



YTTRANDE

2010-10-22

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Remissvar (Dnr s2009/8444/SF)

Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89)

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har fått rubricerade delbetänkande på remiss och har nedanstående synpunkter.

Inledning

Förbundet välkomnar att det i sjukförsäkringen skiljs på förmåga att utföra ett befintligt arbete och förmåga att utföra ett arbete på hela den reguljära arbetsmarknaden. Dagens begreppsförvirring leder till oklarheter för alla inblandade parter.

Övergripande bör nämnas att utredningen har fokus på individen och dennes sjukdom, diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (DFA- kedjan). Trots att utredarna fastlägger att arbetsförmåga är ett relationellt begrepp och att en persons arbetsförmåga ska bedömas mot ett specifikt arbete, saknar utredningen en viktig koppling; En individs arbetsförutsättningar stärks bäst av åtgärder riktade till såväl individen som till dennes arbetsmiljö. Förbundet är därför kritiskt mot att utredningen inte beaktat hur arbetsgivare kan bidra till god matchning mellan individ och uppgift i syfte att skapa hållbar arbetshälsa.

LSR vill även understryka att arbetsförmåga till sin natur är ett processbegrepp och därför inte kan betraktas som ett fastlagt statistiskt tillstånd.

Utredningen har genomgående ett alltför snävt biomedicinskt perspektiv vilket medfört att de efterfrågar nya metoder och forskning som flera av världens professioner redan besitter och utvecklar. För att utredningens förslag ska kunna realiseras, och att den enskilde ska få korrekt bedömning av sin arbetsförmåga, krävs tillgång till, för ohälsotillståndet, rätt kompetens, och vid behov multiprofessionell kompetens.

Arbetsförmågebegreppet

Att använda olika begrepp för olika faser/tidpunkter av en arbetsförmågebedömning bör kunna tydliggöra vad utredningen (av den försäkrade) syftar till; för både den enskilde och för olika professioner inom hälso- och sjukvården som ska bistå med underlag för bedömning, liksom för Försäkringskassans handläggare och även Arbetsförmedlingen. En tydligare

begreppsram blir också ett stöd för hälso- och sjukvårdens professioner när det gäller att precisera vad det är som ska bedömas.

Dock ställer vi oss tveksamma till att de nya föreslagna begreppen, arbetsförmåga pga. sjukdom respektive medicinska förutsättningar för arbete, i så stor utsträckning utgår från i biomedicinska begrepp.

I utredningen framhålls tydligt att det är sjukdomens/skadans *konsekvenser* för möjligheterna till arbete som ska identifieras och bedömas. LSR efterlyser därför en mer adekvat benämning än ”medicinska förutsättningar för arbete”. En alternativ benämning skulle till exempel kunna vara: Funktionella förutsättningar för arbete ur ett medicinskt perspektiv.

Det finns ett pedagogiskt värde i att begreppet arbetsförmåga i sjukförsäkringen förbehålls personer som är sjukskrivna pga. aktivitetsbegränsningar i förhållande till den aktuella arbetssituationen. Detta tydliggör behovet av olika bedömningsinstrument för dessa två typer av arbetsförmågor/ arbetsförutsättningar. Ett och samma instrument för arbetsförmågebedömning kan inte användas vid bedömningar mot ett befintligt arbete med definierade arbetsuppgifter, som vid bedömningar mot hela arbetsmarknaden.

Vid bedömningen av försörjningsförmåga föreslås vidare ett vidgat perspektiv på faktorer som kan ha betydelse för effekterna av individens sjukdom och dennes förmåga att försörja sig genom arbete. Det som föreslås ska beaktas är t.ex. ålder, tidigare utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt. Tankarna och resonemangen kring detta är relevanta men det måste samtidigt uppmärksammas att rättsosäkerheten för den enskilde kan bli stor. Det krävs därför tydliga riktlinjer för användning och uppföljning.

Sjukdom

Förbundet förhåller sig, som tidigare nämnts, positivt till en tydlig begreppsram och regelverk som kan skilja frånvaro pga. sjukdom/skada och legitim frånvaro av andra skäl.

Utredningen utgår från den svåra balansgången mellan att medikalisera naturliga livsprocesser och risken att utestänga människor med funktionsnedsättande och aktivitetsbegränsande sjukdom från försäkringen. Utgångspunkten anges vara att arbetsförmågebegreppet ska vila på en ”*medicinsk renodlad bild*” där sjukdom, och ingenting annat, ska vara grund för sjukskrivningen

I betänkandet beskrivs det ”moderna samhällets sjukdomsbegrepp” med en relativt omfattande litteraturgenomgång där man i första hand tar fram, olika syn på begreppet hälsa. Dock tar utredningen inte med den klassiska modell som tydliggör att hälsan är tvådimensionell dvs. att den som är sjuk kan må bra, och den som inte har diagnostiserbar sjukdom ändå kan må dåligt. WHO:s hälsodefinition, som kort berörs, beskriver den tvådimensionella modell som är grunden för socialstyrelsens hälsodefinition: ”Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Hälsobegreppet omfattar en professionellt bedömd dimension och en självskattad dimension relaterad till egen förmåga”. (Socialstyrelsens termbank, ändrad senast 2009).



Eftersom utredningen, återkommande, beskriver att den medicinska professionen ska avgöra om skäl föreligger för sjukskrivning, vore det rimligt att den definition som ges av denna professions tillsynsmyndighet används. Däremot innehåller socialstyrelsens termbank förvånande nog inte ett, för sjukskrivningsprocessen, relevant sjukdomsbegrepp

I utredningen problematiseras gränslandet mellan biomedicinskt paradig ”som söker sin legitimitet i naturvetenskaperna” och psykosociala aspekter. Denna diskussion gäller huvudsakligen faran av ”sociala konstruktioner av sjukdom” och medikaliseringsprocesser. De berör inte den bio-psyko-sociala förklaringsmodell, som utgår från forskning på stark frammarsch, och som belyser människans ”psyko-neuro- endokrino-immunologiska” system som en integrerad helhet. I forskningen visas bl.a. att faktorer som tillförsikt (hopp och framtidstro) påverkar kroppens skyddssystem och därmed förmåga till snabbare läkning. Ambition att ”renodla” sjukdom från upplevelse blir därmed inte bara ologisk i förhållande till aktuell kunskap. Utmaningen för hälso- och sjukvården blir att använda denna kunskap för att hjälpa människor att mobilisera sina resurser till att stärka läkningsprocessen och därtill hörande arbetshälsa.

LSR anser att utredningen under kapitel 4 Sjukdom, även borde ha framhållit betydelsen av att tidigt identifiera individer med välkända beteendemedicinska riskfaktorer som låg tilltro (self-efficacy), undvikande beteende (fear-avoidance beteende) med därtill hörande rörelserädsla. Detsamma gäller för ohälsosamma levnadsvanor som t.ex. otillräcklig fysisk aktivitet. För alla som ligger i riskzonen ska aktiva förebyggande insatser kunna sättas in så att man kan undvika långvariga ohälsotillstånd. I detta arbete har sjukgymnasterna en viktig uppgift; dels att tidigt screena för frisk- och riskfaktorer, dels lägga grunden för resursstärkande insatser: för individen och vid behov arbetsplatsen. För särskilt personer i riskzonen krävs professions- och organisationsöverskridande vårdkedjor som syftar till att effektivisera logistiken och individualisera insatserna. Härvidlag finns stort utrymme för stimulans till förbättringsarbeten.

Under stycke 4.7 framförs önskemål om nya instrument för att mäta funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Forskning med inriktning mot att mäta nedsatt funktion (ffa. fysisk kroppsfunction, men även kopplad till mental funktion) är central inom sjukgymnastisk forskning, vilket gör att den skulle kunna vara en bra bas för att utveckla sjukdoms- och ohälsospecifika instrument.

Arbetsoförmåga på grund av sjukdom

Förslaget ligger i linje med resonemangen i kapitel 3, d v s att man ska använda olika begrepp i olika faser/vid olika tidpunkter av bedömningen bör kunna tydliggöra vad utredningen (av individens förmåga) syftar till för både den enskilde, för olika professioner inom hälso- och sjukvården som ska bistå i utredningen liksom för Försäkringskassans handläggare. Sjukgymnastförbundet bedömer därför förslaget som adekvat.

LSR delar även utredningens ställningstagande om behovet av enhetlig begreppsanvändning mellan myndigheter och hälso- och sjukvård. Vi vill betonat att WHO:s ICF-klassifikation ska



vara den gemensamma utgångspunkten i hela rehabkedjan. I detta sammanhang vill LSR än en gång understryka att det är anmärkningsvärt att det i Socialstyrelsens termbank inte finns en enhetlig definition av "sjukdom" som stöd för den läkare som överväger att skriva sjukintyg.

Bedömning av arbetsförmåga förutsätter flera professioner

Om bedömning av arbetsförmåga ska ske i relation till ett specifikt arbete, behöver läkarprofessionen ha tillgång till nära team eller nätverk med för bedömningen relevanta professioner. DFA-kedjan är helt i linje med sjukgymnastisk undersökning och bedömning, även om den oftast gjorts i syfte att inkludera rehabilitering tillbaka till både livet och arbetet.

I stycke 5.1 redovisas data på brister i granskade intyg och att de största bristerna handlar om bedömning av aktivitetsbegränsning. Det är inte förvånande eftersom läkarprofessionen är ovan att använda ICF-terminologi och att uttrycka sjukdomskonsekvenser i termer av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I dagens intyg *Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta* är utrymmet för att beskriva arbetsuppgifterna två halva rader. Det kan inte förväntas ge en rättvis möjlighet att bedöma aktivitetsbegränsningen i förhållande till en viss arbetsituation som antingen gynnar eller missgynnar individens arbetsförutsättningar.

I stycke 5:2 beskrivs behovet av utvecklad bedömningskompetens, där man dock missar att en stor del av denna kompetens redan finns hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter (framför allt med avseende på bedömning av fysisk kroppsfunction och aktivitet). När utredarna i stycke 5:2:1, sedan talar om diagnosspecifik bedömningskompetens som ska organiseras runt medicinska specialiteter verkar endast läkarprofessionen åsyftas. Om så är fallet riskerar förslaget att inte få den önskade kunskapseffekt som man avser. Största delen av den forskning som idag görs avseende arbetsåtergång i relation till sjukdom/besvär i rörelseorganen görs av sjukgymnaster med fokus på kroppsfunction och aktivitet.

Inför det fortsatta arbetet krävs klagörande om bedömningen av arbetsförmågan är ett beslut som ska fattas löpande i den kliniska vardagen, t ex första linjens hälso- och sjukvård i form av primärvård alternativt företagshälsovård. Vidare behövs det utvecklas undersöknings/utredningsmodeller som är rimliga att hantera löpande i reguljärt arbete med tanke på tid till förfogande och krav på personalresurser.

När bedömningen behöver fördjupas mot individens ordinarie arbetsituation har Företagshälsovården (FHV) och dess professioner totalt sett den bästa kunskapen om arbetet som individen ska bedömas mot. I företagsgymnasterna/ergonomernas kompetens ingår att bedöma individens funktionsförmåga, liksom att bedöma denna i relation till vad det aktuella arbetet kräver. Därtill arbetar sjukgymnasten utifrån ett resursorienterat processtänkande där åtgärder som kan stärka funktionsförmågan och tillhörande arbetsförmåga föreslås i samma stund som bedömningen görs.

Om de tidiga bedömningarna av arbetsförmåga fortsatt är ett uppdrag för första linjens hälso- och sjukvård, bör det definieras vilken expertis som ska finnas att tillgå, dvs. vilka



professioner och vilken kompetens professionerna ska ha. Uppdraget kräver också väl utvecklade samverkansformer inom väl upparbetade team och nätverk/vårdkedjor. Relationen till den specialiserande öppenvården behöver också garanteras och tydliggöras.

Totalt sett behöver samarbetsformerna inom primärvården utvecklas för att ta tillvara ICF-kompetens om funktionsbedömningar. Studier av sjukintyg visar att en stor del av dessa idag är otillräckliga/ofullständiga. Fördjupat samarbete mellan t ex läkare – sjukgymnast skulle här kunna tillföra mycket. I primärvårdssjukgymnastens kompetens ingår att bedöma individens funktionsförmåga medan kompetensen och möjligheten att relatera funktionsförmågan till det aktuella arbetet behöver vidareutvecklas.

I en pågående studie där intygets betydelse för rättens (Förvaltningsdomstol och Kammarrätt) bedömning av fallet framkommer att intyg baserade på ”teambedömningar” har fått bäst utfall.

Ett komplement till både primärvård och företagshälsovård kan vara att nyttja och vidareutveckla arbets- och miljömedicinska klinikers ansvar att bistå första linjens hälso- och sjukvård med företagshälsovården med fördjupad arbetsförmågeanalys kring olika ohälsotillstånd som t ex. arbetsrelaterade luftvägsbesvär i form av allergier eller arbetsorganisatorisk stress.

En fråga, som utredningen inte tar upp tillräckligt, är hur pass användbar DFA-kedjan är när bedömningen av aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom ska göras för personer med flera samtidiga diagnoser. En stor del av patientgruppen med besvär i rörelseorganen har flera diagnoser. Det finns särskilt väl dokumenterad ömsesidigt verkande samsjuklighet till psykisk ohälsa. Det är även dessa grupper, som genom årtionden haft störst risk för långvarig sjukfrånvaro. Detta är även relevant för utredningens ställningstagande i avsnitt 5.2.1. om försäkringskassans diagnosspecifika bedömningskompetens.

De källor som utredningen refererar till och som finns med som bilaga 3 i betänkandet, rörande ländryggens och nackens sjukdomar, speglar inte den senaste beteendemedicinska och sjukgymnastiska forskningen inom området. Om Socialstyrelsens beslutsstöd för bedömning av sjukskrivning inom området rörelseorganens ohälsa ska aktualiseras och revideras bistår gärna forskare inom ämnet sjukgymnastik/fysioterapi med mer adekvat kunskap och kompetens.

Anpassad arbetsplats leder till ökad arbetsförmåga

Utredningens fokus är individens ansvar för sin arbetsförmåga. Dock behöver ett sådant perspektiv belysas ytterligare med resonemang kring betydelsen av arbetets anpassning till personens nedsatta funktion. Forskning om vilka åtgärder som främjar återgång i arbete har visat att anpassningar av arbetet ökar sannolikheten för både minskad utslagning i sjukskrivning och ökad återgång i arbete (referenslistor kan ges vid förfrågan).

I en nyligen publicerad litteraturöversikt om vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning på grund av besvär från rörelseorganen och psykisk ohälsa, fann man att



insatser där man aktiverar den sjukskrivna och andra personer på arbetsplatsen medför att de sjukskrivna snabbare återgick i arbete.

Andra studier visar att tidiga insatser på arbetsplatsen och arbetsplatsbesök av sjukgymnast/ergonom, förkortar sjukskrivningsperioden.

Studier av den s.k. sjukflexibilitetsmodellen har visat att arbeten som karaktäriseras av höga anpassningsmöjligheter ökar sannolikheten att återgå i arbete efter sjukskrivning, samt att sannolikheten att sjukskriva sig är högre hos anställda med låga anpassningsmöjligheter.

I ett flertal studier framkommer det att risken för sjukfrånvaro ökar om arbetsmiljön utmärks av låg kontroll samt svagt ledarskap och socialt stöd på arbetet mm.

Longitudinella studier visar å andra sidan att arbetsplatser med hälsofrämjande arbetsorganisation och arbetsmiljö leder till mindre långtidssjukskrivningar.

Arbetsförmåga vägs ofta mot arbetsuppgifter och arbetsförhållanden som de är, men borde även vägas mot vilka förutsättningar som finns för att förändra/anpassa arbetet på motsvarande sett som det gäller att påverka individens förutsättningar. Att förändra arbetsförhållanden till de sjukskrivnas nedsatta funktionsförmåga är ett sätt att öka deras arbetsförmåga. Det är med andra ord inte bara ett tillfrisknande från sjukdomen och att personen återfår sin funktion som kan möjliggöra en återgång i arbete. En förändring av arbetsplatsen, arbetsuppgifterna och/eller arbetsförhållandena kan också möjliggöra att en person återgår i arbete, trots sjukdom och nedsatt funktion. Vi vill med andra ord poängtera både ömsesidigheten och arbetsförmåga som ett processbegrepp.

Medicinska förutsättningar för arbete

LSR tillstyrker samtliga formella förslag (angivna i särskild ordning) under kapitel 6, medicinska förutsättningar för arbete. Det är positivt att möjliggöra partiell återgång i arbete då många enskilda har farit illa med dagens regler. Förbundet vill understryka vikten av den pedagogiska gesten i att inte försvåra återgång i arbete. Det är även välkommet att faktorer och aspekter som är förenliga med människors resursprofil och sociala förutsättningar får betydelse i bedömningarna.

För att garantera kvalitetssäkrade underlag bör det finnas tillgång till lättillgänglig teambedömningar, vilket är särskilt viktigt i den senare delen mot reguljära arbetsmarknaden.

Det återstår ett stort arbete att utveckla kvalitetssäkrade instrument för arbetsförmågebedömning. Vad som ska ingå i respektive typ av bedömning och hur man ska bedöma med tanke på ställningstagande till arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete samt försörjningsförmåga behöver klargöras och utvecklas ytterligare.

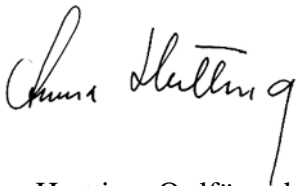
Utvecklingsarbetet bör grundas i tvärdisciplinär samverkan med tillgång till såväl läkarkompetens som, sjukgymnast-, psykolog- och arbetsterapikompetenser. Detta ska gälla för utveckling av både generella och diagnosspecifika instrument.



För att med tillfredsställande rättssäkerhet klara uppdraget att bedöma arbetsförmåga behövs specificerad och fördjupad utbildning för alla involverade professioner, inkl sjukgymnastkåren. Vidare behöver kunskaperna om arbetslivets förutsättningar och kravbild stärkas, för både nu yrkesverksamma och studenter i grundutbildningen. Härvidlag finns många samverkansvinster att uppnå .

Utredningens slutsats att Försäkringskassan ska ha uppdraget och expertis för bedömning av arbetsförmåga, medicinska förutsättningar för arbete liksom försörjningsförmåga kan vara bra. Det skulle särskilt kunna övervägas när det gäller bedömningar mot hela arbetsmarknaden. Vi vill även påpeka att Arbetsförmedlingen bör vara med och ta ansvar för de delar i den komplicerade kedja som rör samspelet mellan individ och arbetsmarknad. En av de goda idéerna bakom Rehabkedjan var att Arbetsförmedlingen skulle få en större betydelse i helheten.

Då arbetsförmåga ska bedömas och relateras till specifika arbetsuppgifter kan däremot första linjens hälso- och sjukvård alternativt företagshälsovård vara att föredra då de kan ha större möjligheter att ha kännedom om de lokala förhållandena.



Anna Hertting, Ordförande

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund

