

2008-02-11

Socialdepartementet
103 33 StockholmSjukgymnastförbundets remissvar på Ds 2008:3 *Införande av en rehabiliteringskedja.***Sammanfattning**

- Att stoppa inflödet i försäkringen är högsta prioritet! Det kan enbart göras på ett rättssäkert och oklanderligt sätt om sjukskrivningsprocessen kvalitetssäkras. För detta krävs bland annat nya rutiner i hälso- och sjukvården. Om regeringen menar allvar med att öka stödet till den enskilde måste förslagen i promemorian kompletteras med skarpa krav på dokumenterade rutiner hos arbetsgivaren men framförallt inom sjukvården. Risken är uppenbar att försäkringskassan riktar krav mot den försäkrade medan kraven mot arbetsgivaren blir valhänta, och mot vården inskränks de till att intyget är ifyllt. Då handlar det inte längre om att ge den försäkrade tydligt stöd utan om en uppluckring av anställningsskyddet! Försäkringskassan måste ha möjligheter att ställa krav på att hälso- och sjukvården har följt rutiner som ger den enskilde ett beslut som uppfyller krav på rättssäkerhet.
- Av promemorian framgår att läkare anser sig ha stora svårigheter att objektivt bedöma arbetsförmågan. Den försäkrades självskattning avgör till stor del vad som intygas på underlaget till försäkringskassan. Problemet kan inte lösas bara genom en restriktivare hållning till den försäkrades bedömning. Eftersom uppgiften ligger utanför läkarens kompetensområde måste hälso- och sjukvården ha rutiner för hur adekvat kompetens involveras i bedömningen. Vi föreslår kontrollerbara rutiner för detta.
- Ansatsen att stärka den medicinska rehabiliteringen är ett steg i rätt riktning. När det gäller insatser vid långvarig/kronisk smärta vet vi vad som ger hygglig prognos för att en rehabilitering ska kunna bli framgångsrik. Tyvärr är det risk att dessa insikter överförs rakt av till mer akuta smärttillstånd. Där saknas ännu tillräckligt kunskapsunderlag. Därför vill vi framhålla att det behövs forskning där man utifrån syftet att optimera sjuk/friskskrivning jämför interventioner för patienter med (sub)akuta besvär i rörelse- och stödjeorganen.
- Företagshälsovården har bättre förutsättningar att göra bedömningen av arbetsförmågan än hälso- och sjukvården. Det gäller att se till att dessa förutsättningar och den samlade yrkeskompetensen också används optimalt. Företagshälsovården har idag inte kapacitet att rikstäckande bli en effektiv resurs i arbetet mot ohälsan. Primärvården har idag inte heller den kompetens och de resurser som krävs för att fungera som företagshälsovård.

Bakgrund

Vårt remissvar begränsar sig till avsnitten 5.3 till och med 6.5 med sjukskrivningsprocessen som fokus. Den arbetsrättsliga delen utifrån ett arbetstagarperspektiv utgår vi från att SACO bevakar.

Sjukgymnastförbundet engagerade sig tidigt i frågan om sjukfrånvarons orsaker. Den helt övervägande kostnaden för sjukfrånvaron har länge härrört sig till besvär från rörelseorganen. Symptomdiagnoser i form av ryggvärk har varit vanligast förekommande. Skälet till att vi engagerat oss är att vi menat att de utredningar och departementspromemorior som sändes på remiss i början av 2000-talet mera betonade enskildheter än systemfel som förklaring till den höga sjukfrånvaron. Vi påpekade tidigt effekterna av de sammantagna bristerna i sjukskrivningsprocessen och då särskilt bristerna i det initiala skedet, det vill säga hälso- och sjukvårdens passivisering genom enbart sjukskrivning av de patienter som sökt vård för ryggvärk m.m.

En grund för vår kritik är att sjukgymnaster med specifik kompetens inom området rörelseorganens sjukdomar uppmärksammat förbundet om att läkare många gånger intygar arbetsförmåga utan att patienterna undersöks och utreds ordentligt. Genom en noggrann funktionsundersökning kan en mer specifik diagnos än den symptomdiagnos som angetts på sjukintyget erhållas. Sjukgymnaster kan också utifrån en sådan undersökning få fram underlag för en mer kvalificerad bedömning av arbetsförmågan.

En självklarhet vid ospecifik ryggsmärta borde vara att direkt genom screening identifiera riskpatienter. Validerade screeninginstrument visar att den största risken för långvarig värk är att drabbas av katastrofkänsla i samband med smärta. Tyvärr sker inte detta rutinmässigt. Om patienter med katastrofkänsla och tillhörande rörelserädsla inte upptäckts i tid är risken stor att smärttillståndet utvecklas till att bli kroniskt. Med tidig upptäckt, behandling och stöd kan en negativ process brytas - med bara sjukskrivning förstärks den negativa processen. Coping och empowerment är centrala begrepp för både sjukgymnaster och psykologer. De två yrkesgrupperna bör därför involveras före en sjukskrivning för värk eller lättare psykisk ohälsa aktualiseras, eller, i vart fall inom en vecka efter att läkarintygets utfärdats.

Medlemmarnas iakttagelser medförde att förbundet år 2004 lät göra två undersökningar - en riktad till sjukgymnaster och en till före detta långtidssjukskrivna personer. I studien uppgav sjukgymnasterna att de nästan dagligen träffar patienter som sjukskrivits i onödan eller onödigt länge. De flesta av de tidigare sjukskrivna gjorde bedömningen att de kunnat återgå till deltidsarbete tidigare, eller inte alls behövt vara sjukskrivna om de omedelbart fått adekvata insatser från hälso- och sjukvården. Den bild undersökningarna gav bekräftades något år senare av en rapport från RFV/Försäkringskassan. *Sjukskriven i onödan?*

Fokus för vad som främst orsakar sjukfrånvaro har växlat från stressande/belastande arbetsmiljöer till fusk. Föreslagna lösningar har varierat mellan ekonomiska incitament som ömsom träffat arbetsgivaren, ömsom den försäkrade. Nu råder enighet om att lösningen ligger i att höja kvaliteten i **hela** sjukskrivningsprocessen. Frågan återstår om hur vi på bästa sätt kan åstadkomma den nödvändiga kvalitetssäkringen.

Rehabiliteringsröran

Försäkringskassan konstaterade nyligen att rehabiliteringen är en enda röra.

I skriften *Rehabilitering - ett långt lidandes historia* gav socialförsäkringsutredningen en målande beskrivning av denna röra. Konsekvensen av ett sektoriserat system med otydliga ansvarsgränser lyfts fram som den avgörande anledningen till misslyckandet.

Vi har i våra tidigare remissvar poängterat att välfärssystemens olika aktörer inte klarat av att stärka (mobilisera) människors förmåga till tillfrisknande. Vi välkomnar därför regeringens ambitioner att bryta hälso- och sjukvårdens passiviserande och medikaliserande tendenser.

Vi vill återigen lyfta fram rådande begreppsförvirring. Socialförsäkringens definitioner av de nyckelbegrepp som fördelar ansvarsområdena tycks inte vara förankrade i praktiken (se bifogad dom). Begreppet rehabilitering har blivit ett ”slaskbegrepp” där vare sig försäkringskassan eller forskare som utvärderar olika interventioner skiljer på medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Trots alla utredningar genom åren har enbart förslag om finjusteringar i regelverket nått riksdagens bord. Bland aktörerna med olika delansvar för sjukskrivningsprocessen har det funnits särintressen som blockerat en kraftfullare försäkring med individen i centrum. Därför har vi fått leva väl länge med de systemfel som genom åren underminerat många människors tilltro till sin arbetsförmåga.

Den utsända promemorian innehåller förslag som vi ser som steg i rätt riktning. Vi syftar då främst på förslaget till rehabiliteringsgaranti. Samtidigt menar vi att det krävs tydligare krav på att sjukvårdshuvudmannen ska kvalitetssäkra sin del i sjukskrivningsprocessen. Vad händer om vare sig hälso- och sjukvården eller arbetsgivaren ger den försäkrade det stöd regeringsförslaget förutsätter?

Det finns en uppenbar risk att försäkringskassan tillämpar skarpa krav mot den försäkrade medan kraven mot arbetsgivaren blir valhänta, och mot sjukvården inskränks till en begäran om att läkaren fyller i sjukintyget korrekt. Då handlar det inte längre om att ge den försäkrade tydligt stöd utan om en uppluckring av anställningsskyddet. Krav på nya rutiner inom sjukvården ökar rättsäkerheten och därmed försäkringens legitimitet.

Trots att bristerna nu är uppenbara för regering, riksdag och försäkringskassan saknas fortfarande krav på förändrade rutiner. Det räcker inte att bara förbättra läkarintyget. Regering och riksdag förfogar vilket regelverk som ska gälla sett ur försäkringens perspektiv.

Vilka insatser hjälper?

Vi måste skilja på vad som är evidensbaserade insatser vid diagnoser som till exempel korsbandsskada och symtomdiagnoser som nack/ryggvärk. De vanligast förekommande diagnoserna på intygen är fortfarande ospecifik värk. Den mesta forskningen har inriktat sig på människor som gått sjukskrivna en längre tid med dessa tillstånd. De studerade har därefter delats in i två skilda grupper där de erbjudits olika insatser. Utifrån dessa randomiserade kontrollerade studier har man dragit slutsatser om vilka insatser som hjälpt och vilka som inte hjälpt.

En sammanställning från Statens beredning för medicinsk utvärdering¹ (SBU, 2000/2006) visar att en multidisciplinär insats har effekt på långvarig dysfunktion och smärta. I en sammanställning från Cochrane Collaboration² framkommer att multidisciplinära arbetsplatsinriktade program med kognitiv/beteendeterapeutisk ansats (KBT) med syfte att den enskilde ska ändra inställning till sitt onda i kombination med individuellt anpassad/handledd träning är effektiva för att förbättra välmående och minska sjukfrånvaro. När det gäller insatser vid långvarig/kronisk smärta vet vi alltså vad som ger hygglig prognos.

Tyvärr är det risk att vi överför dessa insikter rakt av till mer akuta smärttillstånd. Där saknar vi än så länge tillräckligt kunskapsunderlag. Därför vill vi framhålla att det behövs ny forskning där man utifrån syftet att optimera sjuk/friskskrivning jämför interventioner för patienter med (sub)akuta besvär i rörelse/och stödjeorganen. Flertalet studier hittills har baserats på ”vårdens misslyckande” i betydelsen redan långtidssjukskrivna. Det är nu viktigt att initiera studier som visar hur hälso- och sjukvården mer framgångsrikt kan förhindra att människor som söker för symtomdiagnoser som smärta, trötthet och nedstämdhet dras in onödiga sjukskrivningar.

Försäkringskassan ställs idag inför att antingen acceptera eller ifrågasätta läkarens intyg. Ifrågasätts intyget får vi en typ av debatt där försäkringskassans trovärdighet i sin tur ifrågasätts. Om å andra sidan hälso- och sjukvården bara uppfattas vara mer restriktiv riskerar vi få en annan svekdebatt. Sjukförsäkringens legitimitet undermineras i bägge fallen. Legitimitet fordrar att den försäkrade känner att han/hon bemötts korrekt av rätt kompetens och därutöver fått det stöd den psykosociala situationen kräver.

Vad är då lösningen?

Att bedöma funktions- och arbetsförmåga vid ospecifika ryggbesvär och psykisk ohälsa är primärvårdsläkarens akilleshäl. Brist på tid och osäkerhet i uppgiften att bedöma arbetsförmåga går inte att lösa med enbart utbildning i försäkringsmedicin eller beslutsstödet. Detta har LSR ständigt upprepat. En nyligen publicerad undersökning stödjer vår uppfattning (Lars Englund; Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år, Centrum för klinisk forskning, Dalarna). Tanken är att det nya beslutsstödet ska avhjälpa läkarens osäkerhet men bara stödet räcker inte för att få en tillförlitlig bedömning av arbetsförmågan i ett enskilt fall.

Med en omvänd remissordning - där patienter med ryggbesvär först kommer till sjukgymnast med särskild kompetens inom området - skulle dagens problem med onödigt många och långa sjukskrivningar för dessa tillstånd kunna minskas. Rygg/nackbesvär utgörs ofta av en kombination av fysiska, psykiska och sociala faktorer. Det gäller därför att genast identifiera patienter med psykosociala riskfaktorer. För dessa patienter behövs ett program med noggrann undersökning, adekvat behandling i kombination med motiverande samtal, som stärker människors tilltro till sina egna resurser och motiverar till livsstilsförändring när så är befogat.

¹ Ont i ryggen, ont i nacken. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000 och Metoder för behandling av långvarig smärta, SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006

² Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD001822.

Att undanröja belastningsfaktorer (stressorer) i den nära omgivningen - privat och på arbetet är viktigt. Mycket vore vunnet om primärvården/närsjukvården erbjöd den mångfald i kompetens som möjliggör ett individualiserat (kostnadseffektivt) omhändertagande utifrån principen att rehabilitering börjar dag ett.

WHO har antagit ett system för klassifikation av diagnoser (ICD 10) och ett för funktionshinder (ICF). Läkare arbetar utifrån ICD 10 medan sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar utifrån ICF med fokus på funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Funktionshinder är paraplybegreppet för dessa faktorer.

ICF fångar just det som försäkringskassans kampanj ” Vi frågar inte hur sjuk du är utan vilken arbetsförmåga du har” vill förmedla. Sjukgymnaster utbildas och blir experter på funktionsbedömning. Bedömningen av arbetsförmågan ligger helt i linje med det. Därtill är sjukgymnastens pedagogiska uppgift att göra patientens symtom begripliga och därmed minska dennes rörelserädsla. Coping och empowerment är centrala begrepp för sjukgymnaster och psykologer.

Eftersom läkare påtalat att arbetsförmågebedömning ligger utanför deras kompetensområde (se bl. a sid 81 i föreliggande promemoria) görs nu satsningar på att lära läkare ICF. Eftersom sjukgymnaster dagligen arbetar med ICF menar vi att mera rationellt vore att låta sjukgymnaster ta ansvar för sjukskrivningsprocessen när det gäller besvär från rörelseorganen.

Företagshälsovården

Företagshälsovården har helt andra förutsättningar än primärvården att känna till, eller ta reda på, förhållandena på arbetsplatsen. På kort sikt har dock företagshälsovården idag knappast den kapacitet som fordras för att rikstäckande ge sjukskrivningsprocessen det stöd som behövs.

Vid den tillsyn av sjukskrivningsprocessen som Socialstyrelsen publicerade år 2006 ”Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården” visade det sig att även företagshälsovården hanterade uppgiften otillfredsställande. Kvaliteten på läkarintygen var inte märkbart bättre än i primärvården.

Företagshälsovården har dock förutsättningar att sköta uppgiften bättre - det gäller då att se till att yrkeskompetenserna i verksamheten nyttjas på ett effektivare sätt och att även andra yrkeskategorier än läkare får inflytande och ansvar för vad som skrivs i sjukintyg. Vi återkommer till företagshälsovården i vårt remissvar på betänkandet (SOU 2007:91) Ny företagshälsovård - ny kunskapsförsörjning.

Rehabiliteringsgaranti

Sjukvårdshuvudmännen har inte tagit sitt ansvar för den medicinska rehabiliteringen. Regeringens förslag innebär att hälso- och sjukvården tillförs ökade resurser. Genom storleken på statsbidraget och det faktum att garantin inte är utkrävbar riskerar dock garantin bli ett slag i luften. Av arbetsgivaren kan krävas att denne uttömt sina möjligheter att rehabilitera den anställde. Tidiga krav ska också kunna riktas mot hälso- och sjukvården att de redovisar vilka insatser de vidtar för att den försäkrade ska återfå sin arbetsförmåga.

Vi skulle önskat tydligare krav på nya rutiner i hälso- och sjukvården. Helst före - men i andra hand direkt efter - det att läkaren utfärdat ett intyg om förmodad nedsatt arbetsförmåga på

grund av ospecifik värk från rörelseorganen eller lättare psykisk ohälsa ska han konsultera sina experter på området för att få en bedömning med tillhörande plan för interventioner. Det kan vara en sjukgymnast med inriktning mot rörelse och stödorganen eller en beteendevetare, alternativt en psykosomatiskt inriktad sjukgymnast. Försäkringskassan kan lätt kontrollera att rutinen följs. En sådan ordning ger garantin mer substans än den får i regeringsförslaget.

De ökade resurser som regeringen avsatt för rehabiliteringsgarantin bör leda till att landstingen nyttjar de resurser som finns i form av sjukgymnaster med ersättningsrätt enligt LOS eller vårdavtal. Bland dessa sjukgymnaster finns flera som driver specialistmottagningar med inriktning mot ryggbesvär eller psykiska besvär. I vart fall bör statsmakterna bevaka att tillskottet inte får undantränings effekter, dvs. att landstingen bygger upp parallella specialistverksamheter istället för att använda de som finns.

Beslutsstöd

Som tidigare påpekats härrör sig de helt övervägande kostnaderna i sjukförsäkringen till symptomdiagnoser. De utarbetade försäkringsmedicinska beslutsstöden kan i dessa fall riskera att leda till en väl schablonmässig bedömning. Vår uppfattning är att våra ovan beskrivna rutiner ger den försäkrade en bättre rättssäkerhet och en högre kvalitet i sjukskrivningsprocessen och dessutom minskar risken för onödig sjukskrivning.

Det går heller inte att bortse från att patienterna får olika vård. Kvalitetsskillnaderna i hälso- och sjukvården är betydande och naturligtvis kan sämre vårdkvalitet påverka tiden för när det är möjligt för den enskilde att återgå i arbete. En arbetsförmågebedömning får därför inte ske på så godtyckliga grunder som nu sker.

Privata aktörer

Regeringen föreslår att privata företag får hjälpa långtidssjukskrivna att få ett arbete. Att stoppa inflödet i försäkringen är högsta prioritet! Det kan enbart göras på ett rättssäkert och oklanderligt sätt om sjukskrivningsprocessen kan fås att fungera! Försöksverksamheten med privata aktörer kan då fokusera på de fall där sjukskrivningsprocessen inte fungerat och den försäkrade lämnats i ett utanförskap.

LEGITIMERADE SJUKGYMNASTERS RIKSFÖRBUND

Anna Hertting
Förbundsordförande

Sven-Erik Skoogh
Utredare