

Yttrande över betänkande En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022 (SOU 2024:26)

Sammanfattning

Om utredningens förslag

Svenska Covidföreningen (SCF) avstyrker samtliga förslag till lagändringar.

SCF delar inte bedömningen att en utredning bör tillsättas i syfte att föreslå en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen (stupstock). Under alla förhållanden bör en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen inte föreslås utan att en samtida uppmjukning av sjukersättningsregelverket sker, där arbetsmarknadsbegreppet i de två regelverken harmoniseras. I annat fall riskerar kroniskt sjuka med varaktigt nedsatt funktions- och arbetsförmåga att drabbas orättvist hårt av den bortre tidsgränsen och hamna mellan regelverk.

SCF ställer sig positiv till att en harmonisering av arbetsmarknadsbegreppen inom systemen för sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning utreds närmare.

SCF instämmer i att arbetsgivarens och hälso-och sjukvårdens incitament i sjukskrivningsprocessen kan behöva stärkas, men delar inte utredningens uppfattning om vilken inriktning sådana utredningar bör ha.

2021 års regelverk infördes mitt under pandemin och har endast varit i kraft i drygt tre år. SCF menar att det är en alldeles för kort tid för att kunna utvärdera reformernas effekter - särskilt på sikt - och dra de långtgående slutsatser som utredningen gör. Till detta kommer att utredningen innehåller flera metodologiska brister. Viktiga begrepp definieras inte ordentligt och avgränsningar utformas så att förslagets negativa konsekvenser för den enskilde individen och samhället inte lyfts in i underlaget. Exempelvis är den definition av hälsa som används för att utvärdera reformernas effekter (s. 127) mycket bristfällig. Att data från primärvården inkluderas som hälsomått bör vara ett absolut minimum, eftersom det är den instans där majoriteten av landets patienter får sin vård, särskilt efter nära-vård-

reformen. Sammanfattningsvis menar SCF att det finns alldeles för stora brister i metod, analys och utvärderingstid för att på goda grunder genomföra de genomgripande reformer som utredningen nu föreslår.

Avslagsnivåerna i sjukförsäkringen var under 2020 rekordhöga. 2021 års regler infördes för att göra sjukförsäkringen, inklusive rehabtrappan, något mer flexibel och anpassad efter den medicinska verkligheten. Flera av de nu aktuella förslagen, och särskilt förslagen sammantaget, riskerar att återigen placera människor med vissa typer av sjukdomar längre bort från arbetsmarknaden. Detta torde särskilt gälla dem med kroniska sjukdomar, delvis nedsatt arbetsförmåga, sjukdomar som medicinskt kräver längre period av behandling och rehabilitering, svårdiagnostiserade sjukdomar där det tar tid att få rätt vård och sjukdomar där symtomen går i skov. Följden av att återinföra den mycket stelbenta rehabtrappan - som inte är anpassad efter hur sjukdomar och läkningsprocesser faktiskt ter sig - blir att dessa människors arbetsförmåga inte tas tillvara och att sjuka människors väg tillbaka till arbete görs onödigt lång. SCF tror inte att en sådan samhällsutveckling är gynnsam i längden.

SCF noterar också att den enskilde sjuke, i förslagen som läggs fram, genomgående får "bära risken" för flera tendenser på samhällsnivå: att vi har en hälso- och sjukvård som inte alltid fungerar effektivt och har stora utmaningar med kompetensutveckling (särskilt beträffande vissa tillstånd), att arbetsgivaren inte uppfyller sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar och hur anställningsformerna på arbetsmarknaden har utvecklats över tid.

SCF vill därtill lyfta att Europaparlamentet i en resolution har uppmanat alla medlemsstater att ge lämpligt stöd till dem vars dagliga liv eller arbetsförmåga har påverkats av postcovid, i syfte att undvika att postcovid blir en fattigdomsfälla. De nu aktuella förslagen går i rakt motsatt riktning.¹

Om bakomliggande resonemang

Gällande bakomliggande resonemang noterar SCF följande. Utifrån den data som presenteras kan utredningen inte besvara frågan om hur stor andel av ökningen av längre sjukdomsfall som går att hänföra till 2021 års regeländringar och hur stor andel som är/också är hänförlig långvarig sjukdom orsakad av Sars-CoV-2 (postcovid) under rådande pandemi. Det gör det i sin tur omöjligt för utredningen att utvärdera effekten av 2021 års

¹ Covid-19-pandemin: lärdomar och rekommendationer inför framtiden, Europaparlamentets resolution av den 12 juli 2023 om covid-19-pandemin: lärdomar och rekommendationer inför framtiden (2022/2076(INI)), p. 220, <https://covidforeningen.se/europa-parlamentets-resolution-adresserar-postcovid/>

regeländringar och ta ställning till om sjukfallen har blivit "omotiverat långa" - vilket enligt tilläggsdirektivet är förutsättningen för att åtstramande författningsförslag ska läggas fram. SCF vill med kraft understryka att det utifrån presenterad data saknas grund för påståendet att pandemins betydelse för längre sjukskrivningar sannolikt har varit marginell (s. 65). Eftersom det är ett grundantagande i betänkandet - på vilket övriga resonemang och förslag på åtstramande regler vilar - får det anses utgöra en allvarlig brist.

SCF ställer sig också starkt kritisk till den förenklade verklighetsbeskrivning som genomsyrar utredningen, där man genomgående väljer att bara se den ena sidan av myntet. Exempelvis utgås ensidigt från grundantagandet att långa sjukdomsfall alltid är omotiverade. SCF menar att det är problematiskt att tala om "omotiverat långa sjukfall" på gruppnivå och samtidigt bortse från frågans komplexitet och den medicinska verkligheten. Ett annat förenklat grundantagande som genomsyrar utredningen är att avslagsbeslut alltid skulle leda till att den enskilde återgår i arbete. Verkligheten är mer komplex än så, vilket också återspeglas i utredningar och rapporter som utredningen valt att inte lyfta in i betänkandet (för tidig återgång i arbete, mot sjukskrivande läkares inrådan, kan exempelvis leda till förlängd och förvärrad sjukdom vilket i längden blir mer kostsamt för samhället). Eftersom dessa är grundantaganden i betänkandet - på vilket övriga resonemang och förslag på åtstramande regler vilar - får det anses utgöra en allvarlig brist.

För Socialdepartementet vill SCF även understryka att det här är en i raden av Statliga offentliga utredningar och rapporter som inte kan redogöra för pandemins konsekvenser i form av långvarig sjukdom orsakad av Sars-CoV-2 (postcovid). Det försvårar förmågan att göra såväl välgrundade bedömningar av orsakssamband som helhetsbedömningar och intresseavvägningar. De stora bristerna i Sveriges förmåga att presentera bästa möjliga data beträffande långvarig sjukdom orsakad av Sars-CoV-2 är kända av departementet sedan länge. Dessa måste omgående åtgärdas om departementet önskar få väl underbyggda beslutsunderlag från myndigheter och tillsatta utredningar i framtiden, förslagsvis genom att:

- Ge Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att sammanställa internationell forskning om prevalens för postcovid och postcovid påverkan på arbetsförmåga, samt
- Ge Statistiska Centralbyrån (SCB) i uppdrag att inkludera frågor om postcovid i myndighetens arbetskraftsundersökning.

Allmänna utgångspunkter

SCF är en ideell patientförening som företräder personer som har drabbats av postcovid. Med över 4 500 medlemmar har vi en stark förankring i patientgruppen och god kännedom om patienternas levda erfarenheter. Som enda civilsamhällesorganisation har vi kontinuerligt och strukturerat, tillsammans med vårt breda nätverk av forskare, bevakat frågan om långtidssjukdom efter SARS-CoV-2.

SCF har mot denna bakgrund närmare granskat utredningens bakomliggande resonemang i *kapitel 3.5 Covid-19-pandemin* samt *kapitel 3.1.1 Långa sjukfall - en betydande del av sjukfrånvaron* och *3.1.2 Psykiatriska diagnoser vanliga vid längre sjukskrivning*. Vi lämnar också synpunkter på två övergripande resonemang som genomsyrar utredningen. Vidare yttrar vi oss över förslagen i *kapitel 9 Utredningens överväganden och förslag*.

Avslutningsvis efterlyses en mer allsidig belysning av förslagets konsekvenser i förhållande till *kapitel 10 Konsekvenser*.

Våra synpunkter utgår från den expertis vi besitter beträffande postcovid. Våra resonemang torde dock kunna tillämpas i förhållande till fler sjukdomar, däribland multisystemiska och komplexa sjukdomar där kunskapsläget i vården är lågt.

Kort om långtidssjukdom efter covid-19 (postcovid)

Att covid-19-infektion kan ge upphov till multisystemisk, funktionsnedsättande och långvarig sjukdom är idag ett välkänt faktum. Postcovid kan drabba personer i olika grad, men över fyra år efter pandemins start står det klart att en inte obetydlig andel drabbas av mycket svåra och funktionsnedsättande medicinska tillstånd som inte självläker.²

Även de som haft en mild till måttlig covid-19-infektion (det vill säga de som inte fått inläggande sjukhusvård i den akuta infektionsfasen) kan drabbas av mycket långvariga och funktionsnedsättande följdillstånd. Symtomen kan bland annat inkludera fatigue, andningssvårigheter, kognitiv dysfunktion, kronisk feber, smärta, hjärt-kärl-problematik och ansträngningsutlöst försämring (post exertional malaise, PEM). Ledande teorier som får allt mer vetenskapligt stöd är att dessa långvariga symptom beror på kvarvarande Sars-CoV-2-virus eller virusrester i vävnad, eller reaktivering av andra vilande virus (till exempel Epstein

² Se exempelvis följande expert-referens som omnämner infektions-associerade kroniska tillstånd efter SARS-Cov-2 infektion: Al-Aly Z, Topol E; Solving the puzzle of Long Covid. Science Vol 383 (6685) 2024. [DOI: 10.1126/science.adl0867](https://doi.org/10.1126/science.adl0867)

Barr Virus). Denna så kallade virala persistens kan leda till ett dysreglerat immunförsvar, nedsatt mitokondriefunktion och inflammation i nervvävnad och endotel (blodkärlsväggar), vilket i sin tur kan orsaka till exempel mikroproppsbildning.³

Postcovid är ett paraplybegrepp som innefattar alla ovan beskrivna följdkomplikationer efter en covid-19-infektion, om de kvarstår minst tre månader efter insjuknandet.⁴

Studier visar också att covid-19-infektioner ökar risken för andra sjukdomar, bland annat hjärt-kärlsjukdom, blodpropp och njursjukdom.⁵ Patienter som fått intensivvård under den akuta infektionsfasen kan, utöver de skador som själva viruset orsakat, lida av långvariga konsekvenser av själva intensivvården (PICS).

Närmare om utredningens bakomliggande resonemang

3.5 Covid-19-pandemin

Regeländringarna som utvärderas i utredningen infördes under pandemin. Pandemin har inneburit att ett för människan nytt virus har spridits i befolkningen och visat sig orsaka postcovid hos ca 3 procent av befolkningen, där ca 77 procent av dessa har påverkan på aktiviteter i dagliga livet (ADL) och ca 19 procent har kraftig påverkan på ADL.⁶ SCF menar att sjukfrånvaroutvecklingen måste ses mot denna bakgrund.

³ Se exempelvis Proal et al. SARS-CoV-2 reservoir i post-acute sequelae of COVID-19 (PASC), *Nature Immunology* 2023; 24, 1616-1627 <https://doi.org/10.1038/s41590-023-01601-2>, Liew, F. et al. Large-scale phenotyping of patients with long COVID post-hospitalization reveals mechanistic subtypes of disease. *Nature Immunology* 2024 Apr;25(4):607-621. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06651-y>, Yin, K., Peluso, M.J., Luo, X. et al. Long COVID manifests with T cell dysregulation, inflammation and an uncoordinated adaptive immune response to SARS-CoV-2. *Nat Immunol* 25, 218–225 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41590-023-01724-6>, Carlo Cervia-Hasler et al. Persistent complement dysregulation with signs of thromboinflammation in active Long Covid. *Science* 383, eadg7942(2024). DOI:10.1126/science.adg7942. För sammanfattningar av dessa studier på svenska, se <https://covidforeningen.se/forskning-kunskap/forskningsnytt/>. DOI:10.1126/science.adl0867

⁴ Se WHO:s definition, A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021, <https://iris.who.int/handle/10665/345824>

⁵ Cai, M., Xie, Y., Topol, E.J. et al. Three-year outcomes of post-acute sequelae of COVID-19. *Nat Med* (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02987-8>

⁶ Office for National Statistics, Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infektion in the UK, 2 February 2023, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/2february2023>

SCF noterar att utredningen, utifrån befintlig data, saknar grund för påståendet att pandemins betydelse för längre sjukskrivningar sannolikt har varit marginell (s. 65). Eftersom det är ett grundantagande på vilket övriga resonemang och förslag i betänkandet vilar får det anses utgöra en allvarlig brist i utvärderingen av 2021 års regeländringar.

Försäkringskassans data kan inte användas för att uppskatta förekomst av postcovid i sjukskrivningsärenden

Försäkringskassans data kan av flera skäl inte användas för att uppskatta förekomst av postcovid i sjukskrivningsärenden.

Diagnoskoden för postcovid är U 09.9 och hör hemma i diagnosgrupp U - Koder för särskilda ändamål. Det är en tilläggskod, som ska registreras vid sidan av en huvuddiagnos som beskriver de konkreta symtom och följsjukdomar som covid-19/postcovid bedöms ha orsakat hos den enskilda individen. U 09.9 ska således inte anges som huvuddiagnos högst upp på läkarintyg till Försäkringskassan. Samtidigt plockar Försäkringskassan enbart upp den högst upp angivna huvuddiagnosen från läkarintygen till sin statistik. Har läkaren registrerat diagnoserna rätt så fångas postcovid således inte upp i statistiken.

Därtill är det oftast den först registrerade huvuddiagnosen under en sjukskrivningsperiod som ligger till grund för Försäkringskassans statistik.⁷ Det är problematiskt eftersom en postcovid-diagnos inte ska ställas förrän följdkomplikationerna har kvarstått i tre månader, enligt WHO:s definition.⁸ Sannolikt fångas därför postcovid-patienter inte heller upp i statistiken på grund av att de har haft andra diagnoskoder registrerade i början av sin sjukskrivningsperiod.⁹

Av detta följer att den enda gången Försäkringskassan faktiskt fångar upp postcovid-diagnoser i sin statistik är om läkaren:

1. har gjort en felregistrering i läkarintyget genom att ange tilläggskoden högst upp i intyget, och dessutom
2. har angett postcovidkoden från sjukskrivningsperiodens start, i strid med WHO:s definition av postcovid.

⁷ För att en senare satt diagnoskod ska plockas upp krävs att handläggarna går in och ändrar detta manuellt vilket de inte har några incitament att göra, enligt Försäkringskassans statistikavdelning.

⁸ WHO:s definition, A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021, <https://iris.who.int/handle/10665/345824>

⁹ Detsamma torde gälla för andra sjukdomar där det ofta tar tid att få korrekt diagnos i vården.

Försäkringskassans data är således ytterst illa lämpad för att få fram tillförlitliga siffror på förekomst av postcovid i sjukskrivningsärenden, vilket också bekräftas av myndighetens statistikavdelning. Således saknas stöd för betänkandets påstående att pandemins påverkan på längre sjukskrivningar sannolikt har varit marginell.¹⁰

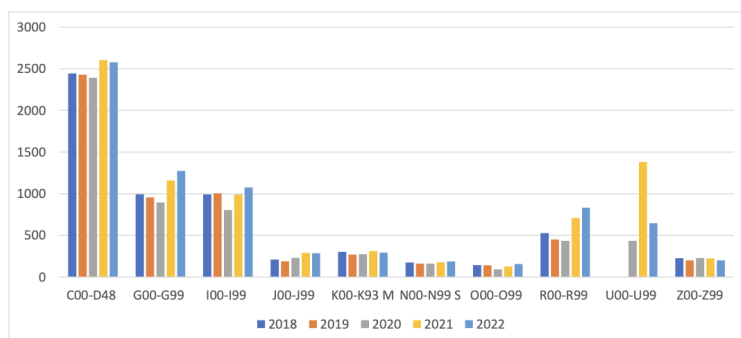
SCF finner det anmärkningsvärt att ovan lättillgängliga fakta inte har beaktats i utredningens analys och slutsats om pandemins inverkan på antalet längre sjukskrivningsperioder.

Utredningen redogör inte för viktig kontext kopplat till den statistik över U-diagnoser som ändå presenteras

Det ovan sagda till trots så syns en viss ökning av U-diagnoser i den statistik som utredningen presenterar.

De redovisade diagrammen med statistik över U-diagnoser sträcker sig från 2018 till 2022. Där framgår att antalet sjukskrivna med U-diagnos före pandemin uppgick till 0, oavsett längd på sjukfallet (se figur 3.19 - 3.23). Tittar man på de längre sjukdomsfallen (180 - 364 dagar) uppgår antalet personer sjukskrivna med U-diagnos till strax under 500 år 2020, strax under 1 500 under år 2021 och strax över 500 år 2022 (figur 3.23).

Figur 3.23 Sjukskrivna fördelade på diagnos mellan dag 180 och 364 i sjukfallet



Källa: Försäkringskassans hemsida.

Utredningen resonerar dock som så att det enbart är ökad förekomst av sjukskrivna med U-diagnos mellan 2019 och 2020 som gör att man kan förutsätta att anledningen är covid-19-relaterad (s. 64). Följaktligen står enbart följande att läsa i den förklarande texten till diagrammen (s. 64–65):

¹⁰ Se även Sveriges radio, Studio ett, *Ingen statistik på hur många som drabbats av postcovid*, den 22 december 2022: <https://sverigesradio.se/artikel/ingen-statistik-pa-hur-manga-som-drabbats-av-postcovid>

“För sjukfall längre än 180 dagar uppvisar bara diagnosgrupperna U, och i viss mån J, en uppgång mellan 2019 och 2020. Noterbart är att nämnda diagnosgrupper utgör en större andel av de pågående sjukfallen i de kortare sjukfallslängderna. I intervallet 29-59 utgör de omkring 15 procent, bland ärendena 90-179 är andelen 8 procent och i intervallet 180-364 drygt 3 procent. Eftersom reformerna i fokus för denna utredning i typfallet rör längre sjukskrivningar, från 180 dagar och framåt, är pandemins betydelse för resultaten sannolikt marginell.”

Det utredningen inte redogör för (utöver vad som ovan sagts om de stora felkällorna i in-datan) är:

1. att den största ökningen i statistiken över länge sjukdomsfall i diagnosgrupp U skedde under 2021, samt
2. att denna ökning *lika mycket* sammanfaller med att de som smittades av Sars-CoV-2 under första och andra vågen och utvecklade postcovid uppnådde 180 - 364 dagar i sin sjukskrivning först under 2021.

Allt sammantaget saknar betänkandet stöd för slutsatsen att aktuella siffror skulle göra det sannolikt att pandemins påverkan på längre sjukdomsfall enbart varit marginell.

3.1.1 Långa sjukfall - en betydande del av sjukfrånvaron samt 3.1.2 Psykiatriska diagnoser vanliga vid längre sjukskrivning

Så var kan postcovidpatienterna återfinnas i statistiken om förutsättningarna att fånga upp dem i U-diagnosgruppen är så pass dåliga som ovan beskrivits? Det är enligt SCF:s erfarenheter inte ovanligt att postcovidpatienter - särskilt i början av pandemin då kunskapen om postcovid var ytterst låg - feldiagnostiseras, bland annat med psykiatriska diagnoser såsom ångest och utmattningssyndrom. Primärvården, dit patienterna hänvisades, saknade kunskapsstöd om postcovid fram till april 2021. Endast tre av landets 21 regioner startade upp postcovidkliniker under 2020, vilket dessutom innebär att majoriteten av husläkarna i landet inte hade någon specialistvård att vända sig till för konsultation. I sammanhanget bör också noteras att diagnoskoden U 09.9 kom först i oktober 2020 och att WHO:s definition av postcovid publicerades först i oktober 2021. I all statistik som bygger på vårddata, särskilt från början av pandemin, torde mörkertalet därför vara stort.¹¹

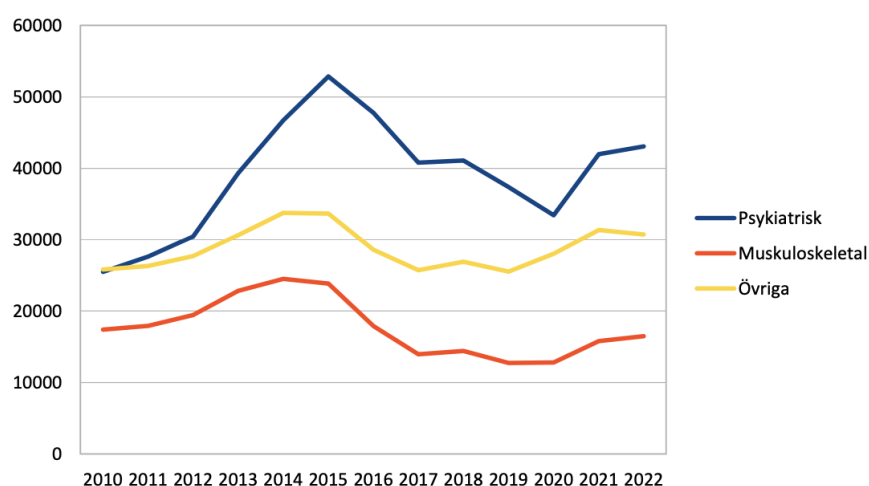
¹¹ För denna slutsats talar också diskrepansen mellan resultaten i prevalensstudier och registrerade diagnoskoder i vården, se bl.a. Alex J Walker et al, Clinical coding of long COVID in English primary

I betänkandet anges att de psykiatriska och muskuloskeletala diagnoserna utgör närmare 70 procent av de sjukfall som passerar 180 dagar samt att nästan hälften av alla med en längre sjukskrivning har en psykiatrisk diagnos (s. 46).

Vidare anges att (s. 45):

“Antalet längre sjukfall har under den studerade perioden utgjort mellan 11 och 20 procent av alla påbörjade sjukfall. Noterbart är den kraftiga ökningen mellan 2020 och 2021, från 11 till 16 procent, det vill säga i samband med förändringarna av bedömningsgrunderna vid 180 dagars sjukskrivning.”

Figur 3.4 Sjukfall längre än 180 dagar fördelat på diagnosgrupp



Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databaser.

Det utredningen inte redogör för att ökningen mellan 2020 och 2021 också sammanfaller med pandemins intåg samt med att de som smittades av Sars-CoV-2 under första och andra vågen och utvecklade postcovid uppnådde 180 - 364 dagar i sin sjukskrivning först under 2021. Några ansträngningar för att utröna om också postcovid-patienter kan återfinnas i statistiken för andra diagnosgrupper har inte gjorts av utredningen. Utredaren har inte heller presenterat någon av den forskning som finns kring postcovid, prevalens och nedsatt arbetsförmåga.

care: a federated analysis of 58 million patient records in situ using OpenSAFELY, British Journal of General Practice 2021; 71 (712): e806-e814. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0301> samt Hendersen et al, Clinical coding of long COVID in primary care 2020-2023 in a cohort of 19 million adults: an OpenSAFELY analysis, the Lancet, 17 maj 2024, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102638>

Vad vet vi om postcovid och nedsatt arbetsförmåga?

De med svår postcovid har en hälsorelaterad livskvalitet jämförbar med Parkinsons sjukdom

Enligt en studie från University College London och University of Exeter är fatigue - en extrem energilöshet som inte går att vila bort - det symptom som har störst inverkan på det dagliga livet för patienter med postcovid. Forskarna fann också att många var allvarligt sjuka och hade fatiguepoäng som var värre eller liknande dem hos personer med cancerrelaterad anemi eller svår njursjukdom. De med svår postcovid hade också en lägre hälsorelaterad livskvalitet än personer med långt framskriden metastaserad cancer, exempelvis avancerad lungcancer. På det hela taget var effekten av postcovid på patienternas dagliga aktiviteter värre än för strokepatienter och jämförbar med personer med Parkinsons sjukdom.¹²

24 procent av våra medlemmar har förlorat huvudsaklig sysselsättning på grund av postcovid

Resultaten av SCF medlemsundersökning, genomförd i samarbete med Lunds universitet 2022, bekräftar att postcovid kan få en kraftigt negativ inverkan på hälsa, funktionsnivå, livskvalitet och försörjningsförmåga, någonting som också visats i en rad internationella studier och rapporter. Av 1 100 respondenter uppgav hela 24 procent att de har förlorat arbete eller huvudsaklig sysselsättning på grund av sin postcovid. Andelen var som störst i gruppen med svår postcovid, det vill säga bland de med lägst hälsa och funktionsnivå efter covid-19-infektion.

19 procent av de med postcovid har kraftig påverkan på ADL

Enligt de senaste siffrorna från Office for National Statistics, den brittiska motsvarigheten till SCB, uppskattas 2 miljoner personer i UK (3 procent av populationen) ha postcovid (symtom som varar längre än fyra veckor från infektion och inte har någon annan förklaring). 1.2 miljoner (61 procent av de som uppger att de har postcovid) har haft det i över ett år. 687 000 (35 procent av de som uppger att de har postcovid) har haft det i över två år. 1.5 miljoner (77 procent av de som uppger att de har postcovid) har påverkan på ADL (aktiviteter i dagliga livet). 380 000 (19 procent av de som uppger att de har postcovid)

¹² Walker S, Goodfellow H, Pookarnjanamorakot P, et al. Impact of fatigue as the primary determinant of functional limitations among patients with post-COVID-19 syndrome: a cross-sectional observational study. *BMJ Open* 2023;13:e069217. doi:10.1136/bmjopen-2022-069217, bl.a omskriven här: <https://news.exeter.ac.uk/research/long-covid-can-impact-fatigue-and-quality-of-life-worse-than-some-cancers/>

rapporterar att de har kraftig påverkan på ADL. Prevalensen är som högst i åldersgruppen 35–69 år.¹³

Postcovid har stor inverkan på arbetsmarknad och tillväxt

Även undersökningar från USA antyder att postcovid har en stor inverkan på arbetsmarknaden. Enligt New York State Insurance Fund har 18 procent av de med postcovid inte återvänt till jobb på över 1 år (över 3 av 4 av dessa var under 60 år). 40 procent av de med postcovid återvände till arbetet inom 60 dagar men med reducerad arbetstid, anpassade arbetsuppgifter och lägre produktivetsgrad.¹⁴ Brooking Institute uppskattar att 4 miljoner amerikaner inte alls kan arbeta på grund av postcovid.¹⁵ Också EU-kommissionens expertgrupp konstaterar att den inverkan postcovid har på tillväxten kommer vara substansiell.¹⁶

Sammanfattningsvis

Allt sammantaget är det uppenbart att betänkandet överhuvudtaget inte kan besvara frågan om hur stor andel av ökningen av längre sjukdomsfall som går att hänföra till regeländringarna och hur stor andel som kan/också kan bero på att vi i samband med en pandemi har fått en ny patientgrupp som lider av en komplex multisystemisk sjukdom där vi i dagsläget saknar botande behandling (postcovid). Det gör det i sin tur omöjligt för utredningen att utvärdera effekten av 2021 års regeländringar och ta ställning till om sjukfallen har blivit "omotiverat långa" - vilket enligt tilläggsdirektivet till utredningen är förutsättningen för att författningsförslag ska läggas fram.¹⁷

¹³ Office for National Statistics, Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infektion in the UK, 2 February 2023, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/2february2023>

¹⁴ CNBC, Long Covid has an 'underappreciated' role in labor shortage, study finds, January 2023, <https://www.cnbc.com/amp/2023/01/30/long-covid-has-underappreciated-role-in-labor-gap-study.html>

¹⁵ Brooking Institute, New data shows long Covid is keeping as many as 4 million people out of work, August 2022, <https://www.brookings.edu/research/new-data-shows-long-covid-is-keeping-as-many-as-4-million-people-out-of-work/>

¹⁶ European Commission, Expert opinion on "Facing the impact of post COVID-19 condition (Long COVID) on health systems", December 2022, https://health.ec.europa.eu/publications/facing-impact-post-covid-19-condition-long-covid-health-systems_en

¹⁷ Regeringen, Socialdepartementet, Protokoll vid regeringssammanträde 2023-02-09 S2023/00594, Tilläggsdirektiv till utredningen Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07), <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2023/02/dir.-202320>

Övriga synpunkter på utredningens bakomliggande resonemang

Problematiskt att tala om “omotiverat långa sjukfall” på gruppnivå

SCF noterar att utredningen inte presenterar någon genomarbetad definition av begreppet “omotiverat långa sjukfall”. Metodologiskt blir det problematiskt att på ett svepande plan tala om omotiverat långa sjukfall på gruppnivå. Bakom statistiken över längre sjukdomsfall återfinns nämligen en mängd olika sjukdomar med olika typer av prognos, behandlingstillgänglighet och inverkan på funktionsförmåga. Försäkringskassan prövar ärenden från fall till fall och det som bedöms är om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. En sjukperiod på över 180 dagar kan i enskilda ärenden mycket väl vara medicinskt motiverad. Det går således inte att sätta likhetstecken mellan långa sjukfall och omotiverade sjukfall på gruppnivå på det sätt som till stor del görs i utredningen.

Särskilt om postcovid

Covid-19-pandemin har inneburit en risk för smitta som den enskilde inte har kunnat kontrollera eller skydda sig mot i nämnvärd omfattning. Många som drabbats av postcovid har tidigare varit fullt friska och arbetsföra personer mitt i livet. Idag står det klart att inte alla spontantillfrisknar över tid, utan att det för en andel rör sig om ett pågående sjukdomsförlopp. Någon botande behandling finns ännu inte tillgänglig. Samtidigt har Sverige tagit alldeles för få kraftfulla initiativ för att öka kunskapen om postcovid i vården vilket har inneburit att mycket sjuka individer som saknar arbetsförmåga inte har fått tillgång till rätt utredning, diagnostik, symtomlindrande behandling och anpassad rehabilitering. Fortbildningsinsatser har också ställts in på flera håll i vården - först med anledning av pandemin och sedan med hänsyn till regionernas underskott - vilket inverkat menligt på vården för bland annat postinfektiösa tillstånd.¹⁸

Att mot denna bakgrund tala om sjukfall som “omotiverat långa” på gruppnivå blir enligt SCF:s mening inte verklighetsförankrat.

På samma sätt blir det svårt att uttala sig om sjukfall eller kostnader för sjukförsäkringen har “ökat mer än förväntat” om man i sina analyser, prognoser och beräkningar avseende

¹⁸ Utmärkande för postcovid, ett sjukdomstillstånd som bara existerat i fyra år, är dessutom att det av naturliga skäl ännu inte finns en etablerad prognos på gruppnivå. Avsaknaden av etablerad prognos medför att även den som har haft en svår och funktionsnedsättande postcovid i över fyra år och bara blivit sämre i sin sjukdom över tid svårigen kan uppfylla det strikta prognoskriteriet för sjukersättning (att arbetsförmågan anses stadigvarande nedsatt, se 33 kap. 6 § socialförsäkringsbalken).

pandemins konsekvenser - exempelvis på sjukförsäkringsområdet - inte alls har beaktat att en pandemisk spridning av ett SARS-virus ofrånkomligen i sig leder till en ökning av långa sjukfall på grund av postinfektös sjukdom. SCF menar att detta kunde ha förutsetts eftersom liknande tendenser sågs efter utbrotten av exempelvis SARS-CoV-1 och MERS, och därför borde ha beaktats i analysen av den förväntade ökningen av sjukfall och kostnader.

Avslag på ansökan om sjukförsäkring leder inte automatiskt till återgång i arbete

Istället för att ge frågan en allsidig belysning resonerar utredningen genomgående som att avslag på ansökan om sjukpenning automatiskt skulle leda till återgång i arbete.

Detta görs delvis genom avgränsningar, som exempelvis i *kap. 8, Diskussion om rättssäkerhet och legitimitet samt en genomgång av den empiriska forskningen kring incitament*. Där har utredningen valt att enbart titta på forskning om beteendeeffekter, med vilket avses anpassningar av agerande som går att härleda till försäkringens institutionella utformning - med andra ord till det som inte uteslutande har att göra med den försäkrades arbetsförmåga (s. 182). Därmed exkluderas kunskap om den grupp som inte kan återgå i arbete efter avslagsbeslut just på grund av sin nedsatta arbetsförmåga.

Kunskap från exempelvis Riksrevisionens rapport *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning* - som dessutom utgår från det regelverk som utredningen nu föreslår en återgång till - lyfts därmed inte in i betänkandet. I Riksrevisionens rapport konstateras att majoriteten som fått avslag på sin ansökan om sjukpenning inte är tillbaka i ordinarie anställning och omfattning 6-12 månader efter att ha nekats sjukpenning. En tredjedel är fortfarande frånvarande på hel- eller deltid på grund av sjukdom eller tjänstledighet. 29 procent av de som nekats sjukpenning hade också återvänt till sjukförsäkringen under uppföljningsperioden. En jämförelse med omfattningen på det läkarintyg som legat till grund för det granskade avslagsbeslutet visade dessutom att många var sjukskrivna i högre omfattning vid uppföljningen än vid avslagsbeslutet.¹⁹ Denna del av verkligheten vägs inte in i utredningens bakomliggande resonemang, förslag eller konsekvensbeskrivningar vilket SCF menar utgör en brist.

¹⁹ Riksrevisionen, *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*, RIR 2020:12, kap. 3, <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2020/vagen-till-arbete-efter-nekad-sjukpenning.html>

Närmare om utredningens förslag

Utredaren har getts i uppdrag att lämna nödvändiga författningsförslag om utvärderingen av 2021 års regeländringar i sjukförsäkringen visar att sjukfallen "inte avslutats som är avsett utan blir omotiverat långa".²⁰ I betänkandet föreslås nu också en återgång till de striktare reglerna som gällde för sjukförsäkringen före 2021 års ändringar. Därtill föreslås bland annat tillsättande av en utredning för att utreda en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen (stupstock).

SCF avstyrker samtliga förslag till lagändringar i betänkandet.

2021 års regelverk infördes mitt under pandemin och har endast varit i kraft i drygt tre år. SCF menar att det är en alldeles för kort tid för att kunna utvärdera reformernas effekter - särskilt på sikt - och dra de långtgående slutsatser som utredningen gör. Till detta kommer att utredningen innehåller flera metodologiska brister. Viktiga begrepp definieras inte ordentligt och avgränsningar utformas så att förslagets negativa konsekvenser för den enskilde individen och samhället inte lyfts in i underlaget. Exempelvis är den definition av hälsa som används för att utvärdera reformernas effekter (s. 127) mycket bristfällig. Att data från primärvården inkluderas som hälsomått bör vara ett absolut minimum, eftersom det är den instans där majoriteten av landets patienter får sin vård, särskilt efter nära-vård-reformen. Sammanfattningsvis menar SCF att det finns alldeles för stora brister i metod, analys och utvärderingstid för att på goda grunder genomföra de genomgripande reformer som utredningen nu föreslår.

Avslagsnivåerna i sjukförsäkringen var under 2020 rekordhöga. 2021 års regler infördes för att göra sjukförsäkringen, inklusive rehabtrappan, något mer flexibel och anpassad efter den medicinska verkligheten. Flera av de nu aktuella förslagen, och särskilt förslagen sammantaget, riskerar att återigen placera människor med vissa typer av sjukdomar längre bort från arbetsmarknaden. Detta torde särskilt gälla dem med kroniska sjukdomar, delvis nedsatt arbetsförmåga, sjukdomar som medicinskt kräver längre period av behandling och rehabilitering, svårdiagnostiserade sjukdomar där det tar tid att få rätt vård och sjukdomar där symtomen går i skov. Följden av att återinföra den mycket stelbenta rehabtrappan - som inte är anpassad efter hur sjukdomar och läkningsprocesser faktiskt ter sig - blir att dessa människors arbetsförmåga inte tas tillvara och att sjuka människors väg tillbaka till arbete görs onödigt lång. SCF tror inte att en sådan samhällsutveckling är gynnsam i längden.

²⁰ Regeringen, Socialdepartementet, Protokoll vid regeringssammanträde 2023-02-09 S2023/00594, Tilläggsdirektiv till utredningen Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07), <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2023/02/dir.-202320>

SCF noterar också att den enskilde sjuke, i förslagen som läggs fram, genomgående får “bära risken” för flera tendenser på samhälls nivå: att vi har en hälso- och sjukvård som inte alltid fungerar effektivt och har stora utmaningar med kompetensutveckling (särskilt beträffande vissa tillstånd), att arbetsgivaren inte uppfyller sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar och hur anställningsformerna på arbetsmarknaden har utvecklats över tid.

SCF vill därtill lyfta att Europaparlamentet i en resolution har uppmanat alla medlemsstater att ge lämpligt stöd till dem vars dagliga liv eller arbetsförmåga har påverkats av postcovid, i syfte att undvika att postcovid blir en fattigdomsfälla. De nu aktuella förslagen går i rakt motsatt riktning.²¹

9.1 Bedömningen vid dag 180 ska göras mot normalt förekommande arbete utan undantag för övervägande skäl

SCF avstyrker förslaget.

Undantaget “övervägande skäl” infördes mitt under pandemin och har endast funnits i drygt tre år. Det är därför för tidigt att dra de långtgående slutsatser som utredningen gör av lagändringens konsekvenser. Som ovan nämnts menar SCF också att den definition av hälsa som används för att utvärdera reformens effekter är alltför bristfällig (s. 127). SCF anser därtill att det är anmärkningsvärt att utredningen avfärdar resultatet av intervjuerna med försäkringsutredare, enligt vilka “övervägande skäl” ger de sjukskrivna förbättrade möjligheter att hinna ta del av medicinsk behandling och arbetsplatsinriktade åtgärder för återgång till arbete (s. 203).

Att i första hand återgå i arbete hos den egna arbetsgivaren måste ses som eftersträvansvärt (bland annat för att undvika kompetenstapp, minska risk för långtidsarbetslöshet och för att förutsättningarna att tillvarata den försäkrades arbetsförmåga är bättre på en arbetsplats där den försäkrade är bekant med arbetsuppgifter, organisation och kollegor). För att undersöka om det är möjligt måste den försäkrade ges en reell möjlighet att hinna genomgå utredning och diagnostik där differentialdiagnoser ska hinna uteslutas (en korrekt diagnos är grunden för en försäkringsmedicinsk bedömning),²² ta del av medicinsk behandling och få en väl underbyggd prognos. Det hinns svårligen med på 180

²¹ Covid-19-pandemin: lärdomar och rekommendationer inför framtiden, Europaparlamentets resolution av den 12 juli 2023 om covid-19-pandemin: lärdomar och rekommendationer inför framtiden (2022/2076(INI)), p. 220, <https://covidforeningen.se/europa-parlamentets-resolution-adresserar-postcovid/>

²² Socialstyrelsen (2023a), Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering, Nationellt kunskapsstöd, s. 7, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-11-8831.pdf>

dagar vid sjukdomar som är komplexa, multisystemiska, svårdiagnostiserade eller kräver utredning, behandling eller rehabilitering via en eller flera enheter inom specialistvården - dit vårdköerna kan vara långa. Detta gäller särskilt om - som för postcovid - specialistvård bara finns i ett fåtal regioner i landet samtidigt som kunskapen om tillståndet är låg i primärvården. Detta medför nämligen att allmänläkare har svårt att på egen hand göra en välgrundad prognos-bedömning som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet om när återgång i arbete kan vara möjlig. Det aktuella förslaget förstärker således den ojämlika vårdens effekter på förutsättningarna för beviljad sjukpenning. Höjs kravet på hur underbyggd prognosen måste vara redan vid dag 180 kommer det leda till att vissa patientgrupper - som mycket väl hade kunnat återgå i arbete hos befintlig arbetsgivare före dag 365 - behöver säga upp sig och riskerar att tappa kontakten med arbetsmarknaden i onödan.

SCF efterlyser också en nyansering av påståendet att borttagandet av "övervägande skäl" enbart skulle leda till en högre återgång i arbete och färre sjukskrivningar som pågår längre än 180 dagar. Att fler kommer utförsäkras innan de givits möjlighet att nå rätt vård - där de kan få korrekt diagnos, medicinsk behandling och rehabilitering - innebär enligt SCF både medicinska risker och en risk för längre och återkommande sjukskrivningsperioder på sikt (se *Avslag på ansökan om sjukförsäkring leder inte automatiskt till återgång i arbete* ovan).²³ Att den försäkrade faktiskt ges reella förutsättningar att få tillgång till medicinsk behandling innan bedömning mot normalt förekommande arbete sker måste således också ses som eftersträvansvärt - både för individen, arbetsgivaren och samhället.

9.2 Särskilda skäl ska endast kunna tillämpas från dag 180 till och med dag 365 och om prognosen i det medicinska underlaget är tydlig

SCF avstyrker förslaget.

SCF hänvisar till skälen som angetts under 9.1 med följande tillägg.

Utredningen hänvisar till att HFD 2022 ref. 47 kommer att hantera en stor del av den kritik som tidigare förts fram vad avser svårigheterna att få sjukpenning vid psykiatriska diagnoser. SCF noterar att det finns en rad medicinska tillstånd, utöver utmattning, där det i dagsläget saknas biomarkörer och tillgängliga tester i vården som kan påvisa sjukdom eller funktionsnedsättningsgrad - och där avkrävande av sådana "bevis" blir en omöjlig uppgift för vården och den försäkrade. Hur stor inverkan HFD 2022 ref. 47 kommer att ha för dessa sjukdomar är ännu oklart (även om det är SCF:s mening att resonemangen i domen torde

²³ För att kunna utvärdera dessa långsiktiga konsekvenser behövs dock en längre utvärderingsperiod än tre år.

vara lika tillämpliga på exempelvis postcovid, där biomarkörer ännu saknas). Det finns därför ett värde i att behålla regeln om särskilda skäl efter dag 180, om den försäkrade med stor sannolikhet kommer att vara åter i arbete senast dag 550. På så sätt ges den som har fått sjukpenning i mer än 180 dagar men mindre än 550 dagar förutsättningar att genomgå rehabilitering och symtomlindrande behandling för att antingen återgå till ordinarie arbete eller ställa om till ett annat arbete.

9.3 Normalt förekommande arbete ska inte längre hänvisa till angiven yrkesgrupp

SCF avstyrker utredningens förslag.

Bedömningen mot normalt förekommande arbeten har en mycket stor inverkan på den försäkrades situation. Att beslutsmotiveringarna i dessa delar är konkreta, begripliga och verklighetsförankrade är därför högst eftersträvansvärt. Det aktuella förslaget går enligt SCF:s mening i motsatt riktning och kommer att inverka menligt på rättssäkerheten, likhetsprincipen och kvaliteten i sjukförsäkringsärenden.

Enligt nuvarande regelverk måste Försäkringskassan konkretisera det normalt förekommande arbete den enskilde bedöms klara av genom att hänvisa till en angiven yrkesgrupp. Regleringen infördes mot bakgrund av att Försäkringskassans beslutsmotiveringar, innan kravet infördes, ofta upplevdes som obegripliga och abstrakta. Syftet med reformen var inte att göra den arbetsmarknad som den försäkrades arbetsförmåga skulle bedömas mot bredare eller smalare.

I utredningen anges nu att det finns en *risk* för att avslagströskeln i praktiken har höjts i och med regeländringen och det kunskapsmaterial som Försäkringskassan sedan dess har tagit fram, trots att det inte varit avsikten med reformen (s. 208). Det konstateras vidare att det torde finnas flera orsaker till minskningen av andelen avslag de senaste åren men att utredningen inte utesluter att införandet av angiven yrkesgrupp i september 2021 kan ha haft viss betydelse i sammanhanget (s. 103).

SCF noterar inledningsvis att det inte går att hitta någon välgrundad uppskattning om hur stor inverkan den aktuella regeländringen eventuellt har haft på andelen avslagsbeslut. Utredningen gör inte heller några ansträngningar för att skilja på motiverade respektive omotiverade eventuella effekter av lagändringen eller utformningen av kunskapsunderlaget som tagits fram för att hjälpa handläggarna i bedömningarna.

Om en viss minskning av andelen avslagsbeslut kan hänföras reformen menar SCF att det ligger närmast till hands att anta att de beror på:

- 1) Att en del av Försäkringskassans - av många instanser hårt kritiserade - bedömningar i förhållande till normalt förekommande arbete före regeländringen 2021 inte bara var obegripliga för den enskilde, utan faktiskt också saknade verklighetsförankring och inte "höll" när ett ökat krav på konkretion i beslutsmotiveringarna infördes. Eventuella minskningar av avslagsbeslut som går att hänföra till denna kategori måste anses motiverade.
- 2) Införandet av ett kunskapsmaterial. Det bör i sammanhanget noteras att Försäkringskassan, före reformen, inte hade något kunskapsunderlag som kunde fungera som stöd till handläggarna i bedömningen av normalt förekommande arbete. Av intervjuerna med försäkringsutredningarna framgår också att besluten gått från att vara mer "luddiga" och abstrakta till att bli konkreta samt att majoriteten tycker att kunskapsmaterialet ger en tydlighet i kommunikationen med den försäkrade om arbetsförmåga vid avslag (s. 104). Avsaknaden av ett kunskapsunderlag bidrog således sannolikt till att beslutsmotiveringarna i stor utsträckning uppfattades som obegripliga, abstrakta och inte "höll" när ett ökat krav på konkretion i beslutsmotiveringarna infördes. Eventuella minskningar av avslagsbeslut som går att hänföra till denna kategori måste anses motiverade.
- 3) Kunskapsmaterialets utformning. Merparten av intervjupersonerna anser att kunskapsmaterialet borde omfatta färre yrken per kategori och innehålla graderingar av fysiska och psykiska krav som ställs i respektive yrkesgrupp för att de försäkrades arbetsförmåga ska kunna nyttjas fullt ut. SCF noterar att dessa synpunkter är hänförliga kunskapsmaterialets utformning och inte lagändringen i sig, och därför bäst åtgärdas genom att Försäkringskassan ges i uppdrag att utvärdera och uppdatera kunskapsmaterialet.

Ytterligare värden som enligt SCF:s mening måste vägas in i bedömningen av reformens effekter är förutsebarheten för den enskilde och att lika fall bedöms lika av myndigheten. Av intervjuerna framgår att försäkringsutredare tidigare hade olika uppfattningar sinsemellan om vad ett normalt förekommande arbete egentligen var då avslagen inte behövde motiveras i förhållande till något specifikt arbete (s. 104). Att reformen lett till ökad begriplighet och en myndighetsgemensam syn på vad som utgör ett normalt förekommande arbete, vilket är en förutsättning för ovan angivna värden, måste ses som tungt vägande positiva effekter av reformen.

Slutligen vill SCF understryka följande. En återgång till tidigare regelverk minskar Försäkringskassans incitament att tillhandahålla och uppdatera ett kunskapsunderlag som kan fungera till stöd för handläggarna. Noteras bör att utredningen inte heller föreslår att

Försäkringskassan ska ges ett sådant uppdrag. För att uppnå begripliga och välmotiverade beslut där lika fall behandlas lika, har det tidigare *inte* varit tillräckligt att det i förarbeten beskrivs att bedömningen i förhållande till normalt förekommande arbeten ska vara verklighetsförankrad.²⁴ Det torde det inte vara nu heller.

9. 4 Möjlighet till ojämn förläggning av arbetstiden ska finnas om det är medicinskt motiverat och den försäkrades arbetsförmåga tas tillvara

SCF avstyrker förslaget.

SCF anser, till skillnad från utredningen, att nuvarande lagstiftning ger en flexibilitet som är positiv för såväl arbetsgivare som den försäkrade med delvis nedsatt arbetsförmåga. Ett alltför stelbent regelverk riskerar att leda till att deltidssjukskrivna blir mindre attraktiva på arbetsmarknaden och att den försäkrades arbetsförmåga inte kan användas fullt ut. Nuvarande lagstiftning innehåller också en säkerhetspärr, som förhindrar ojämnt förlagd arbetstid om det skulle försämra möjligheterna till återgång i arbete, och får därför anses väl avvägd.

SCF noterar att utredningen svepande bedömer att det skulle saknas stöd för att deltidssjukskrivning ökar återgången i arbete och minskar kostnaderna i sjukförsäkringen, utan att närmare redogöra för källor som talar för den ståndpunkten. Det hänvisas till en litteratursökning, dock utan att ange vad den innefattat. Endast tre studier lyfts i texten - ingen av dem genomförda under den tid som nu gällande regelverk har varit i kraft. De delresultat som i dessa studier talar för att deltidssjukskrivning kan öka arbetsåtergången och minska kostnaderna i sjukförsäkringen avfärdas kortfattat (s. 175 ff). Sammantaget menar SCF att utredningen inte har genomlyst frågan på ett tillräckligt grundligt och transparent sätt för att få stöd för sina slutsatser.

Därtill önskar SCF påpeka att utredningen varken hänvisar till studier eller statistik för att styrka sitt hypotetiska resonemang att möjlighet till koncentrerad arbetstid (det vill säga inte jämnt fördelad varje dag) skulle öka risken för att sjukförsäkringen missbrukas.

9.5 De nya reglerna om behovsanställda tas bort

SCF avstyrker utredningens förslag.

²⁴ Vilket innebär att även om bedömningen inte görs i relation till ett konkret yrke så måste den ta hänsyn till förhållandena på arbetsmarknaden i stort och anpassas efter hur arbetsmarknaden förändras över tid.

Antalet som har den trygghet som följer av en tillsvidareanställning har minskat. Det är SCF mening att sjukförsäkringen bör anpassas efter förändringar på arbetsmarknaden och att reglerna om behovsanställda i sjukförsäkringen därför bör behållas.

9.6 Äldre bör inte undantas från bedömningen mot normalt förekommande arbete

SCF avstyrker förslaget.

SCF anser att det finns samhällsekonomiska skäl att låta äldre personers arbetsförmåga provas gentemot arbete hos den befintliga arbetsgivaren istället för att tvingas till en utdragen och osäker omställning så pass sent i arbetslivet. De tidigare reglerna missgynnade personer med ett långt arbetsliv bakom sig i fysiskt krävande yrken - något som torde gälla i än större utsträckning nu när åldern för garantipension höjts. Nuvarande regelverk bör därför behållas.

9.7 Äldrereglerna inom sjukersättningen (trygghetspensionen) bör vara kvar tillsvidare

SCF instämmer i utredningens bedömning om att äldrereglerna inom sjukersättningen (trygghetspensionen) bör behållas.

9.8 Harmoniserat arbetsmarknadsbegrepp inom sjukpenning och sjukersättning

SCF instämmer i utredningens bedömning att en harmonisering av arbetsmarknadsbegreppen inom systemen för sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning bör utredas närmare.

Att två olika arbetsmarknadsbegrepp används leder till en inlåsning i sjukförsäkringen och att försäkrade hamnar mellan regelverken, vilket kan få stora negativa konsekvenser för både den försäkrades och de anhörigas livssituation.

9.10 Förstärkt arbetsgivaransvar

SCF delar bilden att arbetsgivare har för få incitament att uppfylla sitt rehabiliteringsansvar - ofta till förtret för den försäkrade som vill ges förutsättningar att återgå i arbete. Föreningen ser dock flera stora risker med att ett sådant regelverk som utredningen föreslår ska utredas närmare, och menar att de negativa konsekvenserna riskerar att överväga de positiva effekterna. SCF instämmer således inte i utredningens bedömning att en sådan utredning som beskrivs i betänkandet ska tillsättas.

Arbetsgivare bär redan idag ett visst ekonomiskt ansvar för anställdas sjukdom, bland annat genom sitt rehabiliteringsansvar samt genom de indirekta kostnaderna i form av

kompetenstapp och minskad produktivitet som nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan orsaka. Redan med ett sådant avgränsat ekonomiskt ansvar ser SCF hur arbetsgivare väljer att köpa ut eller på annat sätt göra sig av med anställda som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, trots att viss arbetsförmåga finns eller torde kunna återfås med rätt form av anpassningar, lite längre sjukskrivningsperiod för att hinna sätta in verksam behandling och rehabilitering etc. Läggs ytterligare sanktionsavgifter på arbetsgivaren ökar också incitamenten att 1) undvika tillsvidareanställningar (en anställningsform som utredningen redan konstaterat är eftersträvansvärd när man i avsnitt 9.5 argumenterar för att reglerna om behovsanställda ska tas bort), 2) att göra sig av med anställda som har någon form av hälsoproblem, 3) att inte anställa personer som har någon form av hälsoproblem. Att ytterligare göra anställdas sjukdom till en ekonomisk risk för arbetsgivaren kommer sannolikt placera människor som lider av någon form av funktionsnedsättande sjukdom längre bort från arbetsmarknaden, vilket - utöver det utanförskap och det ökade ekonomiska beroendet det leder till för den enskilde - innebär att deras arbetsförmåga inte tas tillvara fullt ut.

Det ovan sagda torde gälla även om sanktionsavgiften knyts till att den anställde övergår till sjuk- eller aktivitetsersättning efter icke-genomförda-rehabiliteringsinsatser (och inte till sjukskrivningen eller rehabiliteringsansvaret i sig). Detta eftersom det under alla förhållanden blir billigare och enklare för arbetsgivaren att ha personal som inte är i behov av rehabiliteringsinsatser överhuvudtaget.

SCF ser också risker med att regelverket görs krångligare för arbetsgivaren att tillämpa. De starkaste incitamenten behöver inte vara de ekonomiska, utan kan bestå i minskad byråkratisk börda. Det ska vara lätt att göra rätt. Ett krångligare regelverk riskerar alltså i sig öka arbetsgivarens incitament att undvika rehabiliteringsinsatser genom att istället köpa ut personal.

SCF noterar vidare att det är resultatet (att arbetstagaren övergår till sjuk- eller aktivitetsersättning) snarare än beteendet (underlåtenheten att tillhandahålla rehabiliteringsinsatser) som föreslås vara avgörande för att sanktionen mot arbetsgivaren ska aktualiseras. Det kan ifrågasättas om det är en lämplig utformning av incitament om målet är att få arbetsgivaren att ta sitt rehabiliteringsansvar. Dessutom kan det leda till att personer med vissa typer av diagnoser, som löper större risk att hamna i sjuk- eller aktivitetsersättning, kommer att diskrimineras på arbetsmarknaden vilket också medför att deras arbetsförmåga inte tas tillvara.

Beträffande sanktionsmöjlighet i förhållande till den anställda

I utredningen nämns även att arbetsgivaren ska ha någon form av sanktionsmöjlighet i förhållande till den anställda, om denne inte samarbetar kring rehabilitering, arbetsträning etc. SCF noterar inledningsvis att den absoluta majoriteten sjuka människor vill bli friska och återgå i arbete. Det finns således ett inneboende incitament hos människor att delta i rehabiliteringsinsatser. Föreningen ifrågasätter således att det skulle föreligga ett behov av en sanktionsavgift som ytterligare incitament för arbetstagaren. SCF menar också att det är en allvarlig brist att det inte anges att ett arbetsrättsligt perspektiv måste inkluderas i en eventuell utredning om arbetsgivarens möjlighet att besluta om sanktionsavgifter för den enskilde. Det är även viktigt att principen att arbetstagare och arbetsgivare ska vara överens om rehabiliteringsinsatser inte överges. Dels eftersom delaktighet (en grundprincip i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning) ökar efterlevnad och förbättrar resultat. Dels för att kvalitetssäkra rehabiliteringen så att den blir gynnsam från flera perspektiv - där arbetstagaren ofta sitter på mer och viktig kunskap om sin sjukdom och sin funktionsnedsättning.

Beträffande undantag för utsatta grupper

För att undvika risken för att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna ytterligare försvårar situationen på arbetsmarknaden för redan utsatta grupper nämner utredningen att undantag från kostnadsansvaret bör göras för valda grupper på bas av tydliga kriterier, exempelvis utifrån diagnos. SCF noterar att ett diagnosbaserat regelverk går emot hur sjukförsäkringssystemet är utformat, torde medföra tillämpningssvårigheter och öppna upp för betydande orättvisor - vilket i sin tur inverkar menligt på regelverkets legitimitet. En diagnos säger nödvändigtvis inte mycket om den enskildes arbetsförmåga eller funktionsgrad. Postcovid kan exempelvis innebära allt från tappad lukt och smak till totalt sängliggande och i behov av sondmatning. Även för sjukdomar med tydligare diagnoskriterier kan symtombörda och funktionsgrad variera avsevärt, exempelvis vid cancer. SCF ställer sig också frågande till hur ett diagnosbaserat regelverk ska kunna ta hänsyn till faktorer som samsjuklighet och att tillgången till kunnig specialistvård (som kan sätta rätt diagnos och erbjuda effektiv behandling och rehabilitering) kan skilja sig markant åt över landet. Föreningen ser också en betydande risk att ett diagnosbaserat regelverk kommer slå hårdast mot de som har drabbats av en komplex variant av sjukdom och de som drabbats av en sjukdom där kunskapen i vården är låg och ojämnt spridd över landet - grupper som redan har svårt att få adekvat hjälp i hälso- och sjukvården.

SCF noterar avslutningsvis att incitamenten för arbetsgivaren att tillhandahålla rehabiliteringsinsatser kommer att minska om de hårdare reglerna vid dag 180 införs och fler individer återgår i arbete trots nedsatt arbetsförmåga och mot sjukskrivande läkares inrådan. Det riskerar i sin tur leda till att den försäkrades hälsotillstånd försämras och att den försäkrade därför återvänder till sjukförsäkringen, vilket innebär ökade samhällskostnader på sikt.

9.11 Starkare incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen

SCF delar bilden att hälso- och sjukvården behöver starkare incitament att höja kvalitén i läkarintyg och arbeta mer strukturerat med exempelvis aktivitetsförmågeutredningar utifrån kunskap om den försäkrades diagnos. SCF instämmer dock inte i utredningens bedömning att en sådan utredning som beskrivs i betänkandet ska tillsättas. Det är istället SCF:s mening att insatser för att minska osakliga skillnader i sjukintyg, öka kompetensen och se över ekonomiska ersättningsnivåer för aktivitetsförmågeutredningar etc lättare och lämpligare hanteras efter en reform av hälso- och sjukvården som går mot statlig styrning.

SCF delar inte utredningens bild av att läkare och vårdgivare systematiskt skulle missbruka sina möjligheter att utfärda läkarintyg (s. 226) och noterar att något underlag för det påståendet inte heller presenteras i utredningen. Föreningens erfarenhet är istället att eventuella kvalitetsbrister i läkarintyg beror på en mycket pressad hälso- och sjukvård, där organisatoriska utmaningar leder till att läkare ges alltför lite tid med patienter samt att den administrativa bördan stadigt ökar på bekostnad av kärnverksamhet och kompetensutveckling. Att koppla på sanktioner riskerar att ytterligare spä på den negativa utvecklingen och är enligt SCF:s mening att börja i fel ände. För att komma åt problemets kärna - ett incitamentsystem som bidrar till en korrekt medicinsk bedömning samt ökad kvalitet och minskning av osakliga skillnader i utfärdade läkarintyg - krävs en hedersam och ändamålsenlig problembeskrivning som utgår från vårdverkligheten - inte ett likställande mellan brister i kvalitet och missbruk från läkares sida.

Utredningen anger att det särskilt finns skäl att utreda Försäkringskassans möjligheter att besluta om sanktioner mot läkare och vårdgivare. Som exempel nämns att läkare eller vårdenheter ska kunna fråntas möjligheten att utfärda läkarintyg och att en fördel med det skulle vara att det tydligare framgår att Försäkringskassan, och inte läkaren, beslutar om rätten till ersättning.

SCF önskar inledningsvis framföra att det senare får anses utgöra ett mycket svagt argument för ett sådant stort avsteg från medicinsk praxis som en sådan sanktionsmöjlighet skulle medföra (det framgår redan med all tydlighet att det är Försäkringskassan och inte

läkaren som beslutar om rätten till sjukpenning). Sjukskrivning är, såsom också påpekas i utredningen, en medicinsk åtgärd som är att jämföra med annan medicinsk behandling. Försäkringskassan träffar inte patienter och är varken medicinskt ansvarig för patientens vård eller tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården. Att under dessa förhållanden ensidigt ge Försäkringskassan möjlighet att underkänna och besluta om läkares arbetsuppgifter ser SCF inte som en eftersträvarsvärd utveckling. Därtill innebär redan dagens system att läkarintyg som inte ger tillräcklig grund för sjukskrivning leder till avslag hos Försäkringskassan. Lämpligheten i att ge Försäkringskassan dubbla roller - det vill säga att myndigheten dels ska "utöva tillsyn" över läkarna inklusive besluta om deras arbetsuppgifter, dels ta beslut i enskilda sjukförsäkringsärenden där underlag från nämnda läkare utgör det viktigaste underlaget - kan starkt ifrågasättas.

Därtill vill SCF understryka att det finns flera risker med att koppla sanktioner till "avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstöds riktlinjer". Det nationella kunskapsstödet är av naturliga skäl mycket övergripande och sätter främst ramarna för processen. För att tillämpas på ett kvalitetssäkert och patientsäkert sätt måste dessa ramar fyllas med läkares kunskap om olika tillstånd. Diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd finns inte för alla tillstånd vilket betyder att det i många fall saknas en måttstock mot vilken avvikelser ska bedömas. Det får inte heller bortses från att den medicinska verkligheten många gånger är mer komplex och mångfacetterad än vad riktlinjer kan återspegla och därför inte passar in i ett stelbent system. Det kommer alltid att finnas patienter som inte faller inom ramen för de riktlinjer som finns. Detta torde särskilt gälla multisjuka och patienter som drabbats av ovanliga sjukdomar eller sjukdomar där kunskapsläget i vården och hos myndigheter är lågt. Här kan postcovid, och den ansträngningsutlösta försämringen PEM (en funktionsnedsättning) som ofta förekommer, nämnas som exempel.

Kopplas beslutsstöden till en sanktionsfunktion bör de också uppdateras på en mer frekvent basis än i dagsläget, annars förhindras läkare att använda sig av den senaste kunskapen i sjukskrivningsprocessen eftersom den ännu inte nått riktlinjerna. SCF ställer sig frågande till om detta är en klok prioritering av resurser i en hälso- och sjukvård som redan dras med mycket stora utmaningar och administration.

Avslutningsvis vill SCF lyfta ett antal negativa scenarion som kan bli verklighet om en sanktionsmöjlighet för Försäkringskassan införs:

- Riskerar läkare eller vårdenheter att drabbas av sanktioner finns en uppenbar risk att vissa patientgrupper kommer få det svårare att bli sjukskrivna vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. En kultur som skapar en rädsla att råka ut för

sanktioner kan medföra att läkaren väljer att inte sjukskriva trots att det är medicinskt motiverat. Om riktlinjer etc är otydliga för den specifika diagnosen, vilket de i större utsträckning lär vara för tillstånd där kunskapsnivån är låg eller illa spridd, torde denna risk vara större eftersom otydliga regelverk leder till att tillämparen i sådana fall skulle måna om ett "säkerhetsavstånd" till bedömningsgränsen.

- En del läkare och vårdenheter skulle kunna uppleva det som bekvämt att inte kunna erbjuda patienter sjukskrivning. Det är en administrativ uppgift som inte är särskilt eftertraktad. En sanktionsmöjlighet skulle då kunna leda till att vissa läkare eller vårdenheter ges ytterligare incitament att "renodla" sitt patientunderlag till de med lättare besvär utan sjukskrivningsbehov. Sådana tendenser finns redan idag - där de ekonomiska incitamenten gör att patienter med lättare besvär är mer eftertraktansvärda än kroniskt sjuka som egentligen har ett större vårdbehov (och enligt den grundläggande behovsprincipen ska prioriteras men som i verkligheten ofta trängs undan).
- Arbetsuppgiften att sjukskriva patienter kommer - i en redan pressad vård - att bli tyngre för de läkare och vårdenheter som har kvar möjligheten att utfärda sjukintyg. Det torde få negativa effekter på arbetsmiljön och - i sin tur - förmågan att behålla personal och kompetens. Blir detta utfallet kan tillgången till nära vård i sjukskrivningsärenden också äventyras, vilket torde drabba de mest funktionsnedsatta patienterna hårdast.

9.12 En bortre tidsgräns för rätt till sjukpenning

SCF instämmer inte i bedömningen att en bortre tidsgräns för rätten till sjukpenning bör utredas. Flera negativa konsekvenser följde av den så kallade stupstocken som fanns mellan 2008 och 2016. ISF har därtill konstaterat att den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen inte hade några långsiktiga effekter på långtidssjukskrivnas ekonomiska situation eller på hur de använde sjukförsäkringen.²⁵

Sedan dess har Högsta förvaltningsdomstolen dessutom anammat en striktare syn på vad som anses utgöra en sjukdomsperiod (HFD 2018:69), vilket torde medföra att de negativa konsekvenserna av en stupstock blir än mer uttalade. Detta torde särskilt drabba personer med kroniska autoimmuna sjukdomar som går i skov (främst kvinnor) - det vill säga personer som har viss arbetsförmåga under perioder men som lider av en sjukdom vars karaktäristika innebär fluktuerande hälsa och återkommande sjukskrivningsperioder. Eftersom den

²⁵ IFS (2022:5), Avskaffandet av den bortre tidsgränsen, En analys av effekterna på långtidssjukskrivnas ekonomiska situation och användning av sjukförsäkringen, <https://isf.se/publikationer/rapporter/2022/2022-06-29-avskaffandet-av-den-bortre-tidsgransen>

nedsatta funktionen i dessa fall beror på samma sjukdom kommer sjukskrivningsperioderna - efter HFD 2018:69 - att räknas samman och den enskilde utförsäkras när hen når stupstocken trots att hen arbetat under perioder. Utfallet i en sådan situation blir antingen

- 1) att den enskilde lämnas utan inkomst under perioder hen inte kan arbeta, eftersom hen inte heller uppfyller kriterierna för sjukersättning (där nedsättningen ska vara varaktig), eller
- 2) att den enskilde beviljas sjukersättning trots att hen har större arbetsförmåga i perioder, vilket innebär att individens arbetsförmåga inte tas tillvara fullt ut.

De negativa konsekvenserna av en stupstock torde också bli större om en eventuell tidsgräns sätts för kort och utan hänsyn till hur sjukdomar och hälso- och sjukvården faktiskt ter sig i verkligheten. Här kan exempelvis nämnas vårdköer, att tillfrisknande och återfående av funktionsförmåga kan ta tid, att det kan ta tid att få rätt diagnos och rätt vård samt att det kan ta tid att sätta in och hitta en för individen passande behandling. Det kan få till följd att individer som faktiskt har arbetsförmåga i perioder eller kan återfå arbetsförmåga på sikt ges incitament att söka en stabil försörjning som inte bygger på arbete, såsom sjukersättning eller försörjningsstöd.

Att återgå till en reglering med borte tidsgräns kan därför inte anses eftersträvansvärt.

Under alla förhållanden bör en borte tidsgräns i sjukförsäkringen inte föreslås utan att en samtida uppmjukning av sjukersättningsregelverket sker, där arbetsmarknadsbegreppet i de två regelverken harmoniseras. I annat fall riskerar kroniskt sjuka med varaktig eller skovvis nedsatt funktions- och arbetsförmåga att drabbas orättvist hårt av den borte tidsgränsen och hamna mellan regelverk och utan försörjning - med stora negativa konsekvenser som följd.

10. Konsekvenser

SCF noterar att utredningen inte har som ambition att ge en allsidig belysning av förslagets konsekvenser. Exempelvis utgår ensidigt från grundantagandena att långa sjukdomsfall alltid är omotiverade samt att ett avslagsbeslut alltid leder till att den enskilde återgår i arbete. Verkligheten är mer komplex än så, vilket också speglas i olika utredningar och rapporter, som dock inte beaktats i aktuellt betänkande.

Kopplat till individen saknar SCF helt resonemang om risken för försämrad ekonomi, ökad försörjningsbörda för anhöriga samt ökat beroende av försörjningsstöd från kommunerna. Det saknas även resonemang om medicinska risker för den som tvingas återgå i arbete mot

sjuvskrivande läkares bedömning. För tidig återgång i arbete kan leda till att individens hälsa försämras ytterligare vilket leder till att den försäkrade återvänder till sjukförsäkringen och då sjuvskrivs i högre grad än innan - vilket även leder till ökade kostnader för samhället (se exempelvis Riksrevisionens rapport som omnämns ovan under *Avslag på ansökan om sjukförsäkring leder inte automatiskt till återgång i arbete*).

SCF saknar helt resonemang om risken för ökade kostnader för kommunerna i form av försörjningsstöd till de som utförsäkras trots nedsatt arbetsförmåga.

Beträffande förslagets konsekvenser för män respektive kvinnor drar utredningen - efter att ha fastslagit att majoriteten av de sjuvskrivna är kvinnor - enbart slutsatsen att de striktare reglerna vid dag 180 främst kommer att gynna kvinnor genom kortare sjuvskrivningar och en större återgång i arbete. SCF finner det förenklade resonemanget något magstarkt.

Styrelsen
Svenska Covidföreningen