

VÅRDA SJUKDOMSBEGREPPET!

Förhindra överutnyttjande av försäkringarna

Det är en viktig uppgift för dem som hanterar sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna att se till att sjukdomsbegreppet inte på nytt urholkas såsom under den gångna högkonjunkturen. Ersättningssystemen måste gagna dem som verkligen behöver samhällets stöd.

Från flera håll hörs protester mot de politiska beslut som fattats de senaste åren i det vällovliga syftet att minska underskottet i den offentliga budgeten. Vår statsbudget är ännu inte i balans och vår samlade statsskuld ligger nu på cirka 164 000 kronor per person. Det är naivt att tro att besparingar på samhällsnivå inte skulle drabba oss även på individnivå.

En sådan besparing har de senaste åren med full kraft drabbat oss inom sjuk- och arbetsskadeförsäkringens område. Inom sjukförsäkringen har införts en karenssdag, en arbetsgivarfinansierad period för de inledande 14 dagarna av varje sjukfall samt en sänkt ersättningsnivå från cirka 90 procent till 75 procent av arbetsförtjänsten upp till cirka 250 000 kr. Därutöver utgår ingen sjukersättning från det allmänna.

Vi har alltså först nu fått en sorts självrisk i vår sjukförsäkring, vilket vi knappast haft tidigare. Vi kan jämföra med andra typer av försäkringar, t ex bil- eller hemförsäkring, eller en privat sjukförsäkring där vi inte ifrågasätter förekomsten av en självrisk.

Längre sjukfall granskas

Riksdagen har vidare beslutat att försäkringskassans läkare, s k försäkringsläkare, från 1 oktober 1995 skall granska samtliga sjukfall över 28 dagars

Författare

BO MIKAELSSON

docent, försäkringsläkare vid Försäkringskassan i Sörmland, styrelseledamot i Svenska försäkringsläkarföreningen.

längd. Man har uttryckligen sagt ifrån att endast medicinska orsaker till sjukdom, med därav följande arbetsoförmåga, skall ersättas via sjukförsäkringen.

Detta senast nämnda förtydligande är inget nytt i sjukförsäkringen. Det gäller enligt lagstiftningen ända från 1955, då sjukförsäkringen blev allmän och obligatorisk i Sverige.

»Allmän frånvaroförsäkring»

Vår ursprungliga sjukförsäkring har under årens lopp alltmer kommit att bli en allmän frånvaroförsäkring. Den öppnade möjligheten för oss att själva bestämma, om och för vilken tidsperiod som vi inte kunde arbeta med hänvisning till sjukdom.

Denna process kallar vi för *medikalisering*. Vi sätter sjukdomsstämpel på sådana mänskliga besvär och livssituationer som vi då och då kan råka ut för i livet, men som i andra kulturer och konjunkturlägen knappast kallas för sjukdom.

Anmällda besvär godkändes

Arbetskadelagen från 1977 (LAF), som använde sig av den befängda s k omvända bevisföringen, ändrades antligen 1993, då en mer medicinskt korrekt bedömningsgrund för vad som skall rubriceras som arbetssjukdom infördes.

Enligt LAF (1977) kunde man lite anekdotiskt säga att anmällda besvär hos en person i arbete i princip godkändes som arbetssjukdom om personen ifråga hävdade att arbetet var orsaken till besvären.

Trots ihärdiga protester redan från sent 1970-tal fram till slutet av 1980-talet, från bl a mig själv och andra verkssamma läkare, ändrades denna lag först efter 16 år. Detta skedde på grund av att ersättningen för dessa arbetssjukdomar grävt ett stort hål i de svenska offentliga finanserna.

Inkorrekt praxisutveckling

Det är fel att ifrågasätta att våra politiker nu antligen påkallat ny praxisutövning inom sjukförsäkringens område. Kanske är det praxisutvecklingen som måste ifrågasättas.

Hur kommer det sig då att praxis ut-

DEBATT

»Jag tror att Sverige successivt måste ändra kompensationsnivåerna i socialförsäkringarna till en europeisk nivå. Vår överlevnad som välmående nation hänger intimt ihop med vår förmåga att framgångsrikt sälja våra varor och tjänster i en allmänt hårdnande internationell konkurrens.»

vecklats på så sätt att politikerna till slut måste »påminna» oss om hur lagstiftningen verkligen ser ut inom området?

Jag ser två fenomen som anledningar till detta:

- gränsöverskridanden
- konjunkturberoende

Egentligen är det ett monumentalt underbetyg åt alla verkssamma aktörer inom området, dvs i första hand behandlande/sjukskrivande läkare, handläggare vid försäkringskassorna, socialförsäkringsnämnderna (tillsatta av politiker och arbetsmarknadens parter) och domstolarna inom socialförsäkringsområden.

Inte minst den starka påtryckargruppen journalisterna/medierna kan ta åt sig av kritiken. Även de ersättningssökande patienterna, dvs i princip de flesta i vårt samhälle, har på olika sätt bidragit till den praxisutveckling som pågått.

Gränsöverskridanden

Journalisternas makt i sammanhanget har vi sett demonstrerad många gånger, som t ex då en enskild person, som känt sig förfördelad av en myndighet, kontaktar en tidningsredaktion. Efter en artikel i tidningen förmås måhända myndigheten att ånyo ta upp fallet med ett beslut som går på den klagandes linje.

Nästa gång som en myndighet skall besluta i ett snarlikt ärende, utgör det

förre, överklagade och rättade beslutet rättesnöre, och detta nya gränssfall blir normgivande för framtiden osv. Nästan ingen enskild person, som handlagt ett ärende, vill schavottera på tidningarnas torg.

Gränsöverskridanden är en normal företeelse i våra liv, t ex inom idrott och sportslig verksamhet liksom i våra arbetsprestationer och hobbyer. Vi vill ständigt finslipa våra metoder och nå allt bättre resultat. Det handlar således om den högst normala mänskliga egenskapen att *sträva*.

Konjunkturberoende

Ersättning från sjukförsäkringen är resultatet av försäkringskassans bedömning att man uppfyller två krav: a. att man har en sjukdom, b. att denna sjukdom orsakar arbetsförmåga. Sådana otvetydiga fall är helt okontroversiella.

Sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp är ett s k rambegrepp, som inte förändrats sedan 1950-talet. Som sjukdom klassas tillstånd som i medicinsk vetenskap och erfarenhet, samt enligt gängse uppfattning i samhället, betraktas som sjukdom.

Våra värderingar om vad som skall betraktas som sjukdom och således kunna kvalificera till ersättningsbar frånvaro förändras dock över tiden, beroende på hur samhällets konjunktur utvecklas.

I goda tillväxtperioder accepterar vi mer okritiskt många tillstånd som ersättningsbar sjukdom, medan den motsatta situationen råder under lågkonjunktur. Sjukförsäkringens aktörer färgas av sin egen privata situation och påfrestningar, samt av mediernas ofta ensidiga återgivning av världssituationen.

Fantastisk tillväxt

Under tidsperioden efter andra världskriget, fram till 1990–1991, har vi i västvärlden i stort sett haft en enda fantastisk tillväxtperiod, med kortvariga undantag då konjunkturer varit svaga.

Under denna tid har vi haft en motsvarande »tillväxt» i sjukdomsbegreppet, därför att aktörerna har ansett att samhället har råd med detta. Gränserna för sjukdomsbegreppets »ytterområden» har hela tiden överskridits. Sverige, med den längsta medellivslängden, har också haft världens högsta sjukfrånvaro.

Men från 1990 till idag har i Sverige endast synts en cirka tvåårig högkonjunktur för de stora exportinriktade företagen, medan hemmamarknaden och många små företag knappast haft någon tillväxt alls. Arbetslösheten i Sverige ligger sedan 1991 på europeisk nivå, 10–11 procent.

Under denna period ser vi en mot-

svarande skärpning av sjukdomsbegreppet bland beslutsfattarna inom sjukförsäkringen, en utveckling som vållar stora problem bland de drabbade, eftersom kompensationen inom sjukförsäkringen (och de andra socialförsäkringarna) samtidigt minskat påtagligt.

För sen tillnyktring

De signaler inom sjuk- och arbetskadeförsäkring som de senaste åren kommit från våra politiker innebär en »tillnyktring», på samma sätt som vi tvingats till en mer balanserad syn på våra ekonomiska realiteter – i samhället och privat. Det hårdare samhälle som »tillnyktringen» innebär beklagas av många, även av mig.

Man kan önska att denna politiker-nas åtstramning av de offentliga utgifterna hade kunnat ske för tio år sedan, men få lyssnade på våra varningar. Läget hade då varit gynnsamt för en uppstramning av sjukdomsbegreppet, eftersom vi då hade en stark tillväxt i samhället och en arbetslöshet på cirka 2 procent. Det fanns dock gott om varningsklockor.

Den dåvarande finansministern, Kjell-Olof Feldt, skrev i sitt brevsvår på ett inlägg i debatten att »läget är inte ännu politiskt moget att besluta om ändringar i arbetsskadelagstiftningen». En kort tid senare avgick han som finansminister.

Europeiska nivåer mera rimliga

Jag tror att Sverige successivt måste ändra kompensationsnivåerna i socialförsäkringarna till en europeisk nivå. Vår överlevnad som välmående nation hänger intimt ihop med vår förmåga att framgångsrikt sälja våra varor och tjänster i en allmänt hårdnande internationell konkurrens.

De stora nationerna i Europa, t ex Tyskland och Frankrike, har nu stora samhällsekonomiska svårigheter att bibehålla försäkringarnas nuvarande kompensationsnivåer, som i flera av systemen ligger på 60 procent av tjänsteinkomsten. Då är det fantasifullt att tro att Sverige åter skall kunna höja ersättningsnivån i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna till 80 procent.

Ta hänsyn till bördan hemma!

I debatten idag nämns särskilt ensamstående kvinnor med barn samt de äldre som förlorarna i dagens nya sjukförsäkringspraxis. I Sverige är vår ekonomi uppbyggd på att alla skall ha ett avlönat förvärvsarbete, oavsett hemmabelastningen.

Inom EU anser man knappast att en fembarnsmor skall, förutom sitt hem-

maarbete, behöva arbeta utanför hemmet. Hon kompenseras väl av *andra* transfereringssystem, och inte minst av familjens/äldre generationens »system av omhändertagande». I Danmark har nyligen införts ett system av »efterlön», som ger god kompensation till de äldre som önskar sluta arbeta några år före pensionsåldern 67 år!

Jag tror att det är nödvändigt att vara innovativ när det gäller att utforma ersättningssystem som gagnar både dem som verkligen behöver samhällets stöd och samhället i stort. Man måste också möjliggöra för alla andra att själva försörja sig.

Avmedikaliseringen ställer krav på sjukförsäkringens aktörer att öka precisionen i hanteringen av sjukskrivningsinstrumentet.

Sjukförsäkringens syfte måste vara att utanordna ersättning för inkomstbortfall vid arbetsförmåga på grund av sjukdom till alla som hamnar i en sådan situation, och att förhindra överutnyttjande av denna försäkring vid alla andra mänskliga tillstånd.

För behandlande läkare är det en minst lika viktig uppgift att rätt hantera sjukförsäkringen som att förskriva rätt medicin för rätt diagnos, med rätt dos och under rätt tidsperiod. •