



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

2017-05-17

S2017/01743/SF

s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

NSPH:s yttrande över promemorian ”Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete, Ds 2017:9”

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har idag 12 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN. Vi ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs genom deras unika kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.

Inledning

NSPH delar regeringens beskrivning av att arbetsgivare behöver ta ett större ansvar för att förebygga sjukfrånvaro och mer aktivt arbeta med rehabilitering i de fall en anställd har sjukskrivits. Arbetsgivaren har redan idag ett långtgående rehabiliteringsansvar, men vi ser att detta inte uppfylls i tillräcklig utsträckning. Arbetsgivaren spelar en mycket stor roll i att kunna förebygga psykisk ohälsa samt är en avgörande del i rehabiliteringsprocessen för personer som återgår till arbete efter sjukfrånvaro. Skrivelsen adresserar en fråga som är viktig och mycket angelägen för NSPH, och lyfter i sina allmänna överväganden aspekter som NSPH också ser som avgörande i rehabiliteringen för återgång till arbete; att stärka individens möjligheter till stöd, att främja tidiga insatser, att förtydliga ansvar och utveckla stöd.

Skrivelsen identifierar också att psykisk ohälsa idag är den vanligaste anledningen till sjukskrivning och diskuterar detta i bakgrunden till de förslag som lämnas. Tyvärr avspeglas inte denna insikt i förslagen, vilket NSPH ser som problematiskt då allmänna förslag sällan får resultat för denna målgrupp. Det behöver läggas förslag som lägger fokus på psykisk ohälsa för att få de resultat som eftersträvas för denna grupp. Förslaget som finns i Departementsskrivelsen är bra men det kommer inte få någon effekt om man inte samtidigt satsar på en bred kompetensutveckling. En satsning på utbildning av 1:a linjens chefer och skyddsombud är en nödvändig åtgärd om vi vill få ner sjukfrånvaron. En bättre kompetens är också grunden för att arbetsgivarna skall kunna ta på sig uppgiften att ta fram rehabiliteringsplaner. Även arbetsmiljöombud borde få en sådan utbildning.

Vi ser också behovet av att ha ett genusperspektiv i detta, eftersom skrivelsen identifierar kvinnor som den grupp som löper högre risk för att sjukskrivas på grund av psykisk ohälsa. Vi behöver fundera på saker som specifikt vore bra för psykisk hälsa i allmänhet och kvinnor med psykisk ohälsa i synnerhet, oftast i offentlig anställning/kontaktyrken.

Framgent förespråkar vi att även alternativ två i de alternativ för förslag som skrivelsen tagit ställning till tillämpas där arbetsmarknadens parter, med såväl arbetstagarorganisationer och brukarorganisationer, får ingå i någon form av rådslag för fortsatt planering inför genomförande av förslag samt uppföljning av effekten av dessa.

5 Förslag

5.1 Förtydligt ansvar för arbetsgivaren

5.1.1 Plan för återgång i arbete

NSPH ser positivt på ett förtydligande kring hur arbetsgivaren bör arbeta med rehabilitering av sina anställda för återgång till arbete, men har ett antal synpunkter på förslaget. Ett stort problem är att det ute på arbetsplatserna saknas kompetens för att arbeta förebyggande, fånga upp tidiga signaler och agera tidigt. Detta gäller framförallt psykisk ohälsa som är den vanligaste anledningen till långvarig sjukfrånvaro och som fortsätter att öka. Vi ser därför behov av en omfattande kompetenssatsning. Satsningen på kompetensutveckling får inte bara bli en tillfällig utbildningskampanj utan måste ligga fast så att även nya chefer får samma grundläggande utbildning. Patient- brukar och anhörigorganisationerna inom psykisk ohälsoområdet, NSPH och dess medlemsorganisationer samt (H)järnkoll kan tillsammans med andra delar av civilsamhället som bedriver verksamhet för att stödja den psykiska hälsan kan spela en viktig roll genom att tillföra den samlade erfarenhetskunskapen i en sådan kompetenssatsning. Här ser vi det som viktigt att planera för brukarrörelsens deltagande redan initialt i en sådan satsning då vi har erfarenheter av att bjudas in i ett sent skede för att tidigare utbildare inte kunnat bidra med den behövliga kunskapen.

Stora resurser kan läggas på att arbeta med insatser som är tänkta att förbättra arbetsmiljön, men om det inte finns kunskaper om vilka insatser det är som är viktiga och hur dessa ska utformas och genomföras så har det inte nödvändigtvis någon effekt överhuvudtaget. Bland annat har forskningen visat att rehabilitering där individen görs delaktig i planering och genomförande har positiva resultat på sjukskrivningstider. Det är därför viktigt att arbetsgivare ges kunskap och metoder för ett arbetssätt kring rehabilitering som främjar delaktighet och inflytande för personen som insatserna berör.

Skrivelsen lyfter själv vikten av att personen är aktiv i denna process. Vi ställer oss dock frågande till formuleringen att planeringen ”så långt som möjligt” ska upprättas i samråd med den enskilde. I vilka fall ska det vara godtagbart att planen inte upprättas i samråd med den enskilde? Vi ser det som avgörande att planen utgår ifrån individens behov och önskemål. Speciellt eftersom skrivelsen föreslår att individens ersättning från Försäkringskassan under sjukskrivningen kan ifrågasättas om det är så att individen inte följer den upprättade planen ser vi det som absolut grundläggande att den upprättats i samråd med individen. Om det är så att arbetsgivare och arbetstagar inte kan enas om hur planen ska utformas anser vi att externt stöd ska tas in för denna process. Det är då viktigt att det är personer med rätt kompetens, exempelvis kring kognitiva/perceptuella funktionsnedsättningar. Det är otillräckligt att det är en person med kunskap om rehabilitering generellt om frågan rör psykisk ohälsa, speciellt om det är mer komplexa sådana tillstånd. Det är också otillräckligt att enbart kunna använda sig av interna resurser då detta behöver göras av någon oberoende part.

Vi ställer oss också frågande till hur bedömningen ska göras om att den anställda inte kan återgå till arbetet. Är det utifrån en läkares bedömning? Försäkringskassans? I vilken omfattning inkluderas arbetstagarens egen åsikt i detta?

En annan aspekt som vi ser som avgörande i upprättandet av sådana planer är att den inkluderar de olika parter som berörs, såsom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare och arbetstagare. Behovet av samverkan lyfts i majoriteten av de avsiktsförklaringar som presenteras i skrivelsen men beskrivs inte tillräckligt. Vem är det som är ansvarig för samordnandet av arbetet i stort och är sammankallande till möten? Är det fortfarande Försäkringskassan som har den samordnande rollen eftersom ingen lagändring har föreslagits avseende 30 kap 8§ i Socialförsäkringsbalken? Om arbetsgivaren skall ta fram en rehabiliteringsplan, vad händer då med den rehabiliteringsplan som Försäkringskassan i nuläget har ansvaret för att ta fram enligt Socialförsäkringsbalken?

Ett viktigt perspektiv vad gäller en plan för rehabilitering gäller också tillgången till relevant behandling i hälso- och sjukvården. Ofta kan enskilda behöva vänta under lång tid, ibland flera år, för att få den psykiatriska utredning eller den behandling som de har behov av. Väntetider och vårdköer kommer i stor utsträckning kunna påverka framgången i dessa planer. Detta riskerar bli ett stuprörstänk där arbetsgivaren gör ett arbete kring dessa planer, vi undrar hur det ska förhålla sig till att den enskilda får behövd behandling? I alla sådana glapp riskerar individen hamna i kläm, det är avgörande att den enskilde inte straffas på grund av att andra verksamheter inte har möjligheter att ge det stöd som de borde.

5.1.2 Borttagande av den försäkrades skyldighet att lämna utlåtande

NSPH anser att det är bra att avlasta individen från att förmedla information mellan parterna, men menar att det är viktigt att den enskilde inte straffas om arbetsgivaren inte sköter sitt arbete. Att arbetsgivaren inte skickar in plan till Försäkringskassan får inte stoppa upp ärendehantering för den enskilde.

5.2 Försäkringskassans användning av planer för handläggning och uppföljning

NSPH ser positivt på att rehabiliteringsarbetet i större utsträckning görs gemensamt mellan de olika parter som är involverade. Dock så ser vi behov av en ökad faktisk samverkan mellan parterna snarare än en att detta sker genom en byråkratisk process.

Försäkringskassan har för lite arbetsplatsfokus i sitt arbete. Försäkringskassans arbete behöver bli mer aktivt och arbetsplatsinriktat samt innebära fler personkontakter med arbetsplatserna. Inte bara formella brev eller per telefon om arbetsgivarnas rehabiliteringsarbete skall kunna förbättras och komma igång tidigt. Det är en stor brist att dessa frågor nästan inte alls berörs väldigt lite i Departements-skrivelsen. Försäkringskassans arbetssätt måste förändras rejält och man behöver omdisponera och förmodligen tillföras ekonomiska resurser till Försäkringskassan för att detta ska fungera och att man kan ha avstämningsmöten i god tid före dag 90.

Försäkringskassan har enligt Socialförsäkringsbalken ett samordnings- och tillsynsansvar över rehabiliteringsverksamheten. Enligt lagen är det i nuläget Försäkringskassan som efter samråd med den försäkrade och arbetsgivaren skall upprätta den formella planen för återgång i arbete. I nuläget fungerar Försäkringskassans kontakter med arbetsgivarna mycket dåligt. Man hinner inte med avstämningsmöten i den omfattning som det skulle behövas.

De senaste åren har vi fått ytterligare en roll i rehabiliteringsprocessen nämligen sjukvårdens rehabiliteringskoordinatörer. Det är positivt att sjukvården riktar in sig på arbetsplatserna och att det inte bara blir fokus på sjukdomen utan också på varje individs arbetsför-

måga. Koordinationsrollen behöver förtydligas, inte minst i förhållande till Försäkringskassans roll. Är det koordinatören från sjukvården som skall ge arbetsgivaren stöd att ta fram en rehabiliteringsplan eller är det Försäkringskassan? Det saknas en tydlig ansvarsfördelning mellan de olika rollerna och man riskerar att ännu en gång skapa oklar ansvarsfördelning och förvirring.

Om inte dessa åtgärder sätts in så kommer förslaget om att arbetsgivarna skall upprätta en plan för återgång i arbete bli lika misslyckat som när arbetsgivarna tidigare skulle lämna in en rehabiliteringsutredning. Detta fungerade varken hos arbetsgivarna heller hos Försäkringskassan. Det behövs ett förtydligande av ansvaret i rehabiliteringsprocessen.

5.3 Stödet till arbetsgivare

NSPH ser positivt på att bidraget till arbetsgivare för dessa insatser breddas samt ökas i belopp. Vi ser dock att även 10 000 kronor per kalenderår per arbetstagarare kan utgöra en väldigt liten andel av det stöd som arbetsgivaren kan behöva köpa in, speciellt om det rör sig om ett behov av långvarigt stöd genom expertstöd i form av företagshälsovård eller liknande. Risken är att detta inte blir ett tillräckligt stöd för små arbetsgivare för att få möjlighet att fullgöra sina skyldigheter, och genom detta minska risken för selektering.

Vi ser också att ett maxbelopp på 200 000 kronor per år per arbetsgivare kan utgöra en väldigt liten del av den kostnad som en större arbetsgivare har för dessa behov. Det är möjligt att en större arbetsgivare har större marginaler för sådana kostnader, men kanske inte en självklarhet. För en riktigt stor arbetsgivare ger detta stöd för mindre än en halv procent av de anställda om kostnaden per arbetstagarare och år får utgöra max 10 000.

Utöver detta stöd vad gäller kostnader och utöver att Arbetsmiljöverket ska vara den instans som kan tillämpa sanktioner i de fall en arbetsgivare inte sköter arbetet med planer för återgång i arbete så bör de också ge möjlighet till stöd för arbetsgivare som behöver information eller kunskap för att utföra detta arbete.

5.4 Behandling av personuppgifter

NSPH håller med om att förslagens effekter behöver vägas mot den integritetsrisk som personuppgiftshanteringen innebär. Personuppgiftshanteringen ska ha ett smalt fokus på arbete och åtgärder, och inte uppgifter om symtombilder och bakgrund för den enskilde.

6 Konsekvenser

NSPH ser att de lagda förslagen sannolikt kommer resultera i större konsekvenser än de som lyfts i skrivelsen.

Vad gäller risken för ökad selektering, som skrivelsen avfärdar med hänvisning till att förslagen enbart påverkar arbetsgivaren vad gäller när i tiden planen ska upprättas, ser vi behov av en utökad riskanalys. Utöver att reglera när processen ska påbörjas kommer detta också leda till en ökad press på arbetsgivaren att ta ansvar. Vi ser då att det kan finnas behov av kompletterande åtgärder för de personer som idag inte har ett arbete. Utöver att säkerställa att selekteringen inte ökar på grund av de förslag som läggs så ser vi också behov av att minska den selektering som redan finns. En rapport från SCB visar att sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga är 16% lägre (62%) än hos befolkningen i stort (78%). Hos personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga är sysselsättningsgraden 24% lägre (54%) än hos befolkningen i stort. Undersökningar från (H)järnkoll visar att det finns omfattande problem med attityder

hos chefer som resulterar i att en stor andel skulle välja att inte anställa en person med erfarenhet av psykisk ohälsa, eller att arbeta med en person med en sådan erfarenhet¹. Sådana attityder gör det svårare för gruppen att få tillträde till arbetsmarknaden, men det gör också att dessa arbetsplatser kan stå dåligt rustade för att hantera psykisk ohälsa hos sina anställda.

Vi ser också att detta kan leda till ökade kostnader för arbetsgivaren. I skrivelsen uppskattas tidsåtgången för att upprätta en sådan plan vara 20 minuter. NSPH har svårt att se att någon form av kvalitativ plan kan upprättas inom det tidsspannet, men särskilt inte för personer med mer komplex psykisk ohälsa. Som tidigare nämnts ser vi också att en sådan plan bör upprättas med de olika parter som är involverade i arbetet. Om förslagen leder till ökade kostnader finns också en risk med att kostnader kan komma att övervältras på anställda genom lägre löner. Rapporten Minuskontot som tagits fram av (H)järnkoll och NSPH visar på att personer med psykisk funktionsnedsättning som har en anställning redan idag tjänar mindre än hälften av genomsnittet.²

Om kompetensen på arbetsplatserna höjs, åtgärder sätts in tidigt och det finns en bra dokumentation skapar goda förutsättningar för förbättringar men dessutom måste Försäkringskassan ha tid att i lugn och ro sitta ner med den försäkrade och arbetsgivaren och tillsammans lägga fast hur rehabiliteringsarbetet skall fortsätta. Detta kräver ett förändrat arbetssätt och en ordentlig arbetsinsats. I Departementsskrivelsen verkar det inte som om man har förstått vilken arbetsinsats som kommer att krävas för att detta ska fungera.

En kortsiktig ökning i resurser behövs för att kunna minska sjukskrivningarna på lång sikt, vilket vi menar skulle ge goda resultat på lång sikt samhällsekonomiskt.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Ann-Kristin Sandberg
Samordnare NSPH

¹ (H)järnkoll (2012) Chefer och psykisk hälsa och ohälsa

² Jiborn, M; Levinsson, H (2013) Minuskontot – Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning