

"Dold" arbetsmarknadspensionering

Harald Sanne

Det kan finnas en benägenhet att låta ålder, arbetstillgång och icke-medicinska faktorer påverka pensionsbedömningar under 60 års ålder. Man kan diskutera i vilken utsträckning dessa får påverka förtidspensionering. Arbetsförmåga och rehabiliterbarhet är utpräglat multifaktoriella begrepp – begrepp som inte är teoretiska utan måste sättas in i sitt praktiska sammanhang. Sjukskrivning kan leda till lång arbetsfrånvaro och utgöra ett incitament till utslagning. Sjukvård och medicinsk rehabilitering har ett stort ansvar att begränsa sådan utslagning.

Harald Sanne är överläkare vid Medicinska rehabiliteringskliniken I, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Återanpassning till arbete är en väsentlig målsättning för verksamheten vid medicinska rehabiliteringskliniker. Dels gäller detta patienter, som genom träning i olika former kan förbättras, dels tar man även hand om patienter med statiska, opåverkbara funktionsnedsättningar. Komplexa bedömningsfall utreds för att avgöra möjligheter till förvärvsarbete eller rätten till förtidspension.

Andelen patienter över 60 års ålder med arbetsåtergång som målsättning är däremot mycket liten och någon form av "öppen" arbetsmarknadspensionering, sysslar man inte med. Däremot är en "dold" form redan före 60 års ålder tänkbar, varvid icke-medicinska utslagningsfaktorer såsom arbetslöshet kan ha betydelse.

En tredjedel av de patienter som remitterades för arbetsåteranpassning 1981 vid Sahlgrenska sjukhusets Medicinska rehabiliteringsklinik, var arbetslösa. Det är ca 30% mer än den genomsnittliga arbetslösheten i samhället. (Tyvärr finns ej motsva-

rande statistik tillgänglig för ett år med bättre arbetsmarknad). Man kan förledas tro att dessa patienters primära arbetshinder är arbetslöshet och att de tryggar sin försörjning genom sjukskrivning. I *enstaka fall* ser vi också patienter som har genomgått ihärdiga arbetsvårdsförsök, tex arbetsmarknadsinstitut och/eller omskolning, utan att detta lett till arbete och att man genom remittering till rehabiliteringsklinik hoppas kunna hjälpa patienten att lösa sitt problem. Det vill säga patienten har en påvisad arbetsförmåga, men man har ej lyckats med arbetsansaffning. För detta fåtal patienter, kan man tala om medikaliserad arbetslöshet.

Fördröjd rehabilitering

Patienter vid rehabiliteringskliniker kan i stort indelas i 2 grupper. Den ena består av patienter som tidigare varit friska och fungerat i arbete och socialt i övrigt, men som genom en sjukdom eller skada fått en arbetshindrande funktionsnedsättning, tex vid hjärnblödning, infarkt eller trafikolycksfall. Remiss till rehabiliteringsklinik blir för dessa patienter en *omedelbar* åtgärd, eftersom behovet av rehabiliterande åtgärder är uppenbart. Den andra gruppen utgöres av patienter, som utmärkes av resursvaghet av olika slag. De är lågutbildade, har okvalificerat arbete, personlighetsavvikelser, sociala störningar och ofta en hög sjukvårdskonsumtion och sjukfrånvaro registrerad sedan flera år tidigare. Därtill kommer sjukdomssymtom av olika slag, ofta multipla och med varierande relevans för arbets-

En tredjedel av rehabiliteringspatienterna är arbetslösa.

Det finns en tendens att reagera med hopplöshetskänsla och resignation: "När inte friska får jobb – hur skall då partiellt arbetsföra kunna få det?"

om friställning och dålig arbetstillgång. Alla befattningshavare som är involverade i yrkesinriktad rehabilitering påverkas av sådana faktorer. Det finns en tendens att reagera med hopplöshetskänsla och resignation: "när inte friska får jobb – hur skall då partiellt arbetsföra kunna få det?" Därtill kommer vetskap om fortlöpande strukturförändringar och ökande utbildningskrav i arbetslivet. Med säkerhet har arbetsmarknadsfaktorer en viss inverkan vid pensionering av enskilda patienter, även under 60 års ålder. Detta får också anses vara acceptabelt. Den som föreställer sig att arbetsförmåga går att gradera exakt och att medicinska faktorer går att särskilja från psykologiska och sociala med stringens, lever i en falsk värld. Bedömning av arbetsförmåga – pension innebär en *skattning* varvid en mängd faktorer integreras som underlag till ett beslut, där rimlighet och praktisk genomförbarhet måste finnas med.

Svårigheten att bedöma möjligheterna till arbetsåtergång framgår av en studie vid Rehabiliteringskliniken, Sahlgrenska sjukhuset. 4 läkare med 10–20 års erfarenhet av medicinsk rehabilitering, fick vid en första konsultundersökning försöka prognostisera patientens samlade rehabiliteringspotential och gradera ett dussintal tänkbara prognostiska variabler, såsom ålder, yrkeserfarenhet, social stabilitet, sjukskrivningsmönster, motivation, rigiditet-flexibilitet etc. Den preliminära prognosen graderades sålunda på en skala mellan "största sannolikhet för återgång i arbete" och "största sannolikhet för pension". Därefter intogs patienterna i dagvård för att mera ingående analysera såväl hinder som resurser och bestämma en rehabiliteringsplan med bestämd yrkesinriktning. Läkarna kunde inte förutsäga slutresultatet i fråga om arbete eller ej för dessa patienter. Inga av variablerna hade någon diskriminerande förmåga. Bedömningen av dessa patienter var alltså så svår att man i första hand måste utföra

en vidare utredning och funktionsanalys med hjälp av klinisk fysiologisk metodik, psykometri, simulerade arbetsuppgifter etc. Därutöver måste man i en del fall pröva i verkliga arbetssituationer innan man slutgiltigt kunde avgöra om återgång i arbete var möjligt eller ej.

De faktorer som avgör resultatet är dels många, dels "dolda" det vill säga svåra att urskilja, klarlägga och kvantifiera. Dessutom är framgångsrik rehabilitering stundom ett resultat av improvisation och tillfälligheter.

Arbetsförmåga – arbetstillgång

Arbetsmarknadssituationen får inte vara av avgörande betydelse vid pensionsbedömning under 60 års ålder. I praktiken tycks ej heller tillgången på arbete påverka resultatet vid Sahlgrenska sjukhusets rehabiliteringsklinik. Andelen patienter som bedöms arbetsförmögna och som rekommenderas arbete vid avslutad rehabilitering, har under 80-talet ökat jämfört med under senare delen av 70-talet. 1981 bedömdes 62 % av patienterna arbetsförmögna och i samma omfattning oavsett om de hade eller inte hade anställning. Andelen patienter som är i arbete ett år efter avslutad rehabilitering, har även ökat och var 1981 44 %. Dessa förändringar har skett utan att man under senare år kunnat notera någon minskning av arbetshindrande faktorer hos patienterna.

Dålig tillgång på arbete skall självfallet inte heller påverka valet mellan pensionering och försök till arbetsåteranpassning. Rehabiliteringsresurser är tillskapade för att hjälpa den funktionshämjade att forcera hinder. Ideologin är att handikappade skall ha samma rätt som friska till arbete. Om rehabiliteringshindret blir större genom dålig arbetstillgång, bör hjälpen och resurserna öka. En dålig arbetsmarknad får således inte leda till minskade rehabiliteringsansträngningar.

Om rehabiliteringshindret blir större genom dålig arbetstillgång, bör rehabiliteringsinsatserna ökas.

Varje sjukskrivning innebär en potentiell risk för utslagning, som ökar ju längre den varar.

Kan sjukvården förhindra utslagning

Sjukvården har ett stort ansvar för att begränsa utslagning. Man vet att en femtedel eller en fjärdedel av alla som är i förvärvsarbete är begränsat arbetsföra. Dessa personer har svårare att hävda sig på arbetsmarknaden efter en friställning. De har säkerligen också lättare än fullt arbetsföra att bli utslagna i samband med en sjukskrivning. Varje "sjukskrivning" innebär en potentiell risk, som ökar ju längre den varar. Andelen patienter som återgår i arbete efter utskrivning från rehabiliteringsklinik avtar i relation till längden på föregående arbetsfrånvaro. Erfarenhet från yrkesinriktad rehabilitering tyder på behov av att höja respekten för sjukskrivning – arbetsfrånvaro och vad det innebär för individen – ett område som kanske är försum-

mat i läkarutbildningen. Man har svårt inom sjukvården att tidigt identifiera patienter som löper risk att bli långtidssjukskrivna. Därigenom försummas att vidtaga aktiva rehabiliteringsfrämjande åtgärder. Tidigare hög sjukledighet, multisymtombild, ospecifika symtom, inkongruens mellan subjektiva symtom och objektiva fynd och förstärkningsmekanismer är några av de observationer, som bör leda till speciell misstanke på psykologiska och sociala störningar. Detta bör föranleda en fördjupad analys i sådan riktning. Samtidigt bör man göra en funktionsinriktad bedömning av patientens uppgivna besvär, bland annat med hjälp av sjukgymnast. En ingående arbetskravsanalys är viktig, liksom personlig kontakt med arbetsledare, konsulent eller personalavdelning respektive eventuell företagshälsovård. Intyg om "lättare arbete" och "omskolning" är en dålig hjälp för patienten.

Även patienter med avsevärda arbetshinder och högre ålder, bör få göra försök att hävda sig i en rehabiliteringssituation om de vill. Det är svårt att förutsäga om det lyckas.