

Rektor

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

**Remissvar om betänkandet Tillsammans för en välfungerande
sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:24)**

(Ert dnr S2020/03728/SF)

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över betänkandet Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Bifogat yttrande har utarbetats av professor Maria Albin, Gun Johansson och Katarina Kjellberg, samtliga vid Institutet för miljömedicin.

Karolinska Institutet överlämnar härmed gruppens yttrande.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Ole Petter Ottersen i närvaro av universitetsdirektör Katarina Bjelke efter föredragning av utredare Maria Schönning. Närvarande var också Medicinska föreningens vice ordförande Puck Norell.



Ole Petter Ottersen

J/u\N\ VI, 11 5
Maria Schönning

Bilaga

Yttrande

Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:24)

(S2020/03728/SF)

Karolinska Institutet är ett av världens ledande medicinska universitet, vars vision är att driva utvecklingen av kunskap om livet och verkar för en bättre hälsa för alla. Ett djupt engagemang finns för FN:s agenda 2030, hållbar hälsa för alla och det övergripande folkhälsomålet en God och jämlik hälsa. Karolinska Institutet välkomnar därför möjligheterna att ge synpunkter på betänkandet Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:24).

Behovet av en fungerande samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är väsentligt för att individen skall veta av vem den kan förvänta/kräva få erforderligt stöd och för att vederbörande skall få de insatser som behövs (inte "falla mellan stolarna"). Detta i sin tur har betydelse för trygghet och tillit.

Eftersom hälsotillståndet är sämre i socioekonomiskt utsatta grupper¹, kommer brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen allmänt sett att tendera att drabba dessa särskilt hårt och därmed att förstärka befintliga skillnader i hälsa. Detta medför konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration.

Arbetslivets villkor har förändrats med ett ökat förändringstryck mot verksamheterna och en betydande del av arbetskraften som inte har en tillsvidareanställning. Arbetskraftens sammansättning har också förändrats och blivit mer heterogen: Vi arbetar upp i allt högre ålder, medicinska framsteg gör att allt fler kan arbeta trots en allvarlig kronisk sjukdom och de socioekonomiska skillnaderna i funktionsförmåga, hälsa och välbefinnande tilltar. Detta ställer ökade krav på såväl arbetsplats som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess vad gäller anpassning och flexibilitet. Flera aktörer är involverade och samordningen har brutit. Den här presenterade utredningen är därför väl motiverad.

Utredningens utgångspunkter

Utredningsdirektiven har ett dubbelt perspektiv - att stärka samordningen för att förbättra processen ur ett individperspektiv och att följa upp insatser för att förebygga en ökning av sjuktalen (främst arbetsplatsernas förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete). Sjukskrivnings- och sjukersättningstalen i Sverige ligger jämfört med tidigare perioder mycket låg nivå. Procentuellt har sjukskrivningar i psykisk ohälsa ökat kraftigt det senaste decenniet. Eftersom ökningen sker från historiskt låga nivåer är sjukfrånvaron trots detta mycket låg. Problemet är därför inte den totala ersättningsnivån i försäkringen, utan en ojämn fördelning mellan yrkesgrupper, socioekonomiska grupper, samt mellan könen. Här finns höga andelar som på grund av huvudsakligen förvärvad funktionsnedsättning har svårt att klara framför allt arbetets fysiska krav mot slutet av arbetslivet och där samordnade insatser krävs från flera aktörer: Förebyggande arbetsmiljöinsatser (undvika nedslitning), hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen, bättre möjligheter till karriärväxling mitt i livet när det aktuella arbetets krav inte är hållbara ett helt arbetsliv².

Utredningen visar generellt en stor insikt i de många problem som finns i den nuvarande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med många aktörer, motstridiga uppdrag, och olika

¹ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Kommissionen för jämlik hälsa 2017:47

² Albin M, Gustavsson P, Kjellberg K, Theorell T. Arbete, arbetsmiljö och jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa 2017.

definitioner på vad rehabilitering och arbetsförmåga innebär mm. Kopplingen mellan dessa insikter och hittills vidtagna åtgärder, samt de rekommendationer som ges, saknas dock i vissa avseenden. Det gäller exempelvis rehabiliteringskoordinatorer, en ny yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården, som införts i en stor reform för att bli stärka samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. Denna yrkesgrupp som kan vara en stor potential för att stärka både samverkan och individen är ganska osynliga i rekommendationerna. Ett perspektiv saknas också kring utvecklingen och rollen för samordningsförbunden (FINSAM) som kom till för att stärka samverkan mellan myndigheter, kommun och regioner för de långtidssjukskrivna som står långt ifrån arbetsmarknaden, även om här finns ett särskilt utredningsuppdrag till Inspektionen för Socialförsäkring.

8.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Det bör vara positivt för samverkan att föra fram en gemensam definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen: "den process som börjar då individens arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås".

Att formulera ett gemensamt syfte för processen bör också underlätta. Utredningen föreslår här en alltför snäv formulering "att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete". Detta har en tydligt utgångspunkt i "arbetslinjen", dvs, sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska leda till att individen i på något sätt återvänder till arbetsmarknaden. Att sträva mot att människor kan delta i arbetslivet är givetvis eftersträvanvärt. Men då inte alla med nedsatt arbetsförmåga kan, vill eller är välkomna tillbaka till arbetsmarknaden, kan syftet skapa problem. Både individen och ibland också arbetsgivaren kan i sådana fall hamna i en inlåsningsituation med höga mänskliga och ekonomiska kostnader utan motsvarande positiva utfall och intäkter. Ett alternativt syfte kan vara att man söker den optimala lösningen vilken ibland kan vara att individer erbjuds en sjukersättning. Syftet som formuleras i denna rekommendation har konsekvenser för formuleringarna i flera av de följande rekommendationerna.

8.2 Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Förslaget syftar till dels en ökad samverkan på myndighetsnivå, dels en samordning mellan olika aktörer ledd av Försäkringskassan (FK). Avtal föreslås på nationell nivå som sedan ger underlag för regionala och lokala avtal.

På myndighetsnivå föreslås en förtydligad instruktion om samverkan, vilket kan vara ändamålsenligt. En brist är här att man enbart resonerar utifrån ett individperspektiv. De stora vinsterna torde finnas i samordnade strukturella insatser, exempelvis kring arbetsmiljörisker och rehabilitering i särskilt utsatta branscher/yrkesgrupper eller samordnade insatser mellan nationella och lokala myndigheter i orter/bostadsområden där det finns ett särskilt behov av samordning mellan arbetsmarknadsåtgärder, sjukförsäkring och sociala insatser.

I en andra ansats strävar man också efter en samordning mellan andra aktörer (arbetsmarknadens parter, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling m fl). Det är viktigt att dessa aktörer inkluderas. Dock bör även företagshälsovården inkluderas som en väsentlig aktör. Det är vidare, som nyligen påtalats av Jämli khetskomm issi onen,³ väsentligt att Arbetsförmedlingens kunskap om arbetsmarknaden på ett bättre sätt inkluderas i handläggningen också av enskilda ärenden (se även under 8.8).

Samordningen föreslås ske under ledning av Försäkringskassan. Som insiktsfullt nämns i utredningen har FK flera och ibland motstridiga roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De ska stödja de försäkrade och ha tillsyn, finansiera och delta i processen, samt pröva läkares bedömning i sjukintyg. Erfarenheten visar att FK har haft svårt att uppfylla ett samordningsansvar, vilket nämns i

³ En gemensam angelägenhet, vol 2. Betänkande av Jämlikhetskommissionen. SOU 2020:46

utredningen. En mer utförlig diskussion hade varit en fördel av hur dessa olika roller kan förenas, samt alternativa aktörer vad gäller samordningen på individnivå (exempelvis aktörer som finns närmare individerna som företagshälsovården, eller rehabiliteringskoordinatorer).

8.3 En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Rekommendationen att utreda förutsättningarna för en gemensam digital planeringsyta för processen är viktig för transparens och för att undvika miss förstånd. En testad användarvänlighet i utformningen för alla involverade är dock centralt för att realisera strävan efter en effektivare, säkrare och snabbare process.

8.4 Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade

Förslaget är att FK får utökat ansvar att överföra information mellan aktörer för att stötta individer. Att det finns en aktör som har ett uttalat uppdrag att stötta individer så att korrekt information överförs så att de inte "hamnar mellan stolarna" och så att olika tidsgränser bevakas, är viktigt. De många, delvis motstridiga uppdragen FK redan har gör att detta kan problematiseras och att även andra aktörer kan övervägas (se ovan 8:2). Som nämns i utredningen så missar man de som har upprepad kortvarig frånvaro (upp till 14 dagar) och som därför inte har kontakt med FK.

8.5 Stärkta drivkrafter för arbetsgivare

Rekommendation avser en utredning av hur man kan stärka arbetsgivarens ekonomiska drivkrafter för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och individens återgång i arbetet. Bakgrunden är att resultaten av parternas avsiktsförklaring i dessa avseenden bedöms vara otillfredställande.

Sjuktal, liksom möjligheten att klara ett helt/förlängt arbetsliv varierar starkt mellan olika branscher och yrken. Det finns delar inom såväl privat som offentlig sektor som kräver betydande insatser. Ekonomiska drivkrafter i den riktning som föreslås kan vara en väg att utreda vidare.

I Norge har man valt att åtgärda de stora skillnaderna med obligatorisk företagshälsovård för de mest riskfyllda (höga kända arbetsmiljörisker och/eller höga sjuktal). I Sverige är tillgången till företagshälsovård generellt sett omvänt relaterad till risker i arbetsmiljön och till underliggande (ej arbetsrelaterad) ohälsa⁴. Detta förhållande är inte ändamålsenligt. Alternativet att införa obligatorisk kvalitetssäkrad företagshälsovård som innefattar såväl förebyggande arbetsmiljöarbete som anpassning av arbetet till individen för högriskbranscher för att komma tillrätta med de mest problematiska sektorerna är rimligt att utreda parallellt.

En annan väg kan vara en fördjupad dialog mellan staten och parterna om hindren för att genomföra de ambitiösa avsikter man tidigare deklarerat och vilken roll staten kan ha i detta.

Utredningens förslag innebär arbetsgivare ska vara skyldig att redovisa kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro vilket ska kontrolleras vid arbetsmiljöcertifieringar. Att ha kontroll på dessa kostnader över tid torde vara av godo för arbetsgivares budgetarbete. Det finns dock en risk att låga kostnader /sjukfrånvaro okritiskt tokas som att det speglar god hälsa och gott arbetsmiljöarbete. Sannolikt är det så att höga kostnader och sjukfrånvaro emellanåt kan spegla att de med ohälsa både i högre utsträckning fått anställning på arbetsplatsen och fått stöd och hjälp vid nedsatt arbetsförmåga. På samma sätt kan låga siffror spegla att människor med ohälsa inte anställs eller inte ges insatser vid behov och lämnar arbetsplatsen. Om redovisningsskyldighet införs är det viktigt att synliggöra sådana effekter så att man inte inför drivkrafter i motsatt riktning till de önskade.

I utredningen saknas förslag om hur arbetsgivares rehabiliteringsansvar, och skyldigheter att anpassa arbetet för den sjukskrivne eller den som riskerar att bli sjukskrivne, skulle kunna göras tydligare i lagstiftningen. Även tillsynen av att arbetsgivaren fullgjort detta ansvar, samt sanktionsmöjligheter

⁴Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Kommissionen för jämlik hälsa 2017:47

borde utredas. I analysdelen av utredningen framhålls problematiken med att lagstiftningen avseende arbetsgivares rehabiliteringsansvar finns i olika lagar, vilket gör det svårt för arbetsgivare att få överblick av vilka skyldigheter de har inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Man tar också där upp problematiken med att Arbetsmiljöverket inte utövar tillsyn över de regler som finns i socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan har heller inga sanktionsmöjligheter gentemot arbetsgivaren om arbetsgivaren inte gör det den ska. Försäkringskassan kan uppmärksamma Arbetsmiljöverket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen eller socialförsäkringsbalken, men sådana anmälningar från Försäkringskassan görs ytterst sällan.

8.6 Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Rekommendationen innebär att socialförsäkringsbalken kompletteras så att arbetsgivaren blir skyldig att konsultera en expertresurs då planer för återgång i arbete ska göras. Det finns goda skäl för att förtydliga att arbetsgivaren bör inhämta stöd av företagshälsovård eller en annan motsvarande oberoende expertresurs då detta behövs. Utredningen menar att det främst är kompetens inom beteendevetenskap och ergonomi som krävs och inte de professioner där man har en tydlig bristsituation (läkare, arbetsmiljöingenjör). Beläggen för detta är dock inte tydliga. Myndigheten för arbetsmiljökunskap har emellertid ett uppdrag att lösa frågan med företagshälsovårdens kompetensförsörjning och det bör således vara möjligt att tillhandhålla alla nödvändiga kompetenser framöver.

För småföretag och företag i glesbygd kan tillgången till företagshälsovård eller motsvarande expertresurs vara svår att lösa. Ett möjligt komplement kan här vara att rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården som redan har ett uppdrag att stärka stödet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare får ett mer uttalat uppdrag att fungera som expertresurs även för planeringen. Detta kan också ha fördelen att stötta arbetsgivare i processen som, främst om de saknar HR-avdelningar, kan ha bristfällig kunskap kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser.

8.7 En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Förslaget innebär att Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) får i uppdrag att förvalta kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Utredningen finner att evidensbaserad metodik inte är tillräckligt känd och spridd på arbetsplatserna, med utgångspunkt från exemplet ADA+, en metodik för att gemensamt involvera den försäkrade och arbetsledaren i att finna lösningar för en hållbar återgång.

Arbets- och miljömedicinska enheter vid universitet och regionsjukhus, liksom Enheten för interventions- och implementeringsforskning vid Karolinska Institutet har systematiskt arbetat med att utveckla evidensbaserad metodik och riktlinjer för rehabilitering - återgång i arbete, men också primärpreventivt arbetsmiljöarbete. MYNAK har nu ett uppdrag att förvalta detta, men det behövs ytterligare insatser för att befintlig metodik skall implementeras ute på arbetsplatserna. I de fall det rör sig om lagstadgade åtgärder (exempelvis enligt Rekommendation 8.6) bör det vara ett krav att sådan metodik tillämpas om möjligt. Det finns vidare ett behov att följa upp och vidareutveckla metodiken, inte minst för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Det kan här finnas ett förvaltningsansvar hos MYNAK men uppdraget kan utföras av universitet och universitetssjukvårdsenheter.

8.8 Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd

Förslaget innebär ökade krav på samverkan mellan FK och Arbetsförmedlingen för att undvika att individen råkar illa ut, vilket är positivt. Analysen ligger nära den beskrivning av problematiken och de förslag som läggs fram från Jämli khetskommissi onen, men kommissionen pekar i sin utredning också på att det kan finnas ett behov av att harmonisera lagstiftningen mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen, utnyttja Arbetsförmedlingens kunskap om arbetslivets krav i bedömningen av enskilda ärenden och att tydliggöra behovet av arbetsförmågeutredningar från FKs sida vid långa sjukfall för att få ett tillräckligt underlag för bedömningen

Allmänna synpunkter

I utredningen saknas en diskussion och en inkludering av den ökade ojämlikheten i hälsa och möjligheter till god rehabi li tering. Möjligheterna att stanna kvar tills ålderspension i fysiskt tunga arbeten är starkt begränsad. Sjukskrivning och sjukersättning är vanligare i sådana yrken jämfö lt med tjänstemannayrken, och vanligare i socioekonomiskt svagare grupper. En diskussion borde föras om möjliga åtgärder för att möjliggöra en karriärsväxling till mindre fysiskt krävande arbete/arbetsuppgifter för äldre så att de kan arbeta kvar tillsålderspension. Tillgång till företagshälsovård eller andra expertresurser är också extra viktigt för dessa grupper ⁵.

Vid utformningen av detta yttrande har synpunkter inhämtats från Enheten för arbets- och miljömedicin, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

I tjänsten,

Maria Albin
professor

Institutet för miljömedicin

Gun Johansson
forskare

Institutet för miljömedicin

Katarina Kjell berg
forskare

Institutet för miljömedicin

⁵Albin M, Gustavsson P, Kjellberg K, Theorell T. Arbete, arbetsmiljö och jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa, 2017.