

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

S2018/05708/SF

Yttrande över SOU 2018:80 Samspel för hälsa - Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring

Kommunal har beretts möjlighet att yttra sig över rubricerad utredning och framför följande synpunkter:

Sammanfattning av Kommunals överväganden och synpunkter

Kommunal har samrått med LO och instämmer i LO:s resonemang. Här väljer vi dock att lyfta och sammanfatta de synpunkter i LO:s remissvar som vi anser är särskilt viktiga för medlemmar i Kommunal.

- Kommunal avråder regering och riksdag från att, så som utredningen föreslår, koppla samman delar av statsbidraget till landstingen med ett system för finansiell samordning som utgår från utbetald sjukpenning de första 89 dagarna i en sjukperiod. Kommunal anser att detta förslag är kontraproduktivt och riskerar att skapa långsiktiga problem och motverkar utredningens uttalade syfte om att på ett hållbart sätt ”minska variationen i sjukfrånvaro”. Det kan dessutom innebära risk för att de försäkrades ekonomiska trygghet vid nedsatt arbetsförmåga ytterligare urgröps.
- Kommunal anser att det är anmärkningsvärt att utredningen inte gjort någon djupare analys av sambanden mellan ohälsa, sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Risker är därför uppenbar att de förslag som utredningen för fram kommer att leda till en substitutionseffekt, där lägre sjukfrånvaro växlas över i ökad destruktiv sjuknärvaro som på sikt är negativ för medlemmar i Kommunal och vidare för folkhälsan.

Kommunals mer detaljerade bedömningar och synpunkter

Vikten av begreppet sjuknärvaro och principen om en försäkringsmässig sjukförsäkring

Kommunal ställer sig kritisk till att, så som utredningen föreslår, använda Försäkringskassans sjukpenningstatistik som utgångspunkt för åtgärder som avses förbättra samspelet mellan sjukförsäkringen och sjukvården. Att koppla statliga stimulansmedel i form av statsbidrag till hur landstingen lyckats sänka nivån på den korta ”sjukpenningfrånvaron”, det vill säga den sjukpenning Försäkringskassan beviljat för sjukdag 1-89, riskerar att skapa långsiktiga problem och motverka utredningens uttalade syfte om ”att minska variationen i sjukfrånvaro”.¹

En i sammanhanget viktig aspekt som utredningen inte i tillräcklig omfattning uppmärksammar eller väger in i sin analys är det samspel som finns mellan ohälsa, sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Kommunals uppfattning är att när åtgärder rörande sjukfrånvaro övervägs måste även effekter

¹ SOU 2018:80, s.14

Kommunal.

på sjuknärvaro² vägas in i analysen. En rad studier har visat att det mellan dessa storheter finns tydliga samband. Det handlar bland annat om den så kallade substitutionseffekten, som innebär att minskad sjukfrånvaro ersätts med ökad sjuknärvaro.³ Det finns i dag tydliga belegg för att dagens sjuknärvaro kan bli morgondagens sjukfrånvaro. Detta visas bland annat i flera longitudinella studier.⁴

Kommunal har i olika sammanhang lyft fram att sex av tio av förbundets medlemmar är sjuknärvarande vid minst ett tillfälle under en 12-månadersperiod. Av dem som är sjuknärvarande är ungefär en fjärdedel det vid fem tillfällena eller fler under ett år.⁵ Forskningsstudier visar att denna typ av upprepad sjuknärvaro generellt bidrar till sämre allmän hälsa, fysiska besvär, försämrad psykisk hälsa och nedsatt arbetsförmåga samt även på sikt till ökad sjukfrånvaro.⁶

Med tanke på att den totala sjukfrånvaron (ohälsotalet) i dag befinner sig på den lägsta nivån sedan detta började mätas⁷ är det anmärkningsvärt att utredningen inte väger in kunskap och forskning rörande substitutionseffekten och sjuknärvaron i sina analyser. Kommunal, liksom LO, menar att risken är uppenbar att de förslag som utredningen för fram kommer att leda till att lägre sjukfrånvaro växlas över i ökad destruktiv sjuknärvaro som på sikt är negativ för folkhälsan. Detta skulle dessutom drabba vårdomsorgsarbetare, som ofta är kvinnor, särskilt hårt, eftersom det är denna grupp som i störst utsträckning är sjuknärvarande.⁸

Kommunal anser därför att utredningens förslag brister, såväl när det gäller målen att främja jämställdheten som att öka jämlikheten mellan olika socioekonomiska grupper.

Även om ohälsotalet i dag är historiskt lågt finns ändå anledning att fortlöpande analysera vad som ligger bakom utvecklingen av dessa. I detta sammanhang är det dock viktigt att inte fastna i en ensidig statistikfixering vid de mått som Försäkringskassan tar fram utan istället fördjupa och nyansera analysen för att bättre förstå sjukfrånvarons drivkrafter och orsaker.

Kommunal anser dessutom att det är principiellt viktigt att upprätthålla försäkringsidén inom sjukförsäkringen och att de medel som inkommer via sjukförsäkringsavgiften huvudsakligen används till det de är avsedda för (Lag 2000:981) och inte omvandlas till ett statsbidrag för finansieringen av hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår att detta statsbidrag inom den finansiella samordningen skulle kunna finansieras av sänkta sjukpenningutgifter, vilket skulle innebära att sjukförsäkringsavgiften används till att finansiera ett allmänt bidrag till hälso- och

² När begreppet sjuknärvaro nämns i denna text åsyftas den destruktiva sjuknärvaro som innebär att den anställde går till jobbet fast hälsan är sådan att hen av medicinska- eller smittskyddsskäl borde stannat hemma. Det är viktigt att skilja denna form av sjuknärvaro från sådan sjuknärvaro där individen arbetar trots att det finns en sjukdomsdiagnos och där arbetet befrämjar förbättrad hälsa och sjukfrånvaro leder till mer negativa hälsoeffekter.

³ Caverley, N., Cunningham, J.B. and MacGregor, J.N. (2007), "Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization", *Journal of Management Studies*, Vol. 44 No. 2, pp. 304-19, Aronsson G, Gustafsson K, Mellner C. Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självsattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen. *Arbete och hälsa 2009*;43(3), Aronsson G, Johansen V, Marklund S, Rönning R & Solheim L (2015). *Sjukfrånvaros dimensioner – svensk-norska jämförelser och analyser*, Liber förlag,

⁴ Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M (2009): Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6)629–638, Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2009). Sick at work—a risk factor for long-term sickness absence at a later date?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(5), s. 397-402, Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine* 61, s. 169-177.

⁵ Kommunal (2015), Friskt liv i sikte – En rapport om sjuknärvaron i välfärdssektorn.

⁶ Se exempelvis Gustafsson & Marklund (2011), Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study. *International journal of occupational medicine and environmental health* 2011;24(2):153-165. Se även ovan refererad forskningslitteratur i ämnet.

⁷ I Försäkringskassans prognos (2019-02-15) för 2019-2022 räknar man dessutom med att ohälsotalet, som i dagsläget befinner sig på 24,7 nettodagar, kommer att minska ytterligare till 20,8 nettodagar år 2022.

⁸ Se ovan refererad rapport från Kommunal (2015).

sjukvården.⁹ Mot denna bakgrund anser Kommunal att det är anmärkningsvärt att utredningen inte närmare analyserat om detta kan utgöra ett brott mot lagen om fördelning av socialavgifter och mot försäkringsidén inom sjukförsäkringen.¹⁰

Ekonomisk trygghet och en hållbar återgång i arbete

Som Kommunal ser det brister sjukförsäkringen allt för ofta när det gäller att tillförsäkra den ekonomiska trygghet som är så viktig i rehabiliteringsprocessen och för en hållbar återgång i arbete för den sjukskrivne. Sedan alliansregeringen år 2008 gjorde sitt systemskifte, och införde snäva och stelbenta tidsgränser i sjukpenningen och hårda kvalifikationskrav i sjukersättningen, har vi med jämna mellanrum fått rapporter om att människor som helt uppenbart är för sjuka för att arbeta nekats stöd av Försäkringskassan.

Genom att införa det siffersatta sjukpenningmålet i regleringsbrevet till Försäkringskassan¹¹ förstärktes under den förra mandatperioden de negativa effekter och den otrygghet som alliansregeringens ”rehabiliteringskedja” skapat. Detta tog sig bland annat uttryck i en högre avslagsandel vid tidsgränsen efter 180 sjukdagar.¹²

Utifrån dessa erfarenheter och nu rådande lagstiftning vill Kommunal varna för att utredningens förslag, om att koppla delar av landstingens statsbidrag till hur nivån på sjukpenningtalet inom landstinget utvecklas, riskerar leda till ökad otrygghet för de försäkrade.

Kommunal anser att sjukskrivning bör ses som en av många möjliga behandlingsformer. Den tid för återhämtning som en sjukskrivning ger möjlighet till kan för vissa sjukdomstillstånd vara nödvändig för att den försäkrade ska tillfriskna och på sikt ska kunna upprätthålla och utveckla sin arbetsförmåga. Samtidigt kan sjukskrivning, liksom medicinering och andra behandlingsformer, i bland leda till skadliga biverkningar. Att avgöra var den optimala balanspunkten finns, när positiva effekter och negativa biverkningar vägs samman, är något som läkaren bör göra utifrån sin medicinska kompetens och kunskap om de villkor den försäkrade möter i arbetslivet. Att koppla ett belöningssystem till huruvida regioner lyckas få ner sjukpenningtalet eller inte riskerar att leda till att indirekt sätta en press på läkarna att avstå från eller korta ner en sjukskrivning fast den på goda grunder är motiverad.

De analyser LO gjort visar att en av de främsta orsakerna till den ökande ojämlikheten i vårt land är att sjuka människor fattiggörs.¹³ När det offentliga skydds nätet rullats tillbaka har ansvaret för det sociala risktagandet privatiserats. Anhöriga, släkt eller vänner, olika välgörenhetsorganisationer och kommunernas socialkontor har allt för ofta tvingats gripa in. Värst drabbade är kvinnor i LO-förbunden med relativt sett låg lön. Bristerna i sjukförsäkringen skapar och förstärker gamla köns- och klassorättvisor.

Kommunal delar utredningens bedömning om att eftersom det är den stressrelaterade ohälsan som ökat mest den senaste tiden bör sjukfrånvaron, utifrån såväl den erfarenhetsbaserade som vetenskapliga kunskapen som finns på området, i en seriös orsaksanalys nära kopplas till arbetslivet och hur olika arbetsplatser fungerar.¹⁴ Därmed är sjukfrånvarofrågan intimt sammankopplad med maktresurser, klasstillhörighet och kön.

⁹ SOU 2018:80, s. 232.

¹⁰ Se särskilt 3 och 4 §§ i Lag (2000:981) om fördelning av socialavgifter.

¹¹ Se regeringens *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad frånvaro* från september 2015, där målet om att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 dagar vid utgången av år 2020 för första gången finns med.

¹² Se Rapport från Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF), *Rapport 2018:12, Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning - En redovisning som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen.*

¹³ LO (2018) *Program för omfördelning – sex punkter för att minska inkomstskillnaderna*, s. 44.

¹⁴ Se SOU 2018:80, s. 37.

Verksamhetsstyrning, resurstilldelning och samspelet mellan olika aktörer

Forskningen visar att effekten på den stressrelaterade ohälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma riskfaktorer i arbetet. Det handlar främst om graden av psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter. En hög grad av inflytande över det egna arbetets organisering ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa. Här finns alltså en makt- och klassdimension. Forskningen visar dessutom tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att medarbetaren, i synnerhet den som drabbats av stressrelaterad ohälsa, ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt.¹⁵

När man studerar sjukfrånvarostatistiken så sticker, som utredningen mycket riktigt lyfter fram, den kvinnodominerade välfärdssektorn tydligt ut. Ytterst handlar det naturligtvis, på ett strukturellt plan, om könsmakt i den bemärkelsen att det är fråga om hur resurser och status fördelas mellan de mans- respektive kvinnodominerade delarna av arbetsmarknaden. Precis som utredningen konstaterar finns det inget stöd för att nivån på sjukfrånvaron i första hand handlar om offentlig eller privat driftsform, utan ”snarare om faktorer relaterade till arbete i välfärdssektorn som sådan”.¹⁶

Stora arbetsgivare/organisationer och arbetskraftens sammansättning, inte minst åldersfaktorn, tycks generera högre sjukpenningtal i välfärdssektorn.¹⁷ Men för att förstå drivkrafterna bakom sjukfrånvaron i välfärdssektorn måste man väga in den effekt som slimmade arbetsorganisationer i kombination med marknadsinfluerade organisations- och styrmodeller, inom såväl privat som offentlig verksamhet, skapat sedan 1990-talet.¹⁸ Den fragmentisering och de målkonflikter som följt i marknadsmodellernas spår har inte heller underlättat samordningen av insatserna och samspelet mellan de viktiga aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Kommunal anser att utredningen i allt för liten utsträckning analyserat och vägt in denna aspekt.

Kravställandet bör viktas om och träffa dem som verkligen kan leverera rehabilitering och återgång i arbete

I stället för att så som utredningen gör fokusera på och ensidigt utgå ifrån Försäkringskassans statistiska mått anser Kommunal att förslag som syftar till att skapa en långsiktigt hållbar och stabil sjukfrånvaro i större utsträckning måste sikta in sig på att, så som befintlig arbetsmiljöforskning rekommenderar, lösa problemen där de i störst utsträckning uppstår – det vill säga på arbetsplatserna. Det handlar framför allt om att ge arbetsgivarna, men även de ansvariga myndigheterna, tydligare och kraftfullare incitament att samverka för att motverka och förebygga ohälsa och när den ändå uppstår och leder till sjukfrånvaro att underlätta återgången i arbete.¹⁹

De ekonomiska incitamenten bör framför allt inriktas mot arbetsgivarna så att de tar sitt arbetsmiljöansvar på större allvar och underlättar återgången i arbete. Om en arbetsgivare brister i sitt ansvar när det exempelvis gäller att ta fram en individuell plan för återgång i arbete måste mer kraftfulla sanktioner än de som finns i dag kunna sättas in. Samtidigt är det viktigt att statsmakten i samverkan med arbetsmarknadens parter bättre tillser att en kvalitetssäkrad

¹⁵ Forte (2015), *En kunskapsöversikt – psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*.

¹⁶ SOU 2018:80, s. 37.

¹⁷ Se SOU 2018:80, s. 37.

¹⁸ Se exempelvis Dahlgren, G., (2018), *När sjukvården blev en marknad- effekter och alternativ*, Ahlbäck Öberg, S. och Widmalm, S. (2016) ”Att göra rätt även när ingen ser på”, *Statsvetenskaplig tidskrift Årgång 118, 2016/ 1*, Kommunal (2015), *Plats för proffsen – ett alternativ till new public management i hemtjänsten*, Nelander, L. (2016), *När kommunen blev en marknad: trettio år med New Public Management i Uppsala kommun*.

¹⁹ Se det åtgärdsbatteri LO presenterar i rapporten *Framtidens sjukförsäkring – en rimligare sjukförsäkring och ett rymligare arbetsliv* från 2012.

Kommunal.

företagshälsovård, som en integrerad del av det partsgemensamma och systematiska arbetsmiljöarbetet, byggs ut så att alla anställda i detta land får tillgång till den företagshälsovård som arbetet kräver.²⁰

Att det finns mycket att göra på detta område visar inte minst den pågående nationella tillsynen av äldreomsorgen som Arbetsmiljöverkets ansvarar för. I den rapport som nyligen publicerades framgår att Arbetsmiljöverket hittat brister på cirka 90 procent av de arbetsställen inom äldreomsorgen som granskats.²¹ Detta är helt oacceptabelt. De vanligaste bristerna, där Arbetsmiljöverket haft krav på åtgärder, gäller det förebyggande arbetet, att det saknas tydliga rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet men också att det finns problem med hot och våld och bristande belastningsergonomi. Tillsynen visar tydligt att det är vanligt med brister som rör den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Dessa problem är sannolikt extra stora i välfärdssektorn, men allvarliga brister på området finns även på den övriga arbetsmarknaden.²²

Ska vi i framtiden lyckas uppnå och bibehålla en långsiktigt hållbar, låg och stabil sjukfrånvaro/sjuknärvaro måste syftet med sjukförsäkringen tydliggöras. I stället för att ensidigt utgå från nivån på Försäkringskassans sjuk- och ohälsotal anser Kommunal att målet måste vara en rättssäker, förutsebar, långsiktigt hållbar och hälsofrämjande sjukförsäkring.

Vänliga hälsningar
Kommunal

Tobias Baudin
Förbundsordförande

Mari Huupponen
Utredare

Följande personer har beretts tillfälle att komma med synpunkter:
Yeshiwork Wondmeneh, utredare

²⁰ Här är det även viktigt att Försäkringskassan tar sitt ansvar utifrån Socialförsäkringsbalkens 30 kap. 8–10 §§ för att samordna insatser mellan den sjukskrivne, arbetsgivare, sjukskrivande läkare samt att underlätta arbetstagarens återgång i arbetet.

²¹ Arbetsmiljöverket (2019), Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen A 2016/00159/ARM.

²² Dessa brister och vilka insatser som krävs arbetar LO just nu intensivt med inom ramen för ett projekt och kongressuppdrag som givits beteckningen ”Det goda arbetet”.