Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Sjukförsäkringen och läkarnas roll

Under de första 180 dagarna, vare sig patienten arbetar eller är arbetslös, räcker det med läkarens försäkran om sjukdom och rekommendation att vila. Uppgiften att bedöma medicinska förutsättningar för arbete och försörjningsförmåga läggs utanför den vanliga sjukvården. Det föreslår Christer Sjödin som alternativ till Anna Hedborgs utredning om sjukskrivningarna.



Foto: Colourbox

Det finns anledning att diskutera läkarnas följsamhet gentemot en ökad styrning från Försäkringskassan, menar Christer Sjödin.

I sitt förslag till ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring fastslår utredaren Anna Hedborg att vi själva har ansvar för våra liv [1]. Den som kan ska försörja sig själv. Det är kärnan i arbetslinjen. Socialförsäkringarna finns som ett skydd för situationer som individen inte kan kontrollera själv, t ex sjukdom. Den som drabbas av sjukdom ska ha ett bättre skydd än den som behöver försörjningsstöd, menar utredaren. Sjukförsäkringen vilar på det faktum att individen är sjuk och att detta kan kodifieras i en diagnos. Men sjukdom är i sig inte tillräckligt för att individen ska få ersättning. Avgörande är ytterst hur sjukdomen påverkar individens arbetsförmåga. Denna bedöms utifrån relationen mellan sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsinskränkning (DFA-kedjan.)

Det finns andra omständigheter än sjukdom som ska beaktas av Försäkringskassans tjänstemän. Sjukpenning utges bara till den som har arbete. Under de första 180 dagarna betalas ersättning utifrån *arbets(o)förmåga*. Efter de första 180 sjukdagarna bedöms individens *medicinska förutsättningar för arbete* gentemot hela arbetsmarknaden. För rätt till ersättning efter 365 dagar krävs en tillräckligt nedsatt *försörjningsförmåga*. Efter 915 dagar finns det, med vissa undantag, ingen rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Den som är arbetslös bedöms från första sjukdagen utifrån sina medicinska förutsättningar för arbete gentemot hela arbetsmarknaden. Syftet är att selektera de individer som kan avkrävas försök att försörja sig på den reguljära arbetsmarknaden. För dem som blir kvar inom sjukförsäkringen sker en förnyad bedömning av försörjningsförmågan efter 365 dagar. Bedömningen begränsas inte av sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsinskränkning (DFA-kedjan). Försäkringskassans tjänstemän ska också kunna ta hänsyn till ålder, tidigare utbildning, erfarenheter och förmåga att lära nytt.



CHRISTER SJÖDIN
ordförande i Stor-Stockholms privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com

Utredaren anser att läkarnas roll i sjukskrivningen av en patient är att förse kassan med ett underlag som i sin tur bearbetas av Försäkringskassans tjänstemän. Det centrala i intyget är fastslåendet att det faktiskt föreligger en sjukdom och vilken funktionsnedsättning som följer av den och hur det i sin tur påverkar individens aktiviteter.

Utredaren accepterar sjukvårdens klassifikationssystem som det beskrivs i ICD-koder. Samtidigt klargör utredaren att diagnoser får en annan betydelse i sjukförsäkringen än i sjukvården: »Ersättning från sjukförsäkringen förutsätter att det är sjukdom som orsakar funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i relation till arbete. Försäkringen kan dock inte förutsätta att det föreligger vissa undersökningsfynd och att orsaken till sjukdomssymptomen är kända. Vi anser att det i frånvaro av känd sjukdom är särskilt viktigt att fastställa om det kroppsliga och psykiska tillståndet medför tillräckliga aktivitetsbegränsningar i relation till arbete.«

För den försäkringsmedicinska analysen är läkarens bedömning av funktionsnedsättning central. I Försäkringskassans anvisningar [2] kan man läsa: »Med funktionsnedsättning menas en förlust eller avvikelse i fysisk eller psykisk funktion. Nedsättningen ska avse en påvisbar variation från det som kan anses vara normalt. För funktionsnedsättningar som inte alltid kan observeras direkt, till exempel psykiska funktioner, kan en observation av hur patienten beter sig tydliggöra dessa. Till exempel kan läkaren uppmärksamma minnes- och koncentrationssvårigheter genom riktade frågor eller standardiserade frågor och test. Läkaren kan notera om patienten har svårt att hålla tråden eller glömmer det man nyss samtalat om.«

Det klargörs också vad som menas med aktivitetsbegränsning: »Med aktivitetsbegränsning menas de svårigheter en person har vid genomförande av aktiviteter. Aktivitetsbegränsningen avser konsekvenser som är orsakade av sjukdom och funktionsnedsättning. Bedömningen av aktivitetsbegränsningen ska ställas i relation till vad som kan förväntas av människor som inte är sjuka och kan variera i omfattning.«

Följande exempel ges: »Patienten har besvär från rörelseapparaten som kan ha en påverkan på de kroppsliga funktionerna, funktionsnedsättningen, i form av till exempel muskelsvaghet eller rörelseinskränkning. En sådan funktionsnedsättning kan också få konsekvenser för patienten i form av svårigheter att ändra kroppsställning, svårigheter att lyfta, bära eller att gå. Det är denna begränsning av aktivitetsförmågan, aktivitetsbegränsningen, på individnivå som ska beskrivas.«

För att Försäkringskassans tjänstemän ska kunna bedöma de medicinska förutsättningarna för arbete krävs, enligt förslaget, att läkaren beskriver aktivitetsbegränsningen i ett standardiserat protokoll. En utgångspunkt är ICF (International classification of functioning, disability and health). En svensk version av protokollet, som beskrivits i Läkartidningen [3], finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats [4].

Utredarens förhoppning är att Försäkringskassans tjänstemän genom en

systematisk användning av ICF-koderna och de standardiserade bedömningarna ska kunna utveckla objektiva mått, vilka kan ligga till grund för beslut rörande de medicinska förutsättningarna för arbete. Det ger utrymme för den politiska normering som Anna Hedborg diskuterar när hon fastslår att bedömningen av medicinska förutsättningar för vård inte är en medicinsk fråga: »Frågan om vilken ansträngning som ska krävas av individen måste ges av försäkringens regelverk. Det finns inte längre någon medicinsk sanning att luta sig emot.«

Det rättsliga sjukdomsbegreppet och arbetsoförmågebegreppet diskuteras av Vahlne Westerhäll [5, sidan 162]: »Att de rättsliga begreppen har ett medicinskt innehåll görs gällande i retoriken men ges inget substantiellt innehåll i praktiken. Detta är vanskligt ur rättssäkerhetssynvinkel.«

Från början var läkarintyget en naturlig del i sjukvården. Läkaren intygade att patienten var sjuk och behövde stanna hemma från sitt arbete. Vila var en del i behandlingen. Det fungerade så länge läkarnas professionella självständighet inte var ifrågasatt. Den rättsliga styrningen var tämligen blygsam. Med tiden har den byråkratiska styrningen ökat, särskilt 2007–2008 genom införandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd, vars utformning styr läkaren i allt större utsträckning. Vahlne Westerhäll konstaterar [5, sidan 179]: »Intygsskrivaren är en viktig utförare av de fördelnings- och/eller styrpolitiska målsättningarna, samtidigt som han/hon själv är föremål för rättslig, byråkratisk och politisk styrning. Läkaren utför vad han/hon är ålagd att göra utan att ha några egna nämnvärda styrningsmöjligheter.« Vad blir kvar av läkarnas professionella självständighet?

Nya arbetsuppgifter förs in i vården i och med att läkaren också ska besiktiga patienten för Försäkringskassans räkning. Anna Hedborg inför ett nytt sätt att tänka när hon konstaterar att patienten är försäkrad i befintligt skick. Hon vill att läkarna ska delta i en besiktning av patienten utifrån i förväg formulerade protokoll, som sedan kan ligga till grund för kassans selektionsprocedurer. De flesta av oss är ovana vid att splittra uppmärksamheten på det sättet. Vi är fokuserade på att diagnostisera och behandla. Det finns en uppenbar risk att rollen som besiktningsman stör fokuseringen på diagnostik och behandling.

»Till det kommer att läkaren saknar möjlighet att förutse hur intyget kommer att hanteras.«

Många läkare är ovana att handskas med ICF-koderna. Det tar tid att lära sig detta instrument – och det tar också emot på grund av ovissheten om det gagnar vården av den enskilda patienten. Det kommer också att ta tid att ta att fylla i intygen, 1–1,5 timme eller mer, enligt en bilaga till utredningen.

Vad gäller ersättning till intygsskrivande läkare tar varken försäkringskassa eller landsting något ekonomiskt ansvar i dag [6]. Det är anmärkningsvärt att utredaren inte diskuterar hur utbildningen av läkarkåren och den ökade tidsåtgången för intygsskrivande ska finansieras.

Läkarintyget får sin legitimitet genom att det utformas av en läkare som självständigt tar ställning utifrån professionella kriterier. När ställningstagande är styrt av försäkringsgivaren har patienten all anledning att ifrågasätta på vems uppdrag läkaren arbetar. Försäkringskassans krav på läkaren att vara besiktningsman i en selektionsprocess riskerar att påverka patient–läkarerelationen negativt.

Till det kommer att läkaren saknar möjlighet att förutse hur intyget kommer att hanteras. Det hänger samman med den politiska normeringen, vilken i sin tur är beroende av det statsfinansiella läget. Utredaren skriver (sidan 192): »Steget från en bedömning av 'arbetsförmåga' till en bedömning av 'medicinska förutsättningar för arbete' innebär att de medicinska underlagen inte nödvändigtvis är tillräckliga för att kunna ta ställning till ersättning.«

Försäkringskassans tjänstemän avgör efter samråd med sina medicinska team om de ska kräva att patienten ska genomgå en rehabilitering och stå till arbetsmarknadens förfogande, oavsett om läkaren bedömer att patienten är arbetsoförmögen eller ej.

Utredaren preciserar inte närmare utifrån vilka grunder kassans tjänstemän kan desavouera läkarens intyg. I stället konstaterar hon (sidan 108): »Vid bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden är det en illusion att tala om att det handlar om att skilja på dem som kan respektive inte kan försörja sig. Någon sådan teoretisk bedömning i förväg kan omöjligen göras. Vad det är frågan om är att skilja den grupp som behöver försöka försörja sig från den som för stunden inte behöver försöka. Hur den gränsen ska sättas handlar inte om någon medicinskt utredbar arbetsförmåga utan om ett politiskt val gällande hur sannolik eller osannolik vägen till arbetsförmåga ska vara för att man ska ha rätt till sjukpenning eller inte.«

En naturlig följdfråga är varför Försäkringskassan alls ska efterfråga läkarnas bedömning. Finns det några andra skäl än att läkarna ska legitimera Försäkringskassans bedömningar?

Trots de positiva ansatserna, särskilt införandet av begreppet försörjningsförmåga, är förslagen i utredningen problematiska i sjukvården. Det finns därför anledning att diskutera läkarnas följsamhet gentemot en ökad styrning från Försäkringskassan och att diskutera acceptansen av arbetsuppgifter som tar tid och som stör själva vården och omhändertagandet av en patient.

Mot den bakgrunden bör man välja andra vägar än de som utredaren föreslår. Under de första 180 dagarna, vare sig patienten arbetar eller är arbetslös, räcker det med läkarens försäkran om sjukdom och rekommendation att vila. Det är inte svårt att åstadkomma. Försäkringskassan tar återigen tidigare rutiner och sjukintyget i bruk. Uppgiften att bedöma medicinska förutsättningar för arbete och försörjningsförmåga läggs utanför den vanliga sjukvården. Intygen arvoderas separat av Försäkringskassan. När sådana intyg skrivs är det viktigt att det inte sker en sammanblandning mellan sjukvård å ena sidan och besiktning och selektion å andra sidan.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. Stockholm; 2009. SOU 2009:89.
2. http://www.forsakringskassan.se/vardgivare/sjukvarden/sjukskrivning/utfarda_intyg
3. Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Sunnerhagen Stibrant K. ICF-klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd. Ett internationellt utvecklingsarbete. Läkartidningen. 2005;102:2556-9.
4. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10547/2003-4-2_200343.pdf
5. Vahlne-Westerhäll L, Thopenberg S, Jonasson M. Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning. Stockholm: Santérus; 2009.
6. Sjödin C. Ersättning för intyg? Läkartidningen. 2010;107:1791.