



Svenska Läkaresällskapet

2010-10-25

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Remissvar med anledning av Gränslandet mellan sjukdom och arbete (SOU 2009:89)

(Dnr S2009/8444/SF)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation, som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård med patientens bästa för ögonen.

Efter hörande av sektionerna för medicinsk genetik, reumatologi, socialmedicin samt SLS delegation för medicinsk etik vill SLS avge följande synpunkter.

Uppdraget innebar att göra en inventering av metoder för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga, beskriva och analysera begreppet arbetsförmåga liksom begreppet sjukdom ur sjukförsäkringens perspektiv.

Utredningen om arbetsförmåga utgör ett välkommet tillskott i den serie av statliga utredningar som genomförts under det senaste decenniet inom socialförsäkringsområdet.

Arbetsförmåga är ett kärnbegrepp i lagstiftningen kring sjukförsäkringen och en genomgång av begreppets innehåll och avgränsningar är betydelsefullt för såväl lagstiftning som tillämpning av densamma. Avgörande för en fungerande försäkring är att FK och läkare har samma begreppsram. Av utredningens slutbetänkande och dess delbetänkande framgår tydligt att begreppet är svårt att avgränsa på ett enkelt sätt. Inledningsvis i utredningen diskuteras att begreppet är flerdimensionellt. Arbetsförmåga uppstår i ett samspel mellan arbetsuppgiften, arbetsmiljön och individen. I utredningen formuleras detta på följande sätt: ”*Arbetsförmåga* uppstår när en *bestämd individ utför specifika arbetsuppgifter i en specifik miljö*. Arbetsförmåga är alltså relationellt och situationsberoende”. SLS understryker vikten av att behålla och vidareutveckla det perspektivet. Arbetsförmåga är inte en individuell egenskap; den är alltid resultatet av ett samspel mellan uppgift, miljö och individ. Utredningen visar på flera övertygande sätt att detta är fallet och det finns omfattande forskning som stöder

synsättet. Det innebär att arbetsförmåga kan förbättras på flera olika sätt genom anpassning eller förändring av arbetsuppgift eller arbetsmiljö. I sammanhanget kan det vara relevant att påpeka att arbetsmiljö består av fysiska, kemiska och psykosociala aspekter. Ett flertal studier har visat att risken för sjukfrånvaro ökar om arbetsmiljön utmärks av låg kontroll, dåligt ledarskap, svagt socialt stöd på arbetet m m. Ett effektivt sätt att förbättra arbetsförmåga kan alltså vara att göra insatser på arbetsplatsen.

SLS viktigaste kritik mot utredningen är att trots det övertygande resonemanget om att arbetsförmåga uppstår i ett samspel övergår såväl resonemang som förslag till ett alltmer individuellt synsätt. Detta illustrerar bland annat DFA-kedjan som genomgående använder individrelaterade begrepp: diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Den flerdimensionella och relationella arbetsförmågan övergår till att beskrivas som en individuell, ganska stabil egenskap som enskilda individer är bärare av. Det är självklart så att individegenskaper är en del av samspelet mellan uppgift och miljö, men att helt lägga ansvaret på individen för att skapa och upprätthålla en god arbetsförmåga vid sjukdom, symptom eller skada ligger inte i linje vare sig med utredningens egna litteraturgenomgångar av hur begreppet definieras eller med den forskning som finns inom området. Ett exempel på denna övergång från ett flerdimensionellt till individuellt begrepp är följande citat: "För att rättssäkert och enhetligt kunna bedöma medicinska förutsättningar för arbete föreslår vi att ett *instrument* utvecklas, dvs ett protokoll som beskriver vilka aktivitetsbegränsningar individen drabbats av och vilka gränser som ska gälla för att en person inte ska anses ha förutsättningar att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden". SLS är kritiskt mot att inget av förslagen handlar om hur arbetsgivare kan bidra till en god matchning mellan individ och uppgift samt ett generellt arbete för att skapa arbetsmiljöer som främjar hållbar arbetshälsa.

Det är angeläget att man på olika sätt kan stärka individens egna resurser att hitta sin väg tillbaka till egen försörjning. Samtidigt måste den som drabbas av sjukdom eller skada så att arbetsförmågan nedsätts eller förloras ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Hur begreppen sjukdom, funktionsnedsättning och arbetsförmåga ska förstås blir då av avgörande betydelse. Dessa definitioner blir också avgörande för den DFA-modell man utvecklat (Diagnos, sjukdom, symptom/Funktionsnedsättning/Aktivitetsnedsättning) 6. SLS är kritisk mot hur utredningen väljer att definiera sjukdom och menar att detta får olyckliga konsekvenser ur en rad perspektiv.

Utgångspunkten anges vara att arbetsförmågebegreppet ska vila på en " *medicinskt renodlad bild*" där sjukdom, och ingenting annat, ska vara grund för sjukskrivningen. Man beskriver därefter det "moderna samhällets sjukdomsbegrepp". Man presenterar de engelska begreppen disease, illness och sickness, men utan att se deras möjliga värde i detta sammanhang. I denna relativt omfattande litteraturgenomgång, diskuteras i övrigt, i första hand, olika syn på begreppet hälsa. Man citerar en rad filosofer t ex Lennart Nordenfeldt och Borse, liksom hur humanistiska inriktningar distanserar sig från att enbart se till organfunktion, utan snarare ser hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. I detta sammanhang citeras Katie Eriksson men utan att ta med hennes klassiska modell som tydliggör att hälsan är tvådimensionell dvs tydliggör att den som är sjuk kan må bra, och den som inte har diagnostiserbar sjukdom ändå kan må dåligt.

De modeller av hälsobegreppet som beskrivs är ofullständiga och innefattar enbart möjligheten att hälsa och sjukdom är ställda i relation till varandra, inte att sjukdom är del i hälsan.

WHO's hälsodefinition, som kort berörs, beskriver just denna tvådimensionella modell. Man avfärdar den med en, inte oomstridd, kritik i att denna skulle vara oanvändbar. WHO's hälsodefinition har visat sig vara synnerligen värdefull för att kunna precisera ett sammansatt hälsobegrepp, den används som grunden för vårt nationella mål om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Den är också utgångspunkten för Socialstyrelsens hälsodefinition som är "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada". I den förklarande texten i Socialstyrelsens termbank anges att hälsobegreppet omfattar två dimensioner, en professionellt bedömd dimension och en självskattad dimension relaterad till egen förmåga. Eftersom man återkommande beskriver att den medicinska professionen ska avgöra om skäl föreligger för sjukskrivning, är det rimligt att den definition som ges av denna professions tillsynsmyndighet används.

Paradoxalt nog stämmer just denna definition, som man först avvisar, mycket väl med en rad av återkommande skrivningar och argument. Utredarna kritiserar det biomedicinska paradigmet "som söker sin legitimitet i naturvetenskaperna, problematiserar "normalitetsbegreppet" och synen på kroppen som ett maskineri, beskriver hur detta synsätt har mobiliserat motstånd och beskriver därefter att "det är uppenbart att kropp och själ samspelar". Emellertid övergår denna diskussion till en omfattande diskussion som huvudsakligen diskuterar faran av "sociala konstruktioner av sjukdom" och medikaliseringsprocesser.

Det är anmärkningsvärt att man inte alls berör modern kunskap om bio-psyko-sociala förklaringsmodeller och den omfattande forskning kring om psykoneuroimmunologi som visar att den självskattade hälsan är en lika viktig prognostisk faktor för prognos som läkares sjukdomsbedömning, eller hur hopp och framtidstro påverkar kroppens skyddssystem och därmed förmåga till läkning av sjukdom. Denna kunskap har fundamental betydelse på hur man kan se på en rehabiliteringsprocess som skapar möjligheter till läkning. Den innebär också att man inte kan särskilja en "ren sjukdom" och isolera den från individens övriga situation. Detta gäller de flesta sjukdomstillstånd, t ex en rad ärftliga sjukdomar där diagnos ställs enligt definierade kriterier, men där diagnosen i sig säger förhållandevis lite om graden av arbetsförmåga hos patienten.

Verkligheten är att individens psykosociala förutsättningar är avgörande för i vad mån samma sjukdomsgrad påverkar individens funktionsförmåga och, i nästa steg, arbetsförmåga. Denna bedömning kan inte "objektifieras" eller standardiseras.

Utredningens ambition att "renodla" sjukdom från upplevelse blir därmed inte bara ologisk i förhållande till aktuell kunskap, utan riskerar dessutom att bli destruktiv vad gäller konsekvenser och tillämpning av lagens text. Alltför snäva tidsgränser riskerar att stjälpa läkningsprocessen.

Grundfrågan blir hur man kan använda sjukskrivningsprocessen för att mobilisera individens resurser och stärka läkningsprocessen. Bedömningen av patientens förmåga, i ett helhetsperspektiv, känner den behandlande läkaren bäst.

SLS instämmer i den närmast självklara slutsatsen att hälso- och sjukvården samt läkarna har en nyckelroll vid bedömningarna. Utredningens förslag innebär dock att tyngdpunkten i bedömningarna i icke oväsentlig utsträckning flyttas från de medicinska bedömningarna till mer försäkringstekniskt betonade bedömningar. Hur sådana avvägningar görs är ytterst en fråga för lagstiftaren, men SLS ser en fara i att de även kan komma att påverka de medicinska insatser som görs för patienten.

Förslaget att den försäkrade ska få direktkontakt med FK handläggaren är bra men förutsätter att denne har en korrekt kompetens och den medicinska kompetensen inom FK måste stärkas.

Utredningen uttrycker stor tillit till att ett protokoll ska kunna tas fram och kalibreras så väl att det ska kunna användas för bedömning av enskilda individers rätt till ersättning vid nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada. Utvecklingen av ett instrument som beskriver aktivitetsbegränsningar är en svår uppgift. I praktiken är variationen av kombinationer av sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning närmast oändlig. SLS vill påpeka svårigheterna med att, i ett sådant instrument, kunna ta hänsyn till att en individ inte sällan har mer än en medicinsk orsak till sin nedsatt arbetsförmåga och att det i sin tur medför en mycket stor variation av aktivitetsbegränsningar (olika rörelseinskränkningar kombinerat med olika funktionsnedsättningar i sinnesorgan kombinerat med olika inskränkningar i fysisk kondition/hjärt-lungproblem kombinerat med olika kognitiva funktionsnedsättningar etc.). En alltför stor tilltro till instrumentets objektiva förmåga att ange en definitiv och objektiv aktivitetsbegränsning kan ge icke önskade, negativa konsekvenser för enskilda individer. Inte minst utifrån att det anges att ”180-dagars-prövningen är en standardiserad prövning där alla förutsätts lida samma skada av en viss aktivitetsbegränsning”.

Ett bättre sätt att ta sig an uppgiften att stödja individers återgång i arbete vore att tidigt arbeta med logistik (se nedan) och erbjuda en kompetent och erfaren vägledare av något slag till såväl individ, läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, arbetsgivare och handläggare. Vägledaren bör inte vara intressent i någon av verksamheterna då detta ofta försvårar samverkan. Vägledaren skulle kunna ha sin hemvist inom FK eller HoS men fristående från själva rehabiliteringen. Alternativet till en sådan profession skulle vara att utveckla ett instrument eller protokoll, som fokuserar på hela processens kvalitet – inte bara individens.

I den nya sjukförsäkringen ska möjligheten till omplacering på den egna arbetsplatsen utredas och prövas efter de första tre månaderna av ett sjukfall. Om man inte lyckas ska den sjukskrivne söka arbete på den öppna arbetsmarknaden. För en smidig övergång ska stöd ges till den enskilde från arbetsförmedlingen. SLS är tveksamma till dessa tidsgränser.

Vid en rad tillstånd är såväl tre som sex månader en kort tid för att rätt kunna bedöma framtida förmåga i relation till sjukdomen eller skadan. Det är inte enkelt att finna rimliga och relevanta tidsgränser. Det är naturligtvis centralt att tidigt planera för återgång till arbete för att undvika passiva sjukskrivningsperioder.

Emellertid finns det i praktiken en rad brister i logistiken inom hälso- och sjukvården och i samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer såsom Försäkringskassa och Arbetsförmedling. Hälso- och sjukvården är den av aktörerna som tidigast träffar individen och ett mer systematiskt arbete med att utvärdera arbetsförmåga dvs samspelet mellan individen (inklusive individens hälsotillstånd), arbetsuppgiften och arbetsmiljön skulle vara värdefullt för att stödja möjligheten att återgå i det ordinarie arbetet. Om kompetensen inom sjukvården saknas, om logistiken inte fungerar med fördröjda utredningar och behandlingar som följd och om samverkan saknas kan brister i hälso- och sjukvårdens och övriga aktörers organisation och arbetssätt sätta stark press på individen.

SLS är kritisk till de mycket fasta tidsgränserna och menar att, i synnerhet, sexmånadersgränsen är snävt satt.

SLS vill också betona vikten av att läkaren i det medicinska underlaget kan beskriva alla relevanta fakta på ett nyanserat sätt. Utlåtandemallar/ intygsblanketter måste utformas så att detta är möjligt.

SLS välkomnar förslaget att försäkringens regelverk förtydligas med avseende på den grad av aktivitetsbegränsning som ska krävas för att sjukskrivning ska bli aktuell. Med utgångspunkt från regelverket kan den medicinska professionen på ett mer effektivt sätt göra bedömningen av om den medicinska nedsättningen av arbetsförmågan är av den omfattning som krävs för sjukskrivning.

Detta stämmer väl överens med de i Helsingforsdeklarationen uttalade läkaretiska principerna att ”patientens hälsa skall vara min (läkarens) främsta uppgift” och ”läkaren skall handla uteslutande i patientens intresse vid vårdinsatser som kan försvaga patientens fysiska eller psykiska tillstånd”. Läkarens ansvar stannar hos den enskilde patienten, ansvaret för de samhällsekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag är politiskt.

I kommittédirektivet anges särskilt att: ”Försäkringsmedicinska, medicinska, ekonomiska, rättsliga **och etiska** aspekter bör beaktas i utredningen och de föreslagna metodernas vetenskapliga förankring bör säkerställas.” Mot bakgrund av detta direktiv anser SLS det mycket **anmärkningsvärt och ytterst beklagligt att de etiska aspekterna överhuvudtaget inte behandlas i betänkandet.**

De frågor som berörs i betänkandet har utan tvekan starka etiska aspekter som inte kan förbigås i sammanhanget.

SLS vill också poängtera vikten av

- att lagstiftningen stöder den enskilda medborgaren att återta ett liv i hälsa snarare än att bidra till oro för framtiden – både ekonomisk oro och annan oro.
- att utvärdera effekterna av de pågående förändringarna i sjukförsäkringen och att utvärderingarna genomförs av oberoende utvärderare.

Betänkandet innehåller såväl förslag i principiella frågor som i detaljfrågor. Några av dessa senare vill SLS särskilt kommentera:

SLS menar att både sorg- och graviditetsrelaterade besvär borde kunna rymmas inom sjukförsäkringen, med möjlighet till förlängd frånvaro vid behov.

SLS anser också att det behövs en diskussion om vilka som i detta fall ska anses som närstående. Exempelvis kan även mor- och farföräldrar, ”bonusföräldrar” och fosterföräldrar med fog betraktas som närstående vid ett barns död. SLS anser också att en ”normal” sorgprocess, dvs utan patologiska inslag men med kraftigt nedsatt arbetsförmåga till följd av exempelvis kognitiva störningar, kan vara mer än tio dagar. Det gäller inte minst när föräldrar mister ett litet/ungt barn. Det är viktigt att så snart det är möjligt återgå till vardagliga rutiner och arbete, men det är inte alltid möjligt inom tio dagar. Reglerna bör utformas så att enskilda personer som redan är i en svår situation inte nekas det stöd de behöver.

SLS förutsätter också att kvinnans rätt till ersättning vid aktivitetsnedsättning orsakad av medicinska följder av en i sig normal graviditet jämförs med samma aktivitetsnedsättning orsakad av sjukdom eller skada.

SLS instämmer, i gällande förslag avseende "Rätten till ersättning i form av sjuklön och sjukpenning vid plastikkirurgiska operationer endast ska omfatta rekonstruktiv kirurgi orsakad av medfödda deformiteter, utvecklingsrubbnings, trauma, infektion eller sjukdom." men önskar ett förtydligande gällande ersättning vid aktivitetsbegränsning vid eventuella komplikationer efter kirurgin (ex vis narkoskomplikationer, långdragna sårinfektioner, trombosor m m).

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 25 oktober 2010



Margareta Troein Töllborn
Ordförande

Margareta Kristenson
Ordförande sektionen för socialmedicin