

Bedömning av arbetsförmåga

- ett dilemma för rehabiliteringsaktörerna

Gunnel Hensing

Bedömning av arbetsförmåga lyfts fram som ett centralt forskningsområde inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Sjuk- och rehabiliteringsprocessen beskrivs som ett kontinuum av pågående intentioner, aktioner och relationer inom och mellan rehabiliteringsaktörerna. Läkares och försäkringskassans handläggares erfarenheter av problem i rehabiliteringsarbetet redovisas. Båda yrkesgrupperna beskriver bedömning av arbetsförmåga som problematisk pga bristande kännedom om patientens sjukdom och funktionsförmåga och arbetslivets krav. Strukturella hinder som hög arbetslöshet och höga krav inom arbetsmarknaden beskrevs också.

Gunnel Hensing är med dr och lärare i Socialmedicin och folkhälsovetenskap vid Hälsouniversitetet i Linköping.

Bedömning av arbetsförmåga kommer att vara ett centralt område i forskningen kring arbetslivsinriktad rehabilitering, mot bakgrund dels av att det är ett återkommande problem i klinisk verksamhet och vid tillämpningen av sjukförsäkringen, dels av att det finns mycket lite vetenskaplig kunskap inom området (1-3). Rätten till ersättning från sjukförsäkringen baseras på en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan (4). Kopplingen till sjukdom har betonats i de senaste utredningarna rörande socialförsäkringen i vilka man också har tydliggjort att grunden är ett medicinskt sjukdomsbegrepp (5, 6). Sjukpenning kan alltså inte erhållas om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sociala, ekonomiska, existentiella eller arbetsmarknadsmässiga skäl. Sjukdomsbegreppet inom socialförsäkringen har blivit omdiskuterat, då det nuvarande synsättet uppfattas som snävt och i strid med en helhetssyn på människan, vilket är ett perspektiv som i allt högre grad genomsyrar hälso- och sjukvårdens syn på sjukdom och ohälsa. Behovet av att tydliggöra, att det är medicinska orsaker till

nedsättningen av arbetsförmågan som ska kompenseras av sjukförsäkringen, utgår från lagstiftarens ambition att renodla de olika ersättningssystemen (5). Arbetslöshet ska ersättas av arbetslöshetsförsäkringar, sociala och ekonomiska problem ska kompenseras via socialbidraget och inkomstbortfall som en följd av sjukdom ska ersättas via sjukförsäkringen. Ur ett administrativt (och rent logiskt) perspektiv är ansatsen ändamålsenlig. Ur individens perspektiv är logiken mindre tydlig. Gränserna mellan social, existentiell och medicinsk nedsättning av arbetsförmågan är troligen godtyckliga, åtminstone fram till dess att man behöver ta emot ekonomisk ersättning. Det svenska välfärdssystemet bygger på en tradition, där det är "finare" att vara sjuk än att vara fattig. Medicinsk nedsättning av arbetsförmågan kompenseras med en mer generös ersättning och med mindre social kontroll än den sociala nedsättningen av arbetsförmågan. Sjukdomsbegreppet och dess innebörd har diskuterats inom ramen för medicinsk, sociologisk, antropologisk och filosofisk forskning samt också i relation till socialförsäkringen (7-12).

Till skillnad från sjukdomsbegreppet har begreppet arbetsförmåga i mycket liten utsträckning problematiserats i forskningssammanhang (13). Inom arbetslivsinriktad rehabilitering kan arbetsförmåga ses som relaterat till sjukdom (inklusive störning, skada) och funktionsförmåga. Sjukdomens symptom påverkar individer på flera sätt, men bland annat genom att påverka den fysiska, psykiska och/eller sociala funktionsförmågan. I medicinsk rehabilitering tränas dessa funktioner, så att förmågan blir optimal i relation till sjukdomen. Det är när individen återvänder till arbetet, tillfrisknad från sjukdomen eller väl medicinerad

Till skillnad från sjukdomsbegreppet har begreppet arbetsförmåga i mycket liten utsträckning problematiserats i forskningssammanhang

och med sin optimala funktionsförmåga, som arbetsförmågan prövas. En rad faktorer utöver individens hälsoläge och funktionsförmåga påverkar arbetsförmågan. Arbetsuppgifter, arbetstempo, det psykosociala klimatet på arbetsplatsen och familjesituationen är några exempel (10, 11, 14). Inom ramen för en individs sjukskrivning kan alltså rymmas

- den medicinska utredningen, diagnosticering och behandling,

- utredning, bedömning och träning av fysisk, psykisk och social funktionsförmåga samt slutligen

- en värdering av hur sjukdom och funktionsförmåga kan påverkas av en specifik arbetssituation (1, 2).

Sjuk- och rehabiliteringsprocessen

Sjuk- och rehabiliteringsprocessen kan beskrivas som ett kontinuum av pågående intentioner, aktioner och relationer inom och mellan rehabiliteringsaktörerna. I fokus står den enskilda individens hälsoproblem, funktions- och arbetsförmåga. Rehabiliteringsaktörer är i första hand den enskilda individen, hälso- och sjukvården, försäkringskassan och arbetsgivaren (15). Andra aktörer som kan vara inblandade är t ex arbetsmarknadsmyndigheten och socialtjänsten. Termen aktörer reserveras för de parter, som har att genomföra åtgärder för att processen ska kunna fortgå. Det finns andra parter, vilka kan karaktäriseras som intressenter, då de har ett intresse av hur sjuk- och rehabiliteringsprocessen fortskrider men inte är aktivt inblandade (åtminstone inte i den offentliga delen). Individens familj eller familjesituation är en sådan part, vilken ofta helt och tämligen oreflekterat utesluts ur rehabiliteringsarbetet, trots en troligen stor betydelse för dess genomförande. I den brittiska Whitehall-II-studien fann man tex att anställda med bra emotionellt stöd från en närstående person utanför arbetet hade längre sjukskrivningstider än andra (16). Detta något oväntade fynd tolkades som att personer med ett gott emotionellt stöd i sitt privata nätverk, uppmuntrades att "tänka på sin hälsa" i första hand och stanna hemma tills man var helt frisk. Denna tolkning ligger i linje med en mer övergripande förklaringsmodell, den sk "push and pull"-modellen, där sjukfrånvaro förklaras med positiva och negativa faktorer i hem- respektive arbetsmiljön (17). Gott socialt stöd på arbetet i kombination med självständiga arbetsuppgifter skulle kunna förklara närvaro på jobbet, medan dess motsats kan förklara frånvaro.

Inom ramen för sjuk- och rehabiliteringsprocessen

fattas en rad beslut. Vanligen är det första beslutet i den här processen den enskilda individens bedömning av sin hälsa och sin arbetsförmåga (15). För den första veckans sjukskrivning är en egenvärdering av hälsoläget och arbetsförmågan tillräcklig och när en yrkesverksam individ känner sig sjuk, måste han eller hon bestämma sig för om det är en sjukdom man har drabbats av och om denna innebär en nedsättning av arbetsförmågan. Hur det här beslutsfattandet går till har inte varit föremål för forskning, men troligen gör individen en bedömning av symtomen, där mer eller mindre objektiva mått används. Om det finns fler i hushållet, diskuterar man kanske med övriga för att få ytterligare underlag till sitt beslut. Parallellt med dessa funderingar över den egna hälsan sker ett ställningstagande till om hälsoproblemen nedsätter arbetsförmågan eller inte (15). Den bedömningen måste alltid göras i relation till arbetssituationen och samma symptom kan därför leda till helt olika beslut beroende på vilken typ av arbete individen har. En liknande beslutsprocess genomförs i nästa steg av läkaren och av tjänstemän inom försäkringskassan (1, 2). I två studier genomförda i Östergötland har läkare och handläggare vid försäkringskassan beskrivit vilka problem man upplever i sitt dagliga arbete i reaktion till respektive uppgift inom sjuk- och rehabiliteringsprocessen (1, 2, 18, 19).

Erfarenheter av sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden ur läkar- och handläggarperspektivet

I den första studien, som genomfördes 1994, inkluderades samtliga specialistkompetenta allmänläkare (N=110), psykiatriker (N=31) samt privatläkare (N=29) i Östergötland. 125 (74%) besvarade enkäten. I den andra studien, som genomfördes 1995, inkluderades samtliga handläggare som arbetar med sjukskrivnings- och/eller rehabiliteringsärenden inom Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Av de 202 personer, som ingick i studiepopulationen, besvarade 137 (68%) enkäten.

Studierna genomfördes med hjälp av semi-kvalitativa enkäter, vilket innebar att både öppna och slutna frågor ingick (1, 2). Den teoretiska och metodologiska utgångspunkten för studierna var den sk "critical incident"-tekniken, vilken utvecklades för studier av erfarna yrkesutövares dagliga arbete (20). Genom att den professionelle beskriver det senaste tillfället, då han eller hon upplevde ett problem i sin yrkesutöv-

ning i relation till ett specifikt område, erhåller man en uppsättning skiftande problem både avseende innehåll och svårighetsgrad. Den centrala frågan i båda enkäterna var därför:

"Redogör för det senaste tillfället då du upplevde ett problem i samband med handläggningen av ett sjukskrivnings- eller rehabiliteringsärendet."

Följdfrågorna belyser vilka konsekvenser problemet fick, vilka åtgärder som vidtogs för att hantera det samt vilka förslag den professionelle har för att förebygga problemet i framtiden.

Rapporterade problem

Läkarna rapporterade problem inom dels det medicinska, dels det försäkringsrelaterade området (1, 18). Till det medicinska hänförs problem med anamnestagning, diagnostisering och "compliance" och till det försäkringsrelaterade problem med att bedöma och gradera arbetsförmågan, bestämma sjukskrivningens längd och regeltolkning.

Av särskilt intresse i den här artikeln är bedömning och gradering av arbetsförmågan, vilket var det problem som flest läkare rapporterade. Problemen gällde tex situationer där patienten hade lindriga symptom, men ändå önskade sjukskrivning. Läkarna tvekade kring graden av arbetsförmåga och bedömde att det fanns en restarbetsförmåga, men att patienten i första hand önskade hel sjukskrivning. En distriktsläkare rapporterade ett fall där en ung kvinna med två barn önskade sjukskrivning för symtom, som hon haft tidigare och då kunde fortsätta arbeta (1). Han var nu tveksam till om hennes arbetsförmåga verkligen var nedsatt och om det var medicinska skäl till nedsättningen. Andra mer strukturella problem i relation till bedömning av arbetsförmåga rapporterades också. Ofta sammanhängde dessa problem med arbetslösa patienter, där läkarna hade svårt att veta till vilken arbetssituation arbetsförmågan skulle relateras. De upplevde vidare en uppgivenhet inför långtidssjukskrivna arbetslösa, där alternativen till sjukskrivning var socialbidrag. Sammanfattningsvis framkom i studien svårigheter i bedömningen av arbetsförmåga som en konsekvens av

- oklarheter både avseende patientens sjukdom och funktionsförmåga,
- okunskap om arbetslivet och vilka krav olika yrken ställer samt
- strukturella problem som arbetslöshet och dåligt samarbete mellan myndigheter.

Försäkringskassans handläggare rapporterade att samarbetssvårigheter mellan olika myndigheter var ett återkommande problem. Svårigheterna kunde bero på att myndigheterna hade skilda mål och rutiner, men också på problem av mer avgränsad karaktär där det vanligaste var ofullständigt eller felaktigt ifyllda läkarintyg (2, 19). Kassans interna rutiner eller brister i socialförsäkringens regelverk uppgavs också medföra problem. Slutligen rapporterade man om problem i relation till klientarbetet, där bedömning av arbetsförmåga och bristande motivation hos den försäkrade var de vanligaste. Handläggarnas arbete påverkas i hög grad av andra rehabiliteringsaktörers åtgärder och inte minst bedömningar. Handläggarna baserar sitt beslut om rätt till sjukpenning på en medicinsk utredning som intygsskrivande läkare har gjort (19). Här skiljer sig handläggarnas arbete från tex socialsekreterarnas. De senare gör själva den utredning, som ligger till grund för utbetalningen av socialbidraget.

De problem handläggarna rapporterade i samband med bedömningen av arbetsförmågan sammanhänge bla med att man ansåg att läkarna alltför ofta vägrade in sociala skäl i sin bedömning av patienternas arbetsförmåga (19). Läkarintygen innehöll ofta diffusa diagnoser, där man anade att vantrivsel eller samarbetsproblem på arbetet låg till grund för nedsättningen av arbetsförmågan. Handläggarna önskade en mer strikt medicinsk bedömning från läkarnas sida. Precis som läkarna upplevde handläggarna den förändrade arbetsmarknaden med hög arbetslöshet och höga krav på de yrkesverksamma, som en svårighet i rehabiliteringsarbetet (2). Arbetsmarknadsläget bidrog till att svårigheterna att hitta nya, mer lämpliga arbeten ökade. I högre utsträckning än läkarna rapporterade handläggarna om bristande motivation hos sina klienter, som en bidragande orsak till den nedsatta arbetsförmågan. Klienter sak-

Handläggarna önskade en mer strikt medicinsk bedömning från läkarnas sida

Arbetsgivaren förekom något oftare i handläggarnas enkätsvar, men var i stort sätt frånvarande i läkarnas enkäter

nade egna idéer om inriktning på arbete eller utbildning. Den bristande motivationen beskrevs ibland av handläggarna som en följd av att man redan gjort otaliga rehabiliteringsförsök, vilka lett till att både klienten och handläggarna tappat tron på att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle lyckas. Andra gånger fanns emellertid en underton av missstanke mot klienten, där man ifrågasatte om vederbörande verkligen ville jobba (2). Sammanfattningsvis framkom i studien svårigheter för handläggare att bedöma klientens arbetsförmåga som en följd av

- bristande underlag (tex läkarintyg) från andra rehabiliteringsaktörer och därmed för dålig kunskap om klientens sjukdom, funktionsförmåga och arbetsförmåga;
- låg motivation hos klienten att pröva olika utbildnings- eller arbetsträningsinsatser för att där få en uppfattning om sin arbetsförmåga;
- strukturella hinder som en följd av situationen på arbetsmarknaden.

Gemensamt för båda studierna var att man i mycket liten utsträckning hänvisade till arbetsgivaren vare sig som en samarbetspartner i rehabiliteringen eller som ett hinder eller stöd för patienten/klienten i dennes återgång till arbetet (1, 2). Arbetsgivaren förekom något oftare i handläggarnas enkätsvar, men var i stort sett frånvarande i läkarnas enkäter. Detta speglar troligen praxis och utgör ytterligare ett intressant fält för framtida forskning inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Koppling mellan teori och praktik

Inom medicinsk forskning finns en mycket stark tradition, som innebär en nära koppling mellan teori och praktik. De ovan refererade studierna utgör ett första steg mot en liknande anknytning mellan rehabiliteringsaktörerna, deras professionella kunskapsområde och forskningen om arbetslivsinriktad rehabilitering. I de kvalitativt inriktade studierna lyssnar vi till de professionellas "röster", dvs en blandning av deras kunskapsfält, människosyn och individuella särart (21). Traditionellt finns omfattande forskning om läkarens praktik både avseende konsultation, kommu-

nikation mm. Handläggarnas erfarenheter är i mycket mindre utsträckning beskriven, vilket också innebär en mindre grad av självreflexion kring den egna personen som arbetsinstrument (2). Fokus har istället varit den administrativa uppgiften dvs en så korrekt tillämpning av regelverket som möjligt. De senaste årens förändrade innehåll i socialförsäkringen och kassans ansvar som samordnare i rehabiliteringen har ökat behovet av kunskap om mänsklig interaktion i institutionella miljöer och den egna rollen som "gräsrotsbyråkrat" (2, 22).

Avslutande kommentarer

Arbetslivsinriktad rehabilitering är ett forskningsområde under utveckling. I den här artikeln har några centrala begrepp fokuserats, där ytterligare avgränsning är av vikt för att utveckla ett gemensamt språk i den fortsatta forskningen. Erfarenheter av bedömning av arbetsförmåga från två centrala yrkesgrupper, läkare och försäkringskassans handläggare, har redovisats och diskuterats. Arbetsförmåga identifieras därmed som ett nyckelområde i sjuk- och rehabiliteringsprocessens teori och praktik. För den teoretiska utvecklingen inom området behövs en tvärdisciplinär ansats med såväl individ-, nätverks-, organisations och samhällsperspektiv.

REFERENSER

1. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K: Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *European Journal of Public Health* 1995;5:215-219.
2. Hensing G, Timpka T, Alexanderson K: Dilemmas in the Daily Work of Social Insurance Officers. *Scand J of Social Welfare* 1997;6:301-309.
5. SOU. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Stockholm; Fritzes, 1996.
6. SOU. Ohälsöförsäkringen - Trygghet och aktivitet. Stockholm: Fritzes, 1997.
12. Brage S, Håland-Haldorsen E, Strømme-Johannessen T, Ursin H, Tellnes G : The use of case histories to explore concepts of disease, illness and sickness certification. *Family Practice* 1995;12:1-9.
16. Rael EGS, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M: Sickness absence the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:474-481.
20. Flanagan J: The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* 1954(51):327-58.

Fullständig referenslista kan erhållas hos författaren.