



2019-04-17

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

Stockholm

Remissvar Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80 (Dnr S2018/05708/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring SOU 2018:80*. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från SLS sektion för allmänmedicin och reumatologi (bifogas).

Övergripande synpunkter från Svenska Läkaresällskapet

SLS har tagit del av utredningen om Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkringen. Sammanfattningsvis ställer sig SLS bakom ambitionen att finna en lösning på den stora variationen i sjuktal över tid i Sverige. Här menar vi att utredningens förslag är en förbättring jämfört med tidigare års statsbidrag för rehabilitering och den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Det är också positivt att utredningen utöver de konkreta förslagen för en finansiell samordning belyser de utmaningar som finns i kommunikationen mellan de olika parter som ingår i sjukskrivningsprocessen. Samtidigt finns det risker med att införa ekonomiska incitament för hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen som också måste beaktas i genomförandet av en sådan här reform. Det ställer stora krav på uppföljning och utvärdering.

En brist med utredningen är enligt SLS att arbetet synbarligen skett utan kommunikation med den nyligen till regeringen överlämnade SOU 2018:90 för området psykisk hälsa (<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/01/utredning-om-insatser-inom-psykisk-halsa-overlamnad-till-regeringen/>). Detta är särskilt anmärkningsvärt med tanke på att analysen i Samspel för hälsa visar att det är ökning och fluktuationer i sjukfrånvaro till följd av psykisk ohälsa som är det mest väsentliga målområdet.

Svenska Läkaresällskapets ställningstaganden

Kapitel 4

SLS delar mycket av utredningens analys i kapitlet. Dock finns problem kring det centrala begreppet *medikalisering* som bör uppmärksammas. Utredaren förefaller mena att den stora och ökande omfattningen av sjukfrånvaro till följd av psykisk ohälsa är en effekt av medikalisering ungefär i betydelsen att det vidtas medicinska åtgärder ”vid normala livssituationer och livshändelser”. Detta är en bristfällig analys, eftersom hälso- och sjukvårdens insatser i mycket stor omfattning påkallas av ”normala” livssituationer. Att exempelvis få värkande och slitna höftleder eller grumlade linser i ögonen vid stigande ålder är ”normalt” och åtgärdas i stor omfattning, vilket de flesta finner okontroversiellt och önskvärt. Men när det gäller psykisk ohälsa blir bedömningsgrunden en annan. Resonemanget är i stil med att eftersom det är vanligt eller förändras över tid, kan det inte vara

sjukdom och därmed inte ge upphov till arbetsförmåga pga. sjukdom. Därmed blir sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa ett tecken på medikalisering.

Kapitel 5

SLS delar utredningens bedömning att den grundläggande rollfördelningen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan bör kvarstå och att sjukvården inte bör ha ett direkt finansiellt ansvar för sjukförsäkringskostnader.

Kapitel 6

SLS är försiktigt positivt till förslaget att införa ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring under förutsättning att en sådan reform noga följs upp och utvärderas (se under kap. 8). Vi är även positiva till att samordningen omfattar sjukskrivningsperiod upp till 90 dagar och instämmer i att det är under denna period som sjukvårdens insatser kan göra störst skillnad.

Att statsbidragets användning inte detaljregleras ser SLS som den stora fördelen med förslaget, även om vi delar utredningens bedömning att pengarna sannolikt gör störst nytta genom förbättrade förutsättningar för primärvården i sjukskrivningsprocessen. Minskat behov av återrapportering är också en förbättring jämfört med tidigare sjukskrivningsmiljard och statlig stöd till rehabilitering. Långsiktighet och att besked angående storlek på kommande års statsbidrag ska levereras redan den 1 april är också en väsentlig förbättring för regionens möjlighet att planera för användningen av bidraget på ett genomtänkt sätt. Att regionen varje månad ska få återkoppling på aktuell utveckling avseende sjukpenning både för den egna regionen och för landet som helhet gör att frågan hålls levande året runt.

Samtidigt finns enligt SLS invändningar mot förslaget som också bör lyftas fram. Dessa är framför allt kopplade till riskerna med att ge sjukvården starka ekonomiska incitament i sjukskrivningsprocessen. En sådan invändning är att det saknas hinder för en region att använda andra metoder än att förbättra sjukskrivningsprocessen för att uppnå nivå för maximalt statsbidrag – till exempel ”order” att hålla nere sjukskrivningstalen i linjeorganisationerna eller, ännu värre, målrelaterad ersättning kopplat till sjuktal/enhet. Krav på restriktivare sjukskrivning som sprids ner på kliniknivå kan bland annat påverka vårdkvaliteten och patient-läkarrelationen negativt, och äventyra följsamhet till ordinationer och behandlingar. Det finns också uppenbar risk att incitament för hälso- och sjukvården att begränsa sjukpenningutgifterna kan leda till att gällande prioriteringsordning åsidosätts. Patienter i arbetsför ålder kan komma att prioriteras före äldre och barn även om de senare skulle ha större medicinska behov. Reformen måste därför noga följas upp och utvärderas om den genomförs.

En ytterligare invändning som rör själva grunden för förslaget är att ingen egentligen vet hur stor den andel av sjukskrivningarna är, som de facto kan påverkas av stärkta ekonomiska incitament som leder till kompetens- och kvalitetshöjningar inom hälso- och sjukvården. Ett rimligt antagande är att potentialen för förbättringar i sjukskrivningsprocessen främst finns i områden med höga sjukskrivningstal och där hälso- och sjukvården är dåligt organiserad och svagt bemannad i utgångsläget. På samma sätt kan man anta att det finns mindre förbättringsutrymme i en väl bemannad hälso- och sjukvård som ges med god kvalitet. Finansiell samordning enligt utredningens förslag kan därför åtminstone teoretiskt sett gynna regioner med utvecklad primärvård och hög sjukfrånvaro, om man satsar rätt och lyckas rekrytera allmänmedicinsk kompetens och i övrigt förbättra patientomhändertagandet. Samtidigt kan man befara att just dessa regioner har de svåraste rekryteringsproblemen av allmänspecialister, vilket gör uppgiften särskilt krävande, kanske nästintill omöjlig. Detta påkallar strikt uppföljning av utfallet av reformen.

Kapitel 7

SLS delar utredningens syn på utmaningarna för sjukskrivningsprocessen. Vi är också eniga i bedömningen att det är värdefullt med ökad kunskap i försäkringsmedicin och i sjukförsäkringens utformning, inte bara för läkare utan för flera professioner i hälso- och sjukvården.

Utredningens tankar om att patienter med behov av sjukskrivning ska styras till specialintresserade läkare kan enligt SLS vara en lösning i situationer där tillgången till fast läkare är begränsad. Sjukskrivningskoordinatorer, fysioterapeuter, psykologer med flera kan med fördel utgöra team kring den sjukskrivne till gagn för både patient och läkare.

SLS avstyrker utredningens idéer om att rehabiliteringsärenden ska styras till vissa specialiserade vårdcentraler. Skälet är att man förlorar den bärande princip om kontinuitet och helhetssyn i primärvården. Det man möjligen kan tänka sig är särskilda enheter – oberoende eller inom företagshälsovården – som tar över bedömningsansvaret för sjukskrivningen efter 90 dagar då sjukvårdens aktiva insatser i rehabiliteringsprocessen kan ha avtagit.

SLS ser positivt på vidare studier kring vilken kompetens som bäst behövs hos handläggare på Försäkringskassan. En förbättrad dialog och ökat konstruktivt samarbete mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är önskvärd. SLS stödjer målsättningen att fortsätta arbetet med bättre balans mellan den administrativa belastningen på sjukvården och Försäkringskassans informationsbehov. En majoritet av de långa sjukskrivningarna är relaterade till psykisk ohälsa där objektiva undersökningsfynd (t ex röntgenutlåtanden och laboratorieresultat) saknas och beviskedjorna baseras på tillitsfull kommunikation mellan den försäkrade och den behandlande läkaren. I dessa fall krävs ofta en gemensam diskussion och analys mellan läkaren, patienten, försäkringskassan och arbetsgivaren om arbetsförmågan.

SLS kan konstatera att hälso- och sjukvården på flera håll i dag initierar tidigt samarbete med arbetsgivare utan att involvera Försäkringskassan. Trots detta är det viktigt att Försäkringskassan bibehåller sitt ansvar för samordningen. Dessa tidiga möten mellan vården, patient och arbetsgivare skulle bli ännu kraftfullare om även Försäkringskassan fanns representerad i form av patientens handläggare.

I kapitel 7 återvänder utredningen till begreppet *medikalisering* (se under kapitel 4) och exemplifierar med att referera till ”stor kritik” (fotnot 50 sid 195, och fotnot 82 sid 205) mot DSM 5, vars tillkomst påstås leda till inflation i diagnoser och att ”vården förleds till att överdiagnosticera olika symptom”. SLS menar att utredningen dels missförstått DSM 5 (diagnoser rapporteras och ställs i enlighet med ICD-systemet), dels missförstått kritiken av DSM 5. Utredningens analys av de bedömningsmässiga och försäkringsmedicinska utmaningar som arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa innebär är ofullständig, tycks bygga på ytlig kunskap och svepande omdömen, och riskerar därmed att bli fördomsfull och diskriminerande.

Kapitel 8

När det gäller konsekvenser av utredningens förslag vill SLS återigen påpeka risken för undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården. Ett effektivare arbete med sjukskrivna än i dag, med mer och effektivare insatser tidigt i sjukskrivningsprocessen, kan innebära att läkarbesök för andra patienter som är medicinskt högre prioriterade riskerar att trängas undan. Utredningens resonemang om att tidigare projekt och rehabiliteringssatsningar inte visat på undanträngningseffekter känns enligt SLS inte helt betryggande. Därför måste reformens effekter och konsekvenser noga följas upp.

SLS anser mot denna bakgrund att det måste finnas en tydlig och färdig plan för hur reformen ska följas upp och utvärderas innan den genomförs. Val av modell för införande blir här styrande. SLS föreslår till skillnad från utredningen, som vill se ett generellt införande av reformen för att det verkar mest praktiskt och enkelt, att man genomför försöksverksamheter inom avgränsade områden, eller inför den finansiella samordningen stegvis eftersom detta skulle ge de bästa uppföljnings- och utvärderingsmöjligheterna. Det skulle också ge möjligheter att göra nödvändiga justeringar innan reformen träder i full kraft.

För Svenska Läkaresällskapet

Britt Skogseid
Ordförande

Mikael Sandlund
Ordförande, Delegationen för medicinsk etik