

# SAKKUNNIGLÄKAREN VIKTIG VID SKADEREGLERINGEN

## Medicinsk bedömning bas för korrekt ersättning

**Medicinsk bedömning och reglering enligt tabellverk ligger till grund för skaderegleringen, vars mål är att försäkringstagaren skall få en korrekt ersättning. Sakkunnigläkarens objektiva medicinska bedömning utgör rådgivande underlag för skadereglerarens beslut. Dessutom kan den medicinska bedömningen vara till hjälp när det gäller att välja rätt metod och tidpunkt för rehabilitering.**

Många människor har en egen sjuk- och/eller olycksfallsförsäkring eller råkar ut för ett olycksfall vållat av någon annan, vilken har någon form av ansvarsförsäkring. För att reglera skador som skall ersättas enligt dessa försäkringar behöver försäkringsbolagen en mängd olika uppgifter.

I skaderegleringen ingår ett antal medicinska bedömningar. Dessa görs av bolagens sakkunnigläkare på basen av medicinska uppgifter om den skadade, till exempel journalanteckningar gällande både den aktuella skadan och eventuella tidigare åkommor av betydelse, försäkringskassans utredningar och invaliditetsintyg.

Målet för varje skadereglering är naturligtvis att den skadade skall få precis den ersättning han enligt den aktuella försäkringen är berättigad till. Om han får för liten ersättning har han uppenbart skäl att vara missnöjd. Om han får för mycket har kollektivet av premiebetalare anledning att klaga.

### Olika ersättning för samma skada

Olycksfallsförsäkringar, både enskilda och gruppförsäkringar, tecknas med ett avtal som grund. Avtalet med de gällande villkoren innehåller de regler som styr skaderegleringen och kan vari-

era mellan olika försäkringar och försäkringsgivare. Detta gäller naturligtvis även försäkringsbeloppets storlek.

Vid skador som skall regleras enligt någon ansvarsförsäkring, varav trafikförsäkringen är den helt dominerande, gäller de regler som är en följd av skadeståndsrätten. Skaderegleringen sker således enligt egna regler. Detta får till följd att ersättningen för en och samma skada kan bli olika, vilket kan te sig underligt för den oinitierade.

### Sakkunniga läkare gör objektiva bedömningar

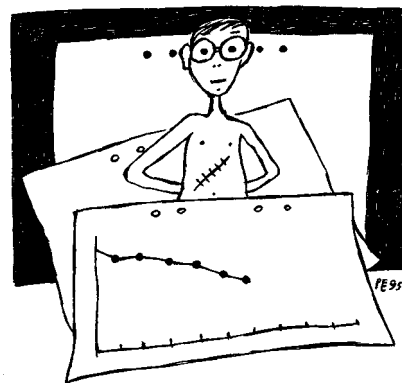
Alla medicinska bedömningar görs av försäkringsbolagens sakkunniga läkare, helst och oftast av en specialist inom det område där skadeeffekterna har uppstått. Eftersom den medicinska delen av skaderegleringen i hög grad är baserad på bedömningar är det ett starkt krav att sakkunnigläkaren är en erfaren kliniker, väl förtrogen både praktiskt och vetenskapligt med sitt ämnesområde.

Bedömningarna utgör ett, ofta avgörande, rådgivande underlag för skadereglerarens beslut. Läkaren bestämmer således inte, eftersom beslutet även är beroende av juridiska bedömningar. Sakkunnigläkaren tar emellertid ställning i nära samarbete med skaderegleraren.

Yttranden lämnas i de flesta fall i skriftlig form och på ett sådant sätt att de kan delges och vid behov användas av den skadade eller dennes ombud. I de fall olika uppfattningar kan förekomma skall yttrandet vara motiverat.

I sitt arbete har läkaren samma etiska och moraliska yrkesansvar som vid vilken annan medicinsk bedömning som helst. Han skall således fungera som objektivt sakkunnig oavsett vilka de ekonomiska följderna kan bli för den skadelidande eller för försäkringsbolaget.

För sakkunnigläkaren är det därför helt utan intresse hur stor en försäkringssumma är. Sambands- och invaliditetsbedömningen kan ju aldrig bli beroende av de ekonomiska effekterna. Det faktum att bolaget betalar läkaren för det utförda arbetet skall aldrig påverka objektiviteten i bedömningarna



### SERIE Försäkringsmedicin

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 1-2/96, 3/96 och 5/96.

lika litet som i till exempel ett skattemål objektiviteten hos domstolens ledamöters skall påverkas av att de får sin lön av staten, det vill säga den ena parten i målet.

### Bedömningarna till hjälp i rehabiliteringen

De vanligaste frågorna som sakkunnigläkaren har att ta ställning till är framför allt den akuta sjukdomstidens längd, prognosen, samband mellan uppgiven skada och redovisat resttillstånd, medicinsk invaliditet.

Skadans akuta läkningstid, den så kallade akuttiden, sammanfaller ibland, men alls inte alltid, med sjukskrivningstiden. Denna kan ju vara beroende av möjligheterna att med den kvarvarande bestående funktionsnedsättningen återgå i det gamla eller börja ett nytt arbete.

Akuttiden definieras vanligen som den tid under vilken läkning eller behandling pågår och avslutas när ett stadigvarande tillstånd inträtt.

För att den skadade skall bli effektivt rehabiliterad är det av intresse att starta detta arbete snabbt. Ofta kan det initieras av försäkringsbolaget via dess skadereglerare. För att kunna välja rätt metod och tidpunkt är hygglig kännedom om prognosen vad gäller skadans bestående effekter av avgörande betydelse.

### Författare

ERLAND LYSELL

docent, sakkunnigläkare vid Skandia, Göteborg.

Här kan den medicinska bedömningen i hög grad vara till hjälp.

### Försäkring mot effekten

Vid bedömningen av samband avviker ibland sakkunnigläkarens uppfattning från den behandlandes. Detta kan bero på att ett flertal uppgifter som den behandlande läkaren inte har tillgång till har tagits fram under arbetet med skaderegleringen.

Ett exempel på detta är att behandlande läkare i ett fall med nackskada anger »Tidigare veterligen helt nackfrisk» när försäkringskassans handlingar redovisar upprepade och långvariga sjukskrivningsperioder på grund av halsskotpelarbesvär.

Det finns också regler som avgör hur konkurrerande skadeorsakers eller sjukdomars effekt skall vägas in. Så kan befintliga åldersbetingade, degenerativa förändringar i några försäkringsformer påverka bedömningen av vilken effekt ett olycksfall kan ha haft.

Sambandet är även beroende av om ett olycksfall i de aktuella försäkringsvillkorens mening verkligen inträffat. Definitionen på olycksfallsskada är »... den kroppsskada som den försäkrade ofrivilligt drabbats av genom en plötslig, yttre händelse (ett utifrån kommande våld mot kroppen – olycksfall)». Det räcker således inte med att en skadeeffekt uppkommit genom ett våld. Detta måste dessutom vara ofrivilligt och plötsligt, vilket till exempel utesluter ett antal skador, som uppkommit i normal – och helt frivilligt utövad – idrott eller som uppstått som effekt av långvarig belastning som överansträngnings- eller utmatningsskador.

En marschfraktur är således inte en effekt av ett olycksfall, eftersom belastningen varken är ofrivillig eller plötslig. Om en tennisspelare i avsikt att returnera en boll slår till så hårt att ligamentapparaten i axelleden skadas, är detta inte ett olycksfall enligt definitionen – åtgärden var ju inte ofrivillig, snarare helt avsiktlig.

Det är viktigt att observera att det inte är själva olycksfallet som sådant man är försäkrad mot utan det är de effekter detta åstadkommit.

### Normal prestationsförmåga mått vid invaliditet

Invaliditetsbedömningen är baserad på definitionen av invaliditet och styrd av de gällande invaliditetstabellerna. Vid privat olycksfallsförsäkring är ibland utdrag ur dessa gjorda i försäkringsvillkoren. Med medicinsk invaliditet menas:

»Fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fri-

tidsintressen eller andra speciella förhållanden.»

Man betraktar människan som en »funktionell maskin» som i relation till ålder och kön har normala psykiska och fysiska prestanda. Bedömningen av invaliditet är att försöka värdera den skadeorsakade nedsättningen av prestationsförmågan i relation till den normala.

En individ som tillhör en prestationselit är definitionsmässigt inte normal. När denna individ drabbas av en skadeorsakad funktionsnedsättning, som visserligen sänker hans förmåga men inte under den som en normal individ presterar, medför detta inte medicinsk invaliditet enligt definitionen. Ersättning utgår alltså inte, om det inte är särskilt överenskommet i försäkringsavtalet, därför att funktionen inte är nedsatt jämfört med en normal individ. Det är till exempel inte medicinsk invaliditet att inte längre kunna springa fem utan bara två mil per dag. Detta är inte sällan svårt att förstå inte bara för den skadade idrottsmannen utan även för den behandlande, idrottsmedicinskt engagerade läkaren.

En helt annan fråga är den ekonomiska invaliditeten. Den bedömningen avser att beräkna på vad sätt den medicinska funktionsinskränkningen påverkar den enskilda individens förmåga i förhållande till hans levnads- och arbetsförhållanden och därmed vilken inverkan den har på hans personliga inkomst- och förvärvsförmåga. Vid bedömning av den ekonomiska invaliditeten är således den medicinska endast en av flera olika faktorer, vilket innebär att den inte är ett rent medicinskt problem.

### Tabellverk för gradering av invaliditet

Styrande för graderingen av medicinsk invaliditet är olika tabellverk, som i delar skiljer sig länder emellan. Det i

**Normal prestationsförmåga** är utgångspunkt vid värdering av skadeorsakad funktionsnedsättning även för prestationseliten.

Sverige nu aktuella reviderades senast hösten 1988 och har titeln »Medicinsk invaliditet» [1]. Denna tabell har ett flertal brister varför den i mycket stora delar omarbetats. Den nya tabellen har ännu inte trätt i kraft men har accepterats och rekommenderats av »Kommissionen om ideell skada» [2].

Både den gamla och den nya tabellen är uppbyggd så att den i mycket hög grad tar hänsyn till funktionsförluster, som är mätbara till exempel i form av synskärpa, amputationsnivåer, inskränkningar i rörelseförmågan eller kraftnedsättning. Andra rubbningar beskrivs, till exempel pareser, ändrade minnesfunktioner eller psykiska reaktioner.

Båda tabellverken, det nya bättre än det gamla, tar också hänsyn till den värk, smärta och frustration som normalt är förbunden med funktionsrubbningen. Därutöver kan, när sådan förekommer, extra stora besvär vägas in. Så kan till exempel svår värk eller smärta i sig göra en funktion omöjlig trots att den inte är hindrad av anatomiska orsaker. Detta ger som resultat en funktionsförlust som således medför invaliditet.

### Medicinskt underlag från den behandlande läkaren

För att en skadad skall kunna få sin korrekta ersättning krävs, i varje fall i princip, att han måste kunna visa hur olycksfallet gått till, vilka skador som inträffat, vilka åtgärder dessa krävt och vilka följder som uppstått. Enligt skadeståndsrätten har försäkringsbolagen en skyldighet att reda ut detta.

Vid avtalad försäkring skall egentligen den skadade skaffa fram det underlag som behövs. Försäkringsbolagen brukar emellertid, som ombud för den

**ANNONS**

skadade och för att hjälpa till, i hans eget intresse, skaffa fram och även betala för sådant underlag. Det är därför bolagen så ofta, med fullmakt från den skadade, begär journalkopior och intyg av olika slag. Utan detta underlag går det inte att genomföra en fullständig skadereglering, vilket i sin tur kan medföra att den skadade inte får sin ersättning, att den blir för liten eller försenas.

Kvaliteten på underlaget är avgörande för att en så rättvis bedömning som möjligt skall kunna göras – det är alltså nödvändigt att de omständigheter som påverkar bedömningen är korrekt beskrivna. Det är en av den behandlande läkarens skyldigheter att hjälpa sin patient genom att tillhandahålla det behövliga medicinska utredningsunderlaget.

### Journalanteckningar bästa källan

För bedömning av samband mellan skadan och dess följder är en beskrivning av olycksfallet och de första manifestationerna ofta avgörande. Den bästa medicinska källan är oftast den journalanteckning som gjorts i direkt anslutning till det första läkarbesöket efter olycksfallet. Den anteckningen innehåller ofta en riktig anamnes med beskrivning av de primära besvären och av de gjorda kliniska fynden.

I de flesta fall är denna beskrivning riktigare än senare rekonstruktioner baserade på minnesbilder. Dessa fakta kan vid bedömningen jämföras med och verifieras av andra, till exempel den skadades egen beskrivning av skadeförloppet, vittnesberättelser eller redovisning av vilka skador fordonet i ett trafikolycksfall fått.

Den skadade har ofta rätt till ersättning för personligt lidande under akut-tiden, det vill säga sveda och värk. Man tar då hänsyn till akuttidens längd, vårdtiden på sjukhus, operationer eller smärtsam behandling, typ av gipsfixation och fixationstidens längd med mera. Ibland uttalar sig den behandlande läkaren om graden av sveda och värk, men avgörande för ersättningens storlek är de fakta av denna typ som beskrivs i journalen. Beloppets storlek utläses i ett tabellverk som enligt domstolspraxis reglerar denna ersättning i Sverige.

### Invaliditetsintyget utfärdas på patientens begäran

Ett invaliditetsintyg i den form som avses här innehåller information som normalt är sekretessbelagd. Intyget utfärdas emellertid på patientens begäran eller med hans i fullmakt givna tillåtelse, varför avsteget från tystnadsplikten är tillåtet. Om man är osäker kan intyget alltid lämnas till patienten själv, som sedan efter eget val kan lämna det vidare.

Intyget är också ett sakkunnigt utlåtande. Läkaren med sin kunskap som bakgrund hjälper patienten att få fram alla de fakta som är av betydelse för bedömningen. Det betyder att läkaren ställer de rätta frågorna för att kunna beskriva alla subjektiva besvär som hör till skadan och gör de rätta kliniska undersökningarna för att kunna redovisa relevanta funktioner.

Det rör sig också om ett intygande, vilket innebär att läkaren är objektiv och inte en företrädare för sin patients intressen. Han skall redovisa allt som kan vara till fördel för den skadade men får inte förtiga förhållanden som kan påverka bedömningen i negativ riktning.

### Systematiserad utförning

Intyget disponeras vanligen med en viss systematik. Utöver personfakta och eventuellt skadenummer redovisas diagnos, tidigare sjukhistoria, subjektiva besvär, objektiva fynd och, om möjligt, en sammanfattande bedömning inkluderande en prognos.

Diagnosen bör gälla alla skador och vara fullständig, gärna detaljerad och ange sida. I stället för att skriva »lårbensfraktur» bör man redovisa var femurfrakturen sitter, om den är intraartikulär eller om den är öppen eller sluten. Man skall också ta med senare uppkomna följder av skadan, till exempel djup ventrombos.

Redovisningen av de subjektiva besvären är patientens berättelse refererad av läkaren, där läkaren svarar för fullständigheten, relevansen, stringensen och systematiken och patienten för sak-innehållet. Den bör innehålla uppgifter om smärta, som är funktionsorsakad, och värk, som förekommer i vila och kan vara sömnstörande.

Beskrivningen av de upplevda bortfallen kan redovisas med bristande funktioner i arbete eller på fritid. Avsnittet kan till exempel skildra bestående oförmåga (kan inte längre springa, klättra, känna lukt), uthållighet och kraft (gångsträcka på olika underlag, behov av pauser, lyftförmåga), greppförmåga (hålla arbetsverktyg), minnesfunktioner (glömska, nedsatt förmåga att förstå tal eller skriven text) och hjälpmedelsbehov (käpp, kryckor, gripverktyg).

De objektiva fynden redovisas bäst som ett sedvanligt men detaljerat status i erforderlig omfattning. Man bör börja med ett begränsat allmänstatus, som innehåller upplysningar av typen »normalbyggd», »adipös», »lätt att nå kontakt med» eller »ängslig och försiktig».

Därefter är en upplysning som avgränsar vilken del av kroppen skadeeffekterna är begränsade till mycket vär-

defull. Redovisningen skall därefter innehålla beskrivningar av hur den undersökte fungerar i stort, till exempel sättet att gå, sätta sig, resa sig, kliva upp på stol eller undersökningsbänk, ta av och på kläder, sättet att uttrycka sig.

Detaljredovisningen av skadan skall, där det är relevant, omfatta inspektion, palpation, provning av sinnesorganens och nervsystemets funktion, rörelse- och stödjeapparatens stabilitet, muskelstyrka och -volym samt ledrörlighet. Där så är möjligt skall mätvärden anges, vilket kräver att man använder lämpliga verktyg såsom måttband, vinkelmätare och styrkemätare.

Rörelseomfång redovisas bäst i tabellform och enligt något vedertaget system, till exempel »Joint motion» [3]. Om man inte finner någon avvikelser från det normala skall även detta redovisas i form av till exempel »normalt rörelseomfång» eller »inga neurologiska rubbningar». Skälet är dels att bedömarens skall veta att undersökningen är utförd, dels att resultatet kan jämföras med fynd redovisade i ett senare intyg.

### Undersökarens bedömning sammanfattas

Den sammanfattande bedömningen skall gärna redovisa undersökarens uppfattning om samstämmigheten mellan besvär och fynd och även redovisa orsaken till eventuella diskrepanser. Undersökaren bör inte försöka gradera invaliditeten, men en upplysning om aggrava-tion eller dissimulering är av värde. Slutligen är den behandlande läkarens åsikt om prognosen av värde. Är tillståndet nu stationärt, eller pågår fortfarande förbättring, och är förbättring eller försämring på lång sikt sannolik?

### Litteratur

1. Medicinsk invaliditet. Grunder för gradering av kvarstående men efter skador (medicinsk invaliditet) fastställda av Personskadekommittén inom Försäkringsbranschens Serviceaktiebolag. Stockholm: Försäkringsbranschens Serviceaktiebolag, 1989.
2. Ersättning för ideell skada vid personskada. Stockholm: Fritzes informationscenter, 1995. (SOU 1995: 33).
3. Joint motion; Method of measuring and recording. Edinburgh: Churchill Livingstone Ltd, 1965.