



2024-02-29

Till Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se
Dnr (S2023/02549)

Remissvar: Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har 67 medlemsföreningar/sektioner, som till stor del sammanfaller med läkares specialitetsindelning och cirka 34 000 föreningsanknutna medlemmar. Därtill har SLS individuella medlemmar. I beredningen av denna remiss har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner *Föreningen för arbets- och miljömedicin, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa, Svensk Geriatrisk Förening, Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, Svensk Medicinsk Audiologisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening och Svensk Plastikkirurgisk Förening*. Därtill har svar inkommit från SLS associerade förening *Försäkringsmedicinska Sällskapet*. Dessa yttranden bifogas i sin helhet.

Allmänt om betänkandet

Utredningens förslagsavsnitt är omfattande. Utredningen skriver att problemen inte kan lösas genom enstaka åtgärder utan att det krävs en bred ansats. SLS välkomnar att utredningen lyfter fram läkares förutsättningar och vikten av kompetensutveckling. Samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är en ständigt aktuell fråga och en förutsättning för en väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, för den enskilde helt avgörande. SLS konstaterar samtidigt att utredningens förslag och bedömningar inte är av karaktären skarpa förslag i betydelsen regeländringar eller att de kan införas inom en snar framtid, utredningen föreslår nya regeringsuppdrag och en utredning.

SLS menar att resurser främst bör satsas på läkares medicinska bedömningar och kompetensutveckling för att det ska bli så rätt som möjligt från början för både patientens rehabilitering och för jämlikt och hållbart användande av sjukvårdens resurser. Det har visats såväl praktiskt och vetenskapligt att med medicinsk bedömning som utgångspunkt för salutogent teamarbete åstadkoms stärkt organisatorisk förmåga att hjälpa människor att bibehålla och eller återta arbetsförmåga. Sjukskrivning ska användas på korrekt indikation men när sjukdom inte förklarar

lidande och nedsatt arbetsförmåga, bör läkaren avstå från att sjukskriva och istället, tillsammans med andra professioner, hjälpa patienten att återta funktion. Med utgångspunkt i den medicinska bedömningen, rätt förutsättningar och salutogen inriktning kan mer ändamålsenligt stöd erbjudas. Dessutom kan hälsoproblem som följer av långtidssjukskrivningar undvikas. Bland många konkreta exempel kan nämnas hur en vårdcentral i VGR genom satsningar av alla medarbetare minskat sjukskrivningar, och även tydligt förbättrat återgång till tidigare funktion (Närhälsan, Partille)

SLS vill även lyfta resursbehovet och menar att tillfälliga statliga satsningar leder till en ryckighet i verksamheten, och att mer hållbara lösningar krävs. **SLS anser därför** att ett kraftfullt fortsatt arbete för att stärka primärvården är grundläggande för att möjliggöra en adekvat sjukskrivningsprocess. Inom primärvården sker en stor del av det svåra sjukskrivningsarbetet, och det är därför rimligt att insatsen främst bör riktas till en adekvat förstärkning av resurser och skapande av bättre samverkan med sjukhusbundna verksamheter. Att öka tillgången till fasta kontakter i vård och omsorg med den fasta läkarkontakten som en central funktion är nödvändig även för ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen. Utredningen tar upp detta, men hade kunnat framföra tydligare råd för hur det skall genomföras.

5.1 Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkringen

5.1.1 Tydlighet och förståelse gällande parternas roller och bedömning av arbetsförmågens nedsättning

5.1.2 Samlad information om sjukförsäkringen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

SLS ser att det kan finnas skäl att tydliggöra och skapa förståelse för läkarens dubbla roller, men saknar den djupare diskussion och problematisering som skulle kunnat bidra till detta. Tre av våra föreningar utvecklar detta närmare; *Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa*, *Svensk Förening för Allmänmedicin* och *Försäkringsmedicinska sällskapet*

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa och *Försäkringsmedicinska sällskapet* har snarlika synpunkter. Det är olyckligt att utredningen inte tydligare problematiserar den möjliga konflikt som kan uppstå på grund av läkarens dubbla roll och uppgift; som sakkunnig och som behandlare. I utredningen är inte gränserna alltid tydliga mellan dessa båda roller. *Försäkringsmedicinska sällskapet* saknar en tydligare beskrivning av hur utredningen definierar begreppet försäkringsmedicin eftersom detta område är centralt för utredningens bedömningar och förslag. De avstyrker förslaget. (se bilaga).

Svensk Förening för Allmänmedicin hade gärna sett en fördjupad diskussion, problematisering och förtydligande kring diskrepansen mellan sjukpenning som inkomstbortfallsförsäkring och sjukskrivning som sjukdomsbehandling (se bilaga).

SLS vill se ett stärkt fokus på den medicinska bedömningen och förutsättningar för läkaren att ta hänsyn till patientens hela situation i sin medicinska bedömning. Därav kan sjukskrivande läkare tillsammans med andra aktörer stötta patienten att återta funktion oavsett om sjukdom föreligger eller om andra livssituationsproblem helt eller delvis förklarar patientens svårigheter. Detta är i linje med befintligt nationellt kunskapsstöd för försäkringsmedicin och rehabilitering. En resursförstärkt

primärvård, organiserad med en infrastruktur för personcentrerat arbete, utgående ifrån listning på fast läkare erbjuder kontinuitet i patient-läkare-kontakten, och kan därför tydligare ta avstamp i medicinska ställningstaganden och i större utsträckning göra kloka kliniska val, även i relation till sjukskrivningsbedömningar.

5.2 Effektiv och ändamålsenlig informations- och intygshantering

5.2.1 Uppdrag att klarlägga behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden

SLS är positivt till att informationsöverföringen via intyg ses över. SLS vill avseende denna fråga särskilt betona vikten av att ha med användarperspektivet, vilket sker om representanter från de mest berörda SLS föreningarna används som sakkunniga när mer ändamålsenliga läkarintyg ska utformas. I utredningen nämns enbart myndigheter och ”relevanta aktörer från hälso- och sjukvården” samt arbetsmarknadens parter. Utöver det fackliga perspektivet för involverade professioner som lyfts fram av t ex SLF (fokus på läkaren arbetsmiljö) så har SLS med sitt fokus på etik, vetenskap, utbildning och kvalitet en avgörande roll i det arbete framåt som syftar till tydligare fokus på medicinsk vetenskap som utgångspunkt i sjukskrivningssammanhang.

5.2.2 Förenklat intygande i korta sjukskrivningar

SLS tillstyrker förenklat intygande vid korta sjukskrivningar. Även här vill SLS betona vikten av att användarperspektivet ligger i fokus. Med det menar vi – som ovan nämnt – involvering av relevanta SLS föreningar. Det är samtidigt väsentligt att beakta de risker som förenklade intyg för med sig, vilket försäkringsmedicinska sällskapet lyfter i sitt svar. De skriver även att redan idag kan läkare skriva korta standardiserade utlåtanden i enklare fall (se bilaga). Minskat administrativt arbete genom förenklat intygande frigör tid för läkares övriga administration och medicinska förkovran, vilket bör gagna annat patientarbete såsom bättre rehabilitering av de långtidssjukskrivna.

5.3 Välfungerande samarbete för återgång i arbete

5.3.1 Lagen om koordineringsinsatser bör utvärderas och förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare.

SLS stödjer förslaget om att lagen ska utvärderas och följas upp. Föreningen för socialmedicin och folkhälsa liksom Försäkringsmedicinska sällskapet har i sina svar kommenterat att rubriken är något olycklig då kunskapsläget om samarbetet mellan hälso- och sjukvård och arbetsgivare är ofullständigt och att de inte helt delar utredningens något positiva skrivning om att förstärkt samarbete leder till snabbare återgång i arbete (se bilaga).

5.3.2 Skapa förutsättningar för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna

SLS delar uppfattningen om att informationsöverföring behöver vara effektiv, men vill framhålla vikten av den enskildes integritet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. SLS menar att det i denna fråga är behövs en statlig utredning med bred representation från bl a relevanta föreningar inom SLS och involvering av etikdelegationen och patientföreningar. *Föreningen för arbets- och miljömedicin* lyfter även fram företagshälsovården (bilaga).

5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete

SLS stödjer förslaget.

5.3.4 Kvalitetssäker företagshälsovård är viktig vid arbetsplatsinriktad rehabilitering och kompetensförsörjningen behöver säkras

SLS delar bedömningen att det finns behov att vidta åtgärder för säkerställande att kvalitetssäkrad företagshälsovård anlitas i en utsträckning som motsvarar det faktiska behovet. Se svaret från *Svensk Förening för Allmänmedicin* som utvecklar hur primärvården påverkas av bristen på företagshälsovård (bilaga). *Föreningen för arbets- och miljömedicin* framhåller att företagsläkare/arbetsmedicinare oftare har kontakt med arbetsplatsen och kännedom om arbetsmiljö och vad olika yrken ställer för krav på medarbetarna, vilket underlättar bedömningen av arbetsförmåga, och också lättare kan stötta både patient och dennes arbetsgivare i rehabiliteringsprocessen.

Vi har tidigare påpekat att stor andel av sjukskrivningarna sker i primärvården, som på många håll plågas av brist på resurser och avsaknad av tillräckligt många fasta allmänläkarspecialister, fast vilket hindrar kontinuitet i patient-läkar-kontakten. Allmänmedicin är en bristspecialitet och Nationella Vårdkompetensrådet föreslår att en mycket kraftfull nationell satsning på ST-i allmänmedicin görs snarast. Med en utbyggd primärvård – där tillgången till fast läkarkontakt är säkrad och antalet människor per läkare dimensionerats enligt Socialstyrelsens riktvärde 1/1100 – kommer förutsättningarna att samverka med andra aktörer stärkas. Här kan då även, arbetsgivare inkluderas vid komplexa sjukskrivningsfall. En utveckling av långsiktigt salutogent personcentrerat arbete kan då genomföras i det sammanhang där individen lever sitt liv. Specialister i arbets- och miljömedicin kan komplettera arbetet med sin kompetens inom företagshälsovård. **SLS anser** att utbildning av specialister i arbets- och miljö-medicin behöver prioriteras balanserat mot utbildning i allmänmedicin. Den avgörande frågan blir: Hur många specialister i arbetsmedicin behövs i relation till antalet specialister i allmänmedicin för att åstadkomma största möjliga samhällsnytta?

5.4 Säkrad försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap,

5.4.1 Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården

SLS avstryker förslaget om att inom Socialstyrelsen tillskapa ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården. Skäl till detta framhålls av våra föreningar; *Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa* liksom *Försäkringsmedicinska sällskapet* vilka ser en risk för att ytterligare en nationell administrativ struktur byggs upp när det troligen ger mer effekt i att satsa på utbildning av professionerna. *Svensk Förening för Allmänmedicin* anser att förslaget om ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin riskerar att svälja resurser utan att tillföra något till verksamheterna/vårdgolvet, och att det räcker att utveckla regionala specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter. Redan idag finns försäkringsmedicinska kommittéer i alla regioner och fungerande nätverk för försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare. Dessutom hanteras försäkringsmedicin inom Regionernas system för Kunskapsstyrning av NPO rehabilitering och försäkringsmedicin. Att skapa ytterligare nytt övergripande centrum innebär att resurser styrs från det patientnära arbetet. Ett intressant alternativ som skulle kunna lyftas fram är fortbildning i beteendemedicin för vårdprofessioner som hanterar sjukskrivningsärenden. Önskvärda och bestående effekter med sjunkande sjuktal och snabbare återtagande av funktion för patienter och förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonal har visats av *Kadowaki et al 2021*. Exemplet Närhälsan i [Partille](#) som nämns ovan har utformats med stöd i denna studie.

5.4.2 Specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin

SLS har ingen invändning mot att utbildningsmålen för försäkringsmedicin i läkares specialiseringstjänstgöring ses över. I målbeskrivningen för Socialmedicin och Folkhälsa finns

försäkringsmedicin ur systemperspektiv med i delmål c 5. Många andra specialiteter har ett gemensamt delmål STb3 som handlar om försäkringsmedicin rörande den enskilda patienten. **SLS är tveksamma** till att göra försäkringsmedicin till en tilläggsspecialitet men har ingen invändning mot att frågan utreds vid en bredare översyn av specialitetsindelningen.

5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna

SLS är positivt till fortsatt utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet inom regionerna. Inom nationellt system för Kunskapsstyrning finns redan ett nationellt programområde som inkluderar försäkringsmedicin och som till gagn för patienterna syftar till att stärka kompetensen att hantera sjukskrivningsärenden och jämna ut regionala skillnader. Det finns även regionala programområden och expertgrupper som hanterar övergripande frågor, identifierar gap och prioriterar utvecklings- och utbildningsinsatser i regionerna. **SLS ser risker** med utredningens förslag om statliga stimulansmedel med överenskommelse, då det riskerar leda till en ryckighet i verksamheten, och efterfrågar mer långsiktigt hållbara lösningar. **SLS avstyrker** att resurser tas från överenskommelsen om god och nära vård då den i första hand behöver leda till ökad tillgänglighet till fasta kontakter i vård och omsorg, vilket utgör förutsättningen och infrastrukturen för personcentrerat arbete. Medel riktade till utveckling av det försäkringsmedicinska området skulle istället kunna omprioriteras inom den så kallade Kunskapsstyrningen och de strukturer som byggts upp i detta system.

5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling

SLS anser att forskningsmedel bör riktas till studier med potential att generera nytta och stöd för människor med nedsatt arbetsförmåga, oavsett om orsaken är sjukdom (och sjukskrivning kan bli aktuell) eller någonting annat som inte är sjukpenninggrundande, snarare än nytta för inblandade aktörer.

Ämnet försäkringsmedicin handlar om gränslandet mellan olika aktörer och risk finns att fokus för forskningen hamnar utanför det som genererar patientnytta. Ska man vara patient om orsaken till att man inte mår bra inte förklaras av sjukdom? Det är känt att långa sjukskrivningar leder till ofrivillig ensamhet, vilket i sin tur leder till ohälsa och i förlängningen även sjukdom. Utredningen konstaterar att många års forskning inte genererat kunskap nog för aktörer att dra slutsatser kring hur metoder och processer bör utformas. Samtidigt saknas i stor utsträckning läkare som kan arbeta med kontinuitet i patientarbetet i primärvården där många komplexa sjukskrivningar hanteras.

Läkarens uppgift är i första hand att bedöma om sjukdom föreligger och om den i så fall leder till nedsatt arbetsförmåga, och då intyga att skäl för beviljande av sjukpenning föreligger. SLS ser att det idag saknas adekvat kunskap huruvida en återgång till ett mer renodlat uppdrag för läkare att bedöma och behandla inom det medicinska området och minskat fokus på bedömning av arbetsförmåga, skulle generera mindre rundgång i systemet och frigöra resurser för att faktiskt hjälpa människor till att återta funktion i livet – oavsett orsaken till nedsättningen. Utredningen har inte tillräckligt tydligt problematiserat bristen på kunskap om hur alternativa organisatoriska och juridiska processer rörande sjukskrivning kan förbättra resursanvändning och resultat för patient och samhälle.

5.5 Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner

5.5.1 Läkares förutsättningar behöver säkras

SLS håller med om bedömningen. Utredningen lyfter särskilt fram två statliga satsningar som kan påverka sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsens riktvärde för 1/1100 för antal patienter som en

specialist i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt för, och Nationella vårdkompetensrådets regeringsuppdrag att nationellt samordna och effektivisera kompetensförsörjningen. **SLS håller med om** att dessa är viktiga i sammanhanget.

5.5.2 Vårdgivare och huvudmän behöver skapa förutsättningar för professionerna genom ledning och styrning

SLS instämmer i bedömningen att läkarnas grundförutsättningar att klara sitt medicinska uppdrag behöver säkras. Med rimliga uppdrag ökar möjligheten för varje invånare att mötas av kunniga och yrkesskickliga läkare som kan göra kloka kliniska val tillsammans med sin patient. **SLS vill framhålla** vikten av goda förutsättningar för läkares yrkesutövande, och den medicinska bedömningen som utgångspunkt för varje åtgärd som initieras, inte minst sjukskrivningar.

SLS håller med om att kontinuerligt och systematiskt kvalitetsarbete gällande sjukskrivningsprocessen bör finnas, **och anser att** uppföljning mer uttalat bör ske genom *människonära kvalitetsdialog* – med vilket vi menar att vårdpersonal i en verksamhet kan granska sitt arbete i kollegial dialog och med inkludering av patienten och kännedom om dennes förutsättningar och preferenser. Den vårdpersonal som känner människan bakom uppföljningsmått har störst förutsättningar för att framgångsrikt också involvera patienten i att höja kvaliteten i vården, och därmed öka patientnyttan. Genom att tillgängliggöra egen relevant kvalitetsdata för vårdpersonal ökar även benägenheten att dokumentera på ett strukturerat sätt, vilket i sin tur leder till mer valida data för den nationella uppföljningen. Kliniknära kvalitetsarbete bör kompletteras med kliniknära forskning när kunskapsluckor identifieras. Därtill behövs nationell uppföljning via relevanta myndigheter men önskvärt vore att en större andel resurser för uppföljning styrdes till att möjliggöra mer kliniknära uppföljning.

SLS vill poängtera vikten av generellt goda förutsättningar för fortbildning. SLS anser att det behövs ett ordnat system för att säkra läkares fortbildning. SLS har därför tagit fram [en modell](#) för läkares fortbildning som utformas och ägs av professionen. SLS fortbildningsmodell bygger på fortbildningsplaner, dokumentation och uppföljning. Såväl den enskilde som arbetsgivaren har ett ansvar för att få till stånd en god fortbildning. Arbetsgivaren och chefer på olika ledningsnivåer ska göra den möjlig och ställa resurser till förfogande. Ansvaret för att personalen har adekvat kompetens ligger hos verksamhetschefen. SLS anser även att professionell revision, samt stöd till läkare att arbeta i ledningsfunktioner, kan bidra till att prioriteringar som görs, oftare är medicinskt välgrundade.

5.5.3 Nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar

SLS synpunkter framgår under 5.5.2.

5.5.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som del av god och nära vård

SLS delar bedömningen att flera åtgärder som vidtagits inom ramen för omställningen är viktiga för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner och att förutsättningarna behöver fortsätta utvecklas genom omställningen. Dock framgår i rapporten [Ordnat för omställning](#) (2023) av Myndigheten för vård och omsorgsanalys, som har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen, att mycket av arbetet inom omställningen hittills har bedrivits på strategisk nivå men utan synliga effekter i verksamheterna. **SLS vill** här lyfta fram Nationella vårdkompetensrådets förslag i [Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport](#) (2022) om statlig finansiering under fem år av ST i allmänmedicin.

Utredningen framhåller att primärvården tar ett stort ansvar för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och att det är en resurskrävande del av uppdraget som kommer att öka genom de initiativ som tas för att förstärka primärvårdens samordnande roll. Utredningen framhåller vidare att ett mer rehabiliterande fokus inom primärvården också ger effekter relaterat till sjukskrivning och arbetsåtergång. Detta behöver enligt utredningen beaktas vid utvecklingen av roll och bedömning av resursbehov. **SLS vill poängtera** vikten av balans mellan uppdrag och resurser och att nya resurser behöver tillföras för utökade uppdrag. Givetvis skall ökade resurser följas upp, så att en redan ekonomiskt pressad sjukvård inte får ökade kostnader utan visad effekt. I övrigt hänvisar vi till våra resonemang ovan.

5.6 Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem

5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling

SLS har ovan lyft vikten av att satsa resurser på läkares medicinska bedömningar och relevant kompetensutveckling. Det utesluter inte behovet av strukturer för nationellt samarbete.

Både *Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa* liksom *Försäkringsmedicinska sällskapet* poängterar betydelsen av att förstärka samarbetet på regional och lokal nivå.

5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet

SLS avstyrker förslaget mot bakgrund av våra synpunkter om vikten av att satsa resurser på läkares medicinska bedömningar och organisatoriska förändringar som stärker arbete inom främst primärvården. Det framgår av vår diskussion rörande andra av utredningens förslag, se ovan.

6. Konsekvenser

SLS avstyrker att stödet till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter tas från överenskommelsen om god och nära vård. Vi hänvisar till diskussion rörande andra av utredningens förslag, se ovan.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
Ordförande

Susanna Althini
Ledamot i SLS nämnd

Stella Cizinsky
Ledamot i SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner
Föreningen för arbets- och miljömedicin,
Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi,
Svensk Förening för Allmänmedicin,
Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa,

*Svensk Geriatrisk Förening,
Svensk Medicinsk Audiologisk Förening,
Svensk Ortopedisk Förening och
Svensk Plastikkirurgisk Förening.*

Därtill har svar inkommit från SLS associerade förening
Försäkringsmedicinska Sällskapet.

Rätt förutsättningar för sjukskrivningSOU 2023:48

Utredningen föreslår bland annat

ett brett paket av åtgärder för att skapa rätt förutsättningar för arbetet med sjukskrivning:

- att Försäkringskassan tillsammans med Socialstyrelsen i samråd med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården och arbetsmarknadens parter utvecklar läkarintyget så att det blir mer ändamålsenligt
- att myndigheterna utreder möjligheten till enklare intyg för sjukskrivningar som bedöms bli kortvariga utifrån ett tydligt förväntat medicinskt förlopp
- att det bör ses över om de koordinerande insatserna kan förstärkas att det utreds hur arbetssätt för att pröva förutsättningar att återgå i arbete under sjukskrivning kan införas
- att Socialstyrelsen bör utreda förutsättningarna för att etablera ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin som stöd för hälso- och sjukvården
- att Socialstyrelsen bör utreda införande av försäkringsmedicin som tilläggspecialitet inom läkares specialisttjänstgöring
- att staten via överenskommelsen om god och nära vård bör stödja utvecklingen av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet med multiprofessionell kompetens inom hälso- och sjukvården
- att Socialstyrelsen återkommande följer upp hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- att Försäkringskassan och Socialstyrelsen tillsammans med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården utvecklar formerna för det nationella samarbetet gällande gemensam utveckling som rör sjukskrivning och försäkringsmedicin
- att det tillsätts en nationell samordnare under begränsad tid, som agerar utifrån ett brett systemperspektiv, driver på utveckling och bidrar till löpande dialog mellan de ansvariga aktörerna och till regeringens förutsättningar att följa upp åtgärderna inom sjukskrivningsområdet

- att regionerna ska få ekonomiskt stöd på 160 mnkr via överenskommelsen om god och nära vård för att utveckla specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet.

ARM tackar för möjligheten att ge synpunkter på remissen.

Vi tycker att det i stort är bra förslag för att förbättra processen kring sjukskrivning och återgång i arbete. Det tarvas åtgärder på många fronter parallellt, för att det ska bli bra.

För att som läkare kunna göra en arbetsförmågebedömning med kvalitet krävs naturligtvis kunskap om Försäkringsmedicin och socialförsäkringen, men också kunskap om vilket yrke patienten har och vilka krav yrket ställer på funktionsförmåga, för att kunna ställa patientens resurser/bristande förmåga i relation till kraven.

Vi uppskattar också att det påpekas att Företagsläkare/Arbetsmedicinare kan vara en resurs i sammanhanget – de har oftare kontakt med arbetsplatsen och kännedom om arbetsmiljö och vad olika yrken ställer för krav på medarbetarna, vilket underlättar bedömningen av arbetsförmåga, och också lättare kan stötta både patient och dennes arbetsgivare i rehabiliteringsprocessen. Företagshälsovården är underutnyttjad i detta, och en reform med ett större obligatorium kunde kanske provas. Det krävs också en lösning av huvudmannaskapet och finansieringen av specialistutbildningen till Arbetsmedicinare.

Den gemensamma digitala plattformen som föreslås, bör även kunna inkludera Företagshälsovården, för att underlätta samarbete och kommunikation i rehabärenden, samt att hitta en smidig lösning för "remittering" mellan Hälso-och sjukvården och Företagshälsovården.

Från: Susanna Sandberg

Skickat: den 6 februari 2024 06:46

Till: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Ämne: Sv: Påminnelse remiss 2023:48 sjukskrivning

Hej Susann Asplund,
vi i SSDV, Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, tycker förslaget verkar vettigt och har inget att invända. Vi sjukskriver dock patienter i väldigt liten omfattning.

Vänligen
SSDV genom Susanna Sandberg, sekreterare

REMISSVAR
2024-01-29

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
10135 Stockholm

Susann.asplund@sls.se

Remissvar - Rätt förutsättningar för sjukskrivning – SOU 2023:48

Sammanfattande reflektioner:

Utredningen väljer att inte föreslå författningsändringar eller lämna förslag till ändrad ansvarsfördelning mellan aktörer, vilket bidrar till att göra utredningen i stort sett tandlös.

SFAM saknar en diskussion om de underliggande antagandena över huvud taget är legitima.

- **Att det på ett objektivt sätt går att bedöma förmåga till arbete**
- **Att det går att separera funktions- och aktivitetsnedsättning till följd av sjukdom från andra faktorer som inte får spela in**
- **Att förmåga till arbete över huvud taget avgörs av en individs sjukdomsdiagnos (-er), samt**
- **Att läkarintygets omfattning, och resurserna som åtgår för att skapa underlag för detsamma, skulle vara proportionerligt mot bedömningens precision.**

Sjukvården ska arbeta personcentrerat, men inte gällande sjukskrivningsärenden. För en läkare med helhetsperspektiv är det en självklarhet att en persons förutsättningar och omgivningsfaktorer påverkar arbetsförmågan och att varje diagnos har olika typ och grad av påverkan på olika individer, men detta skall anses irrelevant vid bedömning och kommunikation av arbetsförmåga till berörd myndighet.

SFAM hade gärna sett en fördjupad diskussion, problematisering och förtydligande kring diskrepansen mellan sjukpenning som inkomstbortfallsförsäkring och sjukskrivning som sjukdomsbehandling. De är inte alltid förenliga och vår erfarenhet är att det inte är tydligt klarlagt hur lagen ska tolkas och omsättas i den praktiska vardagen. Intyg skall till exempel skrivas om en patient inte kan arbeta på grund av sjukdom, men vad gäller om patienten inte vill medverka till nödvändig behandling och rehabilitering för att snabbare återgå till arbete? Patienten har enligt HSL rätt att avstå medicinska åtgärder, ska detta kopplas till risk för repressalier eller att vederbörande avsäger sig sin rätt till ersättning för inkomstbortfall?

Mer omfattande bedömningar och intyg, såsom läkarutlåtande (LUH) för sjukersättning, borde kunna åläggas extern aktör, till exempel Försäkringsmedicinska centra. Det är uppgifter förenad med betydande tidsåtgång och undanträngningseffekter, och de medför därför svåra prioriteringar mellan behov i den kliniska vardagen.

SFAM ifrågasätter att medel avsedda för omställning till God och nära vård ska gå till dessa ändamål. Resurser bör i så stor utsträckning som möjligt gå till att anställa allmänläkare på vårdcentralerna, så att dessa läkare var för sig kan axla uppdraget som fast läkare för en avgränsad lista med invånare.

Specifika kommentarer:

Sid 14. Variationer i styrsignaler avseende sjukförsäkringen har bidragit till variationer i bedömningar. För att åstadkomma stabilitet behöver arbetssätt och åtgärder bygga på kunskapsgrund.

- SFAM delar bedömningen. Tolkning och tillämpning av lagar ska inte styras av politiska agendor.

Sid 17. I särskilt komplexa sjukskrivningsfall där kompetensen hos ordinarie läkare och vårdgivare inte är tillräcklig bedömer utredningen samtidigt att det bör finnas möjlighet att remittera sjukskrivna personer till verksamhet med specialiserad försäkringsmedicinsk och multiprofessionell kompetens. Sådan verksamhet behöver utvecklas och utvärderas.

- SFAM delar bedömningen, men anser att det inte alltid handlar om bristande kompetens, utan även om tidsbrist och personalbrist. Samtidigt är de dubbla rollerna som patientens fasta läkare och myndighetsutövare ibland problematiska. I dessa fall kan en extern bedömning vara av godo.
- Det är bra att man i sammanhanget nämner att bedömningsteam inte ska användas regelmässigt med tanke på tid- och resursåtgång och att insatserna verkar kunna leda till längre sjukskrivningar.

Sid 17. Resurser inom offentligt finansierad vård ska inte användas för att utreda behov eller genomföra insatser på arbetsplatsen. Arbetsgivaren har ansvar för att utreda behovet av, planera, genomföra och följa upp anpassnings- och rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen och vid behov ska företagshälsovård anlitas som stöd för detta. I dag finns samtidigt brister i vilken utsträckning företagshälsovård anlitas, vilket även försvårar samarbetet med hälso- och sjukvården.

- SFAM delar bedömningen. Brist på företagshälsovård är idag ett stort problem, då vårdcentralerna i praktiken blir tvungna att axla detta ansvar. När offentligt finansierad vård ägnar tid åt saker som faller utanför dess uppdrag blir resultatet undanträngningseffekter av annan nödvändig vård. Involvering av företagshälsovård borde vara obligatorisk om sjukfrånvaro beror på arbetsmiljöfaktorer eller vid vissa längre sjukskrivningar där arbetsplatsfaktorer är avgörande.
- I många fall kan det vara lämpligare att vända sig till företagshälsovården framför allt vid arbetsrelaterad sjukdom. En upprättelse för företagshälsovården har potential förutsatt att det är en stor och långsiktig satsning som inkluderar återförande av arbetsuppgifter till FHV.
- Man kan inte förvänta sig att sjukskrivande läkare i detalj ska kunna redogöra för vad patienten kan och inte kan göra på sitt arbete. Som läkare kan man inte på djupet sätta sig in i vilka arbetsuppgifter som finns på en arbetsplats och därför bör arbetsgivare och Försäkringskassan nöja sig med mer generella beskrivningar av hälsotillstånd och aktivitetsbegränsningarna.

Sid 18. Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkring.

- Bra generella tankar under denna rubrik men inga förslag av substans presenteras.

Sid 19. Effektiv och ändamålsenlig informations- och intygshantering

- Enklare intyg är bra. Även i förmodat kortare sjukskrivningar måste en mängd uppgifter fyllas i som det är idag. Här skulle det underlätta med mycket korta, mer ändamålsenliga intyg. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd är bra men har ändå en begränsad potential då människors arbetsförmåga inte främst beror på ICD-koduppsättning.
- Ibland kanske ingen intygsenkät alls ska behöva ifyllas, utan det ska räcka med intyg om en diagnos eller åtgärd. Man vet till exempel att ingen blir helt återställd av en influensa på 5 dagar, eller att en operation har en viss tids återhämtningstid. Om dessa finns angivna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet så kan man bara intyga och hänvisa till det.

Sid 20. Valfungerande samarbete för arbetsåtergång

- Förslaget om att se över juridiska förutsättningar så att digitala ytor kan skapas för att sjukskrivna ska kunna dela information med de berörda aktörerna är bra. Vi anser att det borde ställas högre krav på arbetsgivare att anlita företagshälsovård, se kommentar ovan avseende förslag på sid 17.

Sid 21. Säkrad försäkringsmedicins kompetens och kunskap

- Förslaget om ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin riskerar att svälja resurser utan att tillföra något till verksamheterna/vårdgolvet. Det räcker att utveckla regionala specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter som kan stödja kompetensutveckling, samarbeta med högskolor och universitet gällande utbildning och klinisk forskning, samt vara en samlingspunkt för kompetensen regionalt. Vi stödjer också förslaget om att dessa försäkringsmedicinska verksamheter ska kunna bistå ordinarie vårdgivare i vården eller i bedömningar av patienter samt vid behov ta över ansvaret vid särskilt komplexa sjukskrivningsfall. Fördelaktigt om dessa finansieras med statliga medel.
- Förslaget om försäkringsmedicin som tilläggsspecialitet är bra men den tänkta funktionen att främst utgöra stöd till övrig verksamhet är mindre bra. Bättre vore en uppdragsfördelning som den man har i Nederländerna där patienter med sjukskrivningsärenden remitteras till Försäkringsmedicin efter exempelvis tre månader för fortsatt bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivning. Vi behöver fler individer som utför uppdragen inom vården "på golvet", inte fler personer som "stöttar" dem som gör jobbet.

Sid 22. Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner

- Centralt, men utredningen avstår ändå från att komma med skarpare förslag eller författningsändringar som skulle kunna göra skillnad.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
ordförande SFAM

Yttrande över utredningen Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)

Allmänna synpunkter

Föreningen välkomnar en översyn av förutsättningarna för sjukskrivning. Ur ett samhällsperspektiv är en väl fungerande sjukförsäkring viktig för att undvika ekonomiska konsekvenser av en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Brister i sjukskrivningens praktik och bedömningar kan bidra till ökade svårigheter i synnerhet för personer med längre sjukskrivningstider. Ekonomisk oro kan påverka hur patienten mår och kan medverka i behandling och rehabilitering. För den sjukskrivne är framförhållning och tydlig information viktigt. I sammanhanget är det därför viktigt att påpeka läkarnas roll som sakkunniga bedömare av om det finns en nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom. De som omfattas av den svenska sjukförsäkringen har rätt till en sakkunnig medicinsk bedömning som sedan ligger till grund för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Om det blir avslag hos FK har den försäkrade rätt att överklaga. Det är ovanligt men en del fall går till rättslig prövning vid domstol. Läkarintyget behandlas då som en form av bevismaterial som vägleder den juridiska bedömningen.

Mot bakgrund av detta är det olyckligt att utredningen inte tydligare problematiserar den möjliga konflikt som kan uppstå på grund av läkarens dubbla roll och uppgift; som sakkunnig och som behandlare. I flera resonemang diskuterar utredningen just frågan om sjukskrivningens roll inom Hälso- och sjukvården. Det konstateras att sjukskrivning är och bör vara en integrerad del av hälso- och sjukvården och därmed läkarnas uppdrag. Vi stöder denna bedömning. Däremot saknar vi diskussion om den möjliga konflikten som kan uppstå i detta läkarens dubbla uppdrag.

Att se sjukskrivning som en behandlingsåtgärd är problematiskt och riskerar att bidra till den otydlighet i förståelsen av roller och uppdrag som utredaren påpekar är ett problem. Sjukskrivning är enligt vår bedömning inte en behandling i sig utan en lagstadgad rättighet för de sjukförsäkrade i de fall deras arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Försäkringens huvudsakliga uppgift är att täcka den försäkrades inkomstbortfall då arbete inte är möjligt, men dess uppgift är samtidigt att möjliggöra behandling och rehabilitering under förutsägbara ekonomiska förhållanden. Detta innebär inbyggda, möjliga, konflikter mellan läkare och patient, vars lösning är beroende på hur trygg relationen är mellan dessa. En av nyckelfrågorna i arbetet med sjukskrivningar är därför förutsättningarna för denna relation, vilken är starkt relaterad till kontinuitet, kompetens och tid, vilka alla handlar om vårdens struktur. I det sammanhanget kan nämnas att Socialförsäkringslitteracitet¹ avser *”i vilken utsträckning individer kan skaffa, förstå och agera utifrån information i ett socialförsäkringssystem, relaterat till begripligheten i den information som systemet tillhandahåller”*. Denna definition lägger lika stor vikt vid individens förmågor som vid förmågan hos socialförsäkringssystemets representanter att kommunicera på ett begripligt sätt. Socialförsäkringslitteracitet ska därför betraktas som ett begrepp som är ett resultat av en interaktion mellan individ och system.

Ytterligare en allmän synpunkt är att en del av de fall som uppfattas som komplexa rör personer som inte har en arbetsgivare. Vid arbetslöshet behöver samarbete med Arbetsförmedlingen och vissa fall Socialtjänsten ske. Läkare har i intervjustudier uppgett att sjukskrivning och bedömning av

¹ Christian Ståhl, Elin Karlsson och Mattias Hellgren. Socialförsäkringslitteracitet. Utveckling av ett nytt begrepp och mätinstrument. Försäkringskassan Forskarrapport 2022:3

arbetsförmåga är svårt när patienten inte har en arbetsgivare. Problemet är då att läkaren inte har något arbete att bedöma arbetsförmågan i relation till. Bedömningen ska göras i på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbete, vilket ger risk för en mer godtycklig bedömning. (Se SOU 2020:6 för en mer utförlig diskussion kring problematiken.) Det leder också till etiska dilemman i fall där patienten är utförsäkrad från A-kassa och andra ersättningar och nästa steg är ekonomiskt bistånd hos socialtjänsten. Det hade varit värdefullt att också inkludera gruppen arbetslösa på ett tydligare och mer omfattande sätt i utredningen. Arbetslös eller arbetslöshet nämns 10 gånger i utredningen och då mest som en kommentar snarare än i ett resonemang, trots att de är en viktig grupp i läkarnas vardag när det gäller frågan om sjukskrivning då arbetslöshet är i sig en viktig bestämningsfaktor för hälsan.

FÖRSLAGEN

5.2.2. Förenklat intyg i korta sjukskrivningar

Vi delar uppfattningen att endast nödvändig medicinsk information för bedömningen av rätten till sjukpenning ska finnas på intygen. Detta behöver balanseras gentemot eventuella behov av mer information i de fall sjukskrivningen fortgår. Förslaget om enklare läkarintyg (för exempelvis de första 30 dagarna och mer omfattande från dag 31) är tilltalande ur flera aspekter. Den viktigaste är att det frigör arbetstid för läkare att användas till andra uppgifter varav en skulle kunna vara mer tid för samtal med den sjukskrivna patienten om fortsatt behandling och rehabilitering.

5.3.1 Lagen om koordineringsinsatser bör utvärderas och förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare

Den här rubriken är lite olycklig eftersom det verkar som om utredningen föreslår ett förstärkt samarbete baserat på koordineringsinsatser. Vi delar utredningens uppfattning att lagen om koordineringsinsatser bör följas upp och att utvärderingar av verksamheterna i olika regioner bör ske. Vi delar inte utredningens något positiva skrivning om effekterna av utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. SBU-rapporten från 2022 gällde enbart långtidssjukskrivna och är mer nedtonad i sin skrivning än vad som framgår i utredningen. Det behövs helt enkelt mer forskning inom det här området, något som utredningen skulle kunna framhålla.

5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete

Vi stöder förslaget. Att utveckla fler möjligheter till arbetsplatsbaserad träning exempelvis i form av IPS-modellen som har visat goda resultat i relation till personer som står relativt långt från arbetsmarknaden. I tidigare stadier av psykisk ohälsa har norska forskare testat en modell för snabb hjälp vid psykisk ohälsa med goda resultat.

5.3.4 Kvalitetssäkrad företagshälsovård är viktig vid arbetsplatsinriktad rehabilitering och kompetensförsörjningen bör säkras

Vi stöder förslaget och noterar att endast cirka 60% av arbetstagarna i Sverige har tillgång till företagshälsovård. Att den företagshälsovård som finns ska kvalitetssäkras och arbeta efter evidensbaserade metoder i samtliga led är ett bra förslag liksom att det behövs kompetens i arbetsmedicin eller generellt bättre kunskap om och förståelse för arbetslivet och karaktären i olika arbeten och arbetsplatser bland sjukskrivande läkare.

5.4.1 Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården.

Vi är tveksamma till det här förslaget. Vi ser inte riktigt hur ett nationellt kompetenscentrum kan styra och leda verksamheter ute i hälso- och sjukvårdens regioner och den stora mängd vårdcentraler som finns i landet. Risken finns att ytterligare en nationell struktur byggs upp när det troligen ger mer

effekt att satsa på att utbilda de professionerna och i synnerhet läkarna för att klara det här uppdraget bättre. Däremot skulle exempelvis förslaget 5.3.2 *Skapa förutsättning för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna* kunna utvidgas till att tillsammans med kunskapsstyrningsorganisationen ta fram evidensbaserade beslutsstöd för läkare i sjukskrivningsprocessen, med hänsyn till sjukdomspanoramat i de olika specialiteterna.

5.4.2 Specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin

Utredningen fokuserar här på läkares specialisttjänstgöring och vi ser positivt på att försäkringsmedicinsk utbildning och kompetens stärks i synnerhet inom relevanta specialiteter som allmänmedicin, psykiatri och ortopedi som svarar för en stor del av sjukskrivningarna. Det är också i dessa specialiteter som patienter i yrkesverksamma åldrar förekommer i större utsträckning och en stor del av komplexa sjukskrivningsfall återfinns inom dessa specialiteter. Det går att tänka sig en form av grundläggande kunskap inom andra specialiteter och en mer fördjupad i dessa och eventuellt andra där sjukskrivningsbedömningarna är många.

Utredningen nämner den socialmedicinska specialiteten vars uppgift inom hälso- och sjukvården är fokuserad på befolkningens hälsa snarare än kliniskt arbete med individuella patienter. Inom socialmedicin har en mycket stor andel av forskningen om försäkringsmedicinska frågor bedrivits fram till de senaste 10 åren då forskningen utvecklats inom en rad ytterligare ämnen t.ex. arbetsterapi, fysioterapi, psykologi, mm. Vid ett beslut om att eventuellt inrätta försäkringsmedicin som en särskild specialitet bör en bedömning av innehållet i en sådan specialitet särskilt diskuteras. Vår bild är att det för närvarande snarast är en försäkringsmedicinsk fördjupning och utveckling inom andra specialiteter som behövs. Däremot skulle socialmedicinen mycket väl kunna användas mer för att främja exempelvis socialförsäkringslitteracitet och hälso- och sjukvårdsenheters förmåga till samverkan med det omgivande (lokal)samhället, inte minst arbetsgivare och Föresäkringskassan.

Utredningen nämner inte avsaknaden av professorer i försäkringsmedicin. Såvitt vi vet finns för närvarande endast en professur i försäkringsmedicin och den är placerad vid Karolinska institutet (innehavare Ellenor Mittendorfer Rutz). Tidigare har det funnits professorer i försäkringsmedicin vid Göteborgs och Lunds universitet. Om ämnet ska utvecklas behövs minst en professur vid varje lärosäte med läkarutbildning. Vi ser också att utredningen inte alls berör behovet av förstärkt utbildning i försäkringsmedicin under i synnerhet läkarnas grundutbildning. Detta gäller även specialistutbildningarna där kurser och kompetensutveckling är mycket korta – i synnerhet i de specialiteter som sjukskriver mycket. Detta har varit en fråga som diskuterats vid många tillfällen genom åren – inte minst inom vår förening. Det har dock varit svårt att få gehör för en förstärkt utbildning i ämnet. Beslutsfattare i regering och riksdag har valt att låta enskilda lärare strida för ämnet inom läkarprogrammet med skiftande resultat. Mot bakgrund av sjukskrivningarnas omfattning och kostnader som är sammankopplade med dessa borde staten ha ett intresse av att säkerställa utbildning i ämnet vid samtliga lärosäten.

5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna

Vi stöder förslaget. Vi delar dock inte bedömningen att det stödet ska ges via ett nationellt kompetenscentrum. Vi menar att regionerna själva bör utforma hur den specialiserade verksamheten organiseras. Detta kan antingen ske på regionnivå eller genom samarbete mellan flera regioner. Vi bedömer att en ökad centralisering inte stärker utvecklingen i försäkringsmedicin i regionerna. Vi ser en möjlig verksamhet där ett team med varierade kompetenser ingår som allmänmedicinare, socialmedicinare, arbets- och miljömedicinare och gärna representation från företagshälsovård. Vi ser också att en tvärprofessionell sammansättning vore en styrka.

5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling

Vi stöder förslaget. Vi menar att det behövs en kraftsamling med inrättande av en professur i försäkringsmedicin vid varje universitet med läkarutbildning i Sverige. Det kan ske i två steg med inrättande av en professur vid Karolinska institutet, Lunds universitet och Göteborgs universitet där det sedan tidigare funnits professorer i försäkringsmedicin men där endast Karolinska institutet har återbesatt professuren. Nuvarande innehavare är en framstående forskare vars professur och verksamhet med fördel skulle kompletteras med ytterligare en professur i försäkringsmedicin där innehavaren har en klinisk bakgrund som läkare. I nästa steg kan ytterligare fyra professorer tillsättas. Detta skulle ge forskningsområdet en struktur och möjlighet att utvecklas kompletterat med utlysningen av forskningsmedel.

5.5.1 Läkares förutsättningar behöver säkras

Vi stöder förslaget.

5.5.2 Vårdgivare och huvudmän behöver skapa förutsättningar för professionerna genom ledning och styrning

Vi stöder förslaget. Saknas det organisatoriska förutsättningarna kommer det försäkringsmedicinska arbetet inte att utvecklas framåt.

5.5.3 Nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar.

Vi stöder förslaget.

5.5.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som en del av god och nära vård

Vi stöder förslaget.

5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling

Vi menar att den viktigaste insatsen för ett förstärkt samarbete är att utveckla samarbetet på lokal och regional nivå. En återkommande synpunkt är att Försäkringskassans starka centralisering de senaste 20 åren har medfört svårigheter i att samarbeta på lokal och regional nivå. Det gäller inte enskilda patientärenden så mycket som mer övergripande samarbeten i råd och grupper för verksamhets- och annan utveckling och kommunikation. Det har blivit svårare för tjänstemän vid Försäkringskassan att hitta utrymme för att delta. Det har också blivit svårare att identifiera ansvarig chef för verksamheter som rör samarbeten med exempelvis hälso- och sjukvården. Så vi stödjer förslaget men menar att det är på regional och lokal nivå som samarbetet behöver förstärkas för att få till en reell förändring i sjukskrivningens praktik.

5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet

Vi är tveksamma till förslaget. Vi ser hellre att varje myndighet/aktör får i uppdrag att följa upp sina egna insatser och att olika myndighetsföreträdare regelbundet har uppföljningsmöten där de redovisar sina pågående förändringsarbeten. Möjligen skulle en nationell samordnare ha uppgiften att sammankalla en sådan grupp.

Avslutning

Vi välkomnar en rad av de lagda förslagen. Vi anser att läkarnas utbildning och kompetensutveckling i försäkringsmedicin behöver stärkas och att det ska starta redan på grundutbildningen. Läkarna har en central roll i sjukskrivningspraktiken men upplever själva att just bedömningen av arbetsförmåga är svår. En orsak är bristande kunskap om krav och möjligheter på olika arbetsplatser. Utbildningen i försäkringsmedicin i grundutbildning och specialistutbildning varierar över landet men de mer

teoretiska delarna är inte särskilt omfattande vid någon utbildning och för övrigt överlämnas utbildningen till "lärlingslärande" d.v.s. studenterna ser hur äldre kollegor gör.

En väl fungerande sjukförsäkring är central för folkhälsan genom att skapa ekonomisk och annan trygghet vid sjukdom. Vi ser med förhoppning på att utredningens förslag och intentioner blir genomförda.

Gunnel Hensing, Margareta Kristensson och Anna Sarkadi för Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Från: Carina Metzner

Skickat: den 2 februari 2024 14:16

Till: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Ämne: Sv: Påminnelse remiss 2023:48 sjukskrivning

Hej

Svensk Geriatrisk förening har läst remissen och har inget att invända. Vi ser att det finns behov av åtgärder i denna fråga och vi tycker att åtgärderna verkar rimliga även om vi har svårt att kommentera den exakta summan som nämns i remissen.

Mvh

Carina Metzner

Temachef Tema Inflammation och Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset

Ordförande Svensk Geriatrisk förening

SPESAK Geriatrik/Ordförande RPO Äldres hälsa och Palliation Region Stockholm-Gotland

+46 72-584 06 48



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

2024/01/16

Linköping

Till Svenska Läkaresällskapet,

Angående remissen SOU 2023:48, Rätt förutsättningar för sjukskrivning.

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion med styrelsen.

SMAF betonar läkarens roll som sakkunnig. Läkarens tolkning av utredning resultat bör ges tyngre vikt. Läkaren har bättre möjlighet att utföra en realistisk tolkning av mätvärdena utifrån kunskap om testernas egenskaper bland annat begränsningar eller felkällor.

Hälsningar,

Sumru Keceli MD PhD

Specialistläkare inom Hörsel och Balansrubbningar

SMAF vetenskaplig sekreterare

Sumru.keceli@regionostergotland.se

073-8431856

Från: Vetenskaplig Sekreterare SOF

Skickat: den 5 februari 2024 10:37

Till: Ordförande SOF <ordforande@ortopedi.se>; Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>; SOF-Kansli <sofkansli@ortopedi.se>

Ämne: Sv: Påminnelse remiss 2023:48 sjukskrivning

Hej Susann

[CC: Anne och Lena]

Svensk Ortopedisk Förening tackar för möjligheten att inkomma med svar till remissen Rätt förutsättningar för sjukskrivning SOU 2023:48. Styrelsen anser att myndigheterna även bör utreda möjligheten till enklare intyg för individer med besvär från rörelseorganens sjukdomar, i synnerhet efter genomgången operation, där det Försäkringsmedicinska beslutstödet tydligt beskriver hur det förväntade medicinskt förloppet är.

Bästa hälsningar

Maziar



SVENSK PLASTIKKIRURGISK FÖRENING
SWEDISH ASSOCIATION OF PLASTIC SURGEONS

Remissvar från Svensk Plastikkirurgisk Förening avseende

Rätt förutsättningar för sjukskrivning SOU 2023:48

Svensk Plastikkirurgisk Förening tackar för förtroendet att få lämna synpunkter på ovan rubricerad remiss. Svensk Plastikkirurgisk Förening tycker att remissförslaget är i helhet bra och har inga ytterligare synpunkter ur ett plastikkirurgiskt perspektiv.

För Svensk Plastikkirurgisk Förening;

Emma Wall

Facklig Sekreterare

Svensk Plastikkirurgisk Förening



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

Yttrande över utredningen Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)

Försäkringsmedicinska sällskapet (<https://forsakringsmedicinskasallskapet.se/>) har inte fått utredningen på remiss men önskar ändå yttra sig kring några av de försäkringsmedicinska aspekterna av förslagen som presenteras.

Allmänna synpunkter

Sällskapet välkomnar en översyn av förutsättningarna för sjukskrivning. De som omfattas av den svenska sjukförsäkringen har rätt till en sakkunnig medicinsk bedömning som grund för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. En del av utredningsuppdraget var att analysera orsakerna till att läkare och handläggare på Försäkringskassan (FK) gör olika bedömningar. Vi anser att en djupare analys av detta saknas i utredningen. Om det blir avslag hos FK har den försäkrade rätt att överklaga. Det är ovanligt men en del fall går till rättslig prövning vid domstol. Läkarintyget behandlas då som en form av bevismaterial som vägleder den juridiska bedömningen.

Mot bakgrund av detta är det olyckligt att utredningen inte tydligare skiljer på läkarens roll och uppgift som sakkunnig och läkaren som behandlare. I flera avsnitt diskuterar utredningen frågan om sjukskrivningens roll inom hälso- och sjukvården. Det konstateras att sjukskrivning är och bör vara en integrerad del av hälso- och sjukvården och därmed läkarnas uppdrag. Vi stöder denna bedömning. Däremot ser vi en fara i att gränsen mellan läkarens uppdrag som sakkunnig bedömare av nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom och läkarens roll som behandlare inte klargörs. I utredningen är inte gränserna alltid tydliga mellan dessa båda roller. Att se sjukskrivning som en behandlingsåtgärd är problematiskt och riskerar att bidra till den otydlighet i förståelsen av roller och uppdrag som utredaren påpekar är ett problem. Sjukskrivning är enligt vår bedömning inte en behandling utan en lagstadgad rättighet för de sjukförsäkrade i de fall deras arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Försäkringens huvudsakliga uppgift är att täcka den försäkrades inkomstbortfall då arbete inte är möjligt.

I utredningen saknar vi en tydligare beskrivning av hur utredningen definierar begreppet försäkringsmedicin eftersom detta område är centralt för utredningens bedömningar och förslag. I utredningen beskrivs sjukskrivning både som en medicinsk bedömning och som en försäkringsmedicinsk bedömning. Det är oklart vad som är skillnaden mellan dessa båda perspektiv. Vi menar också att utredningen inte tydliggör hur försäkringaspekterna ska beaktas i sjukskrivningspraktiken. Vår uppfattning är att en försäkringsmedicinsk bedömning per definition relaterar till försäkringsvillkor.



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

Sjukskrivning är inte en uppgift som läkare utför oberoende av rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Skulle en sådan (hypotetisk) situation förekomma är det oklart hur arbetsförmåga skulle förstås och bedömas inom ramen för en "medicinsk bedömning". Om läkarens bedömning av arbetsförmåga inte relateras till kraven i sjukförsäkringen krävs det att begreppet definieras, vilket inte görs i utredningen. Om läkarens bedömning av arbetsförmåga inte relateras till kraven i sjukförsäkringen blir det svårt för Försäkringskassan och domstolar att använda sådana bedömningar i tillämpningen.

Är läkarens bedömning av behovet av sjukskrivning i stället en försäkringsmedicinsk bedömning behöver bedömningen förhålla sig till så väl medicinska aspekter som kraven i försäkringen. Då blir det svårt att se sjukskrivning som en åtgärd som läkaren ansvarar för oberoende av den försäkrades rätt till sjukpenning. I flera delar av betänkandet där läkarens bedömningar av behov av sjukskrivning diskuteras utgår utredningen också från sjukförsäkringens krav.

Ytterligare en allmän synpunkt är att en del av de fall som uppfattas som komplexa rör personer som inte har en arbetsgivare. Vid arbetslöshet behöver samarbete med Arbetsförmedlingen och vissa fall Socialtjänsten ske. Läkare har i intervjustudier uppgett att sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga är svårt när patienten inte har en arbetsgivare. Det är helt enkelt svårt att veta i förhållande till vad arbetsförmågan ska bedömas. Förmågan att arbeta är ju i flertalet fall relativ till den arbetssituation den försäkrade har. Det hade varit värdefullt att också inkludera gruppen arbetslösa på ett tydligare och mer omfattande sätt i utredningen. Arbetslös eller arbetslöshet nämns 10 gånger i utredningen och då mest som en kommentar snarare än i ett resonemang.

FÖRSLAGEN

5.1.1. Tydlighet och förståelse gällande parterna roller och bedömning av arbetsförmågans nedsättning och

5.1.2. Samlad information om sjukförsäkringen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Vi delar inte utredningens bedömning att det är *avgörande* att det skapas tydlighet och förståelse för respektive aktörs uppdrag och bedömning av nedsatt arbetsförmåga. Vi avstyrker förslaget att Regeringen bör ge FK i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen och andra relevant aktörer genomföra åtgärder för att öka förståelsen hos olika målgrupper. Utredningen har inte visat att mer och bättre information löser de problem som är bakgrunden till utredningsdirektivet. Snarare visar utredningen vikten av att förtydliga hur hälso- och sjukvårdens uppdrag ska harmoniera med FK uppdrag inom ramen för sjukförsäkringen. Sjukskrivning är inte en renodlat medicinsk åtgärd. I lagstiftningen om koordinering av sjukskrivna patienter (SFS 2019:1297) regleras att koordinering förutom stöd till patienter ska bestå av intern samordning och samverkan med andra aktörer. Vi menar att en utveckling av organisering och arbetssätt i linje med dessa uppgifter kan öka



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

kompetens, kunskap och förståelse för försäkringsmedicinska insatser både inom hälso- och sjukvården och i samverkan med FK.

Utredningen anser att återgång i arbete är ett mål för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan men utredningen redovisar inte vad de bygger denna uppfattning på. Inom hälso- och sjukvården kan det finnas en rad högt prioriterade mål som kan hamna i konflikt med återgång i arbete. Ett tydligt exempel är sjukförsäkringens krav på omställning där huvudregeln är att den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till andra arbete än det ordinarie redan efter 180 dagars sjukskrivning. Inte heller sjukförsäkringen har de facto som mål att den försäkrade ska återgå i arbete. Försäkringskassans uppdrag är att bedöma rätten till ersättning och på samhällsnivå arbeta för en låg och stabil nivå av sjukfrånvaro över hela landet. När den försäkrade återfår arbetsförmåga i en sådan omfattning att rätten till ersättning från sjukförsäkringen inte längre föreligger, upphör också FKs ansvar. Om den försäkrade faktiskt får ett arbete vägs inte in i tillämpningen av sjukförsäkringen.

Vi menar att det finns ett antal konfliktytor mellan olika aktörers uppdrag och att utredningen i viss mån tonar ner dessa potentiella konflikter. En djupare analys av konfliktytorna skulle vara värdefullt för att främja samverkan och minska risken för att försäkrade/sjukskrivna hamnar i osäkra situationer kring rätten till ersättning eller bedömning av arbetsförmåga. En fördjupad analys kan komma fram till att det finns behov av förtydliganden eller förändringar av olika aktörers uppdrag för att uppdragen i större utsträckning ska harmoniera. Men analysen kan också komma fram till att konfliktytorna inte kan undvikas mot bakgrund av aktörernas olika uppdrag och roller. I så fall behöver det utvecklas metoder och strategier för att identifiera, synliggöra och hantera konfliktytorna.

5.2.1. Uppdrag åt Försäkringskassan att klarlägga behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden och

5.2.2. Förenklat intyg i korta sjukskrivningar

Vi delar uppfattningen att endast nödvändig medicinsk information för bedömningen av rätten till sjukpenning ska finnas på intygen. Det är dock av väsentlig betydelse att läkare gör en fullgod bedömning redan från början för att undvika att sjukskrivning inleds utifrån felaktiga grunder. Det finns en risk att vissa tillstånd och diagnoser skulle komma att användas i större utsträckning i de förenklade intygen. Forskning visar att det finns en diagnosförskjutning och anpassning i hur läkare skriver intyg. Det finns en risk med förenklade intyg att utveckling får mot "diagnosförsäkring" snarare än en försäkring som ska skydda mot inkomstbortfall vid medicinsk nedsättning av arbetsförmågan.

I praktiken tillgodoses behovet av förenklade intyg genom att läkare redan idag kan skriva ganska korta och standardiserade utlåtanden om korta och komplicerade fall. Detta skulle kunna etableras som en accepterad praxis utan att införa ytterligare en blankett. Det viktigaste är att frigöra läkares



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

arbetstid för användning av andra uppgifter än att skriva ett intyg med information som inte är nödvändig för FKs bedömning.

5.2.3. En nationell infrastruktur för hantering av digitaliserad hantering av intygande

Vi har inga specifika synpunkter på förslaget utan anser att det är angeläget att gå mot en nationell struktur.

5.3.1 Lagen om koordineringsinsatser bör utvärderas och förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare

I det här förslaget finns två frågor.

1. Vi delar utredningens uppfattning att lagen om koordineringsinsatser bör följas upp och att utvärderingar av verksamheterna i olika regioner bör ske.
2. Vi delar inte utredningens relativt positiva skrivning om effekterna av utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. SBU-rapporten från 2022 gällde enbart långtidssjukskrivna och är mer nedtonad i sin skrivning än hur den presenteras i utredningen. Vi är tveksamma också av det skälet att det för närvarande inte finns tillräckligt med kunskap av ett utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. En risk är att hälso- och sjukvården tar över för stor del av det som är arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Det behövs helt enkelt mer forskning inom det här området. Rubriken för förslaget är missvisande eftersom det verkar som om utredningen föreslår ett förstärkt samarbete enbart kan ske baserat på koordineringsinsatser.

5.3.2 Skapa förutsättning för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna.

Vi har inga specifika synpunkter på förslaget. Det är angeläget att information kan delas mellan aktörer men det måste ske på ett sätt så att den sjukskrivne har full insyn och deltar i sin process som en självständig aktör.

5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete

Vi stöder förslaget. Att utveckla fler möjligheter till arbetsplatsbaserad träning exempelvis i form av IPS-modellen som har visat goda resultat i relation till personer som står relativt långt från arbetsmarknaden. I tidigare stadier av psykisk ohälsa har norska forskare testat en modell för snabb hjälp vid psykisk ohälsa med goda resultat.

5.3.4 Kvalitetssäkrad företagshälsovård är viktig vid arbetsplatsinriktad rehabilitering och kompetensförsörjningen bör säkras

Vi stöder förslaget och noterar att endast cirka 60% av arbetstagarna i Sverige har tillgång till företagshälsovård. Att den företagshälsovård som finns ska kvalitetssäkras och arbeta efter evidensbaserade metoder i samtliga led är ett bra förslag liksom att det behövs kompetens i arbetsmedicin bland läkare.



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

5.4.1 Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården.

Vi är tveksamma till det här förslaget. Vi ser inte riktigt hur ett nationellt kompetenscentrum kan styra och leda verksamheter ute i hälso- och sjukvårdens regioner och den stora mängd vårdcentraler som finns i landet. Risken finns att ytterligare en nationell struktur byggs upp när det troligen ger mer effekt att satsa på att utbilda de professionerna och i synnerhet läkarna för att klara det här uppdraget bättre.

5.4.2 Specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin

Utredningen fokuserar här på läkares specialisttjänstgöring och vi ser positivt på att försäkringsmedicinsk utbildning och kompetens stärks i synnerhet inom relevanta specialiteter som allmänmedicin, psykiatri och ortopedi som svarar för en stor del av sjukskrivningarna. Det är också i dessa specialiteter som patienter i yrkesverksamma åldrar förekommer i större utsträckning och en stor del av komplexa sjukskrivningsfall återfinns inom dessa specialiteter. Det går att tänka sig en form av grundläggande kunskap inom andra specialiteter och en mer fördjupad i dessa och eventuellt andra där sjukskrivningsbedömningarna är många.

Utredningen nämner den socialmedicinska specialiteten vars uppgift inom hälso- och sjukvården är fokuserad på befolkningens hälsa snarare än kliniskt arbete med individuella patienter. Inom socialmedicin har en mycket stor andel av forskningen om försäkringsmedicinska frågor bedrivits fram till de senaste 10 åren då forskningen utvecklats inom en rad olika ämnen t.ex. arbetsterapi, fysioterapi, psykologi mm. Vid ett beslut om att eventuellt inrätta försäkringsmedicin som en särskild specialitet bör en bedömning av innehållet i en sådan specialitet särskilt diskuteras. Vår bild är att det för närvarande snarast är en försäkringsmedicinsk fördjupning och utveckling inom andra specialiteter som behövs.

Utredningen nämner inte avsaknaden av professurer i försäkringsmedicin. Såvitt vi vet finns för närvarande endast en professur i försäkringsmedicin och den är placerad vid Karolinska institutet (innehavare Ellenor Mittendorfer Rutz). Tidigare har det funnits professurer i försäkringsmedicin vid Göteborgs och Lunds universitet. Om ämnet ska utvecklas behövs minst en professur vid varje lärosäte med läkarutbildning. Vi ser också att utredningen inte alls berör behovet av förstärkt utbildning i försäkringsmedicin under i synnerhet läkarnas grundutbildning. Detta har varit en fråga som diskuterats vid många tillfällen genom åren – inte minst inom vår förening. Det har dock varit svårt att få gehör för en förstärkt utbildning i ämnet. Beslutsfattare i regering och riksdag har valt att låta enskilda lärare strida för ämnet inom läkarprogrammet med skiftande resultat. Mot bakgrund av sjukskrivningarnas omfattning och kostnader som är sammankopplade med dessa borde staten ha ett intresse av att säkerställa utbildning i ämnet vid samtliga lärosäten.

5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna

Vi stöder förslaget.



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

5.4.4 Rätt stöd för bedömning av arbetsförmågans nedsättning hos Försäkringskassan
Vi har inga specifika synpunkter på förslaget.

5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling

Vi stöder förslaget. Vi menar att det behövs en kraftsamling med inrättande av en professur i försäkringsmedicin vid varje universitet med läkarutbildning i Sverige. Det kan ske i två steg med inrättande av en professur vid Karolinska institutet, Lunds universitet och Göteborgs universitet där det sedan tidigare funnits professurer i försäkringsmedicin men där endast Karolinska institutet har återbesatt professuren. Nuvarande innehavare är en framstående forskare vars professur och verksamhet med fördel skulle kompletteras med ytterligare en professur i försäkringsmedicin där innehavaren har en klinisk bakgrund som läkare. I nästa steg kan ytterligare fyra professurer tillsättas. Detta skulle ge forskningsområdet en struktur och möjlighet att utvecklas kompletterat med utlysningen av forskningsmedel.

5.5.1 Läkares förutsättningar behöver säkras

Vi stöder förslaget. Vi delar uppfattningen att läkares grundförutsättningar att klara av sitt medicinska uppdrag behöver säkras. Detta innefattar både tillräcklig bemanning på vårdenheten och ett avgränsat och definierat uppdrag för läkaren med en hanterbar mängd patienter. Regelbunden utbildning, fortbildning och möjlighet till kollegiala diskussioner behöver finnas. Det krävs också tillräckligt med tid vid patientmötet och samtidigt tid för administrativa åtaganden och intyg. Det finns annars risk för att tidspressen vid intygsskrivandet blir för stor och att kvaliteten därigenom blir lidande, vilket i slutändan kan påverka den försäkrades möjligheter att få en rättssäker bedömning avseende rätten till ersättning.

5.5.2 Vårdgivare och huvudmän behöver skapa förutsättningar för professionerna genom ledning och styrning

Vi stöder förslaget. Saknas det organisatoriska förutsättningarna kommer det försäkringsmedicinska arbetet inte att utvecklas framåt.

5.5.3 Nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar

Vi stöder förslaget. Vi delar uppfattningen att en nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar behövs. Det är dock av stor vikt att uppföljningen kan genomföras utan att det ökar den administrativa bördan för läkare ytterligare, och tar tid från patientmötet, vilket också påtalas i utredningen.

5.5.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som en del av god och nära vård

Vi stöder förslaget. Samverkan inom och mellan professioner på vårdenheten, samt god tillgång till koordinator för sjukskrivna är en förutsättning för ett välfungerande arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Vid ett utökat rehabiliteringsuppdrag inom primärvården krävs ökad tilldelning av resurser.



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling

Vi är positiva till förslaget om en gemensam verksamhetsutveckling mellan FK och hälso- och sjukvårdens aktörer. I övriga förslag har utredningen valt förslag om att lägga uppdrag till Socialstyrelsen eller i samverkan mellan Socialstyrelsen och FK. Det är positivt att utredningen i detta förslag väljer en lösning som kan öka utbytet och samverkan mellan FK och hälso- och sjukvården eftersom försäkringsmedicin inbegriper kunskap om såväl medicin som försäkring. Samtidigt menar vi att den viktigaste insatsen för ett förstärkt samarbete är att utveckla samarbetet på lokal och regional nivå. En återkommande synpunkt är att Försäkringskassans starka centralisering de senaste 20 åren har medfört svårigheter i att samarbeta på lokal och regional nivå. Det gäller inte enskilda patientärenden så mycket som mer övergripande samarbeten i råd och grupper för verksamhets- och annan utveckling och kommunikation. Det har blivit svårare för tjänstemän vid Försäkringskassan att hitta utrymme för att delta. Det har också blivit svårare att identifiera ansvarig chef för verksamheter som rör samarbeten med exempelvis hälso- och sjukvården. Så vi stödjer förslaget men menar att det är på regional och lokal nivå som samarbetet behöver förstärkas för att få till en reell förändring i sjukskrivningens praktik.

5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet

Vi är tveksamma till förslaget även om vi i viss utsträckning sympatiserar med utredningens resonemang kring behovet av en utomstående aktör med ett uttalat uppdrag och mandat att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. En aktör som för att kunna fullgöra sitt uppdrag behöver ha ett högt förtroende legitimitet hos aktörerna som påverkas av åtgärderna. Försäkringsmedicin kräver, som vi tidigare lyft fram kunskap om och samverkan mellan medicin och försäkring. Det är möjligt att en samordnare skulle kunna bidra till att synlig- och möjliggöra detta. Å andra sidan förklarar inte utredningen hur en samordnare skulle förhålla sig till övriga förslag i utredningen och inte heller i relation till andra myndigheters mandat. Vi ser hellre att varje myndighet/aktör får i uppdrag att följa upp sina egna insatser och att olika myndighetsföreträdare regelbundet har uppföljningsmöten där de redovisar sina pågående förändringsarbeten. Möjligen skulle en nationell samordnare ha uppgiften att sammankalla en sådan grupp.

Avslutning

Vi välkomnar flera av förslagen varav ett av de viktigaste är att läkarnas utbildning och kompetensutveckling i försäkringsmedicin stärks och att det ska starta redan på grundutbildningen. Å andra sidan ser vi en del brister i utredningen och avsaknad av fördjupning kring konfliktytor och möjliga sätt att främja samverkan mellan aktörerna.

En väl fungerande sjukförsäkring är centralt genom att det skapar ekonomisk och annan trygghet vid sjukdom. Detta i sin tur underlättar tillfrisknande och återgång i arbete. Vi hoppas våra synpunkter kan bidra till klargöranden som bidrar till en positiv utveckling inom området.



FörsäkringsMedicinska Sällskapet

The Swedish Society for Insurance Medicine

En associerad förening i Svenska Läkaresällskapet

Yttrandet har utformats av en arbetsgrupp ur Försäkringsmedicinska sällskapets styrelse: Emilie Friberg, docent i epidemiologi vid Karolinska institutet; Ossian von Friesen, Inspektionen för socialförsäkring; Mikael Tingsvik, specialist i allmänmedicin, försäkringsmedicinsk rådgivare på Försäkringskassan (Avd för arbetsskador) och på LÖF; Gunnel Hensing, professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet;

Remissvaret har godkänts av styrelsen i Försäkringsmedicinska sällskapet. Gunnel Hensing har också varit involverad i utformningen av ett remissvar från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa.