

REMISSVAR  
2019-03-27

Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa  
581 83 Linköping

## **Betänkande SOU 2018:80 Samspel för hälsa (dnr S2018/05708/SF)**

Institutionen för medicin och hälsa (IMH) vid Linköpings universitet har beretts möjlighet att lämna synpunkter på detta betänkande, och lämnar härmed sitt yttrande.

### **Sammanfattning**

IMH *instämmer* i betänkandets bedömning att finansiellt stöd kan förbättra sjukvårdens arbete med sjukskrivningar.

IMH *tillstyrker* det huvudsakliga förslaget med ett finansiellt stöd som utformas långsiktigt.

IMH *avstyrker* den specifika del av den föreslagna utformningen av stödet som begränsar det till att endast baseras på sjukskrivningar upp till 89 dagar.

IMH *instämmer* i att stöder huvudsakligen ska ges utan att peka ut särskilda insatser. IMH *föreslår* dock att insatser bör ha en inriktning mot bättre samverkan och dialog med arbetsplatser, och att detta starkt rekommenderas till regionerna för att insatserna ska ske i enlighet med rådande kunskapsläge. IMH *föreslår* att regionerna får ett särskilt ansvar att redovisa vilka insatser som gjorts.

IMH *förordar* att förebyggande och rehabiliterande insatser tydligt betonar betydelsen av arbetsvillkor och arbetsmiljö.

IMH *föreslår* att införandet utvärderas med en bred metodansats som utöver kvantitativa mått på sjukskrivning även undersöker vilka insatser som regionerna genomför, och vilka kvalitativa effekter dessa får, t.ex. avseende samverkan med arbetsplatser och sjukskrivnas upplevelser av sjukskrivningsprocessen.

### **Övergripande synpunkter**

IMH *instämmer* i idén om att ge finansiellt stöd till regionerna för att arbeta med sjukskrivningsfrågor är relevant och bra, och stöder den allmänna inriktningen i betänkandet att stimulansmedel kan ha positiva effekter. IMH *tillstyrker* också betänkandets avväganden att detta bör ske på ett stabilt och förutsägbart sätt.

IMH *avstyrker* den föreslagna utformningen av stödet i relation till sjukskrivningstid, där det enligt förslaget endast ska baseras på sjukskrivningar upp till 89 dagar. Troligtvis kommer detta innebära ett incitament för regionerna att arbeta med att förkorta sjukskrivningstiderna med de medel som står dem till buds, vilket med hänvisning till

ovanstående resonemang om bristande dialog med arbetsplatserna kan leda till en restriktiv sjukskrivningspraxis som riskerar förvärra situationen för personer med hälsoproblem och som saknar möjligheten att påverka sina arbetsvillkor.

IMH *instämmer* i betänkandets inställning att sjukskrivning i första hand ska förebyggas, och att detta inte görs bäst via utpekade insatser, utan enligt för syftet och kontexten relevanta åtgärder, vilka kan skilja sig åt. IMH *instämmer* därför i att inriktningen för stödet inte ska vara villkorat särskilda insatser. Dock finns det behov av att åtminstone ange en riktning för detta arbete, baserat på rådande kunskapsläge. Tillgänglig evidens pekar på att dessa processer behöver ske i samarbete mellan arbetsgivare, sjukvård och Försäkringskassan, vilket förutsätter att arbetsgivare har incitament att delta i sådana insatser, och att vården har incitament att kommunicera med arbetsgivare. Även om det aktuella betänkandet inte specifikt fokuserat på relationen mellan sjukvården och arbetsgivarna så finns det anledning att påpeka att detta område bör kunna rekommenderas för investeringar och kompetensutveckling inom ramen för det föreslagna finansiella stödet. IMH *föreslår* därför att regionerna ges ett särskilt ansvar för att redovisa vilka insatser som genomförs.

IMH *förordar* att rehabiliteringsprocesser måste ta in arbetsvillkor och arbetsmiljö i såväl förebyggande som rehabiliterande insatser. Betänkandets beskrivning av relationen mellan arbete och hälsa är alltför förenklad, där det framstår som relativt oproblematiskt att återgå till arbetet; i betänkandet beskrivs återkommande arbete som en "hälsofaktor". I litteraturen framgår att arbetsmiljön ofta är en viktig faktor bakom sjukskrivningarna, och endast när arbetet kan anpassas och inte riskera leda till återfall kan vi tala om arbete som en hälsofaktor. En ensidig inriktning på tidig återgång i arbete utan adekvata anpassningar på arbetsplatsen riskerar leda till återkommande besvär och därmed vara kontraproduktivt. Detta är ytterligare en anledning till att det finansiella stöd som diskuteras i betänkandet bör vara åtminstone delvis inriktat på att förbättra kommunikationen och samarbetet mellan vården och arbetsgivare, som enligt ett stort antal studier fungerar bristfälligt.

IMH *avråder* ifrån ett ensidigt fokus på läkares sjukskrivningspraxis, eftersom det finns en risk att detta främst handlar om att bli mera restriktiv i att skriva läkarintyg. Om detta nekas individen utan att åtgärder sätts in på arbetsplatsen riskerar det att leda till ökade besvär snarare än till en lösning på problemet. Risken för medikalisering lyfts i betänkandet som ett problem, men med en restriktiv sjukförsäkring är risken även den motsatta – en alltför strikt bedömning inom såväl vården och Försäkringskassan där problem som borde leda till sjukpenning nekas detta. IMH *instämmer* i påståendet att sjukvården kan ha en roll i att förebygga sjukskrivning och förbättra rehabiliteringsprocesser. IMH *förordar* att vården främst bör arbeta med att förebygga sjukskrivning genom att utveckla samarbetsformer med arbetsgivare, t.ex. genom utveckling av rehabiliteringskoordinatorers roll.

IMH *instämmer* i att målet med ett finansiellt stöd bör vara att stabilisera snarare än sänka sjukskrivningsnivån. Dock bör de risker som finns med att lansera ett stöd som premierar korta sjukskrivningar beaktas, särskilt om det inte finns ett system för att också granska sjukskrivningarnas kvalitet. Sjukskrivning är i sig varken bra eller dåligt, utan ofta en nödvändighet, och ofta en förutsättning för att i kombination med rätt åtgärder leda till en lyckad rehabiliteringsprocess.

IMH är av denna anledning *kritiska* till betänkandets resonemang om vad "rätt" nivå på sjukskrivning är, och huruvida det är relevant att jämföra Sverige med andra länder som har andra utformningar av sjukförsäkringssystemet och annan sammansättning av arbetskraften. Det påpekas i betänkandet att Sverige de senaste åren haft historiskt låga sjukskrivningstal, vilket talar för att insatser för att främja ytterligare sänkta tal kan leda till att försäkringen blir alltför restriktiv.

IMH *tar avstånd* från påståendet att sjukskrivningar som kan "undvikas eller optimeras" leder till välbefinnande för individen – det kan likaväl vara en omskrivning för att personen nekats sjukpenning utan att adekvata åtgärder sätts in, vilket då knappast leder till ökat välbefinnande. Sjukskrivningens *inhåll* är således viktigare än antalet dagar.

IMH *förordar* en gedigen vetenskaplig utvärdering av effekterna av det finansiella stödet. En sådan utvärdering får inte begränsas till enbart kvantitativa mått av förändringar i sjuktal och kostnader. Det är av yttersta vikt att denna typ av stöd utvärderas avseende vilken typ av insatser det leder till, hur dessa används, och vilka resultat de får, i både kvantitativa tal och i kvalitativa termer (t.ex. avseende hur samarbetet mellan vård och arbetsplats förändras och hur processen upplevs av de sjukskrivna). Med det föreslagna införandet (nationellt utan kontrollgrupper) kommer utvärdering av kvantitativa effekter även att vara svåra att genomföra, vilket ytterligare ökar behovet av en bred utvärderingsansats.

*Linköping den 27 mars 2019*

Christian Ståhl, bitr. professor, docent i arbetslivsinriktad rehabilitering