

Stockholm den 16 december 2021

## **NSPH:s yttrande över remissen En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69)**

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en samarbetsorganisation för patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. NSPH har 13 medlemsorganisationer. Dessa är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN.

Bland våra medlemsorganisationer finns personer med exempelvis autism, bipolär sjukdom, depressioner, utmattningssyndrom, ångestproblematik, självskadebeteende, schizofreni, ätstörningar och missbruksproblem med mera. I många fall är tillstånden långvariga, i vissa fall livsvariga. Att man har flera olika diagnoser är vanligt, liksom samsjuklighet (i avseendet samtidigt beroende och psykisk ohälsa). Hos medlemsorganisationerna finns även många anhöriga, exempelvis syskon, vänner och vårdnadshavare, till ovan nämnda personer samt till personer som begått suicid.

Utredningen handlar om frågor av stor betydelse för våra medlemsgrupper. Det gäller samtliga dess tre delar: att se över regelverket för rätten till sjuk- och aktivitetsersättning, att underlätta arbete, studier och uppdrag under tid med sjuk- och aktivitetsersättning samt att se över regelverket för förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning.

### **Psykiatriska tillstånd och sjukförsäkringen**

I maj 2021 var nästan 80 000 personer, drygt 1 procent av den arbetsföra befolkningen, sjukskrivna på grund av olika psykiatriska tillstånd. Av dessa var 68 000 personer långtidssjukskrivna<sup>1</sup>. Psykiatriska tillstånd är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar och står för 46 procent av alla pågående sjukfall. Dessutom är risken att återfalla i sjukskrivning större för denna grupp, och detta sker också inom tre år i över en tredjedel av alla sjukfall. Att under lång tid få ersättning från sjukförsäkringen är särskilt vanligt inom psykiatriska diagnoser. Sjukskrivningarna varar också längre tid än vid till exempel hjärt- och kärlsjukdomar eller tumörsjukdomar. Många riskerar att aldrig återvända till arbetslivet, och en stor del av personerna med sjukersättning har under långt tid varit sjukskrivna, eller haft aktivitetsersättning som övergått till sjukersättning.

Enligt Försäkringskassans analysdatabas MiDAS hade 126 000 individer aktivitetsersättning eller sjukersättning med psykiatrisk diagnos i slutet av 2019. Personer

---

<sup>1</sup> HUR MÅR VI PSYKISKT – EGENTLIGEN? Minds temperaturmätning över den psykiska hälsan i Sverige 2021



med psykiatriska diagnoser står för nästan hälften av samtliga med sjukersättning. Värt att notera i det sammanhanget är utredningens beskrivning av att psykiatriska diagnoser är den vanligaste diagnosgruppen i de yngre åldersgrupperna. För personer under 40 år var andelen av de nybeviljade sjukersättningsärendena som har psykiatriska diagnoser cirka 60–70 procent 2019. Det innebär att dessa personer med stor sannolikhet kommer att leva en stor del av livet innan sin pensionering som sjukpensionärer och inte heller har tjänat ihop till en inkomstbaserad ersättning.

Riksrevisionen<sup>2</sup> har rapporterat att ett nekande av sjuk- eller aktivitetsersättning kan få negativa konsekvenser för hälsan. Jämfört med dem som beviljades ersättning hade de som nekades i genomsnitt 34 fler dagar som inlagd inom slutna vård sett över en treårsperiod. Det handlar om en relativ ökning av inläggningar av personer med allvarliga psykiska sjukdomar, som exempelvis schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom.

Detta gör att det finns stora vinster, både mänskliga och samhällsvinster, med att ha en socialförsäkring och en hälso- och sjukvård inklusive habilitering respektive rehabilitering, som ger människor möjlighet att försörja sig genom arbete. Där arbetsförmåga har uppstått måste reglerna inom socialförsäkringen ge en chans att komma tillbaka, och även beakta att det vid psykiatriska tillstånd ofta *tar lång tid* att återkomma i arbete. Det kan som exempel ibland ta flera år att återhämta sig efter psykos. Men i många fall är återhämtning möjligt, och ett bättre alternativ än att bli utförsäkrad och sedan försöka komma tillbaka. Det finns även mycket att vinna på att göra det man kan för att förhindra att ohälsa och som en följd av detta nedsatt arbetsförmåga uppstår, eller att den återkommer efter tidigare sjukskrivning. Sjukskrivning är en *del av en sjukvårdande behandling och rehabilitering* för den enskilde, vilket ofta glöms bort.

I de fall det inte är möjligt att arbeta, eller att återkomma i arbete, bör reglerna för beständig arbetsförmåga harmonisera med dem för sjukpenning – kan man inte arbeta med något arbete inom överskådlig tid ska sjukersättning kunna beviljas. Storleken på denna behöver vara tillräcklig för att motverka behovet av försörjningsstöd, som annars blir alternativet om personen inte blir försörjd av sina anhöriga. Detta är inte rimligt och leder framför allt inte heller till den återgång till arbetslivet som både den enskilde och samhället strävar efter.

## Utredningens överväganden och förslag

NSPH anser i stort att utredningen innehåller flera bra delar och förslag.

### 8.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp

NSPH tillstyrker utredningens förslag att vid prövning av rätten till sjukersättning ska bedömningen av arbetsförmågan göras mot samma arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning.

Riksdagen antog den 27 oktober 2021 regeringens förslag om att bedömningen av arbetsförmågan efter dag 180, i reglerna för sjukpenning och sjukpenning i särskilda fall, ska göras mot förvärvsarbete i angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Denna ändring, tillsammans med ett kommande

---

<sup>2</sup> RiR 2018:9, Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa



kunskapsstöd för bedömningarna, ska göra att Försäkringskassans beslut blir tydligare och lättare att förstå. Dessutom undviks att bedömningarna görs schablonartat. De nya reglerna börjar gälla den 1 september 2022.

Mot bakgrund av detta, och att reglerna för sjukersättning bör harmonisera med dem för sjukpenning, så tillstyrker vi detta förslag.

Utredningen föreslår att prövningen även ska göras mot ”annat lämpligt arbete” – det vill säga arbeten som sällan förekommer, skyddade anställningar inom Samhall eller offentligt skyddade anställningar, eller arbeten med lönebidrag. NSPH instämmer i detta *men endast om de finns tillgängliga*. Det vill säga om man har en faktisk möjlighet att få ett sådant arbete inom en snar framtid, och inte enbart att det kan komma att ske någon gång i framtiden. Det förutsätter dialog mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för denna avstämning och gemensam syn på detta.

## **8.2 Förtydliganden av varaktighetskravet, överskådlig tid ska ersätta begreppet stadigvarande.**

NSPH tillstyrker utredningens förslag.

Vad gäller begreppet ”stadigvarande” har Försäkringskassan ofta krävt att arbetsförmågan är nedsatt under all framtid, till och med livslångt, för att sjukersättning ska beviljas. I vissa fall är det kanske möjligt att sja så långt in i framtiden. NSPH anser dock att man måste ta hänsyn till den medicinska prognos som är rimlig att göra av hälso- och sjukvården. Denna är ofta svår vid olika psykiatriska tillstånd. Ett krav på livslång prognos är ofta i praktiken omöjligt att uppfylla. Individerna hamnar då i kläm då det är denna som ska ”bevisa” att hen inte klarar av att arbeta. Inte heller är det rimligt, som det varit tidigare, att personer nekas sjukersättning med svepande motiveringar att det inte är uteslutet att arbetsförmågan kan återfås någon gång i framtiden (läs: även efter din pensionering).

## **8.3 Förtydligande kring återstående rehabiliteringsmöjligheter**

NSPH tillstyrker utredningens förslag att det ska vara tillräckligt att det *kan antas* att det inte finns rehabiliteringsmöjligheter som kan återge arbetsförmågan.

Många personer som är aktuella för sjukersättning har haft en lång sjukhistorik med både långa och återkommande perioder med sjukpenning. Man har ofta provat olika typer av både medicinska respektive arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser för att försöka komma tillbaka i arbete. I dessa fall kan det vara fråga om mer permanent nedsättning av arbetsförmågan, även om man ofta inte - med absolut visshet – kan säga hur det kommer att se ut om 10 eller 20 år. I de fallen måste det vara rimligt för vården att, på basis av erfarenheter och utifrån individens situation, kunna göra antaganden om framtida möjligheter och att ändå kunna beviljas sjukersättning. I rättspraxis, HFD 2011 ref. 63 I, har man också slagit fast att det redan i dag, varken i lagtext eller förarbeten, finns stöd för att ställa upp ett krav på att nedsättningen ska kvarstå hela livet eller fram till pensionsåldern. Inte heller anser HFD att rehabiliteringsåtgärder *rent faktiskt behöver ha vidtagits* om dessa bedöms utsiktslösa. Så utredningens förslag är mer av förtydligande av det som redan ska gälla, även om Försäkringskassan inte följer detta.

Angående sjukersättning på deltid beskriver utredningen att personer, utifrån hur dagens lagtext tolkas, får avslag på *hela* sin ansökan om hel sjukersättning med motiveringen att



rehabilitering skulle kunna medföra att hen skulle kunna återfå arbetsförmåga på deltid, till exempel en fjärdedel. NSPH anser att sjukersättning på deltid kan vara gynnsamt för att orka fortsätta arbeta på den återstående tiden, varför reglerna bör tydliggöra att Försäkringskassan bör föreslå sjukersättning på deltid i dessa fall och inte slentrianmässigt avslå hela ansökan.

#### **8.4 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder**

NSPH tillstyrker utredningens förslag om att för äldre i förvärvsarbetande ålder så ska deras arbetsförmåga jämföras med normalt förekommande på arbetsmarknaden som de har erfarenhet av, eller med annat arbete som finns tillgängligt. Vi instämmer även med att man, vid bedömningen av om det finns rehabiliteringsmöjligheter, endast ska räkna med insatser som kan medföra en återkomst i dessa arbeten.

Socialdepartementet har den 29 okt 2021 i ”Promemoria – Stärkt trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga (S2021/07176)” föreslagit ett förtydligande av vad som avses med ”arbeten som den försäkrade har erfarenhet av”. Departementet bedömer att det bör framgå av lagtexten vad som avses. Med ”arbeten som den försäkrade har erfarenhet av” ska det avses arbeten som han eller hon har haft under en tidsperiod på femton år före prövningen av rätten till sjukersättning.

NSPH tillstyrker detta förtydligande direkt i lagtexten. Det inte är rimligt utifrån vare sig ett individuellt perspektiv eller samhällsekonomiskt att kräva att personer med kort tid kvar till pension omskolar sig till ett annat yrke. För gruppen med psykisk ohälsa kan dessutom själva omskolningen vara ett oöverstigligt hinder. Nuvarande regler leder i regel inte heller till någon omskolning och återkomst i arbete. Det som händer är att människor i stället tidigare tar ut ålderspension.

#### **8.5 – 8.6 Ett beviskrav för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning, samt motverkande av stora variationer i tillämpningen**

NSPH tillstyrker förslaget.

För rätt till sjukersättning krävs att flera svårbedömda rekvisit, som är svåra att förstå för enskilda, ska vara uppfyllda. De olika begrepp som avgör rätt till ersättning - arbetsförmåga i förvärvsarbete, om denna arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt och huruvida det är rimligt att någon rehabilitering åter leder till arbetsförmåga - är inte närmre reglerade i lagtext. De innehåller alla ett stort tolkningsutrymme. Därmed ges stort utrymme för de enskilda handläggarna, vilket leder till bristande enhetlighet i tillämpningen. Det vill säga: en person får rätt (eller inte rätt) till ersättningen om hen bor i Stockholm men inte i Luleå. Av stor betydelse för hur handläggarnas bedömningar görs är också Försäkringskassans interna styrande och stödjande dokument, exempelvis så kallade rättsliga ställningstaganden eller vägledningar.

Utredningen beskriver hur det blivit allt svårare att beviljas sjuk- respektive aktivitetsersättning, och att detta inte kan förklaras av ändrad lagstiftning eller rättspraxis. Variationerna kan ha att göra med exempelvis myndighetskultur (på Försäkringskassan) eller andra typer av styrning genom exempelvis regleringsbrev.

Det behöver förvisso finnas ett visst bedömningsutrymme i det individuella fallet, men NSPH anser att det inte är rimligt att Försäkringskassans interna synsätt på försäkringen får



styra. Detta kan bidra till bristande förutsebarhet för enskilda och minskad legitimitet för socialförsäkringen. Det förekommer även att personer med psykiska och neuropsykiatriska diagnoser diskrimineras vid kontakter med Försäkringskassan, vilket delvis kan bero på bristande kunskaper om konsekvenserna av dessa sjukdomar och funktionsnedsättningar inom myndigheten. NSPH anser därför att makten över dessa frågor i högre grad bör ligga hos lagstiftaren.

### **12.1 Vid prövning av aktivitetsersättning ska arbetsförmågan prövas mot förvärvsarbete i en angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller mot annat lämpligt arbete som är tillgängligt.**

NSPH tillstyrker förslaget att reglerna kring arbetsmarknadsbegreppet för aktivitetsersättning bör harmonisera med de för sjukpenning, se vidare vårt svar vid 8.1.

### **12.3 Rätt till aktivitetsersättning ska anses föreligga om det är sannolikt att arbetsförmågan är nedsatt under minst ett år**

NSPH tillstyrker förslaget med motsvarande argument som under 8.5 – 8.6

### **16.2.1 Flexiblare möjligheter till arbete med vilande sjukersättning**

NSPH tillstyrker förslaget att vilandeförklaring av sjukersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar.

I dag kan den som haft hel sjukersättning i ett år, och vill prova på att arbeta, ansöka om vilande sjukersättning. Det vill säga: rätten till sjukersättning finns kvar om man inte skulle klara arbetet. Man kan ha sjukersättningen vilande i högst två år, och får under tiden ett belopp på 25 procent av sjukersättningen utbetald.

För många personer med psykisk ohälsa är det emellertid svårt att gå från eventuell hel sjukersättning till att - stadigvarande - klara av att ersätta 75 procent av den inkomsten med en arbetsinkomst. NSPH anser att den som provar på att arbeta bör garanteras minst samma ersättningsnivå som tidigare beviljats. Om inkomsten från arbetet är lägre än den tidigare beviljade nivån bör den kompletteras med ersättning från sjukersättningen upp till minst samma ersättningsnivå som betalats ut innan personen började arbeta. Detta för att på riktigt skapa ökad trygghet och bidra till att fler kan våga ta steget att prova på att arbeta samt ha möjlighet till att stegvis trappa upp sin arbetsomfattning. Detta ökar också chanserna för en långsiktig återgång, eller ingång, till arbetsmarknaden.

### **16.2.2 Möjlighet till partiellt vilande sjukersättning vid studier**

NSPH tillstyrker förslaget.

Dagens regler innebär att om man påbörjar studier så blir hela sjukersättningen vilande, och ingen sjukersättning alls betalas ut. Detta gäller oavsett studiernas omfattning. Det finns ingen motsvarighet till det belopp motsvarande 25 procent av sjukersättningen som man får när man arbetar med vilande sjukersättning. Man hänvisas i stället till möjligheten att söka studiemedel från CSN. Hur mycket studiemedel som betalas ut beror bland annat på studietakt. En person med en funktionsnedsättning som försvårar/förlänger studierna kan efter individuell prövning ges studiemedel för en högre studietakt än den som de facto gäller.



NSPH anser att dessa regler försvårar för den med psykisk ohälsa och sjukersättning, och att möjligheterna till avskrivning av studielån på grund av sjukdom/funktionsnedsättning inte är tillräckliga. Vi menar att reglerna bör vara desamma som vid aktivitetsersättning och studier.

### **16.2.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med sjukersättning**

NSPH tillstyrker förslaget att man med sjukersättning ska kunna ägna sig åt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär upp till tio timmar i veckan om dessa inte ger inkomst. Det är viktigt att tydliggöra att i dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan.

De allra flesta som har sjukersättning har det för att man på grund av sjukdom inte klarar av något arbete, åtminstone inte något som någon är villig att betala för. Ett ideellt engagemang, såsom exempelvis i en förening, kan vara rehabiliterande för personer med psykisk ohälsa. De kan göra att man kommer in i ett socialt sammanhang och känner sig delaktig, vilket är extra viktigt för personer som saknar arbete/sysselsättning. Det kan också ge andra värdefulla erfarenheter som för människor tillbaka närmare arbetsmarknaden. Att uppleva sig förhindrad att engagera sig ideellt, och på så sätt begränsas i sina möjligheter att påverka i samhällsfrågor, är också ett demokratiproblem.

### **16.3.1 Flexiblare möjligheter att arbeta med vilande aktivitetsersättning**

NSPH tillstyrker förslaget att vilandeförklaring av aktivitetsersättning ska kunna ske flexibelt baserat på arbetade timmar. Se vidare vårt svar vid 16.2.1 kring att arbeta med vilande sjukersättning.

### **16.3.2 Partiellt vilande aktivitetsersättning och förlängd provotid vid studier**

NSPH tillstyrker förslagen om att kunna ha partiellt vilande aktivitetsersättning under studier samt förlängd provotid för studier, från 6 till 12 månader. Personer med aktivitetsersättning har enligt de nuvarande reglerna fått behålla denna under en *provotid för studier* under 6 månader för att på det sättet ge en möjlighet att testa om studier kan fungera, samtidigt som man slipper oroa sig för sin ekonomi. Om studierna fungerat har man efter dessa 6 månader hänvisats till att ansöka om *vilande aktivitetsersättning för studier* i ytterligare arton månader. Då har man under studierna kvar rätten till aktivitetsersättning, men den betalas inte ut. Man hänvisas till att söka studiemedel från CSN.

För personer med psykisk ohälsa, som kanske under lång tid varit utan både studier och arbete, kan det dock ta tid innan man lyckas få till rätt stöd från högskolan för att man ska klara av studierna. Att tvingas fatta ett så viktigt beslut efter en relativt kort tid, kan också skapa en negativ stress för personer som redan är känsliga för stress. Att våga börja studera kan vara ett avgörande steg på väg mot ett mer aktivt liv och ett arbete.

Vi vet också att många personer med psykisk ohälsa inte klarar av att studera heltid, utan kommer att behöva välja att studera på halvtid. För dessa personer har 6 månaders provotid för studier varit ännu kortare. Det kan också ta tid innan man kommer in i studierna och har funnit sig i en ny miljö. Dessutom betraktas varje månad med provotid för studier som



påbörjas som förbrukad. Detta kan i praktiken innebära att prövotiden snarare kan handla om färre månader än sex, beroende på hur kurserna ligger, vilket man inte kan påverka.

Det är därför glädjande att utredningen föreslår förlängning av prövotiden till 12 månader. Då finns förhoppningsvis anpassningar och annat stöd på plats och man har haft en chans att utvärdera hur alltsammans har fungerat och om man vill eller klarar av att gå vidare med sina studier. NSPH anser att studier vid högskola/universitet måste kunna räknas som sådana aktiverande och rehabiliterande insatser som en person med aktivitetsersättning kan ha under den tid som hen uppbär aktivitetsersättning. Det skulle bidra till att fler får meningsfulla aktiviteter som för dem närmare arbetsmarknaden.

### **16.3.3 Åtaganden av ideell karaktär under tid med aktivitetsersättning**

NSPH tillstyrker förslaget att personer med aktivitetsersättning ska kunna ägna sig åt arbete eller andra åtaganden av ideell karaktär upp till tio timmar i veckan om de inte ger inkomst. I dessa fall ska någon bedömning av uppvisad arbetsförmåga inte göras av Försäkringskassan. Se liknande motivering som under 16.2.3

### **16.3.4 Ökat fokus på rätten till insatser till personer med aktivitetsersättning – nytt arbetsmarknadspolitiskt program**

NSPH tillstyrker förslaget.

Vi vill tillägga att avsikten med aktivitetsersättningen är att vara en ersättning *med aktivitet*. Syftet med tidsbegränsningen i ersättningen är att ungas potential till arbete ska prövas kontinuerligt. Unga personer ska inte bli sjukpensionerade innan omfattande insatser har gjorts för att så långt det är möjligt ta tillvara deras kapacitet och förmågor. Detta var också resonemanget bakom de nuvarande bestämmelserna om aktivitetsersättning. Man måste få ändamålsenlig hjälp och insatser för att få, eller återfå, arbetsförmåga. Risken är annars att unga människor passiviseras och hamnar i permanent utanförskap.

Aktiviteter saknas dock tyvärr ofta. Riksrevisionen visade i en rapport 2015<sup>3</sup> att Försäkringskassan inte gör tillräckligt för att sätta in insatser och följa upp dem. Många unga med aktivitetsersättning går utan sysselsättning i långa perioder. Det beror bland annat på att det saknas insatser, i synnerhet för dem som står längst från arbetsmarknaden. Aktiviteterna kan ge unga möjlighet att delta i sociala sammanhang och ha en gynnsam inverkan på den fysiska eller psykiska förmågan. I förarbetena nämns sådant som att delta i kurser, föreningsverksamhet, idrott, hobby eller konstnärlig verksamhet. Aktiviteter kan också vara arbetslivsinriktade, som exempelvis grundläggande utbildning eller pryo/praktik (prop. 2000/01:96 s. 86–87). Avsaknaden av aktiviteter är något som behöver åtgärdas och NSPH menar att det är viktigt att de unga själva är involverade i planeringen utifrån sin förmåga och behov.

Vad gäller aktivitetsersättningen har ISF<sup>4</sup> följt nära 3000 unga personer mellan 20 och 24 år, som har fått avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning under åren 2015–2017. Året efter avslagsbeslutet saknar många inkomst av arbete: 7 av 10 har låga eller inga inkomster och få studerar, 20 procent av dem har hamnat hos Kronofogden och 40 procent tvingas söka ekonomiskt bistånd från socialtjänsten för att ha råd med mat och

<sup>3</sup> Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? (RiR 2015:7)

<sup>4</sup> <https://isf.se/publikationer/rapporter/2021/2021-03-18-avslag-pa-ansokan-om-aktivitetsersattning>



hyra. Undersökningen tyder på att det är en situation som för många kvarstår i flera år. Hälften har inte gått ut gymnasiet när de får avslagsbeslutet, vilket försvårar deras möjligheter att ens komma in på arbetsmarknaden. Många blir beroende av anhöriga för sin överlevnad.

Många av dessa unga startar alltså sitt vuxenliv i en ekonomiskt utsatt situation. ISF-rapporten visar på behov av olika insatser för att stödja unga att komma i sysselsättning, som studier eller arbete. Det behövs ett tidigt stöd och tidiga insatser från Arbetsförmedlingen samt åtgärder för att minska risken för att de unga hamnar i en ekonomiskt utsatt situation. En person med funktionsnedsättning som av Arbetsförmedlingen bedömts inte ha arbetsförmåga, ska inte hänvisas till kommunens försörjningsstöd. Det har tidigare uttalats tydligt av ansvarig minister men händer ändå.

Vi vill gärna understryka några aspekter utifrån utredningens förslag. Det framgår att deltagande i ramprogrammet ska vara resultatet av en samlad bedömning av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Att döma av de berättelser vi får till oss är denna samverkan något som ofta är bristfälligt. Man måste satsa resurser på att få till en fungerande samverkan mellan dessa myndigheter för att underlätta övergången mellan sjukförsäkringen och arbetslivet.

För gruppen med psykiatriska tillstånd, liksom för många andra med funktionsnedsättning, har omvandlingen och nedskärningarna inom Arbetsförmedlingen inneburit problem. Man blir utan hjälp när de fysiska kontoren stängts ned, personal med specialistkompetens som till exempel arbetsterapeuter eller psykologer har försvunnit, samverkan med kommunerna och deras insatser brister. Man ger sämre stöd till arbetsförberedande insatser eller till arbetsgivare vid behov av arbetsplatsanpassningar. För många fungerar inte de uteblivna fysiska kontakterna och ökade digitaliseringen, exempelvis den med kognitiv funktionsnedsättning. Problemen våra grupper har med dessa kontakter illustreras väl av rapporterna från Socialstyrelsen kring de personliga ombudens erfarenheter. Antalet klienter som behöver stöd i kontakterna med myndigheter ökar, vilket bland annat beror på myndigheternas digitala övergång som skapar svårigheter för de som saknar e-legitimation eller bank-id <sup>5</sup>

Riksförbundet Attention, som företräder personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) och anhöriga, har nyligen genomfört en enkät om arbetsmarknaden riktad till de medlemmar som har, eller har haft, ett jobb. Enkäten resulterade i en arbetsmarknadsrapport <sup>6</sup> som visar att endast 20% har stöd från Arbetsförmedlingen. Det är ett tydligt tecken på att de arbetsmarknadsinsatser och stödåtgärder som erbjuds är otillräckliga och dåligt anpassade till denna grupp. Det fokus som läggs på att söka många olika jobb och återkommande kontroller i form av löpande aktivitetsrapporter, ofta utan hjälp och stöd, är väldigt stressande för många. Befintligt regelverk, och tillhörande blanketter som ska fyllas i för att få stöd, skulle med fördel kunna förenklas och förtydligas.

En annan formulering som vi vill kommentera i utredningens förslag är ”...att den försäkrade är skyldig att efter bästa förmåga aktivt medverka i programmet”. Detta är

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsen, Lägesrapport om verksamhet med personliga ombud, 2020

<sup>6</sup> Attention's arbetsmarknadsrapport 2021 ”Jobbar jag 100% blir jag utbränd”





naturligtvis ingenting som vi motsätter oss, men viktigt att ta in är hur olika funktionsnedsättningar påverkar berörda individer. För att kunna bedöma vilken som är individens ”bästa förmåga” krävs naturligtvis ökade kunskaper om hur funktionsnedsättningen påverkar individens förmågor. Över lag är det viktigt att höja kunskapen kring olika psykiatriska tillstånd och även att jobba mot fördomarna mot de samma. I nyss nämnda rapport från Attention uppger drygt 19% av de svarande att de har blivit uppsagda på grund av sin funktionsnedsättning. Kunskapsglappet är också relevant att betona i förhållande till att ”*Ramprogrammet bör innefatta insatser (...) som är anpassade till den försäkrades behov*”.

#### **16.4.1 Förutsättningar för arbetstidens förläggning vid partiell sjuk- och aktivitetsersättning**

NSPH tillstyrker förslaget att för den med sjukersättning eller aktivitetsersättning på deltid så ska man om det finns medicinska skäl för detta kunna förlägga sin arbetstid på den återstående deltiden flexibelt, det vill säga på annat sätt än lika stor reduktion av arbetstiden varje dag utan att det medför att ersättningen ska omprövas.

Ett huvudproblem med regeln att reducera tiden varje dag har varit att den inte varit anpassad till psykisk ohälsa/sjukdom som ofta har ett oregelbundet och varierande förlopp. Vi vill nämna att utredningens förslag går i linje med vad som redan är uttalat av Högsta förvaltningsdomstolen (HFD 2011 ref. 30). Målet gällde en person med diagnosen asteni och depression med 25% sjukpenning. I samråd med läkare hade arbetstiden förlagts så att hen var helt ledig mitt i veckan för återhämtning, för att på det sättet klara av arbetet övriga dagar. HFD noterade att deltidssjukskrivning var till för att kunna påskynda återgången i arbete och att sjukpenning bör - under förutsättning att den sammanlagda arbetstiden under en begränsad period inte överstiger vad som är förenligt med deltidssjukskrivningen - kunna utgå när arbetstidsförläggningen syftar till att ta till vara den arbetsförmåga som en person har och är medicinskt motiverad.

I dag kan en ojämn förläggning av arbetstiden i vissa fall leda till återkrav. Ett sådant återkrav baseras alltså på själva förläggningen av arbetstiden och inte på att man generellt under lång tid skulle ha arbetat för mycket, något som de allra flesta för övrigt inte klarar av.

#### **22.1.1 Steglös ersättning för inkomstförlust vid rehabilitering**

NSPH tillstyrker förslaget att för insatser som överstiger 25 procent ska rehabiliteringspenningen vara steglös, motsvarande den faktiska tidsåtgången för rehabiliteringsinsatsen. För den med exempelvis utmattningssyndrom eller depression kan en återgång till arbetet blir mer stabil om hen tillåts att kunna återgå långsamt.

#### **22.1.2 Rehabiliteringsersättningens koppling till rehabiliteringskedjan**

NSPH tillstyrker förslaget om att vid rehabiliteringspenning ska arbetsförmågan inte bedömas mot de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Förslaget innebär en uppmaning till Försäkringskassan att i högre grad initiera tidiga rehabiliteringsinsatser. Det kommer att ge fler möjlighet att komma tillbaka i sitt arbete.



NSPH anser att det är viktigt att stärka rehabiliteringens roll i sjukförsäkringen och skapa förutsättningar för att prioritera tidiga insatser. Tidsgränserna i nuvarande regelverk har varit kontraproduktiva för detta. Det gynnar inte sjukas rehabilitering om Försäkringskassan, som det är i nuläget, inte tar initiativ till rehabilitering med hänvisning till att den sjuke förväntas ha arbetsförmåga någon annanstans - i normalt förekommande arbeten - när det har gått 180 dagar i sjukfallet.

### **22.1.5 Behov av rehabilitering ska klarläggas senast efter 60 dagar med sjukpenning**

NSPH tillstyrker förslaget. I dag säger reglerna att Försäkringskassan i samråd med den enskilde ska klarlägga behov av rehabilitering snarast. Det är positivt att tydliggöra att rehabiliteringsbehov ska klarläggas senast dag 60, och att huvudansvaret för denna uppföljning ska ligga hos Försäkringskassan. Detta betyder också att Försäkringskassan kan få insikt i såväl den medicinska behandlingen som de arbetsplatsinriktade insatserna som pågår i ett sjukfall i god tid innan dag 180 i sjukfallet. Förutsättningarna att uppfylla samordningsansvaret har förmodligen förbättrats i och med arbetsgivarens ansvar att upprätta en planering för återgång i arbete. Sedan 2018 har arbetsgivare skyldighet att upprätta en planering vid sjukskrivning som pågått i 30 dagar och som kan antas fortsätta pågå i minst 60 dagar.

### **22.2.1 – 3 Preventionersättning ska kunna ges vid deltagande i förebyggande medicinsk behandling eller rehabilitering eller förebyggande arbetslivsinriktade åtgärder.**

NSPH tillstyrker förslaget. Det är positivt att regelverket görs mer flexibelt jämfört med dagens förebyggande sjukpenning så att ersättning kan ges för enstaka timmar. Det är även bra att ersättningen även kan ges vid arbetslivsinriktade åtgärder redan innan en arbetsoförmåga uppstått. Det kan underlätta för en person som tidigare varit sjukskriven, återgått i arbete och på nytt är på väg att insjukna i exempelvis utmattningssyndrom. Det är dock viktigt att ersättning ges för hela den tid det tar att delta i behandlingarna, dvs inkluderar eventuell restid.

I dag finns det krav på att personal ska utföra/medverka vid medicinsk behandling för att det ska ersättas med förebyggande sjukpenning. Det är positivt att utredningen vidgar detta synsätt så att olika hemuppgifter vid exempelvis terapibehandlingar kan ersättas med preventionersättningen. Vi tror också att det är vettigt att bedömningen av om en behandling kan förhindra att arbetsoförmåga uppstår görs av den enskilde tillsammans med sjukvården (medicinska åtgärder) eller arbetsgivaren / arbetsförmedlingen (arbetslivsinriktade förebyggande åtgärder). Vi befarar dock gränsdragningsproblem med de åtgärder som arbetsgivaren har ansvar för, och att denne kanske inte i praktiken tar det förebyggande ansvaret för dessa. Det är viktigt att den enskilde inte hamnar i kläm.

Utredningens förslag att utbildning såsom yrkeshögskoleutbildningar eller eftergymnasiala utbildningar upp till 44 veckor kan godkännas som preventiva åtgärder kan också vara gynnsamt för att underlätta omställning till andra arbetsuppgifter. Definitionen av vad som ses som arbetslivsinriktad rehabilitering skulle dock behöva vidgas och även innefatta verktyg och metoder som vuxit fram ur brukarrörelsen. Exempel kan vara deltagande i studiecirkel eller individuella möten om återhämtning och egenmaktsutveckling som leds av personer med egna erfarenheter av återhämtning. Dessa metoder kan vara ett viktigt komplement till andra rehabiliterande insatser. NSPH och dess medlemsförbund har tagit



fram material med olika profil och ambitionsnivå som kan användas. Sådana metoder har prövats med lyckat resultat både inom Arbetsförmedlingen i Västra Götalandsregionen och inom arbetsrehabiliterande verksamhet i Stockholm stad.

### **22.2.7 Preventionsbidrag ska ges för merkostnader som hör ihop med insatser som berättigar till preventionspenning.**

NSPH tillstyrker förslaget att de merkostnader som i dag kan ersättas genom rehabiliteringsersättningens särskilda bidrag bör ersättas genom preventionsbidrag, med tillägget att även motsvarande merkostnader för förebyggande medicinsk behandling och rehabilitering bör ersättas.

Preventionsbidrag ska exempelvis ges för kursavgifter, merkostnader för läromedel, resekostnader för studieresor och traktamente för de resor som är obligatoriska för utbildningen samt resor mellan bostaden och platsen för preventionsåtgärden. NSPH anser att de olika poster som anges i utredningen är väl avvägda. Det vi sätter frågetecken kring är att preventionsbidraget ska betalas ut i efterskott och endast vid särskilda skäl i förskott. Det kan drabba ekonomiskt svaga grupper varför man bör ha en tillåtande syn på att utbetala detta i förskott.

### **Återstående utmaningar och brister inom sjukförsäkringen**

Utredningen har enligt NSPH kommit med flera bra förslag. Det återstår dock flera utmaningar inom sjukförsäkringen för gruppen med psykiatriska tillstånd.

#### *Synen på "icke observerbara fynd"*

Det hör till sakens natur att många psykiatriska tillstånd inte är lätta att objektivt mäta och visa, åtminstone inte på det sätt som Försäkringskassan önskar. Många får avslag med hänvisning till att det medicinska underlaget inte sägs visa på just objektiva fynd. För dessa personer kan det i Försäkringskassans avslagsmotiveringar stå att det inte av inskickat underlag från sjukvården framgår att det är *"uteslutet att du kan arbeta i en lugnare arbetsmiljö med flexibla arbetstider med låga krav på koncentrationsförmåga och utan stress"*. Det saknas vägledning från HFD kring detta och NSPH menar att det behöver förtydligas i regelverket att även icke observerbara fynd ska kunna berättiga till sjukpenning likvärdig som till sjuk- och aktivitetsersättning

#### *Tiden med sjukpenning behöver ytterligare förlängas*

Det har tagits steg för att förlänga denna tid innan utförsäkring. Tidsgränserna skulle dock behöva förlängas än mer. Ett viktigt argument för att medge längre tid för att återkomma i arbete är att återkomsten på det sättet kan bli mer varaktig, och att man undviker att personer återinsjuknar. Vid vissa psykiatriska diagnoser förekommer det att det tar flera år för de drabbade att återhämta sig så att man kan återgå till arbete, men många kan ändå med rätt stöd komma tillbaka och behöver inte bli aktuella för sjukersättning.

#### *Ersättningsnivåer, fattigdom och ytterligare psykisk ohälsa*

För den som aldrig kommit in på arbetsmarknaden, eller arbetat endast till viss del, är det ersättning från garantiersättningen som gäller. För aktivitetsersättningen och sjukersättningen innebär det ca 8 800 - 9 800 före skatt per månad, några hundralappar ytterligare för den som fyllt 30 år. För de som tidigare arbetat kan kollektivavtalade



försäkringar ge kompletterande ersättning, men alla har inte arbetat eller har kanske gjort det utan kollektivavtal på arbetsplatsen. Personer med psykisk funktionsnedsättning har också i genomsnitt väsentligt lägre disponibla inkomster än befolkningen som helhet.<sup>7</sup> Kopplingen mellan dålig ekonomi och ytterligare förvärrad psykisk ohälsa är känd och NSPH menar därför att ersättningsnivåerna i garantiersättningen behöver ses över.

*Sjuk- och aktivitetsersättning blir alternativ till rehabilitering*

En farhåga som vi har då ”kraven” på arbetsförmåga för att erhålla aktivitets- respektive sjukersättning sänks något är att det skulle kunna få effekten att man, i stället för att satsa resurser för att stödja människor i att få ett arbete som de klarar av, eller komma tillbaka från långvariga sjukskrivningar, ”beviljar” dem dessa ersättningar mot deras innersta vilja. Och att detta sker även i de fall de skulle kunna arbeta i en inte alltför avlägsen framtid och faktiskt kunna försörja sig själva. Vid psykiatriska tillstånd har många en stukad självbild och svagt självförtroende och klarar kanske inte av att protestera mot detta i form av överklaganden.

Försäkringskassan har i dag möjlighet att, för den med sjukpenning, på eget initiativ byta ut denna mot sjukersättning (36 kap. 25 § SFB). Det finns ingen fastslagen tidsgräns för när under ett sjukfall Försäkringskassan kan eller ska pröva detta utbyte. Utredningen har förvisso kommit med förslag för att förhoppningsvis kunna förhindra sjukskrivningar och öka möjligheter till rehabilitering, men det tar tid innan sådana förslag är verklighet. Dessutom saknar såväl primär- som specialistvård resurser för rehabilitering av de med psykiatriska tillstånd som kan ta lång tid att komma till rätta med. Det råder brist på såväl läkare, kuratorer samt psykologer, vilket försvårar. Även om dessa så kallade ”utbytesärenden” inte är en så stor andel av de nybeviljade sjukersättningarna så anser NSPH att det är rimligt att det förtydligas i lagstiftningen att detta utbyte endast ska ske efter nogsam utredning och försök till rehabilitering.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Conny Allaskog

Ordförande

---

<sup>7</sup> Levinsson, H., & Jiborn, M. (2013), Minuskontot: Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH).