prövningen av arbetsförmåga är därför en central del av arbetslinjen, där sjukpenning endast ges till dem som helt eller delvis har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Men, arbetsförmåga är inget entydigt begrepp, vilket gör det till ett av de svårare kriterierna att bedöma i försäkringstillämpningen. Bedömningen av en persons arbetsförmåga ska alltid vara individuell och utgå ifrån den enskildes unika förutsättningar.

Utredningen bedömer att en långsiktigt hållbar sjukförsäkring behöver självrisker för att försäkringen ska användas som avsetts. Självriskerna måste emellertid vägas mot den inkomstrygghet den försäkrade behöver vid sjukdom. Utredningen anser att de självrisker som finns i nuvarande sjukförsäkring i stort sett är väl avvägda.

Utredningen gör vidare bedömningen att ekonomiska och juridiska drivkrafter är effektiva verktyg för att arbetsgivare ska ta ansvar för sjukfrånvaro och arbetsmiljö. De positiva effekterna måste emellertid vägas mot de negativa effekter som ökade drivkrafter kan ge upphov

till. Blir arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro och rehabiliteringsansvar för stora, ökar riskerna att personer med hälsoproblem och svag anknytning till arbetsmarknaden får svårare att hitta en anställning.

NSPH vill inte omedelbart ifrågasätta ovanstående tes annat än med reflektionen att den nivå av säker arbetsmiljö vi kräver av dagens företag inte är gratis, men då den är obligatorisk och kontrollerad kan man inte spara hem en konkurrensfördel som enskild näringsidkare genom att avstå.

9.4 Angelägna förbättringar inom sjukförsäkringen

Utredningen menar att en bred politisk överenskommelse bör lägga fast den nivå för sjuktalet som är långsiktigt hållbar. Regeringens övergripande mål för sjukfrånvaron är att den ska vara långsiktigt stabil och låg. Målet bör, enligt utredningen, preciseras och utvecklas och det bör klargöras vilka parter som ansvarar för att målet nås och på vilket sätt.

Utredningen bedömer att för långsiktigt hållbara försäkringar bör uppräknings av den allmänna försäkringens ersättning vara högre än i dag. Det bör, enligt utredningen, också råda symmetri i hur uppräknings av ersättning görs mellan arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen.

Utredningen gör bedömningen att staten även fortsättningsvis bör stimulera landstingen ekonomiskt att ge sjukskrivningsfrågor högre prioritet i hälso- och sjukvården och att utveckla sjukskrivningsprocessen.

Utredningen bedömer att alltför många sjukskrivna inte får tillräckligt stöd eller får stöd för sent. Det leder till både välfärdsluster och höga kostnader.

NSPH gjorde motsvarande bedömning vid sitt bildande 2007 och har tyvärr ännu inte fått anledning att revidera sin slutsats om situationen.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsens arbete med det försäkringsmedicinska beslutsstödet fyller en viktig funktion för en välfungerande sjukskrivningsprocess och för att nå målet om en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro. Socialstyrelsen bör, enligt utredningen, arbeta mer aktivt med att utveckla och utvärdera beslutsstödet.

Utredningen bedömer vidare att Försäkringskassans försäkringsmedicinska kompetens behöver fördjupas för att kontakterna med hälso- och sjukvården ska bli mer effektiva. Kvaliteten i tillämpningen av sjukförsäkringen behöver förbättras och utvecklas.

NSPH anser att beslutsstöden till viss del missbrukats och/eller varit föremål för handhavandefel vid arbetsförmågebedömningar. Beslutsstödet typfall har i förekommande fall av handläggare använts för att refusera läkares professionella bedömning av individuella fall med unika förutsättningar. Sedan är handläggning av socialförsäkringen inte alltid lätt att hantera på ett rättssäkert sätt vilket bland annat Inspektionen för socialförsäkringens (ISF:s) *Rapport*

(2014:18) Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna med emfas visar. I genomsnitt ändrades vart femte granskat överklagat beslut om sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning av förvaltningsrätten/kammarrätten till Försäkringskassans nackdel.

Det trista här är att den som inte har ork eller praktisk förmåga att överklaga är underrepresenterad i domstol där alltså en av fem klagande fick framgång. ISF:s undersökning visade dessutom att sannolikheten att få bifall i domstol är högre i de mål där den enskilde har hjälp av ett ombud. Särskilt i måltyper som är juridiskt svåra verkar ombud ha stor betydelse för den enskildes möjlighet att få rätt.

I Inspektionen för socialförsäkringens (ISF:s) Rapport (2013:1) När sjukpenning nekas ges också insyn till hur försäkringskassans handläggare har svårt att inom ramen för givna resurser och åtaganden alltid garantera en korrekt handläggning i första ledet eller vid omprövning.

Att den försäkrade förstår varför sjukpenning nekas har avgörande betydelse för om han eller hon godtar beslutet. Att förutsättningarna för att få sjukpenning är individuellt beskrivna är grundläggande för förståelsen. I granskningen konstateras att förutsättningarna för rätten till sjukpenning beskrivs korrekt och individualiserat i ett av tio beslut och i fyra av tio omprövningsbeslut. För att den försäkrade ska se att en individuell bedömning har gjorts behöver de omständigheter som medför att den försäkrade inte har rätt till sjukpenning vara beskrivna. Omständigheter i det aktuella fallet som talar mot rätt till sjukpenning finns beskrivna i tre fjärdedelar av beslutet men endast i en fjärdedel av omprövningsbeslutet. I övriga saknas omständigheter helt eller så finns endast omständigheter som talar för rätt till sjukpenning. Dessutom bemöts inte de försäkrades synpunkter i tillräcklig omfattning i vare sig beslut eller omprövningsbeslut. De försäkrade bör av beslut och omprövningsbeslut kunna utläsa om synpunkterna har beaktats i bedömningen, och i så fall vilka som beaktats. Vidare varierar sannolikheten för ändring av beslut vid omprövning mellan Försäkringskassans omprövningsenheter och det råder olika uppfattningar om vad en omprövning egentligen innebär inom myndigheten.

ISF:s Rapport (2013:1) När sjukpenning nekas s 7-8

Huvudslutsatsen i rapporten var inte oväntat att det finns en betydande potential för förbättringar av både rutiner för omprövning och den skriftliga kommunikationen med de försäkrade. De olika kontor som handlägger omprövning uppvisade dessutom anmärkningsvärt stora skillnader i ändringsfrekvens, trots att ärendena fördelas slumpmässigt mellan kontoren utifrån den dag i månaden den försäkrade är född. Intervjuer visade att det finns olika uppfattningar inom myndigheten om vad en omprövning faktiskt innebär, vilket kan vara en del av förklaringen. Enligt ISF:s statistiska bedömning av aktuella underlag borde ändringsfrekven-

sen till sökandes fördel dessutom ligga betydligt högre än den de facto gjorde hos Försäkringskassans stressade handläggare 2012-2013.

NSPH:s uppfattning är att Inspektionen för socialförsäkringens bild stämmer väl överens med våra medlemmars.

Utredningen bedömer att Hälso- och sjukvårdens uppdrag om tidiga insatser för återgång i arbete bör utvecklas och förstärkas samt att arbetsgivares ansvar för åtgärder för återgång i arbete för anställda bör stärkas.

Utredningen gör bedömningen att den aktiva handläggningen av sjukskrivningsärenden måste pågå under hela sjukskrivningstiden.

Utredningen är vidare av den uppfattningen att karens i sjukförsäkringen bör utformas så att inte vissa grupper får ett oproportionerligt stort inkomstbortfall.

Utredningens uppfattning är att sjukpenningen till anställda i vissa fall kan bli mer flexibel genom fler förmånsnivåer (arbetsförmåga i tiondelar istället för kvartiler: 10 %, 20 %, 30 %, osv). Detta kan underlätta en stegvis återgång i arbete. Det är svårt att bedöma arbetsförmåga med någon större precision, särskilt om bedömningen ska göras i förhållande till hela arbetsmarknaden. Flexibel sjukpenning bör därför endast kunna beviljas så länge som den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till hans eller hennes vanliga arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren.

NSPH håller med om ovanstående fördel för den som är i anställning, men menar att även gruppen som inte har anställning (specifikt unga och de med psykisk ohälsa utan fotfäste på arbetsmarknaden) bör erbjudas detta då detta skulle kunna vara ett sätt att bättre matcha krav mot förmågemobilisering och grad av återhämtning.

9.5 En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Utredningen bedömer att i det fall det utvecklade och preciserade målet med sjukfrånvaron under en period inte nås bör åtgärder vid behov snabbt kunna sättas in och långa analysperioder som föregår åtgärder därigenom undvikas. En bred politisk överenskommelse bör sökas om vilka åtgärder som vid behov ska sättas in. Detta kan bidra till bättre förutsebarhet för de försäkrade om försäkringens villkor.

NSPH är tveksam till att fixera plan innan ny förutsättning till fullo är känd.

9.6 Övriga frågor

...

10 Förslag för en långsiktigt hållbar sjukförsäkring

10.1 Angelägna förbättringar inom sjukförsäkringen

Utredningen föreslår att målet för sjukfrånvaron även fortsättningsvis ska vara att den är långsiktigt stabil och låg och i nivå med jämförbara länder. En bred politisk överenskommelse ska lägga fast hur målet ska utvecklas och preciseras. Överenskommelsen ska också klargöra vilka parter som har ansvar för att målet nås. Detta arbete ska inledas så snart som möjligt. Tills vidare ska sjukpenningtalet användas som referensmått. Sjukpenningtalet bör inte överstiga 2013 års nivå.

NSPH instämmer vad gäller ambitionen att andelen med pågående ohälsa i Sverige bör vara så låg som möjligt men är aningen skeptisk till att manipulera sjukfrånvarotal genom administrativa lösningar. Hellre frisk och arbetsförmögen än förbjuden att vara sjukfrånvarande med ersättning. Att schablonmässigt jämföra nyckeltal med länder med andra system, folkhälsoproblem, demografiska förutsättningar och inte minst annan statistikföring känns mindre lyckat. NSPH avstyrker här utredningens förslag

Utredningen föreslår att staten ska även fortsättningsvis genom sjukskrivningsmiljarden stödja landstingen ekonomiskt för att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och att utveckla sjukskrivningsprocessen. Resurserna behöver förstärkas kraftigt. Förstärkningen bör avse sjukskrivningsmiljardens rörliga del.

NSPH hoppas här bara att dessa ekonomiska incitament inte gör det svårt för vården att leva upp till § 2 i Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) som stipulerar ett annat fokus. Men, avstår i övrigt att framföra synpunkter på denna del av utredningens förslag

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

Utredningen föreslår att Förordningen med instruktion för Socialstyrelsen ändras med innebörden att myndigheten ska förvalta, utveckla och uppdatera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Vidare ska myndigheten följa upp och utvärdera hur beslutsstödet används i sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen ska tillsammans med Försäkringskassan och medicinska experter årligen redovisa hur sjukskrivningar för olika diagnoser utvecklas hos de olika landstingen. Socialstyrelsen ska ges resurser för detta.

NSPH stödjer förslagen ovan

Utredningen lägger dessutom förslaget att omkring 80 procent av de försäkrade som får ersättning i form av sjukpenning ska få sin standardtrygghet tillgodosedd genom ersättning från den allmänna sjukförsäkringen. Taket i socialförsäkringen ska, enligt utredningens förslag, utformas så att denna andel hålls konstant över tid. Försäkringskassan ska också få i uppdrag att utveckla sjukförsäkringshandläggarnas kompetens avseende utredningsmetodik och försäkringsmedicin.

NSPH stödjer förslaget ovan

Utredningen föreslår vidare att ett bedömningsstöd för hälso- och sjukvården ska införas. Stödet ska bidra till att tidigt identifiera insatser som kan minska behovet av sjukskrivning och ge ökad återgång i arbete. Stödet ska också bidra till att prognostisera risken för långtids-sjukskrivning.

NSPH anser att förslaget kräver en noggrannare analys angående för- och nackdelar innan det kan genomföras.

Utredningen föreslår att karensdagen i lagen (1991:1047) om sjuklön ersätts av ett karensavdrag som beloppsmässigt i princip ska motsvara karensdagen. Karensavdraget ska uppgå till 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning i form av sjuklön.

NSPH stödjer förslagen ovan.

Utredningen lägger förslaget att en försäkrad i vissa fall ska kunna få sjukpenning med fler förmånsnivåer än 25, 50, 75 och 100 procent, flexibel sjukpenning. Flexibel sjukpenning ska endast utges så länge arbetsförmågan ska bedömas mot den försäkrades vanliga arbete eller annat arbete hos arbetsgivaren.

NSPH stödjer förslaget ovan, men anser att även gruppen som inte har anställning (specifikt unga och de med psykisk ohälsa utan fotfäste på arbetsmarknaden) bör erbjudas detta då detta skulle kunna vara ett sätt att bättre matcha krav mot förmågemobilisering och grad av återhämtning. Även för gruppen med sjuk- eller aktivitetsersättning kunde en förfinad avstämning av förmåga i deciler snarare än kvartiler vara av intresse att utreda.

10.2 En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Utredningen föreslår att en bred politisk överenskommelse ska fastställa vilka förändringar i regelsystem och andra åtgärder som ska vidtas när sjukalet oförklarligt under en lämplig period avviker från referensnivån. Detta arbete bör, enligt utredningen, påbörjas snarast.

Utredningen föreslår att målet för sjukfrånvaron ska utvecklas och preciseras och att om sjukfrånvaron oförklarligt ökar ska förändringar i regelsystem ske och andra åtgärder sättas in. Vilka åtgärder som ska vidtas och i vilka situationer de ska komma ifråga ska fastställas i en bred politisk överenskommelse. Arbetet med detta ska påbörjas snarast enligt utredningen.

NSPH anser att man bör vara försiktighet innan man ”fastställer” åtgärder som ska sättas in om något ”oförklarligt” sker.

11 Bakgrund till bättre stöd för återgång i arbete

11.1 Uppdraget enligt direktiven

...

11.2 Nuvarande regler och ansvarsfördelning

...

11.3 Tidigare utredningar och förslag

....

11.4 Översikt över genomförda reformer

...

11.5 Aktörers arbete, insatser och samverkan

...

11.6 Stöd till arbetsgivare

...

11.7 Finansiell samordning

Utredningen konstaterar att det nog finns flera indikationer på att egenförsörjningen har ökat bland deltagarna efter Finsam-insatser. Att fastställa att detta är en effekt av Finsam finner utredningen dock inte otvetydigt styrkt. Utredningen menar att det inte är möjligt att klarlägga i vilken utsträckning ökningen beror på Finsam-insatserna, eftersom insatsernas eventuella effekter inte kan isoleras från andra faktorer som påverkar sysselsättningen.

En övervägande majoritet av deltagarna ansåg dock att insatserna var bra och drygt hälften av deltagarna ansåg att deras livssituation förbättrades av insatsen

11.8 Europeiska socialfonden

Europeiska socialfonden är EU:s viktigaste verktyg för att skapa fler och bättre jobb i Europa. Fonden har funnits sedan 1957. Europeiska Socialfonden ska bidra till en fungerande arbetsmarknad och en ökad sysselsättning på lång sikt. Det ska bland annat ske genom att kopplingen mellan utbildning och arbetsmarknad förstärks och genom utvecklad samverkan mellan olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

11.9 Hälsa i arbetslivet

...

11.10 Internationella jämförelser

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) gör i kommitténs underlagsrapport nr 7 en jämförelse mellan Sverige Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland.

...

I Finland – och i ännu högre grad i Nederländerna – har arbetsgivaren starka ekonomiska motiv till att vidta åtgärder för att begränsa antalet sjukskrivningar och förtidspensioner på arbetsplatsen. I Finland har arbetsgivarens kostnadsansvar varit stort under lång tid och sjukfrånvaron har också varit relativt låg. Den kraftiga nedgången i sjukfrånvaron i Sverige sedan 2003 har skett utan ett ökat kostnadstryck på arbetsgivaren, bortsett från en kortare period med skyldighet för arbetsgivare att svara för medfinansiering.

NSPH skulle här vilja anbefalla en viss försiktighet i att bryta ut udda systemdelar för jämförelse då varje nationellt system fungerar och interagerar i sin unika nationella kontext.

11.11 Vad fungerar? Litteraturen sedd i ett strukturellt och organisatoriskt perspektiv

Ett problem som en rad utredningar och forskare påpekat under årtionden är att kunskapen om effektiva insatser som kan hjälpa sjukskrivna tillbaka till arbetet är bristfällig. Det är brist på effektstudier. Innebörden av så kallad arbetslivsinriktad rehabilitering är oklar, vilket gör det svårt att göra sammanställningar om effekter. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar att brister som dessa gör det svårt att finna empiriskt stöd för att så kallad arbetslivsinriktad rehabilitering är ett verkningsfullt medel för att åstadkomma en låg sjukfrånvaro. Det finns dock studier som synes visa att insatser som startas tidigt med en återgång till eller placering i reguljärt arbete är mest framgångsrika

Kunskaperna inom arbetsmarknadspolitiken generellt tycks även gälla personer med funktionsbegränsningar, ”Job First” fungerar bäst. Sådana insatser ökar andelen som klarar att gå från sjukersättning till arbete och höjer de genomsnittliga arbetsinkomsterna efteråt. Återgång i arbete gynnas således främst, enligt utredningens sammanfattning, av tidig återgång i reguljärt arbete, även till subventionerade anställningar. En snabb insats genom reguljär utbildning kan också vara framgångsrik, men sådana insatser är oftast mycket kostsamma.

12 Överväganden för bättre stöd för återgång i arbete

12.1 Överlappande problem och avgränsning

Utredningen ska enligt direktiven analysera och pröva möjligheterna att utveckla samhällets stöd för återgång i arbete eller studier genom organisations- och strukturförändringar. Syftet är bl.a. att ur ett service- och kontrollperspektiv få ett effektivt och ändamålsenligt system.

Ansvaret för den enskildes återgång i arbete är fördelat på flera aktörer, som arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta kan bli ett hinder för ett effektivt system för återgång i arbete.

...

12.2 Problem i nuvarande struktur

Utredningen utgår i sin problemanalys från de aktörer som finns i nuvarande struktur. Mer grundläggande frågor som exempelvis huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården ingår inte i uppdraget. Problemanalysen syftar till att upptäcka behov av förbättringar som gör att befintliga huvudmän tillsammans kan underlätta för den enskilde att återgå i arbete eller att få ett arbete.

Utformningen av sjukförsäkringen har stor betydelse för möjligheten att minska sjukskrivningstiden. Det är emellertid inte den enda faktorn man behöver ta hänsyn till för att underlätta en återgång till arbetslivet. Hur ansvar och insatser fördelas mellan aktörerna är också av stor betydelse. De olika aktörerna har alla ett ansvar för den enskildes återgång till arbetslivet även om deras primära uppdrag skiljer sig åt. En god samverkan mellan aktörerna är därför en förutsättning för att kunna minska onödigt långa sjukskrivningstider.

...

Det är oklart hur långt hälso- och sjukvårdens skyldigheter enligt HSL sträcker sig vad gäller återgång i arbete. Landstingen har ingen författningsreglerad samverkansskyldighet på motsvarande sätt som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har.

Arbetsgivarna har en central roll för återgång i arbete, enligt utredningen, oavsett om problemet är arbetsplatsrelaterat eller inte. Många små arbetsgivare upplever sitt ansvar som oklart, liksom deras egen roll i förhållande till Försäkringskassan, enligt utredningen.

12.3 Individen i centrum

Den enskildes självtillit och känsla av kontroll är viktig för återgång i arbete vid ohälsa. En förändring av rollerna för nyckelaktörerna i processen för återgång i arbete och för Försäkringskassan kan utnyttjas för att sätta den enskilde mer i centrum, understödja självtillit och känsla av kontroll samt undvika att den enskilde reduceras till ett objekt som är föremål för

andras åtgärder. I forskning och utredningar har betonats att den enskildes motivation är central i processen för återgång i arbete.

12.4 Utveckling inom befintlig struktur

...

12.5 Individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen är nyckelaktörerna

Den enskilde är en nyckelaktör för återgång i arbete, tillsammans med hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen. Det är normalt de som tillsammans vidtar de åtgärder som kan leda tillbaka till arbete. Det är alltså i normalfallet endast den enskilde och två nyckelaktörer som behöver samverka. Antingen är det den enskilde, arbetsgivaren och hälso- och sjukvården eller den enskilde, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården. Arbetsgivaren har i sin tur tillgång till företagshälsovård eller annan expertis för att kunna fullgöra sina skyldigheter. Kommunen är av central betydelse i vissa fall men är oftast inte involverad. Försäkringskassan är för sin skadereglering beroende av de rehabiliteringsansvariga. Myndigheten tillhandahåller dock inte själv några rehabiliteringsinsatser.

12.6 Hälso- och sjukvården bör bidra mer till återgång i arbete

Utredningen är av den meningen att aktiva åtgärder, för att möjliggöra patienters återgång i arbete så fort som möjligt, måste anses tillhöra hälso- och sjukvårdens uppdrag.

NSPH är som tidigare poängterats inte helt övertygad om att Hälso- och sjukvården självklart effektiviseras om den stöps om under devisen ”Arbete till varje pris” eller att ett sådant huvudfokus främjar rehabiliteringsprocesser eller ett humant och demokratiskt samhälle.

12.7 Arbetsgivare behöver vägledning och stöd

Utredningen gör den bedömningen att arbetsgivare behöver ges en tydligare vägledning om vilket ansvar de har för den enskildes återgång i arbete och stöd i att identifiera vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta en återgång i arbete. Det bör, enligt utredningen, i samråd med arbetsmarknadens parter övervägas hur stödet till arbetsgivare gällande expertresurser för rehabilitering kan utvecklas.

NSPH stödjer förslagen ovan.

12.8 Arbetsgivarens skyldigheter bör inte förändras

Utredningens bedömning är att det inte är aktuellt att nu förändra reglerna om arbetsgivarens skyldigheter. Detta mot bakgrund av att utredningen eftersträvar ett ökat engagemang hos arbetsmarknadens parter.

NSPH är förvånad över bristen på krav riktade mot en så pass viktig aktör som arbetsgivar-kollektivet. Morötter i all ära, men vad händer om inte dessa (apropå företagshälsovård och psykosocialt arbetsmiljöarbete) ger önskat resultat?

12.9 Arbetsmarknadens parter är centrala

Utredningen menar att arbetsmarknadens parter är centrala för att skapa bättre förutsättningar för anställda att komma tillbaka till arbete efter en period av ohälsa. Återgång i arbete kan innebära att gå tillbaka till samma arbete, anpassat arbete eller arbete hos en ny arbetsgivarvare.

När det gäller omställning efter uppsägning finns ett väl utformat och framgångsrikt arbete som bygger på olika avtal mellan parterna på arbetsmarknaden. Trygghetsråd/stiftelser har utformat olika åtgärder för att hjälpa uppsagda anställda till ett nytt arbete, en verksamhet med goda resultat. Möjligheter att utforma liknande verksamheter för anställda som riskerar bli uppsagda eller är uppsagda på grund av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga bör tillvaratas. Trygghetsrådet TRS bedriver sedan 2012 en försöksverksamhet med omställningsstöd till den som blivit uppsagd på grund av ohälsa kan få personligt omställningsstöd.

NSPH får här ändå påminna om den stora grupp av unga med psykisk ohälsa och/eller psykisk ohälsa som står utanför arbetsmarknaden.

12.10 Försäkringskassans roll bör förändras för att förstärka samverkan

Utredningen bedömer att det är angeläget att skapa bättre förutsättningar för ett effektivare samlat arbete för återgång i arbete. Det bör i lagstiftningen klargöras att det i första hand är andra aktörer än Försäkringskassan som ska ta initiativ till åtgärder. Begreppet utöva tillsyn i 30 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) bör bytas ut, enligt utredningen, eftersom Försäkringskassan inte har några påtryckningsmedel.

Ett tänkbart alternativ skulle kunna vara att förse Försäkringskassan med lagstadgade sanktionsmedel. Utredningen anser dock att detta inte är lämpligt. Det är uppenbart att en sådan reglering riskerar att komma i konflikt med hälso- och sjukvårdens prioriteringar. Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Ett sådant system med offentligt rättsliga påtryckningsmedel för Försäkringskassan skulle också kunna vara svårt att förena med de skyldigheter som åvilar arbetsgivare enligt bl.a. arbetsmiljölagen (1977:1160) och som är sanktionerade på andra sätt.

NSPH välkomnar att utredningen här (om än i något begränsad omfattning) lyfter och problematiserar § 2 HSL.

13 Förslag för bättre stöd för återgång i arbete

13.1 Krav på samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen

Hur långt hälso- och sjukvårdens uppdrag sträcker sig, när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete, är, enligt utredningens bedömning, är inte helt klart. Enligt 30 kap. 10 § socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan en skyldighet att, i arbetet med rehabiliteringen av den försäkrade, samverka med de organisationer och myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade.

Någon på motsvarande sätt reglerad samverkansskyldighet för landstinget finns inte. I syfte att understryka att återgång i arbete ska vara en integrerad del i landstingets arbete föreslår utredningen att en bestämmelse om samverkan införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Utredningen föreslår att när det är nödvändigt för att en patient så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete ska landstinget, enligt utredningens förslag, om patienten medger det, samverka med patientens arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Samverkansskyldigheten gäller även i de fall en sjukskrivning kan undvikas genom samverkan.

NSPH förordar individens rätt att kunna ställa krav på vård- och stödgivare i syfte att få bästa möjliga vård, rehabilitering och andra förutsättningar för att kunna bibehålla eller utveckla arbetsförmåga till stöd för meningsfull sysselsättning och om möjligt egen försörjning genom arbete.

En av de mest frustrerande saker man kan engagera sig i som patient, brukare eller anhörig är dock att få till stånd en fortlöpande smidig samverkan och kommunikation mellan företrädare för vårdgivare, utförare och myndigheter med makt att stjälp eller hjälpa den enskilde i en sådan process. Ett lagkrav på samverkan kan vara positivt, men riskerar att förskjuta fokus från individen i centrum som vårdens motpart och den i vars intresse samverkan ska utövas.

13.2 Krav på behandlings- och rehabiliteringsplanering införs i hälso- och sjukvårdslagen

Utredningen föreslår att när en patient är i behov av samordnade behandlings- och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården, för att så snart som möjligt kunna återgå i arbete, ska landstinget göra en rehabiliteringsplanering för återgång i arbete. Rehabiliteringsplaneringen ska omfatta planerade vårdinsatser och, om möjligt, en tidsplan för dessa.

Det ska inte finnas några speciella formkrav för rehabiliteringsplaneringen. Avsikten med förslaget är således inte, enligt utredningen, att ett särskilt dokument ska upprättas. Syftet är i stället att säkra en strukturerad planering genom hela vårdkedjan med fokus på återgång i arbete. Rehabiliteringsplaneringen kan exempelvis dokumenteras i en journal eller på annat lämpligt sätt.

NSPH måste här uttrycka en viss oro för att denna ”icke-dokumentbundna” rehabiliteringsplan på ett negativt sätt riskerat att stjäla fokus i de samordnade individuella planer (SIP) som äntligen börjar komma till stånd. Ofta är för människor med psykisk ohälsa det stöd som fås genom socialpsykiatri eller andra kommunala insatser en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig vård och medicinska rehabiliteringsinsatser. Exempelvis genom tillgång till ett fungerande boende. Att då ensidigt fokusera på vårdgivares inre arbete är inte alltid något som främjar en god rehabilitering.

NSPH är givetvis inte motståndare till att hälso- och sjukvårdens aktörer strukturerat samordnar sina insatser, men vill alltså peka på riskerna för att göra halt där för samverkansarbetet.

Om hälso- och sjukvården dessutom får ett utökat ansvar för rehabilitering och samordning även för längre och mer komplexa fall finns en uppenbar risk för att andra perspektiv än strikt medicinska nedvärderas i en helhetsbedömning, vilket vore olyckligt för såväl individen som effektiviteten i försäkringen.

Den totala bedömningen bör då hellre hanteras av en instans utanför hälso- och sjukvården där den medicinska bedömningen bara är en mindre del. Ofta är andra aspekter än de rent medicinska som avgör återgång i arbete efter längre tids frånvaro på grund av ohälsa såsom åtgärder på arbetsplatsen, utbildning eller arbetsmarknadsinsatser och hur dessa ska beskrivas i en journalbunden rehabiliteringsplan är inte lätt att se.

13.3 Ekonomiskt stöd för koordineringsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att ett permanent statsbidrag införs för koordineringsfunktioner inom hälso- och sjukvården. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om villkor för att ta del av statsbidraget.

Den exakta utformningen av koordineringsfunktionerna bör vara en fråga för landstingen, enligt utredningen, medan staten ska ange vilka villkor som ska vara uppfyllda för att landstingen ska få ta del av statsbidraget. Genom att stödja landstingens utveckling av en struktur som frigör tid för läkarnas patientkontakt och samtidigt underlättar kontakten med hälso- och sjukvården för patienter och andra aktörer kan staten både bidra till arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården och till att patienterna återgår i arbete.

NSPH stödjer utredningens förslag så länge landstingens fristående roll inte undergrävs.

13.4 En stärkt roll för Socialstyrelsen

Utredningen föreslår att ett expertråd för återgång i arbete ska inrättas vid Socialstyrelsen. Rådet ska samla och sprida kunskap om återgång i arbete så att den blir lättillgänglig inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens kunskaper om vilka åtgärder som fungerar och underlättar återgång i arbete behöver utvecklas, enligt utredningen. Den forskning som hittills bedrivits har ofta

fokuserat på syftet att förbättra patientens funktions- och aktivitetsförmåga. Själva processen för återgång i arbete har därför inte varit i fokus. Den forskning som finns måste också sammanställas och vara lätt tillgänglig för professionerna menar utredning. Rådets verksamhet kommer också i sig att bidra till att främja forskning om processen för återgång i arbete.

NSPH har tidigare uttryckt viss oro för ett alltför ensidigt fokus på strikt medicinska faktorer vid längre sjukskrivningar. Där det ofta är andra aspekter än de rent medicinska som avgör återgång i arbete såsom åtgärder på arbetsplatsen, utbildning eller arbetsmarknadsinsatser.

Ett expertråd bör därför samla en bred palett av perspektiv; inte minst från patienterfarenhets- sidan.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen, i samverkan med Försäkringskassan och landstingen, årligen ska jämföra och rapportera sjukskrivningar och resultatet av åtgärder för återgång i arbete för de olika landstingen.

NSPH tillstyrker utredningens förslag med brasklappen att det inte alltid är så lätt att skala fram relevanta framgångsfaktorer med adekvat kausalitet till jämförelse.

13.5 Förtydligande av arbetsgivarens skyldigheter

Utredningen föreslår att arbetsgivaren ska, efter samråd med den försäkrade, ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Skyldigheten för den försäkrades arbetsgivare, enligt 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken (SFB), att lämna upplysningar till Försäkringskassan tas, enligt utredningens förslag, bort.

NSPH avstyrker här utredningens förslag med hänvisning till att därtill kopplat samordnings- ansvar inte, enligt NSPH:s förmenande, bör övergå på det vis utredningen föreslagit,

13.6 Bättre stöd från Arbetsförmedlingen

Utredningen föreslår att regeringen ska ge Arbetsförmedlingen i uppdrag att ta fram förslag på utvecklade insatser till personer med begränsad arbetsförmåga på grund av ohälsa. Arbetsförmedlingen ska ges i uppdrag att säkerställa att uppföljning sker av personer med begränsad arbetsförmåga på grund av ohälsa. Arbetsförmedlingen ska ges möjlighet att, om personen i fråga medger det, ha direktkontakt och samverka med hälso- och sjukvården och andra rehabiliteringsaktörer i syfte att främja återgång i arbete.

NSPH tillstyrker utredningens förslag, men menar att större förändringar är av nöden än vad utredningen här diskuterar och föreslår.

13.7 En förtydligad roll för Försäkringskassan

Utredningen föreslår att rubriken till 30 kap. socialförsäkringsbalken (SFB) ska vara ”Samverkan, m.m.”. I kapitlet ska finnas allmänna bestämmelser om samverkan och vissa skyldigheter, m.m., som ska gälla försäkrade som har rätt till ersättning vid sjukdom.

Enligt utredningens förslag ska Försäkringskassan, om den försäkrade medger det, samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, m.fl. Försäkringskassan ska vidare löpande följa upp de åtgärder för återgång i arbete som vidtas och verka för att de aktörer, som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade, så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Bestämmelserna i 30 kap. 2, 4, 8, 9 och 11 §§ SFB föreslås upphävas.

NSPH tillstyrker utredningens förslag, men menar att det fortfarande saknas möjlighet till kännbara effekter för de aktörer som inte levererar nödvändiga delar i en effektiv rehabiliteringsprocess. Detta varken på initiativ av personen det berör eller genom någon myndighet. Denna svaghet kvarstår i princip oförändrad.

13.8 Investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad

Utredningen föreslår att en samlad databas över åtgärder, som vidtas när det gäller sjuk-skrivna personer i syfte att främja en återgång i arbete, ska upprättas. Databasen ska innehålla uppgifter om vilka åtgärder som vidtas, vid vilken tidpunkt i sjukfallet detta sker och vem som vidtar åtgärden. Försäkringskassan ska ges i uppdrag att göra en årlig rapport där vidtagna åtgärder för att underlätta återgång i arbete och utvecklingen av de ohälsorelaterade socialförsäkringsförmånerna sammanställs på ett systematiskt sätt.

NSPH tillstyrker utredningens förslag

13.9 En nationell web-portal för återgång i arbete

Utredningen föreslår också att staten bör, som en del i satsningen på återgång i arbete, avsätta särskilda resurser för utbildning och rådgivning till arbetsgivare. Lämpliga myndigheter bör ges i uppdrag, att tillsammans med medicinsk och annan expertis samt arbetsmarknadens parter, ta fram en nationell web-portal för återgång i arbete. Webportalen bör innehålla information, utbildning, fakta och möjligheter till konsultativ rådgivning.

NSPH tillstyrker utredningens förslag

14 Utvecklingsmöjligheter för bättre stöd för återgång i arbete

14.1 Stöd till arbetsgivarnas insatser för återgång i arbete: fler aktörer och ökad valfrihet

Utredningen bedömer att i syfte att skapa bättre förutsättningar för arbetsgivare att fullgöra sitt ansvar för rehabilitering bör samhällets stöd utvecklas. Det bör i samråd med arbetsmarknadens parter övervägas hur stödet till arbetsgivare gällande expertresurser för rehabilitering kan utvecklas. Det är särskilt viktigt att utveckla stödet för mindre arbetsgivare som har svårare än stora arbetsgivare att leva upp till det ansvar som åligger dem.

NSPH delar denna allmänna bedömning av utredningen, men menar att enbart frivilliga åtaganden i dagens relativt kravfria miljö för arbetsgivare riskerar att konkurrensmässigt missgynna de arbetsgivare som investerar i uppbyggnad och utveckling av sin rehabiliteringskompetens innan denna kompetens fullt ut är operationell. Vi tror att ett aktivt arbete från arbetsgivare både vad gäller arbetsmiljö, arbetsledning och rehabilitering på sikt alltid lönar sig (för såväl individ, företag som samhälle), men att dagens kravlösa system inte uppmuntrar arbetsgivare till uthållighet i denna typ av processer.

14.2 Trepårtssamtal för rehabiliteringsöverenskommelser på arbetsmarknaden

Utredningen gör bedömningen att arbetsmarknadens parter är centrala för att skapa bättre förutsättningar för anställda att komma tillbaka till arbete efter en period av ohälsa. Detta kan vara tillbaka till samma arbete, anpassat arbetet eller hos en ny arbetsgivare. Regeringen bör, enligt utredningen, mot denna bakgrund aktivt bidra till att underlätta avtal mellan arbetsmarknadens parter som innefattar omställningsstöd även till personer som drabbats av ohälsa.

15 Bakgrund till en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring

...

16 Överväganden för en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring

...

17 Förslag för en mer rättssäker arbetsskadeförsäkring

...

18 Bakgrund till en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

...

19 Överväganden för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

19.1 Problem i arbetslöshetsförsäkringen

...

19.2 Fördelarna med en obligatorisk arbetslöshetsförsäkring kan uppnås även i en frivillig försäkring

...

19.3 Vem ska vara försäkrad?

...

19.4 Konjunkturanpassad arbetslöshetsersättning

...

19.5 Inkomstrelaterad ersättning både i grundförsäkringen och i den frivilliga försäkringen

...

19.6 Ersättningsperioden kompletteras med en ramtid

Utredningen bedömer att ersättningsperioden i arbetslöshetsförsäkringen även framöver ska vara begränsad. För att säkerställa mer likartade omställningstider anser utredningen att begränsningen i ersättningsdagar bör kompletteras med en ramtid i kalendertid, inom vilken ersättningsperioden ska förbrukas.

NSPH menar att även om dagens system inte på allvar motverkat den extremt höga arbetslösheten bland människor med allvarlig psykisk ohälsa och funktionsnedsättning och inte match incitament och sanktioner riktade mot individen för att främja omställning på den nivå där individen själv står fri att agera så har systemet tillåtit en hushållning med ersättningsdagar. Detta har tillåtit individer, ofta med ansevärt stöd från närstående, att hålla sig kvar i beredskap att ta ett för dem lämpligt arbete arbetsgivares generella attityder till trots.

Utredningen är vidare av åsikten att den sökande inledningsvis ska ha möjlighet att begränsa sitt sökområde för att förbättra matchningen och arbetsmarknadens funktionssätt och förespråkar därför att den så kallade 100-dagarsregeln återinförs.

NSPH stödjer utredningens uppfattning att en sökande bör ha möjlighet att inledningsvis begränsa sitt arbetssökande geografiskt och yrkesmässigt av flera skäl. Ett av de mest framträdande är att många människor med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning kan ha uppdrivet

en lokal bas för ett nödvändigt stöd för att kunna ha en fungerande vardag och ha en rimlig möjlighet att mobilisera, fokusera och applicera sin arbetsförmåga på aktuella arbetsuppgifter.

Utan fungerande vardagsstruktur (anpassningar i hemmet samt formellt och informellt stöd från kommun, familj eller vänner), anpassade reseförutsättningar till arbetsplatsen och i övrigt en kontext som inte stjäl kraft och fokus från en arbetsförmåga riskerar även ett identiskt arbete bortom kommungränsen att skapa dramatiska utmaningar för den berörde individen.

Därtill kommer att även ett nytt arbete i sig med nya praktiska och psykosociala utmaningar i sig kan vara en tuff belastning under introduktion och i förekommande fall anpassningsinventering. Här kan i förekommande fall en skör arbetsförmåga pressas extremt hårt genom omställningen i sig och behovet att som individ vara drivande i en rad olika processer med olika motparter för att etablera ett minimum av goda kontextuella förutsättningar motsvarande de som åtminstone fanns vid föregående arbetstillfälle.

Utredningen är av den åsikten att möjligheten att få arbetslöshetsersättning jämsides med ett deltidsarbete bör vara begränsad. Begränsningen bör utformas så att ett visst antal veckor med deltidsarbete medges inom varje ersättningsperiod. I dagens system - utan deltidsbegränsning - förbrukar den som arbetar en dag i veckan sin ersättningsperiod på 18 månader. Den som arbetar fyra dagar i veckan förbrukar perioden på sex år. Eftersom det går att upparbeta en ny ersättningsperiod under tiden med deltidsersättning kan ersättningstiden i praktiken bli längre.

NSPH menar att utredningen i alltför liten utsträckning väger in att på dagens pressade arbetsmarknad kan en anpassad och fungerande deltidsanställning vara en korrekt matchning av en individs aktuella arbetsförmåga utan att resterande ohälsorelaterade oförmåga genererar något åtagande från det allmänna genom socialförsäkringarna.

19.7 Aktivitetsstödet beror på de arbetsmarknadspolitiska programmens roll

...

19.8 Arbetslöshetsförsäkringens finansiering förändras inte

Utredningens bedömning är att storleken på avgiftsuttaget från arbetslöshetskassornas medlemmar inte bör förändras väsentligt i förhållande till i dag.

...

Utredningen ser vidare möjligheten att teckna kompletterande försäkringar mot arbetslöshet är ett värdefullt inslag i det ekonomiska skyddet vid arbetslöshet.

...

NSPH:s organisationer företräder människor med en hög grad av utanförskap när det gäller tillgång till rimliga premier för privata försäkringar eller kollektiva försäkringar genom ar-

betstagarorganisation. Denna möjlighet till ”komplement” är för flertalet av dessa människor inte ett reellt alternativ.

20 Förslag för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

20.1 Handlägningsbestämmelser för arbetslöshetskassor

...

20.4 Stärkt arbete för likformighet i rättstillämpningen inom arbetslöshetsförsäkringen

...

20.5 Kalendertid

Utredningens förslag är att begränsningen av ersättningsperioden till 300 (450 dagar för förälder till barn under 18 år) ersättningsdagar bör kompletteras med en begränsning i kalendertid. Det innebär att ersättning lämnas endast för dagar som förbrukas inom fem år, räknat från och med den dag för vilken ersättning först lämnades.

NSPH:s synpunkter framgår ovan under 19.6

20.6 Sökområde – 100-dagarsregeln

Utredningen föreslår att 100-dagarsregeln återinförs i arbetslöshetsförsäkringen.

NSPH:s synpunkter framgår ovan under 19.6

20.7 Ny deltidbegränsning

Utredningens förslag är att dagens deltidbegränsning ersätts med en begränsning som innebär att till en person som utför eller deklarerar deltidarbete lämnas ersättning under sammanlagt längst 60 veckor för varje ersättningsperiod

NSPH:s tveksamhet till detta och synpunkter i övrigt framgår under 19.6 ovan.

21 Utvecklingsmöjligheter för en trygg och effektiv arbetslöshetsförsäkring

21.1 En modell för en uthållig arbetslöshetsförsäkring

...

22 Studerande och trygghetssystemen

Enligt direktiven ska utredningen analysera och pröva möjligheterna att utveckla samhällets samlade insatser för återgång i arbete eller studier genom organisations- och struktur-

förändringar. Bakgrunden till detta är, enligt direktiven, att ansvaret för att minska utanförskapet och ge stöd för återgång i arbete är fördelat på flera. Detta kan förhindra en effektiv rehabilitering eftersom varje instans har sina mål och uppdrag som kan leda till motstridiga prioriteringar eller att rehabiliteringen uteblir. Studerande nämns, tillsammans med arbetslösa och sjukskrivna, som exempel på grupper där rehabiliteringsansvaret är delat mellan flera myndigheter. I arbetet med att utveckla samhällets stöd för återgång i arbete eller studier ska utredningen också se över hur rehabiliteringsansvaret för personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) kan tydliggöras.

Ett annat av utredningens uppdrag är att analysera och överväga om det behövs ytterligare förtydliganden av begreppen arbetsförmåga och sjukdom, två centrala begrepp i sjukförsäkringen som ligger till grund för bedömning av rätt till ersättning. Utredningen ska överväga om det behövs förtydliganden av vilka krav på omställning som bör ställas på den försäkrade innan rätten till ersättning kan prövas. Här pekas vidare ut att utredningen ska analysera och föreslå regler för hur arbetsförmåga respektive studieförmåga ska kunna kombineras.

NSPH menar att studenthälsovården i Sverige inte minst på det psykiatriska området försämrats de senaste decennierna. Ändå är just universitet och högskolor ett betydande riskfält för psykisk ohälsa. Inte enbart på grund av studiehets. Exempelvis kan schizofreni, som vanligen debuterar någon gång från tonåren upp till 35 års ålder, bryta ut i samband med att unga flyttar hemifrån till sina studieorter.

Dessa ungdomar far mycket illa, och den hjälp som erbjuds är oftast undermålig. En studenthälsovård värd namnet bör ha resurser för att kartlägga, förebygga och möta psykisk ohälsa och suicidalitet bland studenter på ett tillfredsställande sätt.

NSPH anser att specifika statliga insatser måste göras för att förbättra studenthälsovårdens kompetens inom området psykisk ohälsa på våra universitets- och högskoleorter. Genom olika typer av hjälpmedel, stödinsatser och individuell anpassning av studiesituationen är det möjligt att lotsa personer som inte klarar sina studier på grund av psykisk ohälsa genom utbildningen.

NSPH tillstyrker därför de förslag till förbättringar samt förslag om tillsättandet av utredning med särskilt fokus på studenthälsa som presenteras av utredningen. Men, liksom vad gäller flertalet övriga förslag från utredningen finns här en oro från vår sida att insatser och resurser inte tillräckligt tydligt och effektivt fokuseras på huvudproblemet; psykisk ohälsa och relevant stöd och anpassning utifrån detta perspektiv.

Utredningen föreslår att en möjlighet att vid särskilda skäl vara sjukskriven på deltid med en sammanlagd heltidsersättning inom studiemedelssystemet införs.

Utredningen föreslår vidare att utbildningsanordnarnas ansvar när det gäller rehabilitering av studerande ska förtydligas. Försäkringskassans och Centrala studiestödsnämndens särskilda ansvar för rehabiliteringen av studerande ska tas bort. Hälso- och sjukvården är den

nyckelaktör som har ansvaret för den medicinska behandlingen och rehabiliteringen av studerande som har drabbats av sjukdom.

Utredningen anser att det finns ett behov av att förtydliga utbildningsanordnarnas ansvar, vilket även omfattar den verksamhet som studenthälsoverksamheterna bedriver. Detta kan exempelvis ske genom att regeringen ger en eller flera lämpliga myndigheter ett särskilt uppdrag att, i samråd med utbildningsanordnare och andra berörda, ta fram riktlinjer eller ett policydokument för hur arbetet bör bedrivas när det gäller åtgärder för att underlätta en återgång i studier.

NSPH stödjer utredningens förslag, men menar att mer bör göras för att inte ohälsa under studier ska leda till att unga inte får fotfäste på en bredare arbetsmarknad.

Den trend som rått i Sverige de senaste 20 åren är ju att arbeten utan krav på högre utbildning minskar i samhället och att även så kallade lågkvalificerade arbeten i högre grad går till överkvalificerade. Att i ett sådant Sverige enbart kunna söka lågkvalificerade arbeten i konkurrens med överkvalificerade sökande som inte får jobb på sin ”rätta” nivå är inte speciellt roligt. Särskilt inte om man fortfarande tvingas betala på de studielån som på grund av ohälsa aldrig förde en fram till examen.

Alla steg mot en rehabilitering till studier med möjlighet till att slutföra en utbildning och de facto göra sig anställningsbar för människor som i ungdoms- och studieår får uppleva allvarligare psykisk ohälsa mottages av NSPH med tacksamhet. Dagens förutsättningar är tyvärr för många med egen erfarenhet av psykisk ohälsa en studieresa till livslångt utanförskap och fattigdom.

23 Försäkringsskydd för företagare och uppdragstagare

Utredningen anser att nuvarande regler för företagare som startar näringsverksamhet genom juridisk person, t.ex. aktiebolag, ger ett otillräckligt försäkringsskydd. Problemen bör dock inte, enligt utredningen, lösas genom att införa ännu fler komplicerade undantagsregler i sjukförsäkringen, som bygger på antagna inkomster etc.

Utredningen föreslår i stället att ersättning till företagare som driver företag i aktiebolagsform, under ett uppbyggnadsskede, baseras på tidigare faktiska inkomster. Utredningens förslag om att övergå till att basera sjukpenning på tidigare faktiska inkomster innebär att det går att införa en sådan bestämmelse. Ett förslag till regler för uppbyggnadsskede som ska gälla till dess att det finns inkomstuppgifter bakåt i tiden föreslås också.

...

24 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningen föreslår att bestämmelserna om intern styrning och kontroll samt om informationssäkerhet träder i kraft den dag regeringen bestämmer. Övriga bestämmelser föreslås träda i

kraft den 1 januari 2017. Bestämmelserna om kalendertid och deltidbegränsning tillämpas dock inte på ersättningsperioder som har påbörjats före ikraftträdandet och bestämmelserna om karensavdrag tillämpas inte för sjuklöneperioder som har påbörjats före ikraftträdandet.

25 Konsekvenser av förslagen

Enligt 14–15 §§ i kommittéförordningen (1998:1474). ska konsekvenserna av förslagen som läggs i utredningens betänkande belysas. Det handlar om ekonomiska konsekvenser för stat, myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, företag och enskilda. Om förslagen har konsekvenser för det kommunala självstyret, brottslighet, sysselsättning, offentlig service, jämställdheten mellan kvinnor och män eller möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen ska dessa också beskrivas. Utöver detta ska även konsekvenser för små och stora företag samt för den personliga integriteten redovisas.

Utredningen menar att många av de reformer som föreslås är svåra att kostnadsberäkna då det saknas underlag för att bestämma hur många som berörs av dem. Beräkningarna ska därför mer ses som en ungefärlig storleksbestämning av de ekonomiska effekterna än som en faktisk prognos från utredningen över själva utfallet. Beräkningarna ska därför tolkas med viss försiktighet. De administrativa effekterna för myndigheter och organisationer har i möjligaste mån stämts av med berörda parter.

Utredningens övergripande bedömning är att förslagen innebär ökade kostnader för statens budget med omkring två miljarder kronor. Av detta utgör närmare en miljard kronor ökade kostnader i sjuk- och föräldraförsäkringarna till följd av nya regler för att beräkna SGI. I arbetsskadeförsäkringen förväntas kostnaderna på sikt öka med ca 150 miljoner kronor till följd av en förbättrad beslutsprocess och ett mer jämnt utfall av arbetsskadelivranta mellan kvinnor och män.

Många förslag riktas mot grupper med svag förankring på arbetsmarknaden, exempelvis förslagen om att förbättra deltidsanställdas möjligheter att få ersättning vid arbetslöshet och visstidsanställdas möjligheter att få ersättning från sjuk- och föräldraförsäkringarna. Fördelningsmässigt kan den samlade effekten av förslagen därmed förväntas gynna personer med en svag förankring på arbetsmarknaden och förstärka de ekonomiska möjligheterna för grupper med låga och genomsnittliga inkomster. Sammantaget bedömer utredningen att de förslag som läggs har en viss utjämnande effekt på inkomstfördelningen. Effekten är dock relativt begränsad och reformerna bedöms endast ha en begränsad effekt på kommunernas ekonomi.

Övriga synpunkter från NSPH med anledning av betänkandet

Socialförsäkringssystemet och den grundtrygghet systemet kan erbjuda människor är viktiga.

Långsiktiga och hållbara lösningar som är upplevs som rättvisa, transparenta och förutsägbara för den enskilde krävs. Alla kan någon gång under livet få uppleva ohälsa, funktionsnedsättning och arbetslöshet, för några kan det (den egna viljan till trots) komma att präglade ett helt

liv. Tillsammans kan vi dock skapa samhällslösningar som främjar hälsa, återhämtning, självbestämmande och egenmakt.

Tråkigt nog lyser dock patientens/individens samverkan och delaktighet vid bedömningarna av sjukskrivning respektive arbetsförmåga nästan helt med sin frånvaro i resonemang och förslag från utredningen trots dess år av kunskapsinsamling och förslagsformulering.

Vi vill därför påminna om att...

1. Att lyssna på och ha respekt för patienter, brukare och anhöriga och tro på att man tillsammans kan bidra till tillfrisknande, utveckling och återhämtning måste vara en utgångspunkt för alla insatser vid psykisk ohälsa. Bemötandet måste vara inriktat på att få till stånd en dialog.
2. Framgångsrik vård och omsorg förutsätter inflytande och delaktighet. Brukarens erfarenhet och kunskap är grunden för framgångsrik vård, stöd och habilitering/rehabilitering. Redan från starten måste inflytandet garanteras.

Alla insatser bör utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål. Detta innebär att den enskilde ska vara med och planera behandlingen och vilket stöd och vilken habilitering/rehabilitering som behövs.

Viktiga personer i den enskildes sociala nätverk bör identifieras. Anhöriga och vänner bör mobiliseras och ses som resurser som stödjer behandlingen eller rehabiliteringen.

Ovanstående innebär en utveckling mot att patienten/klienten ska inta en ny styrande position i gruppen. Då förändras också de professionellas roller till att i större utsträckning vara stödjare, handledare och konsulter med expertkunskap

3. Strategier för återhämtning, utveckling och egenmakt måste stå i centrum för insatser. Individens själv och hans eller hennes inre process spelar en viktig roll vid återhämtning. Återhämtning eller utveckling är en process som uppstår i mötet mellan individens eget arbete och behandlande och stödjande insatser från andra, anhöriga, vänner och professionella.

Återhämtning/utveckling handlar inte i första hand om symtomen eller funktionsnivån utan om hela individen i sitt sammanhang.

4. Egenmakt handlar ofta om att komma till rätta med sin negativa självbild, få tillbaka självkänslan, känna hopp och uppleva att det finns en mening i tillvaron. Det går att leva ett bra liv trots kvarvarande symtom och funktionsnedsättningar.

Egenmakt innebär att individen skaffar sig makt över sitt liv. Makten måste erövrats över symtomen och/eller funktionsnedsättningarna och i förhållande till professionella och närstående.

5. Alla vill och kan bidra på arbetsmarknaden utifrån sina specifika förutsättningar. Människor med psykisk ohälsa ska ha samma rätt som andra till arbete.
6. Varje människa har sin unika kompetens och erfarenhet och kan med rätt anpassade arbetsuppgifter och ett långsiktigt stöd bli en tillgång i arbetsgruppen och bidra till verksamheten.
7. Med anpassning och stöd klarar många personer med psykisk ohälsa också av studier på alla nivåer.
8. Arbetsgivare som är beredda att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning måste erbjudas långsiktigt stöd som minskar det ekonomiska risktagandet. Genom t ex coachning kan också etableringen på arbetsplatsen underlättas.
9. Rehabilitering måste få ta tid och anpassas till gruppen med psykisk ohälsas behov av att börja försiktigt och gradvis komma ut på arbetsmarknaden.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Ann-Kristin Sandberg
Ordförande