



# Medicinsk service

## Arbets- och miljömedicin Syd

### REMISSSVAR

Datum 2024-02-16  
Ärendenummer 2024-05

Socialdepartementet  
s.remissvar@regeringskansliet.se

## Remissyttrande över betänkandet: Rätt förutsättningar för sjukskrivning (SOU 2023:48)

### Övergripande kommentarer

Vi bedömer att denna SOU är skriven med alltför litet beaktande av privat bekostade vårdgivare såsom företagshälsovård, men även andra privatläkare som sjukskriver sina patienter. Företagshälsovården med sin arbetsmedicinska kompetens är en nyckelfaktor i rehabilitering tillbaka till arbete.

Därutöver är gruppen studenter som aktör inte beaktad i utredningen. Vi anser att läkarutbildningens utbildning i arbetsmedicin och försäkringsmedicin är en grundbult för kvalitativ sjukskrivning från de blivande läkarna. Sjukskrivning av studenter är över huvud taget inte belyst, trots att tydliga problem föreligger.

### Bedömningar och Förslag

#### Bedömning 5.1.1

Vi **instämmer** i bedömningen.

Vi vill tillägga att det är otydligt hur helt privatfinansierade läkare såsom företagsläkare, läkare som arbetar med privata sjukförsäkringar, eller på annat sätt arbetar med privatbetalande patienter, skall förväntas utföra uppdraget att sjukskriva och på vems bekostnad. De brukar normalt inte inkluderas som en del av hälso- och sjukvården. Enligt en bedömning från Sveriges Företagshälsor står företagshälsovården för ca 1/20 av sjukskrivningarna i Sverige. Det är otydligt vilken roll arbetsgivaren förväntas ta för sjukskrivning under den arbetsinriktade rehabiliteringen och

huruvida sjukskrivningen skall bekostas av arbetsgivaren, vilket är en förutsättning för företagshälsovården. Dessa punkter borde förtydligas.

### **Förslag 5.1.2**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi anser dock att förslaget hade kunnat konkretiseras ytterligare med vilka typer av åtgärder som skulle kunna vara rimliga. ”Målgrupperna” och ”aktörerna” i sammanhanget är också dåligt specificerade och bör inkludera företagshälsovården.

### **Förslag 5.2.1**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi vill dock belysa att risken med att språket ska ”vara enkelt att förstå” inte får innebära att innehållet urvattnas och inte längre är distinkt så att information förloras. Vidare är det flera parter än sjukskrivande läkare och Försäkringskassan som har stort behov av att informationen från intyget uppfattas korrekt och för vilka det kan anses vara ett arbetsverktyg (patient, arbetsgivare, andra vårdgivare), men behoven av vilken information som behövs liksom behovet av sekretess (t.ex. mellan patient och arbetsgivare) är olika hos olika aktörer. Att belysa detta bör ingå i uppdraget. Företagshälsor, arbetsgivare och patienter berörs i alltför liten omfattning i förslaget och borde vara med i samrådet.

### **Förslag 5.2.2**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi föreslår dessutom att samtliga intyg skall inkludera information om hur långt arbetsgivarens rehabiliteringsprocess är kommen och vad den innehåller. Vid sjukdomstillstånd med stor interaktion mellan sjukdom och arbetsmiljö behöver arbetsgivaren och Försäkringskassans handläggare god kännedom om hur arbetsgivarens åtgärder eller brist på dessa påverkar sjukdomen. Progressen i arbetsgivarens process förekommer inte i dagens intyg men bedöms kunna ge ett mervärde. Detta skulle behövas i såväl korta som långa ärenden och ofta kommer en mer uttalad arbetsmedicinsk kompetens behövas. I kortare intyg kan denna information sannolikt ofta begränsas till att arbetsgivaren behöver uppmanas att titta på alternativa arbetsuppgifter, vilket dock är en viktig signal till arbetsgivaren.

### **Förslag 5.2.3**

Vi **instämmer** i förslaget.

I uppdraget till E-hälsomyndigheten bör vissa faktorer beaktas. Utbytet av information får dock inte innebära en ökad risk för att data hamnar i orätta händer. Man behöver hitta lösningar så att små och privata aktörer har möjlighet både att ha gratis tillgång till systemen och att systemen respekterar den integritet som kan finnas hos privat bekostade vårdgivare, vilka inte behöver lämna ut data till Försäkringskassan. Systemet behöver vara robust så att sjukskrivning kan ske även vid IT-attacker, kris eller krig och ett alternativt system för sådana tillstånd bör finnas. Vidare är det centralt att läkarens arbetsmiljö värnas så att inte nya IT-lösningar innebär en ökad arbetsbelastning.

### **Förslag 5.3.1**

Vi **instämmer** i förslaget.

Det är oerhört viktigt att hälso- och sjukvården och arbetsgivaren/arbetsförmedlingen har en god kommunikation om behoven i rehabiliteringen. Företagshälsovården är dock inte omfattad av förslaget vilket den borde vara. Om arbetsgivaren inte bedöms ha tillräcklig kunskap om anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering behöver företagshälsovården snabbt kopplas in med sina expertkunskaper i arbetsmedicin. Försäkringskassan behöver därför kunna bedöma behovet av företagshälsovård och om det i intyget kommuniceras av sjukskrivande läkare från annan vårdinstans behöver man se till att detta efterlevs. Ett incitamentssystem med tydligt krav för arbetsgivaren att koppla in företagshälsovården i komplicerade sjukskrivningsärenden bör beaktas.

### **Förslag 5.3.2**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi tycker att förslaget utelämnar privat bekostade vårdgivare såsom företagshälsovård. När dessa aktörer inkluderas instämmer vi i förslaget. I utredningen bör utöver den juridiska problematiken adresseras men det behövs även tillses att överföringen är fritt kompatibelt med en mängd olika datorsystem hos såväl privata som offentliga vårdgivare. Vidare är det centralt att läkarens arbetsmiljö värnas så att inte nya IT-lösningar innebär en ökad arbetsbelastning genom tex ytterligare kommunikationsvägar att bevaka.

### **Förslag 5.3.3**

Vi **instämmer** i förslaget.

Förslaget kan också vara vid god hjälp vid fobiska reaktioner mot arbetsplatsen vid stressrelaterad ohälsa. Förslaget bedöms då kunna få stor betydelse för att utvärdera denna annars mycket svårvärderade arbetsförmåga i andra på marknaden förekommande arbeten.

#### **Förslag 5.3.4**

Vi **instämmer** i bedömningen och förslaget.

Vi anser dock att det fattas ett förslag som motsvarar skrivningen att: ”kvalitetssäkrad företagshälsovård anlitas i en utsträckning som motsvarar det faktiska behovet”. Här skulle det behövas ett förslag om eventuellt ekonomiskt bidrag när företagshälsovård anlitas och påföljd om så inte sker. Vidare är kvalitetssäkringen bristfälligt beskriven och bedömningen bör förtydligas med vem som kan kvalitetssäkra denna och hur det skall göras. Vi anser att den (ursprungligen i SOU 2020:24) föreslagna skyldigheten att anlita en expertresurs i arbetsmedicin när plan för återgång i arbete tas fram bör förtydligas och framhävas mer i förslaget. I synnerhet då man i utredningen konstaterar att den offentliga vården inte ska utreda arbetsplatsens behov. Bristen på arbetsmedicinska specialister är ett oerhört stort problem som behöver åtgärdas omedelbart. Det bedöms viktigt att staten går in och tar det ansvaret då det nästan uteslutande rör sig om privat bekostade vårdgivare i företagshälsovården och vi ser svårigheter i att regionerna ska kunna förväntas ta ett ansvar.

#### **Förslag 5.4.1**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi tycker också att centret ska ha som uttalat mål att belysa var de anser att brister på kunskap föreligger inom dess område och bidra till forskning såsom i förslag 5.4.3. De skulle också kunna bidra till vad läkarutbildningens curriculum behöver innehålla i försäkringsmedicin.

#### **Förslag 5.4.2**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi föreslår att Försäkringsmedicin bör bli en tilläggsspecialitet med relevanta kliniska specialiteter som basspecialitet. Detta bedöms borga för att de nya specialisterna har den goda klinisk kompetens som behövs som bas för sina bedömningar och en stor bredd genom att en stor mängd specialiteter är representerade. Dessa skulle väsentligen kunna utgöras av

samma basspecialiteter som för arbetsmedicin men möjligen även inkludera socialmedicin. En specialitet bedöms kunna öka försäkringsmedicinens status. Utbildningen i försäkringsmedicin, förslagsvis i samband medutbildning i arbetsmedicin/arbets- och miljömedicin, bör påbörjas redan under läkarutbildningen med både teoretiska och praktiska moment.

### **Förslag 5.4.3**

Vi **instämmer** i förslaget.

Vi bedömer att behovet är extra stort för primärvårdsläkare som tämligen sällan har tid och möjlighet att kommunicera med arbetsgivaren och ibland också saknar tillräckligt djuplodande arbetsmedicinsk kompetens. Vi ser ett stort behov av samarbete med arbetsmedicinska specialister som i mycket stor omfattning är privat bekostad sjukvård. Hur samarbetet med företagshälsovården skall ombesörjas och bekostas behöver förtydligas.

### **Bedömning 5.4.4**

Vi **instämmer** i bedömningen.

Det är tydligt att en fördjupad kompetens behövs och att det för denna vore adekvat att båda parter (hälso- och sjukvården och Försäkringskassan) utgår från medicinsk terminologi och synsätt för att få en gemensam förståelse. Ibland föreligger olika begreppssystem som inte överensstämmer. Vid komplexa sjukskrivningsprocesser bedöms en direkt kommunikation mellan sjukskrivande läkare och försäkringsmedicinsk rådgivare kunna förbättra förståelsen och tydligheten. En modell för denna direkta läkarkommunikation bör etableras.

### **Bedömning 5.4.5**

Vi **instämmer** i bedömningen.

Vi saknar konkreta förslag utifrån bedömningen för att åtgärda de belysta bristerna. Det kan vara svårt att avgöra hur ett enskilt forskningsprojekt som kan vara till nytta för framtida kliniska behov. En uppmaning att forskningen ska ha en klinisk implikation och en kommunikationsplan (i linje med universitetets tredje uppdrag med kommunikation till samhället) från de som ger forskningsmedel bör vara centralt vid beslut om anslag då det tvingar forskarna att motivera det kliniska värdet av deras forskning och bedöms öka sannolikheten för att det fokuseras på kliniska behov i forskningen.

### **Förslag 5.5.1**

Vi **instämmer** i bedömningen.

Detta är oerhört viktigt för läkares arbetsmiljö. Vi saknar konkreta förslag utifrån bedömningen för att åtgärda de belysta bristerna.

### **Bedömning 5.5.2**

Vi **instämmer** i bedömningen.

Vi saknar konkreta förslag utifrån bedömningen för att åtgärda de belysta bristerna.

### **Förslag 5.5.3**

Vi **instämmer** i förslaget.

Att utredningen belyser att uppföljningar inte får vara belastande för de sjukskrivande är centralt för att läkarnas arbete skall vara hållbart och att samhället således har tillgång till god sjukskrivning över tid.

### **Bedömning 5.5.4**

Vi **instämmer** i bedömningen.

Det är centralt att primärvården får tillräckliga resurser för att kunna utföra sina uppgifter och inte ha fler patienter per läkare än att detta blir hållbart. Det bedöms finnas en stor risk att primärvården kan bli ytterligare underfinansierad och med ytterligare läkarbrist om ytterligare uppgifter läggs på denna vårdsektor. Om Företagshälsovård kopplas in för sjukskrivning för den arbetsinriktade rehabiliteringen när patienten av hälso- och sjukvården bedöms medicinskt utredd och välbehandladskulle detta kunna avhjälpa primärvården och ge ökad kompetens i den senare delen av rehabiliteringsprocessen. Dock finns en stor läkarbrist även bland specialister i arbetsmedicin vilket behöver åtgärdas och behandlas i förslag 5.3.4.

### **Förslag 5.6.1**

Vi **instämmer** i förslaget.

Det är dock viktigt att privat bekostade sjukvårdsaktörer, såsom stor del av företagshälsovården, inkluderas i de ”relevanta aktörerna”. Detta bör förtydligas.

### **Förslag 5.6.2**

Vi **instämmer** i förslaget.

## **Konsekvenser**

### **Generella överväganden**

Vi anser att konsekvensanalysen är behäftad med brister då tre viktiga aktörer inte ens tagits med: den privat bekostade vården med företagshälsovård, studenternas aktörer vid sjukskrivning (med Centrala studiestödsnämnden och universitet/högskolor) samt läkarutbildningen.

Vid långa sjukskrivningar, såsom de för stressrelaterad ohälsa, är i allmänhet arbetsrelaterade problem en stor del av problematiken. Sjukskrivning är ett av de viktigaste verktygen för rehabilitering av dessa patienter. Det är vanligt, och fördelaktigt att den sjukskrivande läkaren är en företagsläkare då en kompetens i arbetsmedicin och nära kommunikation med arbetsgivaren i allmänhet behövs. Cirka 1/20 av de totala sjukskrivningarna kommer från företagshälsovården enligt uppgift från Sveriges Företagshälsor. När patienten är färdigutredd och under behandling från den offentliga vården så återstår primärt den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen.

Den praktiskt svårvärderade avgränsningen mellan medicinsk och arbetsplatsinriktad rehabilitering skulle behöva förtydligas vad det gäller sjukskrivning. Det är otydligt i vilken utsträckning arbetsgivaren är skyldig att betala för sjukskrivning i denna fas; det vill säga om den faller under den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen som arbetsgivaren behöver för att kunna rehabilitera patienten. Detta inte minst då hälso- och sjukvården inte har som egentlig uppgift att utreda arbetsplatsen utan detta överlämnas till arbetsgivaren att utföra och vid behov med hjälp av företagshälsovården, vilket kortfattat belyses på s 163.

Ett förslag rörande arbetssätt för detta vore att när den medicinska utredningen och behandlingen bedöms som väsentligen färdig övertas sjukskrivningen av läkaren som bistår arbetsgivaren i arbetsplatsinriktade rehabiliteringen och bekostas således av arbetsgivaren. När övertag bör ske kan signaleras från offentlig sjukvård genom läkarintyget. Ett läkarintyg där sjukskrivande läkare bedömer att företagshälsovård skall kopplas in bör ge en påföljd om arbetsgivaren inte etablerar adekvat kontakt med företagshälsovård i ärendet. Läkares anmälan enligt Arbetsmiljöförordningen 2 § och AFS 2019:3 81 § skulle kunna vara ett sätt att detta följs upp. Bekostnad av sjukskrivning via företagshälsovård skulle kunna betalas genom det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet, men det

bör då inte finnas något tak för detta hos större arbetsgivare som det ser ut idag.

Vi efterlyser över huvud taget en djupare analys av hur privat bekostade läkare skall integreras i sjukskrivningsprocessen, hur dessa skall finansieras och hur arbetsgivarna skall få ett incitament att utnyttja den kompetens som företagshälsovården har. Detta är viktigt då den offentliga vården inte har som uppgift att utreda arbetsplatser samtidigt som arbetsförmåga och möjligheten att återgå i arbete vid många sjukdomstillstånd påverkas kraftigt av möjligheterna till arbetsanpassning.

### **Konsekvens 6.1.1 och 6.2**

Vi har **inget ytterligare att invända** om konsekvenserna.

### **Konsekvens 6.3**

Vi **instämmer** i konsekvensanalysen.

Vi bedömer att konsekvenserna för enskilda personer kommer att påverkas mycket av vad arbetsgivaren gör i rehabiliteringsprocessen. En bra arbetsplatsinriktad rehabilitering är viktigt för återgång i arbete och en stabil företagsläkarkontakt bör vara en central del i detta vid mer komplicerade sjukskrivningar. Åtgärder för att säkerställa företagshälsovård i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen är viktigt. Här är konsekvenserna ej belysta.

### **Konsekvens 6.4**

Vi **instämmer** i analysen.

#### **Konsekvens 6.4.1**

Vi **instämmer** i konsekvensanalysen.

Vi vill dock belysa att förhoppningen om effektivisering via digitala verktyg ännu är en förhoppning. Digitala verktyg för vården har tidigare visat sig snarare splittra läkarnas arbete och innebära ökade kostnader i tid och därmed även pengar och minskad tid för vård. Även om verktygen skulle innebära effektiviseringar i andra delar av sjukskrivningsförloppet så är läkartid en bristvara i hälso- och sjukvården och en ytterligare kostnad för arbetsgivare och den som betalar för privat bekostad vård. En tydligare konsekvensbeskrivning med farhågorna att verktygen kan innebära ökad spenderad tid för läkare beskrivna och hur dessa farhågor skulle kunna begränsas hade gjort konsekvensanalysen tydligare.



### **Konsekvens 6.5**

Vi **instämmer** i konsekvensanalysen.

Vi anser att införandet av ett kortare intyg samt information om arbetsgivarens process på samtliga intyg kan förbättra processen. Vi rekommenderar också direkt kontakt med Försäkringskassans medicinska rådgivare (läkare) då kommunikation inom en yrkeskår istället för att informationen byter yrkeskår två gånger bör minska risken för missförstånd.

### **Konsekvens 6.6**

Vi har **inget att invända** mot analysen.

### **Konsekvens 6.7**

Vi **instämmer** i analysen men anser att den saknar viktiga delar.

Vi anser att en viktig aktör som förbisetts i utredningen är utbildningen av läkarstudenter. Idag har de nyutexaminerade läkarstudenterna en allmäntjänstgöring där många lär sig att skriva sjukskrivningsintyg under överinseende av erfarna, legitimerade läkare. Från 2027 kommer nyutexaminerade läkarstudenter att direkt vara legitimerade och kommer då att behöva ha en god kompetens i försäkringsmedicin och arbetsmedicin redan från grundutbildningen. I år hade (vid en snabb undersökning) på en universitetsort bara en delmängd av studenterna på termin 11 ens skrivit ett sjukskrivningsintyg. Vi anser att läkarutbildningen behöver förbättras i detta avseende med såväl praktisk som teoretisk kunskap. Ett förslag om att detta ska inkorporeras i läkarutbildningens curriculum rekommenderas att inkluderas i utredningen.

Vidare är konsekvenser av sjukskrivning av studenter över huvud taget inte omnämnt i utredningen trots att studenter på folkhögskolor, högskolor och universitet ofta har svårigheter att vara sjukskrivna då de ofta inte har en sjuklönegrundande inkomst, deras inkomst kommer från centrala studiestödsnämnden samt att deras studier ofta är svårpassade till annat än heltid. Studenter utgör cirka 400 000 av den arbetsföra befolkningen och de och aktörerna och aktörerna i deras sjukskrivning är således en stor och viktig grupp att inkludera i utredningen.

### **Konsekvens 6.8**

Vi **instämmer** i konsekvensanalysen.

Konsekvenserna för arbetsgivare påverkas i stor utsträckning av hur de väljer att använda sig av företagshälsovård. För en adekvat sjukskrivning i komplexa fall bör en företagshälsovård vara inkopplad och detta sker alltför sällan då det är behäftat med ökade kostnader för arbetsgivaren. Enligt Sveriges Företagshälsor har dessutom endast 20% av alla svenska arbetstagare tillgång till kvalitativ företagshälsovård som även har möjlighet att arbeta med organisationen och 40% har inte tillgång till företagshälsovård över huvud taget. Vi anser att det behöver finnas ett incitamentssystem för arbetsgivaren för att säkerställa god arbetsmedicinsk kompetens i den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen och tydliga riktlinjer när arbetsgivaren ska låta företagshälsovården vara sjukskrivande vårdinrättning. Vi saknar konsekvensanalysen av detta, inklusive en ekonomisk konsekvensanalys, och förslag för hur arbetsgivarna skall öka användandet av företagshälsovård vid sjukskrivning.

### **Konsekvens 6.9 och 6.10**

Vi **instämmer** i analyserna.

Den ojämlika sjukfrånvaron mellan kön, regioner och inrikes/utrikes födda bör anses vara ett viktigt forskningsområde som skall främjas.

Carl Antonson (spec. allmänmedicin och arbetsmedicin, Med Dr)

### **Arbets- och miljömedicin Syd**

Medicon Village

Scheelevägen 8

223 81 Lund

Telefon: 046-17 31 85

[Arbets- och miljömedicin Syd - Södra sjukvårdsregionen  
\(sodrasjukvardsregionen.se\)](http://sodrasjukvardsregionen.se)