

# Sjukskrivning–rehabilitering–pension Ett kvalitetsproblem?

Inom sjukförsäkringen är sambandet mellan arbete och ohälsa avgörande för bedömningen av arbetsförmågan. Sambandsbedömningen får vittgående medicinska, ekonomiska och sociala konsekvenser för den försäkrade. Därför är kvaliteten på det arbetsmedicinska underlaget och på besluten av central betydelse.

ALF ASKERGREN

docent i yrkesmedicin, medicinsk konsult, sakkunnigläkare vid AFA Trygghetsförsäkring  
alfa.med@telia.com

- II Besluten fattas inte av sjukvårdens aktörer utan av tjänstemän och förtroendevalda. Underlag för besluten får de av
1. den försäkrade
  2. arbetsgivaren
  3. vårdande läkare, sjukgymnast etc
  4. specialister
  5. försäkringskassans handläggare, specialister och försäkringsläkare
  6. försäkringsbolagens sakkunnigläkare
  7. domstol

## Underlagets kvalitet

Både den försäkrade och arbetsgivaren (inklusive företagets skyddsorganisation och fackliga företrädare) kan i viss mån bäst avgöra det aktuella arbetets betydelse för hälsan. Partiskhet kan förekomma med såväl över- som underskattning av egna arbetsförmågan. Man saknar också den större överblicken över aktuella arbetsalternativ och rehabiliteringsmöjligheter.

Läkarintyg och utlåtanden från vårdande läkare och olika specialister spelar därför ofta den största rollen vid bedömningen av hälsoaspekterna. Betydelsen av korrekta handlingar betonas också i såväl lag som förordning:

I Brottsbalken 15:10–11 behandlas osann försäkran respektive osant intygande. Det betonas att läkarintyg faller under den senare paragrafen. Straffet är böter eller – om brottet anses grovt – fängelse i högst två år [1].

## Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen har också synpunkter på intygsskrivande. Bl a skall man som läkare »endast uttala sig om förhållanden, som man har tillräcklig kännedom om« och man skall vara objektiv. Det betonas till och med att »Intyget skall dateras och undertecknas«, och att »Intyg, som utfärdas på blankett som fastställts av socialstyrelsen eller annan myndighet i

samråd med socialstyrelsen, skall innehålla de uppgifter som förutsätts i blanketten« (sic!) [2]. Cirka 10 år senare finner Socialstyrelsen anledning påminna om sin uppfattning [3].

## Verkligheten är en annan

Verkligheten ter sig fortfarande annorlunda. En fjärdedel av tillfrågade försäkringsläkare ansåg, enligt Riksförsäkringsverket (RFV), att den medicinska informationen i allmänhet var otillräcklig, och i genomsnitt krävdes i 10 procent av ärendena kompletterande kontakter med behandlande läkare [4]. Det finns uppfattningar att upp till 20–30 procent av försäkringsläkarens arbetstid går åt till att komplettera underlaget. De främsta orsakerna är oläsliga eller ofullständigt ifyllda intyg, irrelevanta uppgifter och intyg med oidentifierbara underskrifter.

## Sjukskrivningens kvalitet

Det är få studier som redovisar sjukskrivningens kvalitetsaspekter. Eva Karlsryds arbeten från början av 1990-talet är dock ett exempel. Hon sammanfattar bl a sina resultat med att »läkarna ofta fyller i läkarintygen på ett slentrianmässigt sätt« och att man kan spåra en »okunskap om uppgiftens värde« [5].

Bristande arbetsmedicinsk kompetens kan vara exempel på sådan okunskap. Det har också ventilerats inför Sjukförsäkringsutredningen, när det bl a påpekats att »flertalet läkare inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett skiftande arbetsliv« [6]. Utredningen diskuterar till och med möjligheter för försäkringskassan att begränsa rätten till intygsskrivande för läkare som inte uppfyller kraven [7].

## Vaga krav på försäkringsläkarna

Kompetenskraven på försäkringsläkare är vagt formulerade. Försäkringskassaförbundet har förklarat att »Försäkringsläkaren skall bibehålla/införskaffa hög såväl klinisk, medicinsk som försäkringsmedicinsk kompetens« [8]. RFV

uttrycker sig lika intetsägande: »Försäkringsläkaren skall biträda försäkringskassan i frågor som kräver medicinsk sakkunskap ...« [4], och att »de förutom sin medicinska kompetens ska ha kunskap om socialförsäkringen samt intresse för och kunskap om hur sociala och psykiska problem kan yttra sig i somatiska besvär« [9]. Inga krav ställs alltså på arbetsmedicinsk kompetens.

Samtidigt är man inom RFV medveten om att kompetensen hos försäkringsläkarna och försäkringskassans tjänstemän inte är tillfredsställande: »... i alltför många av de granskade ärendena inte borde ha fattats beslut på föreliggande underlag« [10], och »de medicinska underlagen inte är tillräckliga samt att utredningen om skadliga faktorer i arbetet ofta är bristfällig« [11].

Försäkringskassorna framhåller att deras försäkringsläkare är och skall vara »kliniskt verksamma«. En föga uttömmande kompetensdefinition.

De tydligaste kompetenskraven tycks de privata försäkringsbolagen och AFA (f d AMF, Arbetsmarknadsförsäkringar) redovisa när de hävdar att deras sakkunnigläkare alltid har specialistkompetens inom de områden de har att bedöma.

Det finns ett hundratal läkare i Sveri-

*Olika mer eller mindre lokala utbildningsverksamheter och förslag till kvalitetskontrollsystem har initierats. Men ansvarig myndighet (vilken?) har, trots det sedan länge uppenbara behovet, inte lyckats formulera en för landet övergripande utbildning och kvalitetssäkring inom försäkringsmedicinen.*

ge med specialiteten yrkesmedicin och/eller yrkes- och miljömedicin. De ca 900 företagsläkarna kan, efter sin enkla arbetsmedicinska utbildning, förväntas behärska i varje fall arbetsmiljön hos de företag de betjänar. Därutöver bör det finnas ett antal läkare med andra specialiteter som också har kunskaper om arbetsmiljöns betydelse inom deras egna områden.

Minst ett tusental läkare besitter alltså arbetsmedicinsk kompetens. Att sådan kunskap bör utnyttjas i större utsträckning vid arbetsmedicinska bedömningar påpekas i såväl Sjukskrivningsutredningens delbetänkande [7] som i Rehabiliteringsutredningen [12].

### Kvalitetsproblem

Den offentliga debatten har också belyst kvalitetsproblemen inom sjukförsäkringssystemet och då framför allt ur tre aspekter:

- Det stora pedagogiska bekymret med att förklara försäkrings- och sakkunnigläkarens speciella roll som tjänsteman/konsult och inte som traditionell läkare.

- Försäkringsläkarens bristande arbetsmedicinska kompetens och ringa kunskap om den enskilda patientens problem.

- Sjukvårdande läkarens bristande insikt i sjukskrivningens innebörd, och deras tendens att i sin nit överdriva rollen som patientens ombud.

### Beslutens kvalitet

RFV vill att man skall åstadkomma »en likformig och rättvis tillämpning, och därmed en rättssäker tillämpning« [13]. Samtidigt konstaterar RFV 1999 liksom tidigare att »Bristerna i beslutsunderlagen är ibland så omfattande att det inte går att avgöra om besluten är riktiga« [10].

De allra flesta besluten fattas av försäkringskassans tjänstemän. I många år har problemet med diskrepansen mellan kompetensnivå och deras grannliga arbetsuppgifter diskuterats såväl internt som av granskande myndigheter [11, 14].

Socialförsäkringsnämnderna, som bl a avgör rehabiliteringsinsatser, pension och livränta, går inte heller fria från kritik. RFV konstaterar att »Det huvudsakliga problemet är att vissa ledamöter inte agerar i enlighet med den roll som lagstiftaren angivit utan i stället agerar som om de vore intresserepresentanter.« »Agerandet är enligt RFV:s mening ett hot mot den försäkrades rättssäkerhet ...» [11].

Statskontorets granskning av rehabiliteringsverksamheten, där alltså såväl tjänstemän som socialförsäkringsnämnd

är inblandade, resulterade i stark kritik. Beställarkompetensen hos försäkringskassorna ifrågasattes och kvalitativa utvärderingar av olika rehabiliteringsinsatser efterlystes [14].

### Domstolarnas beslut bildar norm

Många beslut överklagas och domstolarnas uppfattning bildar i viss mån norm i arbetsmedicinska sambandsbedömningar. Problemet är att bevisreglerna för sambandet mellan arbete och ohälsa ändras då och då och att domstolarna ju är beroende av de specialister/expertter som parter och domstolen anlitar. En vederhäftig och skicklig förespråkare för en uppfattning kan därför styra utslaget i en riktning som inte nödvändigtvis behöver stå i överensstämmelse med den vetenskap och beprövade erfarenhet som för tillfället är gällande.

Tilltron ökar ju inte heller av att domstolarna ibland tydligen inte ens vet efter vilka lagar de skall döma. I sin dom den 4/1 2000 (mål 1608-98) godkände Länsrätten i Norrbottens län enligt LAF (Lagen om arbetsskadeförsäkring) en arbetssjukdom med visandedag den 26 januari 1976. Men den lagen trädde i kraft först den 1 juli 1977.

I sin dom den 16/12 1999 (mål 428-97) konstaterar Länsrätten i Blekinge län att man i sin tidigare dom i målet felaktigt dömt enligt LAFs lydelse före den 1 januari 1993. Man skulle använt lagen som var giltig efter den 1 januari 1993.

### Vad göra?

Behovet av utbildning och forskning inom försäkringsmedicinen är alltså mycket stort. Kravet på kvalitetsförbättring inom alla länkar av kedjan återkommer under hela 1990-talet i utredningar, propositioner, enkätundersökningar och ett antal artiklar i bl a Läkartidningen.

Enskilda försäkringskassor och universitetsanknutna kliniker har, liksom Försäkringskassaförbundet, initierat olika mer eller mindre lokala utbildningsverksamheter och förslag till kvalitetskontrollsystem. Men ansvarig myndighet (vilken?) har trots det sedan länge uppenbara behovet inte lyckats formulera en för landet övergripande utbildning och kvalitetssäkring inom försäkringsmedicinen.

### Förslag

Varför inte i väntan på denna nödvändiga men tidsödande process:

- Underlätta pedagogiken genom att slopa benämningen försäkrings- respektive sakkunnigläkare. Vad är det för fel på begrepp som medicinsk konsult, sakkunnig eller liknande?

- Omedelbart inleda en 2–4 timmars utbildning för samtliga läkare i landet

som önskar hjälpa försäkringskassan med relevant underlag för dess arbete

- Tydligare definiera kompetenskrav för de läkare som skall hjälpa kassorna i deras bedömningar.

### Sammanfattning

Den försäkrade har en självklar rätt till rättssäker tillämpning av försäkringssystemet. Mot den bakgrunden är det alldeles för många beslut som är alldeles för dåliga, till följd av att alldeles för mycket av beslutsunderlaget är alldeles för bristfälligt och att alldeles för många av aktörerna är alldeles för okunniga. Åtgärder för höjande av kompetensen inom alla länkar i sjukförsäkringsskedjan är därför nödvändiga och brådskande.

### Referenser

1. Beckman N, Holmberg C, Löfmarck M, Strahl I, Wennberg S. Brottsbalken jämte förklaringar. Band 2. Brotten mot allmänheten och staten m m. 6 uppl. Stockholm: Norstedts, 1990:201-23.
2. Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m m. SOSFS 1981:21 (M).
3. Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning. SOSFS 1992:16 (M).
4. Försäkringsläkarens medverkan i sjukpenningärenden. RFV anser 1997:3.
5. Karlsryd E. Läkarnas sjukskrivningsmönster – en studie av utfärdade läkarintyg. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län, 1991.
6. Socialdepartementet. Sjukförsäkringen. Kommittédirektiv 1999:54:9.
7. Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. SOU 2000:72:1431-44.
8. Försäkringsläkarens roll och uppgifter. Stockholm: Försäkringskassaförbundet, 1998.
9. Riksförsäkringsverket. Försäkringsmedicin. Allmän försäkring. 3:e uppl. Stockholm: Försäkringskassaförbundet, 1994.
10. Riksförsäkringsverket. Effekter av tillsynsarbetet – regeringsuppdrag 3 från regeringsbrevet budgetåret 1999. Stockholm: RFV, 2000.
11. Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna. RFV anser 1998:4. Stockholm: RFV, 1998.
12. Statens offentliga utredningar. Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. SOU 2000:78. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer, 2000.
13. Morgondagens rehabilitering om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter. RFV anser 1999:8. Stockholm: RFV, 1999.
14. Statskontoret. Perspektiv på rehabilitering. 1997:27. Stockholm: Statskontoret, 1997.