

Rehabkedja med klena länkar

Läkarförbundet välkomnar att regeringen lagt ett förslag om en rehabiliteringskedja som ett sätt att motverka långvariga och passiva sjukskrivningar. Tyvärr finns en rad allvarliga brister i förslaget, och Läkarförbundet kräver flera förtydliganden innan ändringarna genomförs. Dessutom bör regeringen ta hänsyn till det goda kvalitetsarbete som redan pågår och ge tid för de förbättringar som redan initierats.

Ett bärande tema i regeringens promemoria är att rehabiliteringsprocessen ska snabbas upp, och därför föreslås nya tidsgränser. Det är positivt att sådana förtydligas, men det förutsätter även att samtliga aktörer verkligen kan leva upp till målsättningen.

Enligt förslaget ska individens arbetsförmåga provas mot befintlig anställning inom 90 dagar. Efter de 90 dagarna ska bedömas om individen kan omplaceras varaktigt till annat arbete hos arbetsgivaren. Detta kan bli aktuellt om den anställdes arbetsförmåga anses förbli så nedsatt att hon/han inte kan klara sitt gamla arbete.

Vi anser att fall där rehabilitering faktiskt spelar roll för arbetsförmågan, behöver få ett tidigare bemötande. Det bör därför urskiljas genvägar för fall där det från början är uppenbart att sjukdomen inte är reversibel eller möjlig att rehabilitera. Samma sak gäller förstås då den sjuke har en väldefinierad sjukskrivningsorsak och t ex bara väntar på operation eller verkan av medicinering. Regeringens förslag skiljer inte mellan olika patientkategorier.

Enligt promemorian ska läkaren före 90-dagarsgränsen lämna intyg om arbetsförmågan, oavsett diagnos. Det är oklart vad som avses, men det verkar vara ett nytt inslag i sjukskrivningsprocessen. Då det gäller rehabilitering kan även en 90-dagarsgräns vara för utsträckt – det är viktigt att tidigt urskilja dem som riskerar en lång sjukskrivning, och där rehabilitering kan väntas göra nytta. Avsaknad av förslag inom detta tidsintervall gör att de första 90 dagarna kan tas som frisedel och resultera i passiv väntan.

Efter 180 dagars sjukdom ska läkaren avgöra om arbetsförmåga finns gentemot hela arbetsmarknaden, oavsett anställning – om inte »särskilda skäl» talar emot detta. Om så är fallet dras rätten till sjukpenning in. Det medicinska underlaget ska då ge en bild av vilken tid som är sannolik för återgång hos arbetsgivaren. Det är inte rimligt att läkare utifrån olika diagnoser ska kunna göra en sådan bedömning. Det vore att gå utöver i dag existerande vetenskapliga grunder.

Läkarförbundet anser att det är befogat med en bortre gräns, men tillstyrker inte att den går vid 180 dagar. Om det efter 180 dagar konstateras att den

försäkrade kan arbeta deltid hos sin arbetsgivare måste det vara att föredra framför att pröva arbetsförmåga mot hela arbetsmarknaden.

Just bedömningen av arbetsförmåga är en kritisk del av promemorian. I underlaget söker man renodla begreppet, men området är ännu för dåligt utvecklat. Brist på objektiva parametrar kan leda till godtycke. Promemorians otidighet i vad som faktiskt ska bedömas samt när, i kedjans olika tidsintervall, måste redas ut om förslaget ska vara genomförbart.

Läkare kan inte kompensera brister i socialförsäkringssystemet genom att offra sin egen arbetsmiljö. För läkarna skulle förslagen innebära ett kraftigt ökat antal patientkontakter för att bedöma rätten till sjukpenning. Behovet av ytterligare underlag i sjukskrivningsprocessen blir en belastning både på sjukvården och på läkarna. Sammantaget är konsekvensanalysen av förslaget undermålig, i synnerhet vad gäller beräkning av resursbehovet.

Brister i förslagets olika delar kan inte få äventyra individens anställning. Det är inte heller rimligt att straffa anställda med indragen sjukpenning om det är arbetsgivaren som inte fullföljt sitt åtagande.

I avvaktan på att förslaget omarbetas till något mera användbart vill vi erinra om den s k miljardsatsningen för att höja kvaliteten i sjukskrivningsarbetet – det är något vi nu börjar se positiva effekter av. Fortfarande återstår dock mycket att göra för att säkerställa kvaliteten i de nya arbetsformerna, och Läkarförbundet anser att det är av stor vikt att den satsningen fortsätter även efter 2008.

»Tyvärr finns en rad allvarliga brister i förslaget, och Läkarförbundet kräver flera förtydliganden ...«



EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande i
Läkarförbundet

Global epidemi hotar döda miljard människor

Nyligen publicerade WHO sin »Rapport om den globala tobaks-epidemin 2008». Den visar att inte något av de 179 medlemsländer som granskats ännu lever upp till kraven i WHO:s ramkonvention. Uruguay har kommit längst och tillämpar tre av de strategier som krävs – helt rökfria serveringar, gratis tobaksavvänjning och effektiva bildvarningar på cigarettpaketet.

Under 1900-talet dog 100 miljoner människor av rökning. Under detta århundrade kan antalet offer bli en miljard. Tobaksbruket är en riskfaktor för sex av världens åtta ledande dödliga sjukdomar och den största förebyggbara dödsorsaken.

Tobaksepidemin sprider sig explosionsartat i utvecklingslän-

derna, där det är fritt fram för tobaksbolagen att marknadsföra sina produkter – främst till kvinnorna, som hittills haft lägst andel rökare.

Vore det en infektionssjukdom som hotade att ta livet av en miljard människor skulle det göras enorma satsningar för att få fram ett verksamt vaccin. Här behövs inget vaccin.

New Yorks borgmästare Michael Bloomberg har finansierat delar av WHO:s undersökningar och säger i rapporten: »Tobaken är världens ledande dödsorsak. Vi har beprövade metoder för att reducera tobaksbruket, men de politiska strategierna använder sig fortfarande inte av dem.»

Eva Nilsson Bågenholm



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm