

Remissvar från Karolinska Institutet; utredningen 'En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022' (SOU 2024:26)

Sammanfattning

I denna utredning utvärderades sju olika reformer inom sjukpenningförsäkringen, samtliga genomförda under åren 2021 och 2022. Karolinska Institutet (KI) är positiv till att dessa sju reformer utvärderas, även med så kort tidsperspektiv. KI är dock tveksam till om studiedesignen som har använts har kunnat särskilja effekter av de genomförda reformerna från effekter av andra stora förändringar under de studerade åren, förändringar som också torde haft betydelse för de studerade utfallen (långa sjukfrånvarofalls duration, samt om den sjukskrivne återgått till ordinarie arbetsgivare eller annan). I promemorian lyfts risker med vissa av reformerna, såsom att arbetsgivare kan ha valt att inte anställa personer utan i stället klassificerat dem som behovsanställda. Mer vetenskapligt baserad kunskap om sådana aspekter behövs, avseende arbetsgivare såväl som andra aktörers roll i sjukskrivningsärenden.

I betänkandet föreslås att sex av de sju genomförda reformerna tas bort. Regelverket blir då mer eller mindre detsamma som innan reformerna genomfördes. I betänkandet föreslås även att den reform som föreslås behållas ska utvärderas ytterligare. Vare sig betänkandets förslag genomförs eller ej bör utvecklingen följas noga för samtliga dessa reformer/aspekter av sjukpenningförsäkringen, det vill säga inte endast för den reform som det i betänkandet föreslås att utvärdering ska genomföras för. En tvärvetenskaplig ansats bör då tillämpas.

Resultat från de två första delarna av utredarnas uppdrag redovisas inte. Regeländringar kan ha betydelse för både antal sjukskrivna personer och för sjukskrivningslängder. Den vetenskapliga baserade kunskapen är synnerligen bristfällig avseende vilka personer som riskerar onödigt långa sjukskrivningar, med de eventuella 'biverkningar' som detta kan innebära – och hur sådana kan motverkas. KI anser därför att forskningsmedel och forskarmiljöer avseende dessa aspekter behöver utökas och förstärkas. Detta behövs både på grund av de ytterst stora konsekvenserna och kostnaderna av sjukfrånvaron innebär och för att få bättre kunskapsunderlag för involverade yrkesgrupper att kunna handlägga dessa ärenden professionellt och sakligt. KI föreslår även, baserat på resultat i promemorian, att en akademisk utbildning för handläggare inom Försäkringskassan inrättas.

KI ställer sig mycket tveksam till de allmänna kommentarer som delges i utredningen avseende betydelsen av möjlighet till deltidssjukskrivning, betydelsen av (arbetslivsinriktad) rehabilitering för återgång i arbete, samt genomförandet av större reformer av sjukpenningförsäkringen. Att utreda dessa aspekter ingick inte i utredningens uppdrag, och det vetenskapliga underlaget för de åsikter som utredaren förmedlar är mycket skrala; flera studier talar snarare för motsatta slutsatser. Även analyserna av det som kallas 'sjukskrivnas hälsa' lämnar en del i övrigt att önska.

Mer detaljerade synpunkter

I detta betänkande utvärderas sju olika reformer inom sjukpenningförsäkringen; undantag för övervägande skäl, undantag för särskilda skäl, äldrereglerna inom sjukpenningen, äldrereglerna inom sjukersättning, ersättning till behovsanställda samt att ange specifik yrkesgrupp vid avslag respektive möjlighet till ökad flexibilitet vid deltidssjukskrivning. För dessa reformer har man bland annat studerat utveckling av långa sjukfrånvarofall och de långtidssjukskrivnas eventuella återgång i tidigare arbete – alternativt att inte ta ut ålderspension utan vara fortsatt sjukskrivna eller ha sjukersättning. I betänkandet talas det om 'effekter' av reformerna trots att slutsatserna baseras på observationsstudier, det vill säga, på en typ av studier som kan användas för att få kunskap om möjliga samband – däremot inte för att få kunskap om orsakssamband, om så kallade 'effekter'.

Samtliga studerade reformer genomfördes någon gång under åren 2021 och 2022, och utvärderas med data gällande till och med delar av år 2023. Utvärderingsperioden kan således anses vara för kort. Den studiedesign som använts är att sjukskrivningsduration i nya sjukfrånvarofall som påbörjats efter att respektive reform genomfördes har jämförts med motsvarande duration av sjukfrånvarofall som påbörjades under tidigare år. Denna kvasiexperimentella ansats utgår från ett antagande om att dessa perioder skulle kunna vara någorlunda jämförbara. Dock har det under åren 2021, 2022 och 2023 även skett flera andra förändringar än dessa sju reformer som kan ha haft stor betydelse för utvecklingen av sjukfrånvarofalls duration, för sjukskrivnas möjlighet att återgå i sitt tidigare arbete samt för sjuk- och aktivitetsersättning. Några av dessa är;

- År 2021 var vi fortfarande mitt uppe i covid-19-pandemin, med dess omfattande betydelse för den svenska samhället, inklusive för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning.
- På arbetsmarknaden lades under dessa år många företag ner, permanent eller tillfälligt (dvs för många personer fanns inte deras tidigare arbete alternativt arbetsgivare kvar att återgå till efter sjukskrivningen).
- Många förändrade sin arbetssituation mycket, bland annat genom distansarbete, i de yrken där det var möjligt.
- Välfärdsbrottsligheten tenderade att öka; även när det gäller sjukskrivningar.
- Mycket stora påfrestningar uppstod inom hälso- och sjukvården. Stora omstruktureringar behövde göras, många exponerades för covid-19 smitta (från patienter, under pendling till och från arbetet, samt från kollegor) och många blev sjukskrivna. Detta resulterade bland annat i längre väntetider inom många typer av verksamheter, vilket för många sjukskrivna innebar att deras sjukskrivningstider förlängdes i väntan på undersökningar och behandlingar.
- Mycket stora påfrestningar inom Försäkringskassan. Personalen där hade att hantera flera nya regler och ersättningar, såsom karensersättningarna, samtidigt som personalomsättningen var mycket hög och olika omorganisationer genomfördes. Personalen hade också att ställa om verksamheten för att hantera de regeländringar som denna promemoria handlar om. Att handläggningstider påverkats av detta är inte förvånansvärt, särskilt som de studerade reformerna inneburit möjlighet att låta vissa

sjukfrånvarofall pågå längre tid, innan den sjukskrivnes arbetsförmåga bedöms i relation till hela arbetsmarknaden, inte bara för dennas tidigare arbete.

Ovanstående faktorer och omständigheter har med största sannolikhet haft stor betydelse för de utfall som studerats i promemorian. KI anser inte att tillräcklig hänsyn tagits till dessa centrala parametrar vilket bör beaktas i fortsatta utvärderingar.

Betänkandet handlar om mycket långa sjukfrånvarofall, det vill säga, om fall som blivit längre än 90 respektive 180 dagar. Dessa fall står för ungefär två procent av alla sjukfrånvarofall; majoriteten av fallen avslutas inom en eller två veckor. Däremot står dessa långa fall för mer än hälften av alla sjukfrånvarodagar och det finns all anledning att se över hur vi kan förhindra att de blir längre än nödvändigt. Eftersom det inte finns någon bortre gräns för hur länge ett sjukfrånvarofall kan pågå i Sverige – ett fall kan pågå i flera år eller decennier - är detta extra viktigt, i synnerhet som kraven för att bli beviljad sjukersättning (tidigare kallat förtidspension) numera är högre än kraven för att beviljas sjukpenning, och möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning (tidigare kallat sjukbidrag) för personer som fyllt 30 år har tagits bort.

Data för utvärderingen har inhämtats på olika sätt. Framför allt har länkade mikrodata från register från Försäkringskassan, Statistiska Centralbyrån och Socialstyrelsen använts. Tyvärr framgår det inte alltid vilka variabler som faktiskt använts i analyserna, varför slutsatserna är svåra att värdera och analysera. Dessutom har följande typer av data använts: data extraherade från 300 av Försäkringskassans akter, enligt en modell som använts i tidigare aktstudier inom Försäkringskassan, samt data från intervjuer av 29 handläggare/specialister inom Försäkringskassan. En av dessa intervjuer var individuell, resten genomfördes som gruppintervjuer. Det finns flera oklarheter kring dessa intervjuer; vem bjöd in till dem? Hur många avböjde medverkan? Hur länge hade deltagarna jobbat med denna typ av ärenden? Hur många gruppintervjuer genomfördes? Frågorna är många.

Det står även att tematiska analyser av det inspelade transkriberade intervjumaterialet genomfördes. Dock redovisas inte identifierade teman och eventuella subgrupper inom dessa. I stället ges exempel på citat från intervjuerna, utan att det framgår *hur* dessa citat valts ut, om de är från en eller från olika personer, grupper, etcetera. Det vill säga; information som vanligen ges när resultat från denna typ av studier ges och som är viktig bland annat för att inte väcka misstankar om att författarna har valt ut citat som överensstämmer med deras egna åsikter, så kallad ”cherry picking”.

Sjukskrivning av behovsanställda personer

En hel del skrivs om arbetsgivares incitament att medverka till den sjukskrivnes återgång i arbete. Exempel ges på hur reformerna i regelverket kring sjukskrivna med så kallad behovsanställning lett till icke önskvärt beteende hos arbetsgivare. Detta är synnerligen viktigt att belysa och få kunskap om anser KI. I promemorian drar dock författarna den mycket förvånande slutsatsen att Sverige borde ta till sig det holländska sjukfrånvarosystemet – ett system som visat sig medföra ett stort antal negativa effekter för det nederländska samhället, inte minst av den typ som utredarna säger sig vilja motverka.

Om oprofessionella läkare

I utredningen lyfts problemet med att Försäkringskassan för närvarande saknar möjligheten att sanktionera läkare som systematiskt starkt missbrukar sin möjlighet att utfärda läkarintyg. KI håller med om att det sedan länge varit ett problem att Försäkringskassan inte kunnat agera på ett optimalt sätt när de uppmärksammar denna typ av beteende, beteende som kan klassificeras som välfärdsbrottslighet.

Vetenskapligt baserad kunskap behövs, generellt och om olika diagnoser och grupper.

De nuvarande gränserna i rehabiliteringskedjan; 90, 180 respektive 365 dagar, är inte baserade på vetenskaplig kunskap. Vi har inte prövat att ha andra gränser – till exempel 50 respektive 120 dagar. Kanske vore det bättre att i vissa sjukfrånvarofall prata om andra arbetsuppgifter hos den egna arbetsgivaren redan efter tre veckor? Och om andra arbeten/arbetsgivare/aktiviteter. Betänkandet använder termen 'inlåsning i sjukskrivning'. Att vänta med att ta upp denna typ av frågor kan i vissa fall leda till just detta. En viktig aspekt att studera i denna typ av utredning är om reformerna, tillsammans med andra stora påfrestningar, inneburit att Försäkringskassan inte gått in tillräckligt tidigt i sjukskrivningsärenden. Mjukare gränser i regelverket innebär en risk att inte heller hälso- och sjukvården respektive arbetsgivare tar initiativ tidigt i sjukfrånvarofall.

Generellt är den vetenskapligt baserade kunskapen om så kallade biverkningar eller om 'konsekvenser' av långvarig sjukfrånvaro synnerligen bristfällig, både generellt och för de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna (dvs. psykiska och muskuloskeletala besvär). På individnivå kan sjukfrånvaro antas ha både (a) funktionella konsekvenser såsom tid för återhämtning och aktiva behandlingsinsatser och bättre arbetsförmåga och (b) dysfunktionella konsekvenser, såsom ökad sjuklighet, både i den initiala sjukskrivningsdiagnosen och i andra diagnoser, negativa livsstilsförändringar, social isolering, lägre självkänsla, arbetslöshet, och högre framtida sjukfrånvaro. Att återgå till tidigare regelverk kan sannolikt minska sjukfrånvarotalen men frågor om sjukfrånvarons konsekvenser är fortfarande lika aktuell och viktig som tidigare för att få kunskap om hur man bäst ska hantera sjukskrivningsfall.

Vi ser därför behov av att både studera vilka individer som riskerar en längre tids sjukskrivning samtidigt som det bör utvecklas prediktiva modeller för att tidigt identifiera de individer eller grupper som befinner sig i riskzon. Mer kunskap behövs även om arbetsförmågeutredningar och vilka yrkeskompetenser som behövs för att kunna genomföra sådana utredningar professionellt. KI konstaterar att – oavsett om utredningens förslag tillämpas eller ej – kvarstår behovet av forskning om vilka insatser, på olika strukturella nivåer, som kan minska sjukskrivningslängd och/eller öka återgång i arbete. Flera systematiska översikter inom området har genomförts, men det vetenskapliga underlaget är fortsatt svagt och otillräckligt. Medel och forskningsenheter för sådan tvärvetenskaplig forskning behövs om olika samverkande faktorer.

Några övriga synpunkter

I betänkandet har även åsikter lyfts fram om aspekter som inte ingick i uppdraget. Här ges några kommentarer kring några sådana aspekter.

Om deltidssjukskrivning

En av de studerade reformerna rör möjlighet till viss flexibilitet när det gäller deltidssjukskrivning – att kunna arbeta mer än den angivna sjukskrivningsgraden vissa dagar, till exempel om restiden är lång eller om arbetsuppgifterna är bättre lämpade för det. Skrivningen om deltidssjukskrivning och en sådan reform innehåller mer generella åsikter om att deltidssjukskrivning inte påverkar individens förmåga till arbetsåtergång och det ter sig nästan som om utredaren drar slutsatsen om att detta skall tas bort. Utredningen hänvisar denna slutsats till tre studier – det är dock mycket oklart hur man har kunnat dra en sådan slutsats baserat på resultaten av dessa studier.

Författarna skriver även att de har gjort en litteratursökning och då inte funnit studier om deltidssjukskrivning som visade något annat än dessa åsikter. Detta är mycket anmärkningsvärt, då det kommit ett flertal studier om deltidssjukskrivning de senaste åren. Det framgår inte heller vilka sökord som använts i litteratursökningen, vilka litteraturlästaser som använts för att söka studier, hur många studier som identifierades och hur många av dem som uppfyllde inklusionskriterierna, vad de funnit, vilka länder de kom från, etcetera – det vill säga, basal information som ges när en litteratursökning redovisas.

Deltidssjukskrivning är ett extremt svårt område att beforska. Utredarna hävdar att gjorda studier inte beaktat att deltidssjukskrivna har bättre arbetsförmåga. Det är oklart vad som avses. Självklart har de som är deltidssjukskrivna bättre arbetsförmåga än de som är heltidssjukskrivna; detta är själva grunden för hel- respektive deltidssjukskrivning. KI anser att det är viktigt att på olika sätt stödja de personer som fortsätter yrkesarbete partiellt trots att deras morbiditet innebär permanent eller återkommande nedsatt arbetsförmåga – även i fall där detta kommer att progrediera. Det är även viktigt att beakta att vissa sjukskrivna personer aldrig kommer att kunna återgå i arbete, deras sjukskrivning kommer snarare att avslutas med död. Eftersom det inte ingick i utredningens uppdrag att uttala sig om deltidssjukskrivning ter sig skrivningen om detta som mycket tendensiös. Detsamma gäller texterna om rehabilitering.

Om rehabilitering

I promemorian används termen 'rehabilitering' för flera olika saker och på ett inkonsekvent sätt: ibland för behandling, ibland för 'medicinsk rehabilitering' och ibland för 'arbetslivsinriktad rehabilitering', och det är på flera ställen oklart vilken av dessa tre som avses. Betänkandet förmedlar delvis slutsatser om att 'rehabilitering' (dvs behandling, medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering) inte påverkar sjukskrivning och att 'rehabilitering' ibland även leder till att sjukfrånvaron blir längre. Det finns enstaka studier som har visat just detta – bland annat på grund av att deltagandet i rehabiliteringen i sig tar tid som det krävs sjukfrånvaro för, och ibland för att interventionen inneburit att den sjukskrivne tydligare gått in i en sjukroll än hen kanske skulle gjort annars.

I betänkandet lyfts enstaka studier samt en litteraturoversikt från 2019. Senare litteraturoversikter inom området har inte alls beaktats – orsaken till detta är svår att förstå. Om tidsramen för betänkandet har varit för kort för detta så hade det varit lämpligare att inte uttala sig alls om möjliga effekter av olika typer av rehabiliteringsinsatser. Nuvarande skrivningar ger snarare intrycket av att man velat föra fram en viss åsikt.

Vissa sjukskrivningar orsakas av exponeringar på arbetsplatsen. En stor del av sjukfrånvarofallen gör dock inte det, eller gör detta bara delvis. Det är dock till arbetsplatsen eller någon annan typ av aktivitet som den sjukskrivne förhoppningsvis ska tillbaka. Det är då, som flera systematiska litteraturoversikter visat, viktigt att sjukvården samverkar med arbetsgivaren när det gäller åtgärder för att främja återgång i arbete, så kallad 'Arbetslivsinriktad rehabilitering'. Detta är dock en term som arbetsgivare sällan känner igen sig i – 'åtgärder för att främja återgång i arbete' är ofta en bättre term. Sådana åtgärder kan vara förändring av arbetstider, av arbetsuppgifter, av verktyg som underlättar i arbetet etc.

Betydelsen av sådana åtgärder, och av behandling och 'medicinsk rehabilitering' för återgång i arbete eller annan aktivitet är, av flera anledningar, även det ett mycket svårbeforskat område. Det bör i detta sammanhang beaktas att bland annat WHO beskriver möjlighet till rehabilitering som en mänsklig rättighet.

Om hälsa

I promemorian säger man sig ha mätt 'hälsa'. Dock är det sjukvårdskonsumtionen man har mätt, på tre olika sätt. Dels genom antal dagar inlagd på sjukhus, dels via antal läkarbesök i sekundärvård, dels genom antal dygnsdoser av uttagen receptbelagd medicin. Hur dessa mått använts finns anledning att se över. Man har inte med data om primärvård där majoriteten av de diagnoser som ligger bakom sjukfrånvaron, det vill säga psykiska respektive muskuloskeletal besvär, hanteras.

Om aktivitetsförmågutredningar

I dagsläget finns en modell för fördjupande försäkringsmedicinska utredningar; aktivitetsförmågutredningar (AFU) som används i hela landet. Den använda AFU-modellen togs fram för att användas för personer som varit sjukskrivna i 180 dagar. Promemorian nämner antalet AFU:n som beställs, men inget om när i sjukfrånvarofallet detta sker. Tyvärr beställer Försäkringskassan vanligen AFU alldeles för sent i processen, inte sällan efter flera års sjukskrivning, och då är möjligheten till återgång i arbete/sysselsättning mycket liten. Professionella som genomför AFU utredningar anser att en arbetsåtergång oftast hade varit möjlig om AFU:n genomförts betydligt tidigare i processen.

Om kompetens (hos Försäkringskassans och sjukvårdens personal)

På flera ställe beskrivs Försäkringskassans personal som oprofessionella. Det är oklart vad utredaren baserar detta på, men självklart är det ett stort problem att det idag saknas en akademisk utbildning som förbereder personer för de krävande uppgifter som en handläggare/utredare/specialist inom Försäkringskassan har att hantera. Det är anmärkningsvärt att en sådan saknas – för de flesta andra professioner i Sverige som har att

hantera andra människors situation i sitt yrkesutövande finns det en akademisk utbildning som förbereder dem för det yrket. Detta gäller till exempel socialarbetare, poliser, lärare, läkare, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. I beaktande av den mycket centrala roll som handläggare vid Försäkringskassan har för individer och för samhället är det rimligt att sådana akademiska utbildningar etableras. De kan förslagsvis arrangeras som masterutbildningar för personer med en relevant grundexamen inom till exempel socialt arbete, psykologi, statsvetenskap eller juridik.

I promemorian skrivs en del om incitament för läkare i hanteringen av försäkringsmedicinska ärenden. Flera statliga utredningar och omfattande studier har visat på behovet av bättre organisatoriska förutsättningar för professionella, inklusive läkare, att hantera patienters/försäkrades sjukfrånvaro. KI delar promemorians syn på att tydligheten om de olika aktörernas roller, befogenheter och skyldigheter behöver förbättras, och att information om detta behöver spridas på fler sätt än nu för att öka tydligheten.

Om begreppet sjukfall

I promemorian används genomgående begreppet sjukfall när man genomgående avser "sjukskrivningsfall" eller "sjukfrånvarofall". Detta är förvirrande. För de flesta personer, inom hälso- och sjukvården, bland arbetsgivare och bland allmänheten, innebär termen 'sjukfall' att man blivit sjuk. Eftersom de flesta sjukdomar och skador (dvs de flesta 'sjukfall') inte leder till att personen blir sjukskriven, leder detta till en begreppsförvirring - och många personer leds att tro att man har rätt att vara sjukskriven och få sjukpenning om man har en sjukdom – ett sjukfall. Det är viktigt att inte cementera felaktiga bilder kring sjukskrivning.

Detsamma gäller termen 'sjukförsäkring' som på motsvarande sätt är förvirrande och leder tanken till att det är förekomsten av sjukdom som försäkras i sjukpenningförsäkringen, och inte, som ju är fallet, inkomstbortfall på grund av arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Det vore en fördel om försäkringen bytte namn. Den allmänna 'sjukförsäkringen' i Sverige gäller ju i stället personers rätt till sjukvård och behandling och att detta sker till kraftigt reducerad kostnad eller utan avgift. När den allmänna 'sjukförsäkringen' infördes 1955 kallades den så eftersom den då även omfattade rätt till sjukvård med en lägre ersättning. Detta är inte längre fallet.

Detta remissvar har utarbetats av KI:s Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap (professor Kristina Alexanderson, docent Emilie Friberg) och från Institutet för miljömedicin (professor Gunnar Bergström, docent Elisabeth Björk Brämberg, docent Karin Leander), Karolinska Institutet.