



## Yttrande över betänkandet Rätt förutsättningar för sjuk- skrivning (SOU 2023:48)

(S2023/O2549)

Karolinska Institutet (KI) har beretts tillfälle att yttra sig över rubricerat betänkande. KI överlämnar härmed yttrandet.

Bifogat yttrande har utarbetats av professor Kristina Alexander-son, docent Emilie Friberg, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, docent Monika Löfgren, Institutionen för kliniska vetenskaper, docent Theo Bodin, docent, forskare Gun Johansson, Institutet för miljömedicin och professor Peter Allebeck, Institutionen för global folkhälsa.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor Annika Östman Wernerson i närvaro av universitetsdirektör Veronika Sundström efter föredragning av specialist Maria Schönnings. Närvarande var också Medicinska föreningens ordförande Elin Törnqvist.

Annika Östman Wernerson

Maria Schönnings

Bilaga

Yttrande

Delges

Registrator

Socialdepartementet

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

## Sammanfattning

Karolinska Institutet (KI) ställer sig positiv till flera av utredningens förslag och ställningstagande när det gäller rollfördelning, befogenheter och ansvar för Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt arbetsgivare avseende hantering av sjukskrivningsärenden och av kompetensutveckling inom området. Detta gäller även syn på ansvar för specifika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården och i Försäkringskassan. KI håller med om att läkarnas utbildning och kompetensutveckling i försäkringsmedicin behöver stärkas. Detsamma gäller andra relevanta professioner inom hälso- och sjukvården liksom Försäkringskassans handläggare och läkare.

I utredningen framkommer det mycket tydligt att det saknas både försäkringsmedicinsk kompetens inom olika professioner och framför allt vetenskapligt baserad kunskap som bas för sådan kompetens. Avseende det grundläggande; behovet av vetenskaplig kunskap att basera beslut och åtgärder (på olika strukturella nivåer) på, är förslagen i betänkandet alltför allmänt hållna. Förutsättningar för att generera sådan kunskap kräver flera åtgärder, såsom inrättande av finansierade professurer i försäkringsmedicin vid landets medicinska fakultet samt medel till långsiktig forskningsinfrastruktur och forskning inom området.

Vi efterfrågar även att man i det föreslagna åtgärderna om information till olika aktörer och till allmänheten tydligare skiljer på läkarens roll som dels patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig, en roll i vilken läkaren ska lämna uppgifter till andra aktörer. Andra aspekter som behöver utvecklas gäller hantering av de sjukskrivningsärenden där patienten/den försäkrade inte har tillgång till företagshälsovård (vilket gäller närmare hälften av alla yrkesverksamma) eller inte har en arbetsgivare.

I betänkandet ges flera förslag till nya utredningar - dessa bör i så fall tillsättas så snart som möjligt så att förbättringar inte fördröjs ytterligare.

## FÖRSLAGEN

Först två övergripande kommentarer:

Betänkandet svarar egentligen inte på den övergripande frågan om att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gör olika bedömningar om rätt till sjukpenning. Det är även i betänkandet oklart vad som avses med försäkringsmedicin. Betänkandet skulle ha vunnit i klarhet om man tydliggjorts vad man avser med försäkringsmedicin. Termen används i princip bara för sjukskrivningsärenden och främst den del som gäller hälso- och sjukvårdens samverkan med Försäkringskassan.

Utredningen är tydlig med att en orsak till begreppsförvirring och problem kring vad som ger rätt till sjukpenning, är att många använder begreppet "sjukfall" när man avser "sjukskrivningsfall" eller "sjukfrånvarofall" och "därmed cementerar felaktiga bilder kring sjukskrivning" (sid 174). Trots det, så används termen 'sjukfall' i texten ofta på detta felaktiga/förvirrande sätt. Detta blir extra förvirrande i kontakt med sjukvård och med

patienter eftersom endast en liten del av det som vanligen avses med 'sjukfall' leder till behov av sjukfrånvaro. Detsamma gäller termen 'sjukförsäkring' som på motsvarande sätt är förvirrande och leder tanken till att det är sjukdom som försäkras, och inte, som är fallet, inkomstbortfall på grund av arbetsoförmåga orsakad av morbiditet. På flera ställen används i stället i utredningen på ett föredömligt sätt termen 'sjukpenningförsäkring' – dock långt ifrån överallt. Det vore en fördel om försäkringen bytte namn. Vår allmänna 'sjukförsäkring' gäller ju i stället personers rätt till sjukvård och behandling och att detta sker till kraftigt reducerad kostnad eller utan avgift.

Nedan ges mer detaljerade synpunkter på olika delar av betänkandets förslag

#### *5.1.1 Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukpenningförsäkringen*

KI delar utredningens 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. I betänkandet tydliggörs det på ett föredömligt sätt att sjukskrivning är en del av hälso- och sjukvårdens uppgifter och att läkaren har ett tydligt ansvar i detta. Däremot saknas ett tydliggörande av läkares två olika roller i ett sjukskrivningsärende, dels den som patientens behandlande läkare, dels den som medicinskt sakkunnig där information förmedlas till annan aktör. Ett annat regelverk gäller för läkaren i dennes roll som medicinsk sakkunnig än det som behandlande läkare – detta behöver tydligare förmedlas till både patienter, läkare, andra professioner och andra aktörer, då det potentiellt är en rollkonflikt, och inte sällan bidrar till missförstånd i kommunikationen mellan läkare, patienter och anhöriga.

#### *5.2.1. Uppdrag åt Försäkringskassan att klarlägga behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden och 5.2.2. Förenklat intyg i korta sjukskrivningar*

I betänkandet framkommer det att de korta/okomplicerade sjukskrivningsfallen egentligen inte är något problem, varför KI inte ser att detta förslag är motiverat.

Tidigare försök med olika sådana intyg har visat sig leda till olika typer av problem, något som också framkommer i utredningen. I praktiken tillgodoses redan behovet av ett kortare intyg via befintliga intyg, där en läkare kan skriva ganska korta och standardliknande utlåtanden avseende korta och okomplicerade fall. Detta skulle kunna etableras som vedertagen praxis utan att ännu en blankett införs för läkare och andra att hålla reda på och hantera. Viktigast är att arbetstid frigörs för läkare, tid som kan användas till andra uppgifter än att just formulera intyget. Det är av väsentlig betydelse att läkaren gör en fullgod bedömning redan från början, och inte inleder en sjukskrivning på fel grunder oavsett hur omfattande intyget är. Vi ser dessutom en risk i att förenklade intyg skulle kunna leda till att vissa tillstånd och diagnoser i större utsträckning alltid skulle hamna i det korta intyget, det vill säga, en situation där vi går mot en 'diagnosförsäkring' i stället för en inkomstbortfallsförsäkring (på motsvarande sätt som vissa diagnoser för närvarande ger rätt till högre sjukpenning, efter att sjukskrivningsfallet blivit 365 dagar, än vad andra diagnoser gör – dvs något som går emot hela grundtanken i sjukpenningförsäkringen, nämligen att det är inkomstbortfall pga. nedsatt arbetsförmåga som ersätts, oavsett diagnos som lett till arbetsoförmågan).

Om sådana förenklade intyg ändå införs, för sjukskrivningsfall som läkaren bedömer bli okomplicerade och ha god prognos för snar återgång i arbete/sysselsättning, bör erfarenheter

från tidigare sådana försök beaktas och förändringen redan från början läggas upp så att den kan utvärderas och studeras vetenskapligt. Som alltid där den vetenskapliga kunskapen är mycket begränsad är ansvaret att generera sådan kunskap extra stor.

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

KI ser positivt på detta förslag; det är angeläget att gå mot en nationell struktur. Det är av synnerlig vikt att de tidigare, och nuvarande, omfattande problemen med olika digitala system för intyg, journalskrivning, överföring av intyg, etc, hanteras och inte leder till ytterliga, ofta tidskrävande, problem. Detta gäller även förslaget: *5.3.2 Skapa förutsättning för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna*, som kan möjliggöra att arbetsgivare blir mer aktiva; till exempel ge information om vilka arbetsuppgifter individen har och vad arbetet kräver, vilket torde bidra till säkrare bedömning av vilka krav på funktion som patientens arbete innebär. Även information om eventuella anpassningar skulle kunna ske på detta sätt.

Att kunna dela information mellan aktörer är angeläget, men det är centralt att det sker med bevarad integritet och patientens självbestämmande. KI ser det som viktigare att patienten har en egen kontakt med sin arbetsgivare än att intyg kan skickas elektroniskt utan att patienten är involverad.

Man bör också vara medveten om att yrkesarbete för någon med långvariga hälsoproblem kan få konsekvenser på arbetsplatsen som idag inte beaktas, och enligt lagtext inte ska göra det. I praktiken kommer dock konsekvenser för medarbetare, arbetsgrupp, för tredje part såsom patienter, elever, och så vidare att påverka om en återgång i arbete/sysselsättning blir hållbar eller inte. Information kring sådana aspekter från arbetsgivare skulle kunna utgöra underlag för att tidigare i processen planera för till exempel utbildningsinsatser eller byte av jobb. Alternativt behövs information från hälso- och sjukvården om den sjukskrivnes hälsotillstånd för att underlätta återgång.

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

KI instämmer i förslaget att koordinerande insatserna behöver utvärderas och följas upp, generellt och i olika regioner. Nuvarande lagstiftnings otydligheter har lett till variation och utmaningar och stora ojämlikheter inom och mellan regioner och försvårar även arbetet för koordinatörerna. Det är dock angeläget att utökat samarbete mellan vården och arbetsgivare inte innebär att koordinatörerna tar över arbetsgivares rehabiliteringsansvar, utan snarare stöder arbetsgivarna. Samarbetet mellan koordinatörer och arbetsgivare bör utredas närmare innan dessa rekommendationer kan göras. KI delar inte utredningens något positiva skrivning om effekterna av utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare. SBU-rapporten från 2022 gällde enbart långtidssjukskrivna och är mer nedtonad i sin skrivning än vad som framgår i utredningens texter. Det behövs helt enkelt mer forskning inom det här området.

### *5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete*

KI stöder förslaget. Att utveckla fler möjligheter till arbetsplatsbaserad träning exempelvis i form av IPS-modellen (Individual Placement and Support) som har visat goda resultat i relation till personer som står relativt långt från arbetsmarknaden. I tidigare stadier av psykisk

ohälsa har norska forskare testat en modell för snabb hjälp vid psykisk ohälsa med goda resultat.

#### *Kvalitetssäkrad företagshälsovård samt arbetslösa personer*

KI stödjer förslaget om att den företagshälsovård som finns ska kvalitetssäkras och arbeta efter evidensbaserade metoder i samtliga led. Dock har endast cirka 60 procent av de anställda i Sverige tillgång till företagshälsovård. Flera av texterna i utredningen utgår från att alla sjukskrivna har tillgång till företagshälsovård; strategier att hantera sjukskrivningsärenden för andra sjukskrivna behövs också.

Ytterligare en synpunkt är att en del av de fall som uppfattas som komplexa ofta rör personer som inte har en arbetsgivare. Vid arbetslöshet behöver samarbete med Arbetsförmedlingen och vissa fall socialtjänsten ske. Läkare har i intervjustudier och i omfattande enkätstudier uppgett att sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga är extra problematiskt svårt när patienten inte har en arbetsgivare. Arbetslös eller arbetslöshet nämns endast tio gånger i utredningen och då mest som en kommentar snarare än i ett resonemang.

Det är inte hälso- och sjukvårdens roll att genomföra insatser på arbetsplatsen. I samband med specifika rehabiliterande åtgärder kan dock ett kartläggande arbetsplatsbesök där patientens funktionsförmåga direkt kan ses i relation till den faktiska arbetsplatsen, vara av avgörande betydelse för att rehabiliteringen ska kunna stötta patienten i återgång i arbete. I de fall företagshälsovården inte är ansvariga för rehabiliteringsprocessen är det en fördel om arbetsplatsbesöket utförs av någon i det aktuella rehabiliteringsteamet. Det är av stor vikt att alla som är inblandade i en rehabiliteringsprocess har ett helhetsperspektiv, arbetsplatsen är en viktig del av helheten.

#### *5.4.1 Utreda om nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården.*

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda förutsättningarna och möjlig organisering för att etablera ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården vid myndigheten. KI förslår att uppdraget i så fall även ska innebära att utreda möjligheten till förstärkning av regionala sådana multiprofessionella och tvärvetenskapliga kompetenscentra.

I betänkandet framkommer det på flera ställen att man anser att det finns ett behov av att Socialstyrelsens tar en tydligare roll inom det försäkringsmedicinska området. KI ser positivt på att Socialstyrelsen under de senare åren har ökat sitt engagemang när det gäller hantering av patienters sjukskrivning; detta behöver dock utvecklas betydligt.

#### *5.4.2 Utbildning inom försäkringsmedicin*

Ett flertal studier visar att kompetens (kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) inom försäkringsmedicin behöver stärkas för många professioner, inte bara läkare. I utredningen nämns framförallt detta för handläggare inom Försäkringskassan och framförallt för läkare.

Utbildningsmöjligheter inom försäkringsmedicin efterfrågas, enligt många studier, i mycket stor utsträckning av läkare inom de flesta typer av kliniska verksamheter.

Försäkringsmedicinska frågor och överväganden är aktuellt inom ett stort antal kliniska verksamheter kring olika typer av de försäkringar där ett medicinskt tillstånd krävs för utfall (försäkringsmedicin rör alltså även andra försäkringar än den allmänna för

sjukfrånvaro/förtidspension). Förbättrad och utökad undervisning om försäkringsmedicin behövs både på grundutbildningar och specialistutbildningar samt som fortbildning (40 % av läkarna efterfrågade t.ex. handledning i hantering av sjukskrivningsärenden år 2017 i en enkät till samtliga sjukskrivande läkare i Sverige).

Det är alltså viktigt att stärka möjligheterna till försäkringsmedicinsk kompetensutveckling, både under grund- och specialistutbildningar *och* för läkare som redan är specialister. Behovet av utbildning i försäkringsmedicin är dock mycket stort även för andra professioner inom hälso- och sjukvården (t.ex. kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor, rehabiliteringskoordinatorer, etc). I den kontakt de har med patienter och med varandra är sådan kompetens central.

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

Utredningen nämner den socialmedicinska specialiteten vars uppgift inom hälso- och sjukvården är fokuserad på befolkningens hälsa snarare än kliniskt arbete med individuella patienter. Inom socialmedicin har tidigare en stor andel av forskningen om försäkringsmedicinska frågor bedrivits. Under de senare decennierna har studier även gjorts inom flera olika ämnen till exempel arbetsterapi, fysioterapi, psykologi, neurologi, allmänmedicin, försäkringsmedicinsk avdelning. Vid ett beslut om att eventuellt inrätta försäkringsmedicin som en särskild specialitet bör en bedömning av innehållet i en sådan specialitet särskilt diskuteras och en ny utredning av detta kan vara befogad. Vår bild är dock att det för närvarande även är en försäkringsmedicinsk fördjupning och utveckling inom andra specialiteter som behövs.

Utredningen nämner inte avsaknaden av professurer i försäkringsmedicin. För närvarande finns endast en professur i försäkringsmedicin (vid KI). Tidigare har det även funnits en sådan vid Göteborgs universitet samt en adjungerad professur i försäkringsmedicin vid Lunds universitet. *Om ämnet ska utvecklas behövs minst en professur vid varje lärosäte med läkarutbildning, professurer som har en grundläggande garanterad finansiering, dvs inte beroende av externt genererad finansiering.* Vi ser också att utredningen inte alls berör behovet av förstärkt utbildning i försäkringsmedicin under i synnerhet läkarnas grundutbildning. Detta har återkommande diskuterats vad avser en förstärkt utbildning i försäkringsmedicin (dvs. bredare än 'bara' sjukskrivningsärenden). Mot bakgrund av sjukskrivningarnas omfattning - och kostnader som är sammankopplade med dessa - borde staten ha ett intresse av att säkerställa utbildning i ämnet vid samtliga lärosäten, och då även etablera akademiska tjänster för detta.

I utredningen nämns behovet av en riktad akademisk utbildning för Försäkringskassans handläggare. KI stödjer detta. Det är anmärkningsvärt att en sådan saknas – för de flesta andra

professioner i Sverige, såsom lärare, poliser, socialarbetare, läkare, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, etcetera finns en akademisk utbildning som förbereder personer för yrket. I beaktande av den mycket centrala roll som handläggare vid Försäkringskassan har för individer och för samhället är det rimligt att sådana utbildningar etableras. De kan förslagsvis arrangeras som masterutbildningar för personer med en relevant grundexamen inom till exempel socialt arbete, psykologi, statsvetenskap, och juridik.

#### *5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna*

KI stödjer förslaget om specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter. De längre och/eller mer komplexa ärendena kan behöva hanteras på annat sätt och här vore specialiserade försäkringsmedicinska team en väg framåt, i linje med hur det ser ut i vissa andra europeiska länder. I dessa ärenden finns sällan stöd att hämta i det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) eftersom multisjuklighet är vanligt förekommande bland dessa patienter. Här behövs en fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens för att genomföra försäkringsmedicinsk bedömning av individens aktivitetsförmåga och möjlighet till återgång till arbete eller annan sysselsättning. Införande av sådana specialiserade verksamheter behöver utvärderas och betydelsen av dem beforskas avseende olika typer av utfall.

I dagsläget finns en modell för fördjupande försäkringsmedicinska utredningar; aktivitetsförmåga utredningar (AFU) som används i hela landet. 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. De som genomför AFU utredningar anser att ofta hade arbetsåtergång fortfarande varit möjligt om AFU:n genomförts betydligt tidigare i processen.

#### *5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling*

KI håller med om att det behövs en rejäl förstärkning av forskning och kunskapsutveckling inom försäkringsmedicin, liksom tvärvetenskapliga centra för sådan forskning, där inte bara resultat genereras utan även välbehövlig forskningskompetens inom detta komplexa område.

Som framgår ovan (punkt 5.4.2) anser KI att det behöver inrättas minst en statligt finansierad professur i försäkringsmedicin vid varje universitet med läkarutbildning i Sverige. Detta skulle ge både forskningsområdet och undervisningen i försäkringsmedicin en struktur och möjlighet att utvecklas. Detta behöver, som det framgår i utredningen, kompletteras med utlysningen av forskningsmedel till försäkringsmedicinska projekt och studier och finansiering av tjänster, såsom postdocs.

Vid satsningar på det försäkringsmedicinska forskningsområdet är det viktigt att då satsa på den försäkringsmedicinska forskning som redan etablerats och byggts ut, både för att ta tillvara den kompetens som finns och för att ge de förhållandevis få forskare inom området en signal om att det lönar sig att satsa på detta område.

Sjukfrånvaro är komplexa fenomen som påverkas av flera aspekter på olika strukturella nivåer. Forskning om sjukfrånvaro kräver tvärvetenskap, varför forskningsenheter bör ha en så bred vetenskaplig bredd som möjligt, och gärna nära kontakt med såväl klinisk verksamhet som Försäkringskassans verksamhet. Det krävs vetenskaplig kompetens inom området,



kunskap till exempel om olika mått på sjukfrånvaro och vikten av att välja adekvata mått bland de mer än hundra olika som nu förekommer inom området. För närvarande är den vetenskapliga kunskapen inom området synnerligen begränsad, inte bara om riskfaktorer för sjukfrånvaro/förtidspension, utan även om vad som påverkar återgång i arbete bland sjukskrivna personer. Allra minst kunskap finns det om möjliga konsekvenser av sjukfrånvaro samt om professionellas praxis i hantering av sådana ärenden och hur denna kompetens kan utvecklas och påverkas, det vill säga, sådan kunskap som det finns störst behov av bland aktörer inom området.

KI har sedan år 2003 gjort en strategisk satsning på en sådan forskningsenhet (Avdelningen för försäkringsmedicin, inom Institutionen för klinisk neurovetenskap), där för närvarande cirka 35 personer är anställda, inklusive två professorer (en inom försäkringsmedicin och en inom socialförsäkring), tre docenter, flera postdocs och seniorforskare samt åtta doktorander. Dessutom är ytterligare cirka 35 andra forskare affilierade till Avdelningen för försäkringsmedicin och jobbar med sådan forskning där. Ett stort antal tvärvetenskapliga försäkringsmedicinska forskningsprojekt bedrivs och avdelningens forskare har ofta en roll i att stötta projektledare vid andra verksamheter i denna typ av studier. Internationellt omfattande samverkan även inom det Cochrane Insurance, som avdelningen var med och startade för flera år sedan.

Även vid Göteborgs universitet har sedan länge forskning om sjukfrånvaro och sjukskrivning bedrivits i flera projekt och liknande kompetens finns vid Lunds universitet.

Både enheten vid KI och de som långsiktigt arbetar med denna typ av forskningsprojekt – ofta i samverkan med hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och/eller arbetsgivare behöver ekonomiska möjligheter att kunna fortsätta verksamhet med vetenskaplig kunskaps- och kompetensutveckling inom området. Utredningen är inte tillräckligt tydlig med detta.

#### *5.5 Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner Samt 5.5.1 – 5.5.4.*

KI stöder förslagen, inklusive utredningens syn på att de organisatoriska förutsättningarna för professionella behöver stärkas betydligt, när det gäller hantering av patienters/försäkrades sjukfrånvaro. Detta gäller alla professioner, chefer på högre nivåer, verksamhetschefer, läkare, kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer, sjuksköterskor liksom chefer, handläggare och läkare inom Försäkringskassan.

Som det framkommer i utredningen brister det i de organisatoriska förutsättningarna för att professionella inom såväl hälso- och sjukvården som Försäkringskassan ska kunna arbeta professionellt med dessa frågor. Även om ledning och styrning inom detta område har utvecklats en hel del de senaste 20 åren, från att tidigare närmast ha saknats helt, återstår fortfarande mycket arbete här, trots 'sjukskrivningsmiljardens' inriktning på just detta. Det gäller ett flertal områden: kompetensutveckling, rutiner för samarbete mellan professioner och mellan olika kliniska verksamheter, samverkan med externa aktörer såsom Försäkringskassan och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen/kommuner, tid för bedömningar/samverkan/kompetensutveckling, insamling och tillhandahållande av data som kan underlätta för kunskapsutveckling inom området, genusaspekter, samt former för uppföljning och kvalitetssäkring av hur samtliga dessa områden fungerar.

*5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling*

KI stödjer förslaget; samarbetet på regional och lokal nivå är essentiellt för att få till en reell förändring i sjukskrivningens praktik.

*5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet*

KI stödjer förslaget om en tidsbegränsad nationell samordnare för sjukskrivning som ska verka för dialog mellan berörda aktörer, för att de förslag denna utredning presenterat genomförs och för att bidra till regeringens förutsättningar att följa upp utvecklingen inom området.

Stockholm,

29 januari 2024

Kristina Alexanderson, professor, Emilie Friberg, docent, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Monika Löfgren, docent Institutionen för kliniska vetenskaper, Theo Bodin, docent, Gun Johansson, forskare, Institutet för miljömedicin, Peter Allebeck, professor, Institutionen för global folkhälsa

# Signature page

This document has been electronically signed  
using eduSign.

eduSign