

Svåra avvägningar mellan arbetsförmåga och sjukdom

Gränlandet sjukdom–arbete måste hanteras på humant sätt

Om alla gör sin del på ett ansvarsfullt sätt i en rehabilitering och arbetet utvärderas efter hand blir det lätt att se när tidpunkten är mogen för omställning till annat arbete. När patientens acceptans automatiskt får växa fram blir det lättare att gå vidare utan att känna sig kränkt. Så bör ett humanitärt system utformas.



Collage: Ewa Knutsson

sitt slutbetänkande »Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga« (SOU 2009:89) beskriver Arbetsförmågutredningen begreppen arbetsförmåga och sjukdom ur ett historiskt, filosofiskt och politiskt perspektiv, vilket är en bra grund när man sedan går in på sjukförsäkringens olika delproblem. Man visar respekt för den mycket svåra uppgiften att bestämma när en person måste hänvisas till att byta jobb för sin försörjning och vem som ska avkrävas att försörja sig själv respektive försörjas av staten.

Ytterst är det, som utredarna påpekar, ett politiskt beslut hur många som ska försörjas av kollektivet genom sjukförsäkringen. Finns inga pengar i systemet kan man inte erbjuda medborgarna någon sjukförsäkring alls. Den gamla sju-stegsmodellen fungerade utmärkt när den tillämpades. Försäkringen uppfattades dock av många som en yrkesförsäkring, vilket ledde till en numera väl-

»Rehabilitering är en dynamisk process där den avgörande framgångsfaktorn är tydliga mål med tydligt formulerade insatser och fortlöpande utvärdering...«

känd inläsningseffekt. Med de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan har dock nya problem uppstått. Många kommer i kläm i de något fyrkantiga bedömningarna vid till exempel dag 180 när Försäkringskassan (FK), ibland bryskt, hänvisar till att om personen skulle kunna arbeta i annat arbete har han eller hon inte rätt till sjukpenning längre.

Rehabilitering är en dynamisk process där den avgörande framgångsfaktorn är tydliga mål med tydligt formulerade insatser och fortlöpande utvärdering av åtgärderna för att korrigera planen och målet. När rehabiliteringen stadigt går framåt borde det vara rimligt att få fortsätta att kämpa sig fram mot återgång till sitt gamla arbete, förutsatt att det är dit man vill. När processen fungerar väl blir det också uppenbart, både för patient och övriga aktörer, när det är dags att byta spår och sikta på annat arbete.

De allra flesta människor tar ansvar för sin situation när de blir varse vilka val som finns. Få har en önskan om att bli fattiga förtidspensionärer.

Ett abrupt inkomstbortfall, eller hot om inkomstbortfall efter 180 dagar, kan verka mycket stressande på en individ som befinner sig mitt i en rehabilitering. Ekonomisk stress förvärrar också alla rehabiliteringssituationer. Det är besvärande om människor i Sverige, som första tanke vid allvarlig sjukdom, måste fundera över hur hyran ska betalas om de blir långvarigt borta från sitt arbete.

Den gamla sjukförsäkringen uppfattades av många som en yrkesförsäkring, vilket ledde till en numera välkänd inläsningseffekt.

En läkare har olika roller. Den primära rollen är att bota, lindra och trösta. Läkare har också fått i uppdrag att lämna medicinska underlag till FK för beslut om rätt till sjukpenning. Vid enkla åkommor är detta en enkel bisyssla för de flesta, men med den utveckling som varit i samhället har uppgiften blivit alltmer komplicerad.

I rollen som »besiktningsman« åt FK ska man redogöra för hur ett sjukdomstillstånd påverkar funktion och arbetsförmåga samt prognosen framåt. Mycket information ska in på några få rader, och det kan lätt bli missförstånd.

Det är obehagligt att inte veta hur FK tolkar det man skriver och att inte få ta del av vilka slutsatser FK drar. Det är också otillfredsställande att inte kunna ge kompletterande information om man tycker att FK:s slutsats inte korrelerar med egen bedömning. Ingen läkare vill ägna mer tid än nödvändigt åt pappersarbete. Det gör att man kanske skriver kortfattat just i ärenden som man uppfattar som självklara, vilket kan få ödestigra konsekvenser för patienten.

I nuvarande system kan FK ibland gömma sig bakom formuleringen att »det inte är medicinskt styrkt att arbetsförmågan är nedsatt« och skylla på läkaren som skrivit underlaget.

För Svenska företagsläkarföreningens styrelse:



BIRGITTA GOTTFRIES DAHLBERG
sakområde rehabilitering
birgittagd@hotmail.com



JAN ROSÉN
ordförande
jan.rosen@sflf.net

Om det inte uppstår en dialog om bedömningarna är det bättre att FK har egen personal som utreder och bedömer själva, vilket också är ett förslag som framförs i slutbetänkandet SOU 2009:89.

Rollen som företagsläkare/medicinsk konsult är att förutom ovanstående uppgifter hjälpa arbetsgivaren med kopplingar arbetsmiljö-ohälsa och att bistå arbetsgivaren med uppgiften att enligt arbetsmiljölagen att »göra allt« för att en individ ska kunna återgå till sitt arbete.

Ofta bildar man en arbetsallians med både patient och chef för att lösa uppgiften och sortera ut vad sjukvård, arbetsplats respektive individ kan göra för att lyckas. När man som läkare blir inkopplad i tid är detta en mycket tacksam uppgift.

Det är viktigt att skilja på prognos för sjukdomen och prognos för funktion/arbetsförmåga. Av rapporten får man lätt uppfattningen att funktionen är något statiskt, medan vi ser det mer dynamiskt. Prognosen avgörs dels av vilken orsak funktionshindret har, dels av hur man genom träning och acceptans kan hantera sina eventuella restsymtom. I rapporten finns förslaget att bedömningsinstrumenten ska »avmedikaliserar«. Detta kan bli problematiskt. Avser man att strunta i kopplingen till sjukdom? Vem avgör om det finns koppling till sjukdom? Vem bedömer prognosen i så fall? Vem avgör vad som är en definitivt irreversibel funktionsnedsättning? Vem avgör vilken möjlighet det finns för personen att kompensera för sin funktionsnedsättning?

Det är viktigt med den medicinska kompetensen, och vi håller med utredarna när de samtidigt förordar utbyggd medicinsk kompetens inom FK.

En fråga som inte berörs i utredningen, och som borde utredas vidare i försäkringen, är om man ska kunna ställa krav på livsstilsförändringar som del av rehabiliteringsplanen när patientens livsstil på ett avgörande sätt påverkar arbetsförmågan negativt. Är det till exempel verkligen acceptabelt att röka vidare och uppbära sjukpenning om man har kroniskt obstruktiv lungsjukdom som sätter ned arbetsförmågan?

Här nedan presenteras ett antal kompletterande förbättringsförslag.

Tydliggör Försäkringskassans uppdrag: Försäkringskassan bör få direktiv om undersökningsplikt och att ta fullt ansvar för sina bedömningar. FK ska inte kunna gömma sig bakom uttalandet

»medicinskt underlag styrker ej nedsatt arbetsförmåga«.

Utveckla företagshälsovårdens roll: För att individer ska få adekvat stöd för återgång i arbete tidigt i sin rehabilitering bedömer vi det värdefullt att utveckla företagshälsovårdens roll att stödja arbetsgivarna i sitt arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar. När individ, arbetsgivare, FK och den medicinska professionen/företagshälsovården kan enas om en rimlig plan utifrån sina olika perspektiv kan man oftast betrakta detta som det bästa och »det mest rätta«.

Försäkringskassans uppgifter: FK borde ha som uppgift att säkerställa att patienten fått tillgång till adekvat medicinsk hjälp och att arbetsgivaren fullgjort sina skyldigheter. Utredningen resonerar om att arbetsgivare som inte fullgjort sina skyldigheter och agerat passivt borde kunna bli skyldiga att delfinansiera patientens omställning. Detta borde utredas vidare. Det bör också ingå i FK:s uppdrag att tydligt skilja på och ställa frågor om prognos för sjukdomen och prognos för funktion/arbetsförmåga. Det är inte samma sak och förutsätter ett resonemang med inblandade läkare.

Ge möjlighet att ansöka om extra tid: När en person är högmotiverad att försöka kompensera för sina funktionshinder för att kunna återgå till sitt gamla arbete bör det stöttas. Detta skulle kunna ske genom en ansökan där individ, arbetsgivare och behandlare får förklara varför man tror sig kunna lyckas i det långa loppet även om det tar tid. Så länge en rehabilitering har ett tydligt mål och är aktiv finns det inget problem med att sjukskrivningen drar ut på tiden. Det är sannolikt också mer samhällsekonomiskt att stötta denna process än att uppmuntra en person att byta arbete. Detta borde kunna formuleras och täckas av så kallade särskilda skäl.

Lägg till en hälsoekonomisk aspekt i försäkringen: Det kan primärt låta rimligt att man ställer högre krav på omställning redan efter 180 dagar för den som är resursstark och högutbildad, men är det alltid hälsoekonomiskt försvarbart? Det kan inte anses rimligt att en individ som av samhället fått en mycket lång utbildning och som själv satsat många år av sitt liv på sin utbildning och kanske även specialutbildats av sin arbetsgivare direkt hänvisas till annat arbete redan efter 180 dagar om han/

hon inte säkert beräknas kunna komma tillbaka på heltid inom 365 dagar.

Precisera vad som ingår under särskilda skäl: I rapporten resonerar man om huruvida det är rimligt att personer över 60 år alltid ska avkrävas omställning till annat arbete. Det förefaller rimligt att man inte tvingas ställa hela livet på ända om man bara har några år kvar till pensionen.

Vidareutveckla partiell sjukskrivning med krav på lägre produktivitet: Detta vore många gånger önskvärt, då det handlar om individer som arbetar långsammare än »förväntat«. Frågan är bara vem som ska avgöra vad som är normal produktivitet. Arbetsgivare har redan nu en stor spridning vad gäller produktiviteten bland sina anställda och skulle nog gärna vilja ha någon form av bidrag för några av dem. Risken är stor att man trasslar in sig i nya förvecklingar, men frågan borde belysas närmre.

Det finns definitivt ett behov av lönebidragsanställningar som inte har som mål att individen ska kunna återgå till full arbetskapacitet.

När alla gör sitt på ett ansvarsfullt sätt i en rehabilitering och man utvärderar olika insatser efter hand blir det uppenbart för alla inblandade parter när tidpunkten är mogen för omställning till annat arbete. I processen växer patientens acceptans för omställning automatiskt fram, och patienten kan gå vidare i livet utan att känna sig kränkt och överkörd. Så vill vi att ett humanitärt system är utformat.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.



»I processen växer patientens acceptans för omställning automatiskt fram, och patienten kan gå vidare i livet utan att känna sig kränkt och överkörd.«