

# Sjukfall i samhällets trygghetssystem

## Inledning

Med anledning av den av Socialdepartementet initierade pågående utredningen av ”åtgärder för att öka drivkrafter och möjligheter till egen försörjning för personer som får försörjningsstöd” 8) avser denna artikel belysa vikten av att fokus för utredningens uppdrag riktas såväl mot det omgivande samhällets förhållningssätt till gruppen som mot individerna i gruppen som sådan. Det avsedda är sannolikt att fokus främst riktas på hur samhällsinsatserna till gruppen (personer som emottar försörjningsstöd) skall utformas. Detta räcker inte. Om fokus inte uttalat riktas mot att uppmärksamma hälsotillståndet hos de enskilda personer som ingår i gruppen – frågan ställs inte – utsätts personer som redan befinner sig i ett utsatt läge för ytterligare risk att inte bli rätt uppfattade och bedömda. Därtill uppstår risk att de åtgärder som sätts in, tänkta som välmående, i genomförandet blir riskabelt missriktade och verkningslösa.

## Bakgrund

Enheten för Stöd och försörjning och Arbetsmarknadsenheten i Tranås kommun tog 2016 initiativet att själva driva en försäkringsmedicinsk utredning av utvalda personer, som på grund av komplex problematik uppburit försörjningsstöd under en lång tid.

Personerna, som erbjöds att delta i utredningen, saknade SGI, sjukpenninggrundad inkomst, betingat av lång tid utan delaktighet i arbete för egen försörjning. Rätten till försörjningsstöd ställer krav på deltagande i insatser via AF och/eller kommunen. Då en person anger sjukdom som hinder för deltagande i insatser blir individen hänvisad till sjukvården och beroende av återkommande läkarkontakt för sjukintyg, som styrker nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Man var inom enheterna sedan länge väl bekanta med Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås, som fram till nedläggningen i januari 2000 haft som huvuduppdrag att på remiss från landets lokala Försäkringskass kontor utreda bakgrund och medicinsk orsak hos personer med nedsatt arbetsförmåga.

Vid planeringen av den kommande utredningsprogrammet valde enheterna att använda en utredningsmetodik - STRUT®, som tidigare hade tillämpats vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås.

Under genomförandet av utredningsprogrammet följdes arbetet med följeforskning från Linköpings universitet.

#FMS står för Försäkringsmedicinsk samverkan och STRUT® står för Strukturerad rehabiliteringsutredning.

## Metod

Metodiken, STRUT®, har redovisats och utvärderats av Försäkringskassan. (1) Som en del i metodiken ingår att personer aktuella för utredning besvarar ett självskattningsinstrument, SCI-93, Stress and Crisis Inventory (2), avseende upplevda symtom/funktionsnedsättningar. Under utredningar vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås hade 1534 utrednings-patienter, utan bortfall, besvarat skattningsformulärets 35 punkter. Resultatet redovisades i en artikel i Socialmedicinsk Tidskrift. (3) Kraftigt förhöjda skattningsvärden av symtom dokumenterades hos patientgruppen, medelvärde 60,5 (SD 29,4) medan normalgruppen, personer i arbete, skattade medelvärde 18,7 (SD 11,9). Patientgruppens höga skattningsvärden tolkades som uttryck för en dysfunktionell stressreaktion – autonom dysfunktion.

## Resultat

Programmet #FMS-STRUT har pågått sedan 2016 inom enheterna i Tranås kommun. Vid sammanställning av genomförda och avslutade fall framträder bland annat följande resultat. Utredningspersonernas (n=42) skattningar av symtom/funktionsnedsättningar var som medelvärde 57,5 (SD 30,9). Jämfört med skattningen i gruppen normalt arbetsföra personer 18,7 (SD 11,9) var detta signifikant högre.

Utredningspersonernas symtomskattningar, medelvärde 57,5 (SD 30,9) var i nivå med skattningarna i patientgruppen från RFV:s sjukhus, 60,5 (SD 25,9).

## Diskussion

Utredningspersonerna har beskrivit ohälsa en längre tid med funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. De har angivit brist på energi, störd sömn, värk och smärta, nedsatt koncentration som dominerande och vanliga symtom.

Utredningspersonernas höga skattning av funktionsnedsättningar uppfattas ha sin grund i en manifestation av autonom dysfunktion. Detta som uttryck för en bio-psyko-social överbelastningsreaktion, en stressreaktion, som avviker från det normala och som har en kronisk varaktighet. Ackumulerade psykosociala belastningar – ACE, adverse childhood experiences (5, 6, 7) har i mötet med individens sårbarhet utlöst en överbelastningsreaktion, stressreaktion, av patologisk karaktär och dignitet i individens centrala nervsystem.

De dokumenterade funktionsnedsättningarna med åtföljande begränsningar av förmåga, aktivitet och delaktighet avviker från det normala. Denna avvikelse bedöms vara av sjukdomsvalör och därmed behöva en benämning, en diagnos. Utan namn, diagnos, finns inte – existerar inte – överbelastningsreaktionen, stresstillståndet, som sjukdom i medicinens och doktors verklighet. Därmed

kan tillståndet inte finnas som en av samhället känd och accepterad sjukdom. Personen ställs därmed utanför sina medborgerliga rättigheter. Personen ställs inför krav och förväntningar, som är normala för en frisk person. Utan erbjudande om stöd utifrån sina funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar på grund av sjukdom, ställs personen utanför samhällets välfärds- och trygghetssystem, som erbjuds andra medborgare.

I den nu pågående dialogen på högsta politiska nivå i Sverige riktas fokus mot åtgärder, som ”att identifiera åtgärder som bidrar till att personer snabbare når arbetsmarknaden, underlättar integrationen för utrikes födda kvinnor och män samt bryter segregationen och långvarigt biståndsmottagande”. (8).

Med detta uttalade syfte följer tyvärr en risk. Tanken leds till att fokus riktas mot åtgärder, som omgivande aktörer kan vidta, mer än att uppmärksamma sjukdomstillstånd hos enskilda personer, som uppbär försörjningsstöd. Denna möjliga omständighet, risk, kan medföra en snedvridning av bedömningar av enskilda personers resurser till aktivitet och förvärvsarbete. Det blir inte uppmärksammat och dokumenterat, att personen lider av sjukdom – en bio-psyko-social överbelastningsreaktion – som avviker från det normala och som har en kronisk varaktighet. Det föreligger ett medicinskt tillstånd, som förklarar uppkomsten och närvaron av funktionsnedsättningar som ökad uttröttbarhet, fysiskt och mentalt. Därav följer begränsad uthållighet, förändrat stämningsläge och begränsad koncentration i en kaskad av funktionsnedsättningar, som medför begränsade resurser och förmåga att motsvara kraven i ett arbete för egen försörjning.

Verksamheten inom Enheten för Stöd och försörjning och Arbetsmarknadsenheten i Tranås ger utsatta personer förutsättningar till *rätt sammanhang, rätt inriktning, rätt stöd och rätt försörjning* i samhällets välfärds- och trygghetssystem. Detta förstärker målgruppens rättssäkerhet i samhället.

Relevanta diagnoser enligt ICD 10 kan vara:

- G90.8 Sensitisering av nervsystemet. (Andra specificerade sjukdomar i autonoma nervsystemet)
- G90.8+F45.3 Autonom dysfunktion. (Somatoform autonom dysfunktion)
- G90.8 + F43.2 Anpassningsutmattning (Anpassningsstörning)
- G90.8 + F45.4 Somatoformt smärttillstånd. (Kroniskt somatoformt smärtsyndrom)
- G90.8+F43.8 Utmattningssyndrom (Andra specificerade reaktioner på svår stress)

Orvar Nyström

Leg läk. Konsultläkare, Tranås kommun.

## Referenser

1. Krafft S-O m fl. Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning och dokumentation. Försäkringskassförbundet (FKF) förlag. 1998.
2. Nyström C, Nyström O. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion. *Läkartidningen*. 1996; 28-29: 2583-4.
3. Nyström C, Nyström O. Autonoma symtom – diagnosövergripande hälsostörning. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2009; 1:82-90.
4. McEwen B S. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 1999; 22:2:108-124.
5. Andersson S-O et al. Adverse Childhood Experiences are associated with choice of partner, both partners' relationship and psychosocial health as reported one year after birth of a common child. A cross-sectional study. *PLOS ONE*. DOI: 10.1371
6. Hustedde Carol. Adverse Childhood Experiences. *Prim Care Clin Office Pract* 48 (2021) 493–504.
7. McEwen Craig A. and McEwen Bruce S. Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An Early Childhood Model. *Annu. Rev. Sociol.* 2017. 43:445–72
8. Kommittédirektiv från Socialdepartementet. Öka drivkrafter och möjligheter till arbete i försörjningsstödet och bryta långvarigt biståndsmottagande. Dir. 2022:124. Publicerad 19 juli 2022 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2022/07/dir.-2022124/>

Sökväg: SCI 93/Sjukfall\_5.4\_i samhällets trygghetssystem