

Kommentar till Budgetpropositionen 2007/08:1

Regeringens rehab-satsning kan betyda att sjukskrivna blir uppsagda

Regeringens ambition att sätta in tidig rehabilitering vid sjukskrivning är lovvärd och stöds av forskning. Men en risk med de nya förslagen är att många sjukskrivna blir uppsagda redan efter sex månaders sjukskrivning, då arbetsförmågan ska testas mot hela arbetsmarknaden. Det skriver Kerstin Ekberg, professor i arbetslivsinriktad rehabilitering, i en kommentar till regeringens budgetproposition.

Sjukskrivaren i landet fortsätter att minska: under 2006 uppges den ha fallit med 8 procent, och trenden håller i sig under 2007. Minskningen beror delvis på en omfördelning mellan förmåner. Antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning ökar, särskilt i unga åldersgrupper. Det sker även en omfördelning avseende sjukskrivningsdiagnoser: de psykiska diagnoserna ökar och är nu uppe i 35 procent av alla sjukskrivningar för kvinnor och 30 procent för män. Samtidigt har andelen sjukskrivna i rörelseorganens besvär avtagit.

Mot denna bakgrund sätter regeringen upp mål för att ytterligare minska sjuktalet, kostnaderna för sjuk- och aktivitetsersättning, och för att få unga i utanförskap in i arbetslivet.

Regeringens åtgärder inom sjukförsäkringen fokuserar på att 1) styra processerna och prövningen av arbetsförmågan med strikta tidsramar under sjukskrivningsprocessen, 2) öka kraven på den enskilde individen och 3) utöka företagshälsovårdens roll till att i princip bli en variant av primärvård.

Arbetsförmågan prövas idag i relation till det egna arbetet, i andra hand till andra arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare och slutligen till annat arbete på arbetsmarknaden. Processen tar lång tid, och regeringen avser nu att ersätta den med preciserade tidsgränser.

Efter tre månaders sjukfrånvaro ska

Försäkringskassan, FK, pröva om det finns andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som är lämpliga. Senast efter sex månaders sjukfrånvaro bedöms arbetsförmågan efter om man kan utföra något arbete, dvs i princip om man är anställningsbar på arbetsmarknaden. En bortre gräns för rätten till sjukpenning sätts vid 12 månader, om inte särskilda skäl föreligger.

Betydelsen av att sätta in tidiga åtgärder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är väl dokumenterad [1]. Regeringens ambition i detta avseende är lovvärd. Betydelsen av att sätta in rätt åtgärder är emellertid också väl dokumenterad [2].

Genom att styra sjukskrivningspro-

cessen med tidsangivelser för olika bedömningar och åtgärder kan tid sparas, ärendena blir inte liggande i väntan på en ny utredning. Däremot riskerar man att förlora i kvalitet och i adekvat matchning mot den sjukskrivnes förutsättningar. Ett problem för en effektiv process är att handläggarna på FK är beroende av att få in information och medicinska underlag som krävs för handläggningen. Detta skapar ett praktiskt dilemma för den enskilde handläggaren: om man inte fått in fullständiga medicinska underlag, eller om sjukskrivande läkare inte har tid att delta i t ex avstämningsmöten inom den stipulerade tiden, så fördröjs processen. Betydelsen av samordning är ett ofta återkommande tema inom forskningen idag [3].

Regeringen menar att om sjukskrivningsprocessen drivs enligt dess förslag klarläggs arbetsgivarens ansvar för den sjukskrivne. I praktiken torde en konsekvens snarare bli att arbetsgivaren får ett visst stöd för att inte försöka skapa andra arbetsuppgifter för den anställde, eftersom man redan i den sjätte sjukskrivningsmånaden prövar arbetsförmågan i relation till andra arbeten på arbetsmarknaden. Förslaget lär leda till att en större andel sjukskrivna blir uppsagda på grund av »arbetsbrist«.

Forskningen idag tyder i och för sig på



Foto: Robert Ekegren/Scanpix

Mycket forskning tyder idag på att arbetsplatsen har en mycket stor betydelse för om återgång i arbete efter sjukskrivning ska lyckas. (Personerna på bilden har inget samband med artikeln.)



KERSTIN EKBERG

professor i arbetslivsinriktad rehabilitering, Linköpings universitet
kerstin.ekberg@liu.se

att det finns mycket positivt i rörlighet i arbetslivet, dvs att man byter arbete eller yrke. Många känner sig inlåsta i sitt ursprungliga yrkesval eller sin arbetsplats men saknar möjlighet eller förmåga att byta till ett annat arbete.

Bland de sjukskrivna med stressrelaterade psykiska besvär finns med all sannolikhet en stor grupp som känner sig just inlåsta och skulle må väl av att prova andra arbetsuppgifter. Den springande punkten är om dessa individer får det stöd, den ekonomiska trygghet och den kompetensutveckling som krävs för en större rörlighet på arbetsmarknaden. Eftersom en så stor andel av de sjukskrivna har stressrelaterade psykiska besvär, för vilka flera forskare har visat på behovet av att skynda långsamt i rehabiliteringsprocessen, riskerar en snabb förändring i individens livssituation att ge negativa bieffekter.

En viktig fråga i sammanhanget är hur funktionsförmåga och arbetsförmåga bedöms. Idag finns inga klara kriterier för detta, vilket också uppmärksammas i propositionen. I propositionen anges att metoder och bedömningar ska göras mer enhetliga, och man avser att tydliggöra det sjukdomsbegrepp som ska gälla i sjukförsäkringen. Detta är positivt. Forskning om bedömningskriterier för arbetsförmåga och den praktiska tillämpningen i beslutsprocesserna är emellertid fortfarande mycket marginell och behöver utvecklas. I propositionen anges att det finns internationella förebilder för hur arbetsförmåga ska bedömas. Ett problem är dock att dessa utvecklas inom andra former av socialförsäkringssystem och knappast kan över sättas till svenska förhållanden utan analys och prövning.

Ökade krav kommer att ställas på den sjukskrivne att förse FK med de underlag som krävs för bedömningar av arbetsförmåga, med en tydligare utgångspunkt i individens förmåga och behov. Det framgår inte vilken typ av underlag den sjukskrivne ska bidra med. I propositionen föreslås också en förlängd period för arbetsprövning (idag 3 månader) då man får en kombination av ersättning från FK och lön från arbetsgivaren, men den totala ersättningen ska vara densamma som idag. Detta innebär att arbetsprövning under längre tid kommer att leda till en sänkt inkomst för

den arbetsprövande, vilket överensstämmer med regeringens generella inställning att med ekonomiska incitament få fler sjukskrivna att återgå till arbete.

Diskussioner om vad som främjar återgång i arbete och förebygger sjukskrivning har ibland förenklats till »pull«- och »push«-faktorer. Ofta framhävs ersättningsnivåernas betydelse för att individer ska avstå från att »sjukskriva sig«. En sänkt sjukpenning innebär att de som oftare blir sjuka och sjukskrivna får sämre levnadsvillkor.

Kvinnor har enligt propositionen i stort sett dubbelt så hög sjukfrånvaro som män, en dryg tredjedel av alla sjukskrivna lider av psykisk ohälsa, varav en stor andel är stressrelaterad, av typen utmattningsdepression. I vilken mån en sänkt sjukpenning främjar dessa kvinnors snabba återgång till sitt arbete kan diskuteras. Och sjuknärvaron, dvs att individer som mår dåligt ändå arbetar, innebär sämre och/eller lägre produktion. Även det psykosociala klimatet på arbetsplatsen kan försämrats om en sjuk kollega arbetar och kanske inte klarar sina åtaganden utan hjälp av kollegorna.

Forskning i Sverige och internationellt påtalar ofta bristen på samordning mellan olika aktörer som ett mycket stort problem och som ett hinder för att den sjukskrivne ska kunna ta ansvar och vara delaktig. Om kraven på den enskilde ökar måste också förutsättningarna för att han/hon ska kunna ge synpunkter och medverka till beslut om rehabiliteringens utformning och målsättning förbättras. Det framgår inte av propositionen hur regeringen avser att lösa detta. De tidsramar som ska styra rehabiliteringsprocessen riskerar att leda till att man inte »hinner med« delaktighet.

Företagshälsovården föreslås fungera som en del av samhällets sjukvårdsorganisation för att öka tillgänglighet och partssamverkan i rehabiliteringsarbetet. Samtidigt avser man att komplettera den nuvarande vårdgarantin inom hälso- och sjukvården till att också omfatta en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. I arbetslivsinriktad rehabilitering är det framförallt icke-medicinska åtgärder som är i fokus. Kravet på evidens måste dock öka, vilket i sin tur

innebär att stöd till denna typ av forskning måste prioriteras. I vilken mån regeringen tänker stödja en sådan utveckling går inte att utläsa av propositionen.

Det är betydelsefullt att den certifiering av företagshälsovård som kommer att krävas inte enbart omfattar krav på medicinsk kompetens, utan i lika hög grad omfattar krav på att paramedicinska professioner finns tillgängliga, då dessa professioner i praktiken är nyckelpersoner i rehabiliteringsprocessen. Mycket forskning tyder idag på att arbetsplatsen har en mycket stor betydelse för om återgång i arbete ska lyckas.

I propositionen anges att arbetsgivaren har en viktig roll, men hur denna roll ser ut är bristfälligt diskuterad. Många arbetsledare uppger idag att de har svårt att hantera arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna medarbetare. Behovet av kunskap och kompetens för att hantera dessa frågor är stort och en viktig förutsättning för att arbetsledarna i praktiken ska kunna ta en aktiv och konstruktiv roll. Detta är också en viktig förutsättning för att man ska kunna samarbeta på ett bra sätt med sin företagshälsovård i dessa frågor.

Slutligen, regeringens ambition att korta tiden för handläggning och beslut i sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden förtjänar beröm, liksom ambitionen att öka företagshälsovårdens medverkan i bedömnings- och beslutsprocessen. Ett välkänt skäl till att processen blir utdragen är att olika myndigheter arbetar efter olika mål, regelverk och lagar. För att få en koordinerad och målinriktad rehabiliteringsprocess krävs att de olika verksamheternas uppdrag matchas i flera avseenden. Det gäller inte minst de nya tidsramarna och prioriteringarna som regeringen föreslår.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Andersson A, Ekberg K, Enthoven P, Kjellman G, Ockander M, Skargren E, et al. Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutatsatser baserade på en litteratursammanställning. Linköping: Linköpings universitet, Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan i Östergötland; 2003. IHS rapport 2003:1.
- Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehab*. 2005;15:607-32.
- Franché RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *J Occup Rehab*. 2005;15:507-24.