

# Det »renodlade« medicinska arbetsförmågebegreppet är fejk!

Lagändringar på 1990-talet har styrt Försäkringskassan att söka operera bort sjuktalet genom »renodling« av sjukdomsbegreppet. Det renodlade sjukdomsbegreppet har glädjande nog inte fått stöd i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Vi läkare bör inte falla in i renodlingens fejkade rationalitet.



»Dessa ändringar har styrt FK till att söka 'operera' bort sjuktalet genom något som kallas 'renodling' av sjukdomsbegreppet.«

**D**et är glädjande att sjuktalet i Sverige under senare år har minskat kraftigt. Det innebär dessvärre inte att den för läkare svåra och ofta plågsamma arbetsuppgiften med sjukskrivning har lösts eller ens blivit lättare att hantera. Kvar står den centrala frågan om hur bedömningen görs av om och i vilken grad en sjukdom nedsätter den sjukas arbetsförmåga.

**I sina bedömningar** av patienter tillämpar läkare nästan alltid ett individualiserat synsätt som tar hänsyn till sjukdomen värderad och satt i den aktuella individens hela sammanhang. Att med omdöme i alla enskilda fall på detta sätt tillämpa läkaryrkets generella och specifika yrkeskunskaper är kriteriet på god professionalitet. Genom lagändringar på 1990-talet har Försäkringskassans (FK) syn på sjukskrivning sedan dess däremot präglats av ett motsatt synsätt. Dessa ändringar har styrt FK till att söka 'operera' bort sjuktalet genom något som kallas 'renodling' av

sjukdomsbegreppet. Det är ett uttryck för lagens instruktion om att man ska bedöma om sjukdomen i sig sätter ner arbetsförmågan. Man ska bortse från människors ålder, levnadsomständigheter, boende- och familjeförhållanden och liknande och i stället se människan som om hon bestod enbart av sina organ.

Formuläret för medicinskt underlag för bedömning av sjukskrivning efterfrågar följaktligen numera nedsatt funktionsförmåga på organnivå. Bedömningen ska alltså se till sitt: Hur det strikt medicinskt sjukliga hos den i sig själv isolerade individen sätter ner arbetsförmågan i förhållande till personens arbete och, slutligen, efter sex månader i förhållande till alla andra »normalt förekommande arbeten på öppna arbetsmarknaden«.

Den under senare år skärpta tillämpningen av renodlingsprincipen har fört till problem. Många läkare har påtalat att den lett till svåra felbedömningar, extrajobb för sjukvården, prioritering av intygsteknik i stället för läkararbete, störningar av känsliga rehabiliteringsprocesser, ett brutaliserat språkbruk och ett ifrågasättande av professionell kompetens genom omprövningar av kliniska bedömningar utan motivering [1-6]. Under rubriken

»Svårt sjuka patienter trakkasseras« skrev kirurgen Björn Öjerskog [7] i Läkartidningen upprört om en sådan erfarenhet. Han beskrev hur FK inte godtog uppgiften om att en svårt sjuk patient var proktokolektomerad och försedd med ileostomi som ett tillräckligt objektivt undersökningsfynd för att kunna värdera hans upplysning om att patientens arbetsförmåga var helt nedsatt i alla tänkbara arbeten på grund av stomi- och sårskötsel samt smärtor.

**Att sådana här konflikter** uppstår är inte egendomligt. De bottenar i krocken mellan de inledningsvis nämnda två olika tanke- och arbetssätten. I en rapport från Socialstyrelsen inför utarbetandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd lyftes dessa fram genom beskrivningen av svensk sjukskrivningspraxis som ett möte mellan »två mycket olika kulturer med två mycket olika uppdrag och rationalitet« [8]. Den ena, FK, ska fatta försäkringstekniska beslut på ett korrekt och effektivt sätt. Den andra, sjukvården, ska ge evidensbaserad vård och behandling präglad av följsamhet, förståelse, lyhördhet och empati.

Eftersom parterna trots det förväntas ha samma mål framhöll rapporten att detta ställer krav på att de båda par-

ternas arbetssätt är i harmoni med varandra. Björn Öjerskogs vittnesbörd tyder dessvärre på att en sådan harmoni inte råder. En genomgång av de 353 reportage, debattinlägg och brev man hittar i Läkartidningen på söktermen »sjukfrånvaro« åren 1999–2008 vittnar heller inte om samstämmighet. Tvärtom finns en stor informations- och förtroendeklyfta mellan de två kulturerna [8].

**Renodlingsprincipen** bygger på föreställningen att sjukför-säkringslagens grundläggande begrepp (sjukdom) dels är oföränderligt entydigt, mät- och vägbart och har ett rättframt samband med människors arbetsförmåga, dels att det bara är konsekvenserna av sjukdomen i sig som spelar roll för arbetsförmågan. Det är en attraktiv tanke, för vore den sann skulle man kunna sluta sig till arbetsförmågans nedsättning helt utifrån information i läkarintyg och medicinska journaler. Renodlingsprincipen tänker sig att om, till exempel, Björn Öjerskog inte kan beskriva sin svårt sjuka patients »renodlat medicinska« funktionsnedsättning i »objektiva« termer som har ett direkt samband med helt nedsatt arbetsförmåga i förhållande till alla hypotetiskt tänkbara arbeten så har rätten till sjukskrivning



**ÅKE THÖRN**  
specialist i allmän-  
medicin, företags-  
hälsovård, yrkes-  
och miljömedicin,  
med dr, Luleå  
pakethorn@telia.com

inte styrkts. Hans bedömning kan därför med renodlingens synsätt underkännas på »objektiva« grunder baserade på hans egna intyg och journaler.

**Detta är naturligtvis** helt to-kigt! Sjukdomsbegreppet är komprimerat och inte alls entydigt. I den sjukförsäkringens praktik där det tillämpas av FK visar en avhandling att renodlingsbegreppet tvärtom skapat större gråzoner, motstridiga modeller och ökade svårigheter än tidigare att bedöma arbetsförmågan. 1990-talets ändringar byggde nämligen in en motsättning i lagen som gjorde den otydlig [9]. Å ena sidan ska renodlingsbegreppet vara styrande vid sjukskrivning, medan å andra sidan principen om helhetssyn ska gälla vid rehabilitering. De motsägelsefulla reglerna har kritiserats för att leda till att principer som människovärde, självbestämmande och rättvisa riskerar att försummas [10].

**Lotta Vahlne Westerhäll**, professor i offentlig rätt med inriktning på socialrätt vid juridiska institutionen på Handelshögskolan, Göteborg, menar att sjukbegreppet har blivit så objektiviserat att individen försvunnit, varför inte längre rättssäkra beslut kan fattas. För rättssäkerhet är det otillräckligt med formellt korrekta beslut. Lagens generella lösningar måste i den skiftande verkligheten tillämpas med skälighet och flexibilitet för att inte högsta rätt ska bli högsta orätt.

Eftersom de styrande begreppen är så vaga kan rättstillämpningen, vare sig den sker genom en domare eller en tjänsteman, aldrig vara en helt neutral och objektiv hantering. I det konkreta, enskilda fallet blir det alltid en tolkning, där uttolkaren måste luta sig mot grundläggande humanitets- och välfärdsprinciper [11], det vill säga värderingar byggda på människovärdes-, autonomi-, godhets- och soli-

## »När såg en praktiskt arbetande läkare någonsin ett renodlat medicinskt tillstånd?«

daritetsprinciperna.

I denna tolkning av de enskilda fallen skapas de materiella och helt nödvändiga rättssäkerhets-, rättvise- och likformighetsbegreppen, som ska förenas med de formella. Tyvärr är det de senare som, genom inhamrandet av renodlingsprincipen, nu är grunden för FKs kvalitetssträvan [12]. Detta innebär rättssäkerhet för den enskilde och att viktiga etiska principer åsidosätts vid handläggningen till förmån för en moral präglad av instrumentell rationalitet [13].

**Eftersom långa** sjukskrivningar minskar individens autonomi är det viktigt för inblandade parter att sträva mot minskade sjuktal. Det bör dock inte ske på det kantiga, formella, verklighetsfrämmande och rättssäkra vis som nu är fallet och som oundvikligen gång efter annan kommer att leda till fall av det slag som Björn Öjerskog beskrivit. Som yrkesgrupp bör vi läkare söka efter bättre sätt att få en konstruktiv roll i »sjukskrivningsprocessen«.

Ett nödvändigt första steg är att inte acceptera det renodlade sjukdomsbegreppet. Det är en obehaglig produkt av ett skolastiskt tänkande, som fastnat i begreppsbestämningar och hårklyverier. Det leder till att de mänskliga, kantiga fallen pressas in i former med ord och argument som ofta blir kväljande i sin fejkade saklighet. Hur man än pressar och trycker så spretar dessa kantiga levande fall ut ur formarna.

När såg en praktiskt arbetande läkare någonsin ett renodlat medicinskt tillstånd? Är det utan skäl som ett av handikapprörelsens ledord lyder: »Handikapp är inte en egenskap hos en per-

son utan beskriver möte mellan människor med funktionsnedsättning och omgivningen«? Är det utan tanke som den internationella klassifikationen av funktionstillstånd är uppbyggd så att bedömningen ska vara en analys av samspelet mellan delarna individ och omgivning?

**Läkaryrkets bärande** tanke-system, etik och praktik från Hippokrates och framåt har utvecklat sina behandlingar utifrån synen på människan som en varelse i samspel med omgivningen, aldrig som en sak i sig. Fallet, patienten, individen, omgivningen. Vid kliniskt arbete gäller precis detsamma som Vahlne Westerhäll [12] säger gäller vid skälighetstolkning av lagen: »Rättstillämpning är inte fråga om en mekanisk hantering, utan så snart det inte är fråga om mycket enkla, väl tillrättalagda fall, representerar den i själva verket den enda ändan av en steglös skala, i vars andra ända man finner lagstiftningen. Normsystemet är inte färdigt förrän det har kommit till tillämpning i de konkreta fallen.« Byt ut »Rättstillämpning« mot »Kliniskt arbete« och »lagstiftningen« mot »evidensbaserad kunskap«!

**Glädjande nog** är det nu inte det »renodlade« sjukdomsbegreppet, som har fått stöd i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [14]. Beslutsstödet säger nämligen att dess vägledande rekommendationer ska tolkas utifrån de unika förutsättningarna i varje situation där sjukskrivning kan bli aktuell. Läkarens slutliga bedömningar måste ske »individbaserat och med respekt för individens integritet och unika förhållanden«. Eftersom detta strider mot lagens renodlade sjukdomsbegrepp kommer säkert också fortsättningsvis problem att dyka upp vid många konkreta tolkningar av sjukfall. För att då dessa beslutsstödet

goda föresatser ska få och behålla en reell genomslagskraft bör vi läkare inte falla in i renodlingens fejkade rationalitet och argumentera utifrån dess konstlade premisser. I stället bör vi ge intentionerna stöd i en stark, öppen och kontinuerlig reflexion och etisk diskussion om läkarens roll och uppgift.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Åke Thörn arbetade från 2003 till och med 2008 deltid som försäkringsläkare på Försäkringskassan i Luleå, huvudsakligen med arbetsskadeförsäkringen.*

### REFERENSER

- Järhult B. Är det längre möjligt att samarbeta med försäkringskassan? Svensk rehabilitering. 2/2005.
- Hammarskjöld B. Ny läkarroll i sjukskrivningsproblematiken? Läkartidningen. 2005;102:2970.
- Åkesson Å. Läkekonst eller intygsteknik? Läkartidningen. 2007; 104:2485-6.
- Gunnarsdotter S. Behandlande läkare utsätts för inkompetensförklaring. Läkartidningen. 2007; 104:2223.
- Öjerskog B. Svårt sjuka patienter trakasseras. Läkartidningen. 2009;106:262.
- Socialstyrelsen. Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer – En del av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
- Gerner U. De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter. Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan; 2005. Rapport i socialt arbete nr 113-2005.
- Ljungberg A. Lagens ängel vill värna det goda beslutet. Dagens Socialförsäkring. 2007(8):22-5.
- Vahlne Westerhäll L. Rättsliga systemfel på rehabiliteringsområdet. I: Larsson T, Marklund S, Westerholm P, red. Den galopperande sjukfrånvaron. Sken, fenomen och väsen. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005. RARs forskningsrapport 1, 2005. pp. 111-22.
- Chaudhary J, Fridblom J. Den instrumentella människan – utslutning av etiska aspekter bland handläggare på Försäkringskassan [magisteruppsats FEK 591, HT 2005]. Lund: Lunds universitet; 2005.

**LÄS MER** Fullständig referenslista <http://tarxiv.lakartidningen.se>