



**Rektor**

Socialdepartementet

**Remissvar över betänkandet En sjukförsäkring med prevention,  
rehabilitering och trygghet (dnr S2021/05920)**

**Ärendet**

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över betänkandet En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69).

Bifogat yttrande har utarbetats av docent Elisabeth Björk Brämberg vid Institutet för miljömedicin.

**Beslut**

Karolinska Institutet överlämnar härmed yttrandet.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Ole Petter Ottersen i närvaro av universitetsdirektör Katarina Bjelke efter föredragning av samordnare Radmila Mičić. Närvarande var också Medicinska föreningens ordförande Alexander Klaréus.

Ole Petter Ottersen

Radmila Mičić

Bilaga



**Institutet för miljömedicin**

Enheten för interventions- och  
implementeringsforskning inom  
arbetshälsa

Elisabeth Björk Brämberg, Docent

**Remissvar över SOU 2021:69 En sjukförsäkring med prevention,  
rehabilitering och trygghet**

Karolinska Institutet (KI) tackar för möjligheten att lämna synpunkter på  
betänkandet SOU 2021:69.

**Sammanfattning**

De förslag som förs fram innebär sannolikt att en högre andel personer kommer att  
beviljas sjukersättning (alternativt aktivitetsersättning för åldrarna 19-29 år).  
Sjukersättning föregås i normalfallet en längre tids sjukskrivning, ibland under flera  
år. Att fler kommer att beviljas sjukersättning kan troligen spegla att – som  
utredningen pekar på – en alltför sträng och ibland även inkonsekvent tillämpning av  
regelverk. Den förväntade ökningen kan således innebära att fler personer får  
tillgång till en förmån som de är berättigade till. KI är av uppfattningen att ett ökat  
inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning innebär en ökad administrativ börda för  
hälso- och sjukvården.

Gällande preventionsersättning vill KI betona att evidensbaserade insatser är högst  
relevant och att kravet på evidens bör stå kvar. Därtill anser KI att arbetsgivares  
arbetsmiljöansvar bör tydliggöras i synnerhet i relation till preventiva insatser, som  
ska ges till enskilda individer utan krav på sjukdom och/eller nedsatt arbetsförmåga.

KI är av den uppfattningen att förändringarna (om de realiserar) ska följas upp och  
utvärderas för att kunna bedöma eventuella effekter.

**Kap. 8 Rätten till sjukersättning – överväganden och förslag**

**8.1 Ett förändrat arbetsmarknadsbegrepp**

KI delar utredningens förslag att i prövning av rätten till sjukersättning ska  
bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga göras mot samma  
arbetsmarknadsbegrepp som används vid prövning av rätt till sjukpenning. I enlighet  
med vad betänkandet lyfter bedömer KI att prövningen kommer att göras mot  
lämpligt arbete *som är tillgängligt för den försäkrade* och inte mot ”hypotetiskt”  
förekommande arbeten.

## 8.2 Förtydligande av varaktighetskravet

KI instämmer i utredningens förslag att begreppet överskådlig tid ska ersätta begreppet stadigvarande, samt att varaktighetsbedömningen och bedömningen av rehabiliteringsmöjligheter utgör olika kriterier och bedömningen av dessa ska ske i två steg.

## 8.3 Justeringar och förtydliganden av kravet på uttömda rehabiliteringsmöjligheter

Utredningens förslag innebär att för att en person ska ha rätt till sjukersättning får det inte finnas några rehabiliteringsåtgärder som kan förväntas medföra att den försäkrade återfår arbetsförmågan.

Förslaget ligger i linje med det ändrade arbetsmarknadsbegreppet och betonar att vid bedömning av arbetsförmåga ska det krävas att personen återfår arbetsförmåga motsvarande det arbete/arbetsutbud personen hade tiden innan ansökan om sjukersättning blev aktuell. KI bedömer att förslaget är en rimlig anpassning och som innebär att bedömningar görs mot specifika arbeten/arbetsuppgifter.

## 8.4 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder

Förslaget innebär att arbetsförmågan hos personer som har som mest fem år kvar till den ålder då de inte längre kan få sjukersättning utbetald – och även framtida riktålder för pension – ska bedömas i förhållande till arbete i en angiven yrkesgrupp, som innehåller arbeten som är normalt förekommande, som den försäkrade har erfarenhet av eller till annat lämpligt arbete som är tillgängligt.

KI anser att detta förslag är rimligt. Det minskar risk för orimliga krav på omställning för personer som har relativt få yrkesverksamma år kvar.

## Kap. 9 Rätten till sjukersättning – konsekvenser av utredningens förslag

### 9.9 Effekter för hälso- och sjukvården

I betänkandet noteras att en generösare bedömning av rätten till sjukersättning kommer att innebära ett ökat inflöde av ansökningar om sjukersättning. Följaktligen kommer belastningen avseende t.ex. läkarutlåtanden om patienters hälsotillstånd att öka. I betänkandet vägs denna ökning mot en förväntad minskning av läkarintyg till grund för sjukpenning.

I likhet med betänkandet anser KI att läkarintyg som lämnas i samband med ansökan om sjukpenning är betydligt mindre omfattande än underlag för sjukersättning. Utifrån kliniska erfarenheter innebär ett intyg för sjukpenning vanligtvis ett läkarbesök på ca 45 min. Att det då skulle ta 3 läkarbesök (å 20 – 50 min) att ta fram underlag till beslut för sjukersättning förefaller inte rimligt. I betänkandet betonas att det är svårbedömt om den administrativa bördan för hälso- och sjukvården ökar eller minskar. KI är av den uppfattningen att föreliggande förslag innebär en ökad administrativ börda på hälso- och sjukvården.

## **Kap. 22 Förmåner vid rehabilitering – utredningens överväganden och förslag**

KI anser att förslagen som redovisas i kap 22.1.1 – 1.5 är rimliga. KI ser positivt på skrivningen i kap 22.1.5 om att den försäkrades rehabiliteringsbehov ska vara klarlagt senast dag 60 i sjukperioden, om ej uppenbart obehövt. Denna tidsgräns är i linje med Försäkringskassans rapportering av längre tids sjukskrivning. Enligt Försäkringskassans fortlöpande analys och rapportering av sjukfråndata framkommer att sannolikheten för att ett sjukfall avslutas med återgång i arbete är högst inom 60 dagar. I tidsintervallet 60-90 dagar sker en betydande minskning av sannolikheten för att sjukfallet avslutas med att den försäkrade återgår i arbete (se tex Försäkringskassan 2020:8). Det finns även omfattande forskningsstöd för att tidiga insatser behövs för att en person ska återgå i arbete efter sjukskrivning (se t.ex. Nieuwenhuijsen et al., 2020). Vidare behöver Försäkringskassa, hälso- och sjukvård och Företagshälsa samverka t.ex. via avstämningmöten för att initiera och planera rehabiliteringsinsatser och engagera arbetsgivare/andra aktörer för omställning tex utbildning eller jobbyte.

### **Kap. 22.2 Preventionersättning – en ny förmån för förebyggande behandling och rehabilitering**

#### **22.2.1 Allmänt om preventionersättning**

Syftet med ändringen är att förenkla för den försäkrade att delta i förebyggande åtgärder.

KI ställer sig bakom utredningens förslag som kan innebära ökad tillgång till förebyggande insatser och möjligen minskning av inflöde till sjukpenning. Förslaget kan dock medföra gränsdragningssvårigheter gentemot arbetsgivares arbetsmiljöansvar. Här finns således risk att brister i arbetsmiljön läggs på den enskilde/den försäkrade att hantera i stället för att sådana risker identifieras och hanteras av arbetsgivaren.

Preventionersättning ska enligt förslaget inte innebära krav på en uppkommen sjukdom. Motiveringen gör gällande att det följer förmånens karaktär eftersom den avser insatser som ges i förebyggande syfte eller att förhindra utveckling av ohälsa. KI vill dock betona att förebyggande insatser riktade till individ eller grupp vanligtvis utvärderas i relation till ett utfall som speglar riskfaktorer för ohälsa eller sjukdom, tex blodsocker, blodtryck, body mass index, eller psykiskt mående. Rimligen bör preventionersättning innebära någon form av krav på symtombeskrivning samt beskrivning av arbetsrelaterade problem eller motsvarande som anger en riktning i vilken insats som den försäkrade skulle kunna vara hjälpt av.

#### **22.2.2 Preventionersättning ska kunna beviljas för medicinsk behandling i förebyggande syfte**

Av förslaget framgår att behandlingen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt hälso- och sjukvårdens regelverk – men det krävs inte evidens.

KI invänder mot förslaget att behandlingar som ges inte ska bygga på evidens. I förslaget förs visserligen resonemang kring vad som krävs för att en insats ska betraktas som medicinsk rehabilitering och det resonemanget framstår som rimligt. I samma kapitel påtalas att en behandling som ska ge rätt till ersättning ska bygga på bästa möjliga kunskap – en skrivning som indikerar att evidens är högst relevant. Inom området preventiva insatser behövs fler välgjorda studier som kan guida arbetet med att förebygga riskfaktorer/sjukdomar osv. KI anser att det inte är rätt väg att i ett sådant läge minska krav på evidens.

I likhet med ovan behöver dessa insatser avgränsas gentemot arbetsgivares arbetsmiljöansvar. KI anser att det finns en uppenbar risk att preventionersättningen leder till att enskilda individer får genomgå individriktade insatser när det i själva verket kan handla om en dålig arbetsmiljö som kräver andra former av insatser.

Den medicinska bedömningen av om en medicinsk åtgärd är lämpad ska enligt förslaget göras av hälso- och sjukvården. KI förordar att förslaget utökas med att Företagshälsa - placerad utanför hälso- och sjukvården – som har omfattande kunskaper om arbetslivets förutsättningar kan ge förslag på medicinska åtgärder.

### **22.2.3 Preventionersättning ska kunna beviljas för arbetslivsinriktade insatser i förebyggande syfte**

KI anser att förslaget är rimligt.

Stockholm 2021-11-16

Elisabeth Björk Brämberg, docent

#### **Referenser**

Försäkringskassan. (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Stockholm: Försäkringskassan.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10, Cd006237. doi:10.1002/14651858.CD006237.pub4