



**Rektor**

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

### **Om betänkandet Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21)**

Ärendet

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över betänkandet Mer trygghet och bättre försäkring, SOU 2015:21. Bifogat yttrande har utarbetats av prof. Kristina Alexanderson, prof. Staffan Marklund och docent Pia Svedberg, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin.

Beslut

Karolinska Institutet överlämnar härmed forskargruppens yttrande.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad prorektor i närvaro av universitetsdirektör Per Bengtsson, efter föredragning av Erik Forsse. Närvarande därutöver var bitr. universitetsdirektör Marie Tell och Medicinska föreningens vice ordförande Andrea Montano Montes.

  
Kerstin Tham

  
Erik Forsse

Bilaga: Remissyttrande



## **Yttrande**

Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande ”Mer trygghet och bättre försäkring” (SOU 2015:21).

Sektionen för försäkringsmedicin, Kristina Alexanderson, Staffan Marklund, Pia Svedberg.

## **Sammanfattning**

Karolinska Institutet (KI) har valt att framförallt lämna synpunkter på de delar av den omfattande utredningen som rör sjukförsäkringen, stödet för återgång i arbetet vid ohälsa och arbetsskadeförsäkringen. I dessa delar instämmer KI i huvudsak med utredningens bedömningar av vilka förbättringar som behöver göras, men har också avvikande synpunkter i några fall vad avser förslagen om sjukförsäkringen och stöd för återgång i arbete.

KI vill också peka på det stora värdet av den omfattande dokumentationen och beskrivningen av sjukförsäkringens, arbetsskadeförsäkringens och arbetslöshetsförsäkringens olika aspekter och problem som utredningens inledande delar innehåller. Utredningens många gedigna underlagsrapporter kring olika aspekter av socialförsäkringen är också mycket värdefulla. Denna kunskapsmassa och uppfattning om behovet av en förstärkning av den vetenskapligt baserade kunskapen får också tydligt genomslag i förslagen till förbättringar inom arbetsskadeförsäkringen, men är betydligt mindre utvecklad inom sjukförsäkringens och arbetslöshetsförsäkringens område. Detta trots att sjukförsäkringen berör betydligt fler individer (både försäkrade och personer som i sin yrkesutövning arbetar med dessa ärenden professionellt) och att det vetenskapliga kunskapsunderlaget är betydligt mer begränsat när det gäller detta område. När det gäller dessa områden har det vetenskapliga perspektivet tyvärr inte alls fått något tydligt genomslag i utredningens förslag till ändringar.

Inte heller är utredningens synpunkter på hur en framtida organisation för kunskaps- och kompetensutveckling inom sjukförsäkringens område systematiskt och konsekvent utvecklade. Detta gäller hur olika myndigheter med utvärderings- och analysuppgifter ska kunna samverka i högre grad och bättre utnyttja befintliga dataregister, samt behovet av att kraftigt förstärka forskningen kring sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning. Dessutom behöver kompetensen inom försäkringsadministrationen förstärkas med akademisk grund- och vidareutbildning.

KI menar vidare att inga förändringar, enligt utredningens förslag, bör genomföras utan att ansemliga medel reserveras för att utvärdera effekter av dem.

### *Nedan kommenteras ett urval av utredningens förslag*

Som utredningen konstaterar har socialförsäkringarna och särskilt sjukförsäkringen haft och har en central betydelse för individers trygghet och hälsa samt för samhällets ekonomiska utveckling. Insatserna för återgång i arbete bland sjukskrivna är inte tillräckligt effektiva. KI håller med om att förbättringar kan ske, och anser att de, liksom andra åtgärder när det gäller hälso- och sjukvård, ska baseras på vetenskaplig kunskap samt att de reformer som beslutas bör utformas så att de kan bidra med ytterligare kunskap inom detta område som i så stor utsträckning, även i utredningen, präglas av tyckande snarare än av vetande – inom ett område där det senare är synnerligen begränsat.

## **Del 1; Ett rättvisande inkomstunderlag**

### **Ersättningsgrundande inkomst**

Utredningens förslag till förbättrat underlag för beräkningen av ersättningar inom socialförsäkringen är välkommet. Genom att ersättningarna i princip ska baseras på tidigare

faktiska kontantinkomster ökar förutsägbarheten samtidigt som risken minskar för skillnader mellan olika typer av anställda och olika typer av lönesystem.

Konsekvenserna av införandet av ett sådant system bör noggrant studeras, särskilt när det gäller personer som blir arbetsförmögna pga. av sjukdom eller skada under den första perioden av en första anställning i livet, eller för dem som efter en lång utbildning har sin första anställning som förväntats ge hög inkomst över tid men där de ännu inte hunnit få sådan.

### **Del 2 och 3; Långsiktigt hållbar sjukförsäkring samt Bättre stöd för återgång i arbete vid ohälsa**

Utredningen menar att insatser för att förbättra sjukskrivna personers återgång i arbete bör prioriteras. Man anser att sådana insatser är beroende dels av en arbetsfokuserad hälso- och sjukvård och dels av en ansvarstagande och engagerad arbetsgivare samt av att dessa två samverkar. Utredningen menar framför allt att hälso- och sjukvården i högre grad behöver ta kontakt med den sjukskrivnes arbetsgivare för att diskutera och ge råd om åtgärder för återgång i arbete.

Utredningen är tydlig med att det saknas kunskapsunderlag för att göra en fullgod problemanalys. KI menar att detta ofta även gäller lämpliga åtgärder som hälso- och sjukvården ska kunna föreslå arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen.

Socialstyrelsen konstaterade år 2005 att sjukskrivning ska ses som vård och behandling och därmed baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, ledas och styras, samt kvalitetssäkras, som annan vård och behandling<sup>[1-3]</sup>. Med nuvarande kunskapsläge och avsaknad av definition av vad god kvalitet innebär i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning är detta problematiskt<sup>[4]</sup>.

1. *Fortsatt statligt ansvar för sjukförsäkringen.* KI instämmer i argumenten för en allmän sjukförsäkring som staten ansvarar för och där Försäkringskassan fullgör uppdraget som skadereglerare i försäkringen.
2. *Ersättningsnivån och karensdagen.* KI instämmer i utredningens bedömning att ersättningsnivåernas tak i sjukförsäkringen behöver höjas så att en högre andel (80 %) av de försäkrade kan få 80 % av den tidigare inkomsten i ersättning. Detta är nödvändigt för att upprätthålla den offentliga sjukförsäkringens legitimitet i olika befolkningsgrupper. KI anser också att det föreslagna karensavdraget bättre än den nuvarande karensdagen tillgodoser att olika grupper av försäkrade behandlas likartat.
3. *Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.* Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges ett uppdrag att uppdatera, utveckla och utvärdera beslutsstödet samt att tillsammans med Försäkringskassan och medicinska experter årligen redovisa sjukskrivningarna för olika diagnoser inom de olika landstingen. KI anser att det är nödvändigt att det försäkringsmedicinska beslutsstödet regelbundet uppdateras, utvecklas och utvärderas – och även att olika aspekter av beslutsstödet och dess tillämpning beforskas. Det senare tydliggörs tyvärr inte i utredningen. För att genomföra detta krävs att Socialstyrelsens ansvar förtydligas och förstärks. Socialstyrelsen bör tillskapa en permanent enhet med kompetens inom sjukförsäkringens områden, med erforderligt antal tjänster, dvs. enheten bör vara tillräckligt stor för att inom sin organisation och som stöd för hälso- och sjukvården kunna hantera detta omfattande område. Det har varit och är ett stort problem att så inte varit fallet efter beslutsstödet införande och efter den större satsningen på området som även sjukskrivningsmiljarden inneburit det senare decenniet.

KI anser att det är rimligt att frågan om årlig statistisk redovisning av sjukskrivningarnas diagnoser inom landstingen bör läggas ihop med ett mer generellt uppdrag till flera olika myndigheter (Försäkringskassan, Inspektionen för Socialförsäkringen, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen) samt att finansiering av forskning baserat på dessa data tillförsäkras, för att få kunskapsunderlag kring olika aspekter på sjukförsäkringen och dess tillämpning.

Inom hälso- och sjukvården finns det en genuin tradition av att åtgärder och ordinationer ska vara kunskapsbaserade. De åtgärder som föreslås när det gäller hanteringar av patienters sjukskrivningar måste organiseras så att de kan bidra till att vetenskaplig kunskap genereras.

4. *Expertråd för återgång i arbete vid Socialstyrelsen.* KI stöder utredningens förslag om att inrätta ett expertråd inom Socialstyrelsen för att samla och sprida kunskap om vad som kan påverka återgång i arbete. KI anser att detta råd bör vara multiprofessionellt och tvärvetenskapligt sammansatt och ha en långsiktig finansiering. Det bör knytas till den föreslagna enheten inom Socialstyrelsen, som behandlas i ovanstående punkt.
5. *Gemensamt statistiksystem för Försäkringskassan, Inspektionen för Socialförsäkringen och Arbetsförmedlingen för att analysera när i tiden olika insatser sätts in och effekter av åtgärderna.* Även detta förslag är i och för sig positivt och en nödvändig bas, det vill säga, myndigheterna bör ha en central roll i att generera och leverera data av god kvalitet som underlag för utvärdering och forskning. Förslaget är dock mycket specifikt och bör istället ingå i en utredning om en strategi för hur såväl de tre nämnda myndigheterna som bl.a. Arbetsmiljöverket och Statistiska Centralbyrån gemensamt ska kunna utnyttja varandras administrativa databaser och andra databaser för att belysa sjukförsäkringens olika problem och möjligheter. Det räcker dock inte att ha bra data, även om det är en förutsättning. Sverige har, genom sina många register av god kvalitet<sup>[5-7]</sup>, bra förutsättningar, och därmed stort ansvar i ett internationellt perspektiv, för att kunna generera vetenskapligt baserad kunskap inom området. Samtidigt bör ett betydligt större ansvar för forskning och kompetensutveckling inom området läggas på universiteten, genom förstärkt långsiktig forskningsfinansiering riktad till detta område. Detta är en förutsättning för att utveckla en kunskapsbaserad praktik inom området.
6. *Bedömningsstöd för hälso- och sjukvården.* Det nyligen initierade utvecklingsarbetet om ett stöd för tidig bedömning av behov av stöd för återgång i arbete, som sker i samverkan mellan bl.a. Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt hälso- och sjukvårdens representanter är positivt (det så kallade SRS projektet). Även här menar KI dock att utredningen underskattar behovet av systematisk och långsiktig forskning både när det gäller att utveckla ett bedömningsstöd, att implementera användandet av det och när det gäller att utvärdera effekterna. Formerna för samverkan i detta projekt kan även behöva ses över.
7. *Förstärkning av handläggarnas kompetens i utredningsmetodik och försäkringsmedicin.* Som utredningen påpekar finns det ett stort behov av förbättrad kompetens hos Försäkringskassans handläggare av sjukförsäkringsärenden. Utredningens förslag på denna punkt är dock mycket allmänt hållet och berör inte alls hur sådan kompetenshöjning ska åstadkommas, vidmakthållas samt kunna tillämpas inom organisationen. KI menar att det behöver inrättas en akademisk grundutbildning för handläggare inom Försäkringskassan. De avancerade och sammansatta utredningar och bedömningar de förväntas göra och som får stor betydelse för såväl enskilda personers livssituation som för landets ekonomi kräver en gedigen kompetens vad gäller kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Masterutbildningar bör inrättas som påbyggnad på annan akademisk kandidatexamen som bas för detta yrke. Även akademiskt grundad kompetensutveckling av redan anställda

handläggare och annan personal (till exempel försäkringsmedicinska rådgivare) krävs, till exempel vad gäller försäkringsmedicin, inklusive juridik och utredningsmetodik. Såväl KI som Göteborgs universitet har goda erfarenheter av att genomföra sådana utbildningar för läkare och dessa bör utvecklas.

KI menar även att en mycket central fråga i en modern socialförsäkringsadministration är systematisk översyn av administrationen, ur olika aspekter. Detsamma gäller naturligtvis ledning och styrning av hur kompetensutveckling avseende dessa frågor organiseras inom hälso- och sjukvården<sup>[4]</sup>.

8. *Flexibel sjukpenning vid stegvis återgång i arbete, med fler förmånsnivåer.* KI ser positivt på att pröva och utvärdera en ökad flexibilitet i valet av förmånsnivåer. De argument mot detta som framförs i utredningen via en rapport från 2008 tyder dock på att även detta förslag behöver följas noga och förslagsvis införs vid något olika tidpunkter i olika delar av landet så att det blir möjligt att granska effekterna av det.
9. *"Fasta spelregler" för sjukförsäkringen.* Utredningens tanke om att sjukfrånvaron kan hållas på en jämn nivå som är likartad med den i jämförbara länder i Europa är problematisk. Den vetenskapliga kunskapen är synnerligen knapp om varför sjukfrånvaron har varierat mer över tid i Sverige än den gjort i många andra länder. Det saknas även kunskap om faktorer i olika länder som påverkar sjukfrånvarons nivå. Den viktiga frågan om på vilket sätt ersättningsregler och administrationen av försäkringen påverkar sjukalet behöver utredas vetenskapligt för att kunna bedöma vilken roll dessa spelar för stabilitet av sjukfrånvaronivå. Andra aspekter i ett land som är av betydelse är förvärvsfrekvens i olika åldrar, andel arbetslösa, pensionsålder, arbetsmarknadens utformning samt möjligheter för och förväntningar på personer med nedsatt funktion att försörja sig själva, sjuklighet, medellivslängd samt förekomst och utformning av övriga socialförsäkringssystem [8]. Ett särskilt uppdrag bör ges till vetenskapliga forskningsenheter för att genomföra studier av detta. Detta hindrar inte att förslaget om en bred politisk uppgörelse om ökad stabilitet kan vara rimligt, liksom förslaget om att tydliggöra vilka myndigheter och andra aktörer som ska ansvara för detta.
10. *Förändring av hälso- och sjukvårdslagen.* Två förändringar av hälso- och sjukvårdslagen föreslås, i form av två tillägg. Det första är att ett krav på att hälso- och sjukvården samverkar med patientens arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen införs, både om patienten är sjukskriven eller om sådan samverkan kan antas förhindra sjukskrivning, förutsatt att patienten går med på detta. Den andra är införandet av krav på att hälso- och sjukvården gör en behandlings- och rehabiliteringsplanering för återgång i arbete.

KI är tveksam till om det behövs särskilda tillägg i hälso- och sjukvårdslagen för detta. I hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf framgår det att god vård på lika villkor ska ges. I detta ingår det att ta fram en långsiktig handlingsplan – vare sig patienten är i arbetsför ålder eller inte och vare sig det är rimligt att patienten någonsin kommer att kunna försörja sig helt eller delvis på dagens arbetsmarknad, med hänsyn till sitt hälsotillstånd. Hälso- och sjukvården ska alltid samverka med andra aktörer när detta behövs, vare sig det rör kommunen, rättsväsendet, länsstyrelsen, skola eller annan utbildningsgivare, etc. Om ett sådant tillägg införs, bör det även innehålla en text om 'och andra relevanta aktörer', dvs, inte bara gälla arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Flera andra myndigheter och aktörer kan vara aktuella för dessa patienter.

11. *Tidig upptäckt inom hälso- och sjukvården av stödbehov för återgång i arbete och användande av återgång i arbete som utfallsvariabel i utvärdering av hälso- och sjukvårdens verksamhet.* Utredningen konstaterar att "Återgång i arbete bör vara en av de

avgörande indikatorerna för hälso- och sjukvårdens arbete” (sid 499). Fokus i utredningens del 3 och 4 är i stor utsträckning på återgång i arbete. Utredningens förslag om att använda återgång i arbete som ett effektmått för sjukvården kan diskuteras. Rimligen bör då även andra liknande utfallsmått, såsom andel personer med olika typer av diagnoser som är eller blir sjukskrivna respektive får sjuk- eller aktivitetsersättning i olika grad och med olika varaktighet användas som effektmått. För närvarande finns det dock långt över hundra olika mått på sjukfrånvaro i litteraturen, och de olika måtten ger ofta olika resultat, även när de baseras på samma data. Som SBU konstaterat är forskningsområdet ännu metodologiskt outvecklat och behovet av beaktande av vilka mått som ska användas är stort<sup>[8]</sup>. På motsvarande sätt är antal olika mått för arbetsåtergång vid sjukfrånvaro också mycket stort och behöver problematiseras i detta sammanhang. Aspekter som behöver beaktas är till exempel: hur länge ska en person ha återgått i arbete för att ingå bland dem som ska räknas? En dag, en vecka, ett år? Hel- eller deltid? Räknas även att blir studerande eller arbetslös? Hur hantera de som valt att gå i förtida ålderspension i dessa data?<sup>[9]</sup> Ett effektivt sätt att få ”bättre” siffror om andel av en enhets patienter som återgår i arbete är ju t.ex. att sjukskriva fler personer som kanske annars inte skulle sjukskrivits - denna typ av möjliga konsekvenser av att införa olika utfallsmått måste beaktas och problematiseras, vilket inte gjorts i utredningen. Ännu mer problematiskt blir detta avseende operationalisering av effekt av kontakter med patienter som ännu inte är sjukskrivna.

Även möjligheten till ’öppna jämförelser’ mellan vårdgivare av statistik för återgång i arbete behöver problematiseras. Patienters möjligheter att hitta alternativa jobb om arbetsförmåga är nedsatt pga. ohälsa är ju t.ex. oftast större i stora städer och inte självklart relaterat till åtgärder vidtagna från hälso- och sjukvården. Antalet och andelen personer över 65 och 70 års ålder som förvärvsarbetar ökar ständigt<sup>[10]</sup>, och kunskapsunderlag om relevanta åtgärder för att stötta detta behövs också.

I utredningen föreslås även att för patienten som studerar och som är sjukskrivna eller riskerar att behöva bli det, ska hälso- och sjukvården kontakta utbildningsanordnaren. Aspekter av detta och utbildningsanordnarens roll behöver utredas mer. Det är även oklart med hantering av de fall där patienten har en tidsbegränsad anställning.

Det är i detta sammanhang viktigt att beakta att en hel del av hälso- och sjukvårdens patienter ännu är för unga för att yrkesarbeta, och i vissa fall även för unga för att gå i skolan. En annan stor grupp patienter kommer aldrig, på grund av sjukdomen eller skadan de får vård för, att kunna försörja sig genom arbete. En mycket stor andel av patienterna är äldre och har sedan länge gått i ålderspension. Alla patienter ska erbjudas god vård på lika villkor, det vill säga, oberoende av om de försörjer sig genom arbete eller kan antas kunna få sådan försörjning i framtiden eller ej.

12. *Statliga medel till landstingen samt landstingens koordinering av åtgärder för återgång i arbete.* Utredningen menar att staten även fortsättningsvis, till exempel genom den så kallade ”sjukskrivningsmiljarden”, ska stödja landstingens prioritering av sjukskrivningsfrågorna och att denna resurstilldelning ska vara mer långsiktig jämfört med vad som varit fallet med tidigare överenskommelser. KI stödjer detta och anser det särskilt viktigt att denna resurstilldelning beslutas långsiktigt så att landstingen får möjlighet till framförhållning i sin planering. KIs bedömning är att sjukskrivningsmiljarden haft stor betydelse för att landstingen i större utsträckning har hanteringen av patienters sjukskrivning på agendan på samtliga organisatoriska nivåer inom hälso- och sjukvården, vad gäller kompetens, intern och extern samverkan, administrativa förutsättningar för ett optimalt arbete, etc. KI bedömer dock att det är långt kvar innan detta leds och styrs som en ordinarie del av hälso- och sjukvårdens verksamhet. En förlängning av sjukskrivningsmiljarden kan vara ett sätt att främja optimal hantering av patienters sjukskrivning. KI anser då att fokus

bör vara på ledning och styrning av frågorna, på stöd till linjen i arbetet med detta, på kvalitetssäkring, jämställd sjukskrivning, administrativa förutsättningar och den interna samverkan mellan olika kliniker<sup>[4]</sup>. Medel för studier av effekter av detta bör avsättas och landstingen bör även åläggas att dokumentera de många olika åtgärder som vidtas så att dessa kan bidra till att kunskapsläget förstärks.

Utredningen menar också att ytterligare resurser från staten ska tillföras landstingen för att öka landstingens satsningar på återgång i arbete, framförallt genom införande av en funktion för *koordinering av åtgärder i sjukskrivningsärenden*, till exempel när det gäller kontakter med patienters arbetsgivare. KI bedömer också detta som positivt, men ser även här ett mycket stort behov av forskning och utvärdering. Antalet vetenskapliga studier av god kvalitet på området är mycket begränsat och med tanke på den stora satsning på detta som föreslås bör medel avsättas för vetenskapliga studier av satsningen, bland annat av effekter av olika typer av koordinering. Vad som ska koordineras och vad koordinatorsfunktionen ska innebära är mycket oklart beskrivet i utredningen. De landsting som i vissa av sina mottagningar och kliniker har sådana koordinatörer har utformat detta på mycket olika sätt<sup>[11]</sup>, och effekter av detta liksom stöd till och kompetensutveckling av dem, behöver ses över och utvecklas.

Beaktas bör även att denna typ av statlig styrning av landstingens verksamhet inte alltid ses som något positivt i landstingen<sup>[4]</sup>.

13. *Öppna jämförelser av sjukskrivningar*. KI ser positivt på förslaget att ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Försäkringskassan och landstingen utveckla öppna jämförelser för sjukskrivningar och om effekter av åtgärder för återgång i arbete. Här är det av yttersta vikt att dokumentation av vidtagna åtgärder och av de patienter de används för, respektive inte används för, görs på en sådan detaljerad nivå att slutsatser kan dras av dem. Här behövs samverkan med forskare från olika vetenskapliga discipliner. De få studier som hittills genomförts, kritiserar bl.a. för att i stor utsträckning vara så kallad 'black-box' forskning, dvs. det framgår sällan vilka åtgärder som faktiskt vidtagits för enskilda patienter och när i processen de vidtagits. Att endast registrera en övergripande åtgärd såsom "case manager" eller "KBT" är närmast jämförbart med att i en studie säga att patienten 'fått medicin' utan att tydliggöra vilken typ av läkemedel, dosering, duration, etc. När det gäller sammanställning av sjukfrånvarodata, för adekvata ställningstaganden till sjukskrivningslängder etc., bör dessa data vara diagnosspecifika samt relateras till andel i baspopulationen, dvs. andel personer i en viss ålder och andel av dem som har en viss diagnos. Se även ovanstående punkt 11 avseende typ av mått på såväl sjukfrånvaro som återgång i arbete.

KI menar även att man långsiktigt bör bedöma möjligheten att göra liknande öppna jämförelser mellan olika företag och arbetsplatser. Detta arbete bör genomföras i samverkan med Arbetsmiljöverket och liksom ovanstående följas vetenskapligt.

14. *Uppföljningsansvar istället för samordningsansvar för Försäkringskassan*. Utredningen vill förtydliga samtliga berörda myndigheters ansvar för att samverka med varandra i sjukskrivningsärenden och vill dessutom förändra Försäkringskassans nuvarande samordningsansvar till ett uppföljningsansvar och ge hälso- och sjukvården ett större ansvar när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. KI menar att förtydliganden behövs när det gäller olika aktörers ansvar, befogenheter och möjligheter. KI ser det som positivt att uppföljningsansvaret ligger hos Försäkringskassan, då ingen annan aktör har överblick över en persons sjukskrivningshistorik. Svårigheter och möjligheter i olika samverkansformer behöver granskas vetenskapligt, vare sig den föreslagna förändringen genomförs eller ej.



Utredningen konstaterar att Försäkringskassan ofta alltför sent i ett sjukskrivningsfall utrett om ytterligare åtgärder behövs för att kunna främja återgång i arbete. Detta är en organisatorisk fråga, som delvis torde kunna lösas med annat upplägg och förbättrad kompetens inom Försäkringskassan. Försäkringskassan har dock för närvarande inte möjlighet att gå in i ärenden innan en patient är sjukskriven eller för anställda under de första veckorna. Här har hälso- och sjukvården en central roll, liksom arbetsgivare och Arbetsförmedlingen, i att arbeta förebyggande. Det är dock centralt att beakta att hälso- och sjukvården inte, på samma sätt som Försäkringskassan, har kunskap om patientens tidigare sjukfrånvaro eller om patienten är sjukskriven av en annan läkare. Försäkringskassan kan alltså agera betydligt tidigare i ett fall utifrån sjukfrånvarohistorik.

15. *Utveckling av Arbetsförmedlingens insatser och uppföljning för arbetslösa med ohälsa.* Utredningens förslag baseras på den förskjutning som redan skett i riktning mot ett större ansvar för Arbetsförmedlingen att stödja personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av ohälsa. Det innebär också att, om individen medger det, Arbetsförmedlingen ska kunna ta direktkontakt med hälso- och sjukvården och andra rehabiliteringsaktörer för att främja återgång i arbete. Detta är enligt KI:s uppfattning helt rimligt.
16. *Bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen.* Utredningen föreslår att den bortre gränsen i sjukförsäkringen ska avskaffas, när de förstärkta insatserna för återgång i arbete är införda. Det vetenskapliga underlaget för att avskaffa den bortre tidsgränsen är mycket bristfälligt. De få studier som finns tyder på att tidsgränserna håller nere sjuktalet och att de ökar både de sjukskrivnas och myndigheternas ansträngningar för en återgång i arbete. Såväl utredningen som en aktuell studie från Inspektionen för socialförsäkringen visar också att ett av skälen till att sjukfrånvaronivåerna nu ökar är att Försäkringskassans följsamhet mot tidsgränserna i sjukförsäkringen har blivit mer bristfällig<sup>[12]</sup>. KI anser att den principiella frågan gäller i vilken grad sjukförsäkringen ska omfatta extremt långa sjukskrivningsfall (för närvarande mer än 900 dagar) eller om sådana snarare hör hemma inom systemet för sjuk- och aktivitetsersättning, där ju arbetsförmågan också återkommande ska utvärderas. I den mån arbetsförmågan i långvariga sjukskrivningsfall inte kan betraktas som stadigvarande nedsatt utan snarare hänger samman med att det inte finns några arbeten som motsvarar den försäkrades arbetsförmåga är användande av sjukförsäkringen också problematisk och problemet ligger då snarare inom Arbetsförmedlingens område. Denna syn redovisas också noggrant i utredningen när det gäller utvecklingen av Arbetsförmedlingens insatser för arbetslösa med ohälsa. Om utredningens bedömning är riktig, att de förstärkta insatserna för återgång i arbete kommer att få effekt är det också rimligt att räkna med att mycket få individer kommer att nå den bortre gränsen i sjukförsäkringen och det därmed inte finns något skäl att avskaffa den. KI anser att en rimligare lösning än att avskaffa den bortre tidsgränsen är att i princip följa samma logik för tidsgränser som inom arbetslöshetsförsäkringen. Den innebär att ersättningsnivån blir något lägre vid långa ersättningsperioder. I detta fall skulle det innebära att ersättningen i sjukskrivningsfall som blir längre än 180 dagar blir ca 70 % av tidigare inkomst, vilket ligger närmare ersättningsnivån i sjuk- och aktivitetsersättningen. Detta skulle göra ersättningssystemen inom sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen mer likartade vilket vore att föredra med hänvisning till möjliga ekonomiska incitament till att vara sjukskriven.

En översyn bör även ske vad gäller de tidsgränser som nu finns inom den så kallade rehabiliteringskedjan; 90, 180 respektive 364 dagar. Är dessa tidsgränser optimala? Eller borde de gränserna ligga betydligt tidigare? De exempel som utredningen ger från tidsgränser i flera andra länder tyder genomgående på detta, något som skulle kunna undersökas vetenskapligt i Sverige, t.ex. genom att olika gränser används i olika landsdelar. Som framgår i ovanstående tyder bland annat en studie av Inspektionen för

socialförsäkringen även på att när Försäkringskassan nu inte håller dessa gränser har sjukpenningtalet ökat<sup>[12]</sup>.

17. Utredningen menar även att *Försäkringskassan ska förstärka samverkan med Arbetsförmedlingen* och att sådan samverkan ska initieras tidigare än nu i ett sjukskrivningsfall. Den gräns man nämner är att detta ska ske senast efter 15 månaders sjukskrivning, med tillägget, ”om inget talar däremot”. KI anser att 15 månader i de flesta fall torde vara alltför sent i ett sjukskrivningsfall och att sådan samverkan borde kunna initieras betydligt tidigare i ett sjukskrivningsfall, där det står klart att återgång till ordinarie arbete inte är troligt eller om patienten inte har ett arbete att återvända till. Återigen vill KI trycka på behovet av kunskap om betydelsen av att sätta sådana tidsgränser vid en viss nivå.
18. *Investeringar i långsiktig kunskapsuppbyggnad*. Utredningens förslag på denna punkt är mycket torftiga. Utredningen föreslår, som nämnts i föregående avsnitt, tillskapandet av en databas, troligen baserad på de data som Försäkringskassan, Statistiska Centralbyrån och andra, såsom Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen är ansvariga för att insamla. Vidare föreslås att Försäkringskassan årligen ska göra en rapport. Inget sägs om behovet av vetenskaplig forskning, utvärdering eller systematiska uppföljningar eller om SBUs (statens beredning för medicinsk utvärdering) möjliga roll. Ännu mer problematiskt är att utredningen inte alls försöker bedöma eller prioritera kunskapsbehoven eller analysera hur dagens kunskapsläge ser ut och vilka organisatoriska, finansiella och vetenskapliga utmaningar som finns. Utredningen nämner inte heller de behov av vetenskaplig kompetens inom sjukförsäkringens område som finns.

Det räcker inte att tillförsäkra forskningsunderlag, till exempel i form av databaser, om Sverige inte samtidigt ser till att forskare med vetenskaplig kompetens inom relevanta områden finns. SBU visade år 2003<sup>[8]</sup> att merparten av studier inom området har otillräcklig eller låg vetenskaplig kvalitet, de flesta forskarna som publicerat studier hade bara gjort en eller ett par studier inom området, flera doktorander inom området var handledda av forskare som inte kunde de specifika teori- och metodaspekter som är aktuella, etc. För att bygga upp sådan vetenskaplig kompetens behövs långsiktiga forskningsmiljöer med en stabil grundfinansiering. Detta behövs även för att såväl dra till sig men framför allt för att behålla duktiga forskare inom området. KI menar att det är helt nödvändigt att se över dessa frågor och att det kan vara lämpligt att ge t.ex. Forte ett särskilt uppdrag att genomföra en sådan inventering och ge förslag om hur Sverige kan tillförsäkra sig såväl vetenskaplig kompetens som kunskap inom området. Forte (då FAS) fick år 2011 i uppdrag att ta fram ett förslag till en samlad forskningsstrategi för Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd, och gjorde då ett mycket gediget arbete med att ta fram underlag för förslaget. Försäkringsmedicin var ett av de områden som Forte ansåg det särskilt viktigt att satsa på, och det enda område som nämndes på så specifik nivå<sup>[13]</sup>.

19. KI håller även med om att det *behövs bättre förutsättningar för en likformig tillämpning av socialförsäkringarna*. KI vill i detta sammanhang trycka på det stora behovet av vetenskaplig grund för utvecklande och testning av instrument för att bedöma grad av nedsättning av arbetsförmåga. Det har i Sverige utvecklats flera sådana instrument (Sassam, LNU, TMU, AFU). Sverige bör, i likhet med vad som nu sker i flera andra länder, satsa på vetenskaplig utvärdering av dem - här tenderar Sverige nu att hamna på efterkälken<sup>[14]</sup>.
20. Rätten till ersättning inom sjukförsäkringen ska baseras på begränsningen i arbetsförmåga och inte på vilken sjukdom individen har. Det innebar att diagnosen inte bör avgöra ersättningsnivån. KI beklagar att utredningen inte alls behandlar den regel i sjukförsäkringen som nyligen infördes, som innebär att personer med vissa sjukdomar får högre ersättning än de med andra sjukdomar, om sjukskrivningsfallet överstiger 365 dagar. Denna regel går

emot samtliga grundprinciper i sjukförsäkringen om att det är grad av nedsättning av en persons arbetsförmåga/försörjningsförmåga som ska bedömas och kunna ge rätt till ersättning – inte vilken typ av sjukdom eller skada som lett till denna nedsättning av försörjningsförmågan. KI är nu, liksom i tidigare remissvar, kritisk till att vissa sjukdomar innebär högre sjukpenning.

21. När det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan visar flera rapporter och studier att det finns en stor förbättringspotential, på olika strukturella nivåer. Här behövs mer kunskapsunderlag och bättre försäkringsmedicinsk kompetens för att kunna hantera dessa försäkringsmedicinska frågeställningar.

#### **Del 4; En mer rättssäker arbetsskadeförsäkring**

Till skillnad från utredningens ovanstående förslag om sjukförsäkringen, är utredningens förslag kring arbetsskadeförsäkringen mer forsknings- och kunskapsbaserad, vilket KI ser som mycket positivt. Det gäller förslag om att tillsätta en utredning om ett nytt bedömningsstöd, en förteckning över arbetsskadesjukdomar, tillsätta ett arbetsmedicinskt råd, genomföra kunskapssammanställningar vid SBU och satsning på långsiktig forskning. Det *arbetsmedicinska rådet* ska även identifiera kunskapsluckor inom befintlig forskning och verka för mer forskning på dessa områden samt se till att den vetenskapliga kunskapen används i försäkringen. *Denna typ av förslag hade varit önskvärda även vad gäller sjukförsäkringen.*

Utredningen föreslår även en satsning på långsiktig forskning inom arbetsskadeområdet. En permanent sådan funktion ska inrättas och tyngdpunkten ska vara att förbättra kunskapen om kvinnors arbetsmiljö och arbetsskador. KI ställer sig bakom behovet av sådan forskning och långsiktiga sådana forskningsenheter. KI håller även med om att behovet av kunskap om kvinnors arbetsmiljöer och arbetsskador är särskilt eftersatt.

Dessutom pekar utredningen på behovet av att *utveckla en sammanhållen statistik över arbetsmiljö och arbetsskador*. Med denna statistik som underlag ska bland annat också de totala samhällskostnaderna för arbetsskador och dålig arbetsmiljö kunna analyseras. Det framgår inte av utredningen vilken organisation som ska ha huvudansvar för den sammanhållna statistiken, men KI anser att det bör ligga hos den organisation som får ansvar för den föreslagna särskilda forsknings- och utvärderingsfunktionen. Idag ansvarar Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån (SCB) för att ta fram olika delar av sådan statistik utan att man för den skull utnyttjar den gemensamt. En samordning av arbetsmiljöstatistiken, arbetsskadestatistiken, och sjukfrånvarostatistiken samt kostnader för läkemedel, rehabilitering, behandling, omsorg, domstolskostnader etc. både på samhälls-, arbetsgivar- och individnivå skulle innebära stora fördelar. De möjliga problem som kan finnas när det gäller sekretess och kombination av olika typer av data behöver beaktas, men kan hanteras genom aidentifiering och anonymisering. KI noterar att utredningens förslag inom detta område i betydligt högre grad än när det gäller sjukförsäkringen är forskningsbaserade.

#### **Referenser**

1. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
2. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

3. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
4. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin: Karolinska Institutet, 2013.
5. Unik kunskap genom registerforskning. Betänkande av registerforskningsutredningen. SOU 2014:45. Stockholm: 2014 SOU 2014:45
6. Swedish registers a unique resource for health and welfare. Stockholm: 2013.
7. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2010.
8. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003.
9. Elfving B, Asell M, Ropponen A, Alexanderson K. What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation? *Disabil Rehabil.* 2009;31(16):1318-27.
10. Marklund S, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU 2013:14, 2013.
11. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S, Edlund C, Janlert U, Bernspång B. ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.
12. Tidsgränserna i sjukförsäkringen. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen, 2015.
13. Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd - En samlad forskningsstrategi. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, 2011.
14. Petersson I, Fors Almassidou B, Lönngren E. För kvalitet - Med gemensamt ansvar. Stockholm: 2015 S2015:17.