

Ett sjukt rehabiliteringssystem – återge försäkringskassan ansvaret!

Socialförsäkringen är en grundpelare i samhällets välfärdspolitik. En mycket viktig del av socialförsäkringen utgörs av sjukförsäkringen, vars syfte är att ge skydd vid inkomstbortfall på grund av sjukdom. Lika viktig är möjligheten att genom rehabilitering få sin försörjningsförmåga återställd, då sjukdom gjort det omöjligt att försörja sig i det gamla yrket.

Den 1 oktober 1995 ändrades lagen om allmän försäkring (AFL). Utrymmet för att beakta andra faktorer än rent medicinska vid bedömning av sjukdom minskades. Lagtexten ändrades och fick följande lydelse: »Vid bedömningen av om sjukdom föreligger skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden» (3 kap 7 § AFL).

Denna s k renodling av sjukförsäkringen kom att gälla också arbetsoförmågebegreppet i och med att den s k steg-för-steg-bedömningen av sjukpenningrätt och rehabiliteringsbehov infördes i AFL den 1 januari 1997.

Bedömning i sju steg

Steg-för-steg-bedömningen formulerades i förarbetena på följande sätt:

Steg 1. Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling och konvalescens? Om ja: Sjukpenning utges. Om nej:

Steg 2. Kan den försäkrade utföra sina vanliga arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna? Om ja: Sjukpenning utges under nödvändig behandling och konvalescens; ersättning utges under nödvändig rehabilitering. Om nej:

Steg 3. Kan den försäkrade utföra

och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser? Om ja: Sjukpenning under nödvändig behandling och konvalescens. Ingen sjukpenning i avvaktan på att arbetet blir tillgängligt. Om nej:

Steg 4. Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser? Om ja: Sjukpenning under nödvändig behandling och konvalescens. Ersättning under tid för nödvändig rehabilitering (ca ett år) samt eventuellt kostnaden för viss anpassning av arbetsplatsen. Ingen sjukpenning i avvaktan på att arbetet blir tillgängligt. Om nej:

Steg 5. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, utan extra insatser? Om ja: Sjukpenning utges inte (den försäkrade är arbetsför och kan betraktas som arbetslös ur socialförsäkringens synvinkel). Om nej:

Steg 6. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser, t ex utbildning eller omskolning? Om ja: Sjukpenning under nödvändig behandling och konvalescens. Ersättning under tid för nödvändig rehabilitering (ca ett år) samt eventuellt kostnaden för viss anpassning av den nya arbetsplatsen. Ingen sjukpenning i avvaktan på att arbetet blir tillgängligt. Om nej:

Steg 7. Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen? Om ja: Förtidspension eller sjukbidrag utges.

Rehabiliteringens helhetssyn

Lagtexten definierar rehabilitering så, att den »syftar till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov.»

I själva begreppet rehabilitering ingår en helhetssyn med innebörden att alla aspekter på människans funktionsförmåga beaktas. På t ex rehabiliteringsklinikerna tar sig detta uttryck i

»Renodling» som begrepp är omöjligt att använda i rehabiliteringssammanhang. Att återinföra någon form av rimlighetsbedömning står mer i samklang med de överväganden som måste gälla i praktiskt rehabiliteringsarbete.»

den betydelse man tillmäter paramedicinska yrkesgrupper såsom psykologer, arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Teamarbete på en rehabiliteringsklinik skiljer sig i hög grad från vanlig medicinsk verksamhet på t ex en vårdcentral.

I det utredningsarbete som låg till grund för renodlingen och steg-för-steg-bedömningen sägs inget om helhetssyn. Anledningen kan vara att renodling som begrepp står i motsatsställning till helhetssyn. I det ena fallet skall man bortse från alla kringfaktorer och koncentrera sig på en enda basfaktor, nämligen den rent medicinska. När helhetssyn används skall alla relevanta faktorer vägas in i bedömningen.

När det gäller steg 2–4 är det dock så att, om man över huvud taget skall kunna använda de stegen i praktisk tillämpning, man måste frångå det renodlade arbetsförmågebegreppet. När sedvanlig medicinsk behandling och konvalescens är till ända och vederbörande inte kan återgå till sitt vanliga arbete, har en försäkrad, som har en arbetsgivare, möjlighet att erhålla ett annat arbete hos arbetsgivaren, med eller utan rehabiliterande åtgärder. Denna möjlighet har inte den som saknar arbetsgivare, dvs är utan anställning på grund av exempelvis arbetslöshet.

Arbetet måste passa individen

Om vederbörande skall ha ett nytt arbete innebär ju detta att man inte enbart kan ta hänsyn till om det är medicinskt lämpligt och möjligt. Arbetet måste också vara möjligt för den försäkrade att utföra, hon/han måste vara lämplig för det, och ha eller få lämplig utbildning. Hon/han måste i så fall kla-

Författare

LOTTA VAHLNE WESTERHÄLL
professor i offentlig rätt, Handelshögskolan, Göteborg

SUSANNE EKBLAD
handläggare, Stockholms läns allmänna försäkringskassa.

ra en sådan utbildning. Dessutom måste hon/han ha ett visst intresse och engagemang, dvs måste åtminstone stå ut med de nya arbetsuppgifterna.

Följer handläggaren lagen och renodlingens princip är risken stor att etiska principer, såsom människovärdeprincipen, självbestämmandeprincipen, rättvisepincipen osv, negligeras. Etiska hänsynstaganden leder inte självklart till att enbart medicinska åtgärder skall vidtas, men är likväl nödvändiga att beakta för att genomföra en rehabilitering i verkligheten.

I annat fall skulle man t ex kunna föreslå att den sjukskrivne får en omplacering från städare till ingenjör, eftersom hon/han ju rent medicinskt kan sitta vid ritbordet och hålla i pennan. Eller att företagsledaren med sviter av stroke placeras i skyddad verkstad med enklare monteringsarbete, eftersom det är vad hon/han rent medicinskt klarar av.

Överväganden av det här slaget hör till en rehabiliteringshandläggares vardag. Dessa exempel måste förkastas eftersom resultatet blir absurt eller oetiskt. Men de överväganden som faktiskt görs av rehabiliteringshandläggarna dokumenteras inte någonstans, eftersom de inte passar in i nuvarande lagstiftning. Det är allvarligt för rehabiliteringsverksamhetens framtid och utveckling att lagreglerna inte går att tillämpa utan att rättstillämparen utvecklar regler på egen hand för att inte hamna i etiska konflikter.

Utan arbetsgivare ingen rätt

De försäkrade som inte har någon arbetsgivare kan alltså aldrig omfattas av steg 2-4. För dem gäller – om de bedöms kunna utföra annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, även om något sådant arbete inte finns för den enskilde i det individuella fallet – att de saknar rätt till rehabilitering, t ex i form av omskolning. För de arbetslösa gäller renodlingsprincipen rakt av till skillnad mot vad som blir fallet för anställda, en ojämlikhet som är iögonfallande.

Det som förut var en del av försäkringskassans rehabiliteringsansvar för både anställda och arbetslösa hör plötsligt inte hemma längre inom sjukförsäkringen. Det heter nu att »arbetsmarknadsproblem medikaliseras på individnivå». Ändå är det svårt att göra gällande att problemen inte skulle ha sin grund i sjukdom. Men i just det här sammanhanget saknar det betydelse, eftersom lagstiftaren »förutsätter att dessa personer får den hjälp de behöver



FOTO: PRESSENS BILD

Ett mer realistiskt arbetsförmågebegrepp bör införas i lagtexten, samtidigt som man markerar att det är sjukdom som skall vara huvudsaklig orsak till arbetsförmågan i förhållande till nuvarande arbete. (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

av ansvariga myndigheter på respektive område».

Färre får omskolning

Av Riksförsäkringsverkets årsrapport för 1998 framgår att rehabiliteringsresultatet försämrats för år 1998. Fler får del av försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster, men pengarna går mer till utredning av arbetsförmågan och mindre till utbildningar. Riksförsäkringsverket ser ingen koppling mellan tillämpningen av steg-för-steg-modellen och det försämrade resultatet, som visar sig i att färre återfår arbetsförmåga. Det ligger mycket nära till hands att dra slutsatsen att det faktum att färre får omskolning gör att färre återfår arbetsförmågan. Att färre får omskolning är med stor sannolikhet ett resultat av en strikt tillämpning av steg-för-steg-modellen.

En enkät- och intervjustudie visar att de personer som fått sin sjukpenning indragen i steg 5 är mycket missnöjda med den hjälp eller snarare brist på hjälp som de fått både under och efter sjukskrivningen. Missnöjet gäller även delvis, om än i mindre grad, dem vars sjukskrivning avslutats i steg 5 utan indragning. Steg 5-gruppen hade i större utsträckning anlitat både arbetsförmedling/AMI och sjukvård efter sjukskrivningen. I steg 6-gruppen var man till övervägande delen nöjd både under och efter sjukskrivningen.

Materialet är litet, men skillnaderna ändå så markanta att det finns anledning att ta på allvar det svaren tyder på, nämligen att överförandet av ansvaret från socialförsäkringen till arbetsförmedling/AMI inte fungerat bra.

Ingen aktiv hjälp från Af

Av intervjuaren framkommer att inte någon av de intervjuade ansåg sig ha fått någon aktiv hjälp från arbetsförmedlingen. Ingen hade fått någon av AMS inköpt utbildning. Det man fått var utbildningar från Kunskapslyftet, som står öppet för alla som saknar treårigt gymnasium. En naturlig förklaring är att arbetsförmedlingen gör andra prioriteringar än socialförsäkringen i rehabiliteringssammanhang.

Via intervjuerna framträder en bild, där det plötsliga tillbakadragandet av all hjälp går igen i alla svaren. Man har hankat sig fram på olika sätt men utsatts för svåra påfrestningar. Flera har haft en övergångsperiod, då inte någon ersättning från samhället varit tillgänglig, och man har fått leva på lån från bekanta eller egna besparingar.

Något som är mycket tydligt i både enkät- och intervjuaren är att man inte tror att försäkringskassan följt gällande lagar och regler, och att man inte heller tycker sig ha blivit rättvist behandlad. Det är intressant ur den aspekten, att människor upplever det som både lagenligt och rättvist att få omskolning genom försäkringskassan, då man inte kan arbeta kvar hos arbetsgivaren.

När det gäller svaren avseende steg 6 ser man sig som rättvist och lagenligt behandlad. Av intervjuaren framgår att man tycker sig ha fått det man har rätt till, varken mer eller mindre.

Ge försäkringskassan ansvaret

Det är önskvärt att ett mer realistiskt och mångsidigt arbetsförmågebegrepp införs i lagtexten samtidigt som man markerar att det är sjukdom som skall vara huvudsaklig orsak till arbetsförmågan i förhållande till nuvarande arbete.

»Renodling» som begrepp är omöjligt att använda i rehabiliteringssammanhang. Att återinföra någon form av rimlighetsbedömning står mer i samklang med de överväganden som måste gälla i praktiskt rehabiliteringsarbete.

Steg-för-steg-modellen kan tydliggöra hur rehabiliteringsprocessen går till, men man måste klargöra att försäkringskassans rehabiliteringsansvar skall gälla som tidigare, dvs före lagändringen 1997. •